



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

TEMA:

Caracterización de los pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Instituto de Neurociencias en el periodo 2017-2022.

AUTORES:

**Robles Paucar, María José
Zavala Saldariaga, Josua Andrés**

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

TUTOR:

Dra. Otero Celi, María Elisa

**Guayaquil, Ecuador
01 de septiembre del 2023**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Robles Paucar, María José y Zavala Saldariaga, Josua Andrés**, como requerimiento para la obtención del título de **MEDICO**.

TUTORA

f. _____
Dra. Otero Celi, María Elisa

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, 01 de septiembre del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, Robles Paucar, María José

Zavala Saldariaga, Josua Andrés

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Caracterización de los pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Instituto de Neurociencias en el periodo 2017-2022** previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, 01 de septiembre del 2023

LOS AUTORES

f. _____

Robles Paucar, María José

f. _____

Zavala Saldariaga, Josua Andrés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Nosotros, Robles Paucar, María José

Zavala Saldariaga, Josua Andrés

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Caracterización de los pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Instituto de Neurociencias en el periodo 2017-2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 01 de septiembre del 2023

LOS AUTORES

f. _____

Robles Paucar, María José

f. _____

Zavala Saldariaga, Josua Andrés

REPORTE DE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

Tesis Robles, Zavala

< 1%
Similitudes



0% Texto entre comillas
0% similitudes entre comillas
4% Idioma no reconocido

Nombre del documento: Tesis Robles, Zavala.pdf
ID del documento: c18668a7acccd5d8307304ecd432a6db9a6deaa6
Tamaño del documento original: 1,19 MB

Depositante: María Elisa Otero Cali
Fecha de depósito: 24/9/2023
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 24/9/2023

Número de palabras: 8757
Número de caracteres: 64.262

Ubicación de las similitudes en el documento:

f. _____
Dra. Otero Celi, María Elisa
TUTORA

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mis padres por ser quienes me han apoyado en todo este camino universitario, en especial a mi Mgs. Yenny que ha sido el pilar fundamental en mi vida, por cada valor que sembró en mí, por siempre confiar en mí, gracias mami por soltarme y darme ese empujón de salir de nuestro cantón, sin ti hoy no estuviera aquí. A mi Solcito quien estuvo a mi lado todos estos años de estudio, gracias ñaña por no dejarme sola, por limpiar mis lágrimas y reír mis risas. A mis abuelitos Pepe Y Gloria porque me dieron su amor incondicional y sus oraciones diarias hacia mí.

Agradecer también a quienes me dieron la mano en mi vida de foránea, a mi amiga Amaya que ha demostrado su amistad incondicional, a mis amigos de la U que cada semestre juntos nos embarcábamos a una nueva aventura, sin ellos este camino no hubiera sido igual. A quienes conocí en mi año de internado gracias por cada juguito de tierra y sus incontables risas. Finalmente agradecer a mi tutora de tesis, por la paciencia y ayuda.

Y a mi pequeño corazón April, gracias por estar a mi lado cada noche de desvelo.

María José Robles

DEDICATORIA

Se lo dedico con mucho amor a mis padres Yenny y Miguel, por cada sacrificio que hicieron para ayudarme a cumplir mis sueños, por entender mi ausencia todos estos años. A mi ñaña Sol quien ha dado todo por mí, a mi familia que estuvo a mi lado dándome palabras de apoyo por festejar mis pequeños triunfos, este no solo es mi logro sino también el de ustedes.

María José Robles

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi héroe, mi padre, que con tanto cariño me supo enseñar que lo más importante es seguir intentándolo sin importar lo difícil que sea. Hoy soy el hombre que soy gracias a tu ejemplo. Gracias por tu apoyo incondicional, aun cuando no supiste entender del todo mis motivos seguiste a mi lado.

Gracias a mi hermana Helena cuyo amor me inspira a ser cada día un mejor ejemplo para ella.

Quisiera mencionar a mis amigos que estuvieron presentes en los malos y buenos momentos de este largo camino y que me motivaron a seguir adelante.

A Jocelyne, mi mejor amiga y compañera de vida, porque a partir de este momento todos mis logros son suyos y los suyos son míos. Hoy, que nos convertimos en médicos; mañana, cuando seamos psiquiatras juntos.

Mateo Zavala

DEDICATORIA

Por ti me convertí en médico, yo sólo quería ser como tú y me inspiraste a ser mejor.
Este logro es para mí ejemplo a seguir, te amo papá.

Mateo Zavala



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. DIEGO ANTONIO VÁSQUEZ CEDEÑO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

DRA. LUZ ABARCA
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	XV
ABSTRACT.....	XVI
INTRODUCCIÓN.....	2
1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Preguntas de investigación	3
1.3 Objetivos.....	4
1.3.1 Objetivo general.....	4
1.3.2 Objetivos específicos.....	4
1.4 Hipótesis	4
1.5 Justificación.....	4
CAPÍTULO II	5
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 El suicidio	5
2.2 Conducta suicida.....	5
2.3 Ideación suicida	5
2.4 Intento suicida.....	6
2.5 Autolesión sin finalidad suicida	6
2.6 Epidemiología.....	6
2.6.1 Suicidio a nivel mundial	6
2.6.2 Suicidio en el Ecuador	6
2.7 Factores de riesgo.....	7
3. METODOLOGÍA	9
3.1 Tipo y nivel de investigación.....	9
3.2 Universo y muestra	9
3.3 Variables del estudio	10
3.4 Técnica de recolección de datos.....	11
3.5 Procesamiento y análisis de datos.....	12
CAPÍTULO IV	13
4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	13
4.1 Representación estadística de resultados	13
4.1.1 Edad	14
4.1.2 Género biológico	15
4.1.3 Intentos de suicidio	16
4.1.4 Nivel de Escolaridad.....	17
4.1.6 Empleo	19

4.1.7 Consumo de tóxicos.....	20
4.1.8 Antecedentes Psiquiátricos	23
4.1.9 Diagnóstico clínico	24
4.1.11 Método de intento de suicidio	26
4.1.11 Calculo de la tasa de intentos de suicidios	27
CAPÍTULO V	28
Discusión	28
CAPÍTULO VI.....	31
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	31
Conclusiones.....	31
Recomendaciones.....	32
REFERENCIAS.....	33

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Datos sociodemográficos de población en estudio.....	13
Tabla 2	Análisis estadístico de la variable edad (n=100).....	14
Tabla 3	Género biológico (n=100).	15
Tabla 4	Análisis estadístico sobre el número de intentos de suicidio.	16
Tabla 5	Tabla cruzada entre intentos de suicidio y el sexo.	17
Tabla 6	Tabla cruzada de intentos de suicidio con el estado civil.	19
Tabla 7	Tabla cruzada con las variables empleo e intentos de suicidio.	20
Tabla 8	Consumo de sustancias toxicas	20
Tabla 9	Tabla cruzada entre intento de suicidio y consumo de sustancias.	23
Tabla 10	Tabla cruzada entre diagnóstico psiquiátrico y sexo.	24
Tabla 11	Diagnósticos de los pacientes.	24
Tabla 12	Métodos más utilizados en intentos de suicidio.	26
Tabla 13	Métodos las utilizados para intentos suicidas según el sexo.....	26

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Histograma simple de edad.....	14
Figura 2	Gráfico de barras grupo etario.....	15
Figura 3	Gráfico de barras de la comparación del sexo biológico en estudio.....	16
Figura 4	Presentación gráfica del nivel de escolaridad.	17
Figura 5	Representación en barras sobre el estado civil.....	18
Figura 6	Gráfico de barras de la variable empleo.....	19
Figura 7	Gráfico de barras de la variable consumo de tóxicos (alcohol).	21
Figura 8	Gráfico de barras de la variable consumo de tóxicos (tabaco).....	21
Figura 9	Gráfico de barras de la variable abuso de benzodíacepinas.	22
Figura 10	Gráfico de barras de la variable consumo de sustancias tóxicas (drogas ilícitas).	22
Figura 11	Cuadro de barras de antecedentes psiquiátrico.	23
Figura 12	Cuadro de barras de conductas autolítica	25

RESUMEN

Introducción: El suicidio representa una problemática compleja en la salud mental por siempre presente en la historia universal de la humanidad, y que se asocia a diversos factores, principalmente a factores psicológicos. Aproximadamente 800 mil personas cometen suicidio anualmente con una tasa global del 10,7% por cada 100 mil personas, ubicándolo entre las diez primeras causas de muerte a nivel mundial.

Metodología: Estudio de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo, de corte transversal, tanto cualitativo como cuantitativo. Se obtuvo un universo de 155 pacientes de 18 a 80 años hospitalizados en el Instituto De Neurociencias de Guayaquil mediante recolección de historias clínicas donde se registró finalmente una muestra de 100 pacientes que se clasificó en una base de datos de Excel.

Resultados: El perfil de paciente con conducta suicida hospitalizado en el Instituto de Neurociencias en el periodo 2017 - 2022 corresponde al de la paciente femenina (78%) casada (38%) con diagnóstico psiquiátrico de base (79%), trastorno depresivo mayor (61%), con una edad promedio de 42 años que registra más de un intento de suicidio previo (64%) y que tiende a elegir la intoxicación farmacológica como método de intento de suicidio (46%).

Palabras clave: *Conducta suicida, trastornos psiquiátricos, intento de suicidio, suicidio, ideación suicida, auto lesiones, trastornos depresivos.*

ABSTRACT

Introduction: Suicide represents a complex mental health problem that has always been present in the universal history of humanity, and is associated with various factors, mainly psychological factors. Approximately 800 thousand people commit suicide annually with a global rate of 10.7% per 100 thousand, placing it on the top ten worldwide death causes. **Methodology:** A descriptive, observational, retrospective design is used, with a cross-sectional cohort, both qualitative and quantitative. With an universe of 155 patients from 18 to 80 years old hospitalized at the Neuroscience Institute of Guayaquil. A sample of 100 patients obtained by non-probabilistic sampling that was classified in an Excel database. **Results:** The profile of the patient with suicidal behavior hospitalized at the Institute of Neurosciences in the period 2017 - 2022 corresponds to the female patient (78%) married (38%) with an underlying psychiatric diagnosis (79%), major depressive disorder (61%), with an average age of 42 years who recorded more than one previous suicide attempt (64%).

Keywords: Suicidal behavior, psychiatric disorders, suicide attempt, suicide, suicidal ideation, self-injury, depressive disorders.

INTRODUCCIÓN

El suicidio representa una problemática compleja en la salud mental por siempre presente en la historia universal de la humanidad, y que se asocia a diversos factores, principalmente a factores psicológicos (1–5). Aproximadamente 800 mil personas cometen suicidio anualmente con una tasa global del 10,7% por cada 100 mil personas, ubicándolo entre las diez primeras causas de muerte. Se estima que de 10 a 20 millones intentan suicidarse en el mismo periodo de tiempo (2–4) (1,5,6).

Se define como conducta suicida todo acto que atenta contra la integridad física, con diferente grado de letalidad, de quien lo ejecute de forma consciente voluntaria y meditada. Abarca desde la idea, planeación, intento y consumación del acto. Se pueden describir tres grados: (1,2,6–11)

- Suicidio: lesión mortal auto infligida con intención, más o menos consiente de quitarse la vida.
- Intento de suicidio: daño, no mortal, autoinfligido con intención concreta de quitarse la vida que puede no producir daño, sin incluir autolesiones.
- Ideación suicida: planeación o pensamientos sistemáticos, organizados y recurrentes relacionados con quitarse la vida, se pueden expresar a través de amenazas (1,6–10).

Para identificar al paciente con conducta suicida es necesario reconocer las características que definen a esta población, determinando los factores de riesgo que influyen en este fenómeno. Como pueden ser el sexo, estado civil, escolaridad, empleo, enfermedades crónicas, autolesiones entre otros. Según la literatura la ideación y el intento previo de suicidio son los mayores predictores para un intento suicida (3,4,6,10–12).

Se sabe también que los trastornos mentales son un precipitante de la conducta suicida expresándose como una exacerbación de la patología psiquiátrica base; en estos casos, el riesgo de suicidio aumenta de 4 a 25 veces. Según estudios, aproximadamente entre el 80-90% de las víctimas de suicidio presentaban un historial de trastorno psiquiátrico al momento de su muerte (13–15).

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

En el intento de suicidio intervienen acciones iniciadas por el propio sujeto llevadas a cabo con ciertos deseos de morir pudiendo causar lesiones que requieren intervención médica, o no. Las cifras de suicidio se han visto incrementadas a nivel mundial, el número de defunciones por esta práctica no cese (2,4).

En el Instituto de Neurociencias se reciben múltiples casos de conductas suicidas que son hospitalizados por llegar con lesiones auto infligidas, cortes en muñecas, intoxicación farmacológica, por tener más de un intento frustrado, algunos de estos pacientes con diagnósticos psiquiátricos de base o clínicos, al igual forma el abuso o dependencia de drogas o alcohol está asociado a depresión y aumentan significativamente el riesgo de suicidio (12,13).

La intención de este estudio es caracterizar la conducta de un paciente con ideas suicidas, y determinar la estadística de la muestra y el análisis epidemiológico de los pacientes hospitalizados (14). Teniendo en cuenta las diferentes situaciones que vive la personas con ideas suicidas, se realiza la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características que definen al paciente con conductas suicidas en los pacientes hospitalizados en el Instituto de Neurociencias en el periodo 2017 - 2022?

1.2 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas que presentan los pacientes con conducta suicida?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que intervienen en la conducta suicida en los pacientes del Instituto de Neurociencias en el periodo 2017-2022?
- ¿Cuál fue la tasa de intentos de suicidio en los pacientes con conducta suicida atendidos en el Instituto de Neurociencias en el periodo 2017 – 2022?
- ¿Cuál es el perfil del paciente con conducta suicida hospitalizado en el Instituto de Neurociencias en el periodo 2017 – 2022?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar el perfil de pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Instituto de Neurociencias en el periodo 2017 – 2022.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Establecer las características sociodemográficas que presentan los pacientes con conductas suicidas atendidos en el Instituto de Neurociencias.
2. Determinar los factores de riesgo que identifican a los pacientes con conducta suicida en el Instituto de Neurociencias.
3. Determinar la tasa de intentos de suicidio en los pacientes atendidos en el Instituto de Neurociencias en el periodo 2017 – 2022.

1.4 Hipótesis

Es posible identificar el perfil de paciente con conducta suicida hospitalizado en el instituto de neurociencias de Guayaquil según diferentes factores que influyen en este comportamiento.

1.5 Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida, causándose una lesión, con un grado variable en la intención de morir. Cada año, cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo, en Ecuador tenemos un problema, alrededor de mil ecuatorianos que atentan contra su vida, la gran mayoría son adolescentes y jóvenes menores de 30 años. El incremento de las cifras de suicidios pueden ser consecuencias sociales y económicas que afecta a su estado emocional y estilo de vida.

Uno de los componentes más importantes de la prevención es la atención pronta a personas con pensamientos suicidas y/o con intentos previos de conducta suicida, se conoce que alrededor del 50-80% que llegan a la muerte, han intentado al menos un cuadro de intento de suicidio previo.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 El suicidio

El suicidio representa una problemática compleja en la salud mental asociada a diversos factores que se encuentra entre las diez primeras causas de muerte a nivel mundial (1–6,16). Se define como el acto autodestructivo, con resultado letal, llevado a cabo de manera consciente por el propio sujeto con la finalidad de terminar con su vida (1,7,9,11,16–19).

Es un fenómeno universal registrado a lo largo de toda la historia de la humanidad, que no discrimina cultura ni religión. Atribuible a una batería de factores que dificultan su estudio, desde un enfoque psicológico el suicidio se interpreta como un acto desesperado en respuesta al sufrimiento mental que la persona percibe como intolerable e interminable en el cual resuelve como único medio de escape y alivio el finalizar con su propia vida (4,8,20).

2.2 Conducta suicida

Es un proceso en el que confluyen diversos factores psiquiátricos, psicológicos, biológicos y sociales. Se define como todo acto auto infligido conscientemente, voluntario y premeditado con cierto grado de mortalidad en el que se descubren tres niveles: la ideación suicida, el suicidio consumado y el intento de suicidio. Todos los sujetos con conducta suicida llegan a presentar tres elementos característicos; el sufrimiento intenso, desesperanza hacia el futuro y carencia de afrontamiento. Cabe recalcar que la ideación suicida es la menos estudiada en relación al intento suicida y suicidio consumado (2,6–9,17,20–23).

2.3 Ideación suicida

A la ideación suicida la constituye el acumulo de pensamientos, sueños e ilusiones de consumir el suicidio, así como su planificación más o menos organizada, aunque puede prescindir de esta. Los pensamientos suicidas pueden ser comunicados a través de diferentes medios y usualmente están asociados a situaciones de vulnerabilidad que podrían desatar el intento de suicidio (8,9) (7,17,19,20).

2.4 Intento suicida

En el intento de suicidio intervienen las acciones iniciadas por el propio sujeto llevadas a cabo con ciertos deseos de morir llegando a causar lesiones que requieren intervención médica, o no; y que ponen en peligro su vida sin la participación de otra persona. El sujeto puede fracasar con su cometido, convirtiéndose en un intento frustrado de suicidio (2,4,19,21).

2.5 Autolesión sin finalidad suicida

Además, se incluye la autolesión sin finalidad suicida, diferenciándose de la conducta suicida por la falta de intención suicida. Este comportamiento nocivo se describe como la búsqueda de liberación emocional y catarsis, relegando la intencionalidad a un segundo plano (9,18,20,21).

2.6 Epidemiología

2.6.1 Suicidio a nivel mundial

Según la OMS, el suicidio se encuentra entre las principales causas de muerte a nivel mundial superando las muertes por malaria, cáncer de mama, VIH/SIDA y homicidios. Anualmente 703.000 personas terminan con su vida, siendo que en el 2019 el 1,3% de las causas de muerte fue por suicidio (24,25).

La tasa de suicidio a nivel mundial es de 9,0 por cada 100.000 habitantes y entre países varía desde menos de 2 muertes hasta más de 80 por cada 100.000 habitantes. Mientras que por géneros, la tasa de suicidio masculina fue superior a la femenina obteniendo una proporción hombre:mujer mayor a 3 en países de ingresos altos y menor a 2 en países de ingresos bajos (24,25). Cabe mencionar que, si bien los países con altos ingresos registran las tasas de suicidio más altas, el 77% de suicidios a nivel mundial ocurren en países de bajos y medianos ingresos (24,25).

2.6.2 Suicidio en el Ecuador

Según la OMS, Ecuador tiene la cuarta tasa de suicidios más alta de Latinoamérica registrando una cifra del 13.1% por cada 100.000 personas. Advirtió también un incremento anual paulatino del 2% en la tasa de suicidio en el país durante el 2020. Adicionalmente, en el 2021 se reportaron 880 decesos por suicidio de los cuales el 50-80% contaba con al menos un intento previo (26).

De acuerdo con los lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o Intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador el suicidio representa el 1,7% de muertes anuales siendo uno de los problemas de salud pública más importantes en el país. Desde el 2001 hasta el 2015 se registraron 13.024 muertes por suicidio, en tanto que entre 2015-2018 las cifras superaron los registros de muertes por agresión interpersonal (27,28).

Los datos estadísticos muestran un aumento del 56% entre los años 1990-2019 en las tasas de suicidio; durante este periodo la tasa femenina varió en 7% y en los hombres se registró un incremento en un 91%. Según la región geográfica, la Sierra y Amazonía tienen tasas casi el doble de altas que la región Costa e Insular, siendo las cinco provincias con menor tasa de suicidio Galápagos, Manabí, Guayas, El Oro y Esmeraldas (27). En cuanto al registro de los métodos usados para el suicidio, el más usado fue ahorcamiento con 72% y el menos usado los cortes con 2%. Existe también un sub-registro del intento suicida ya que con poca frecuencia se reporta la “lesión autoinfligida” como causa de ingreso, sino que se registra únicamente la causa directa (27).

2.7 Factores de riesgo

La conducta suicida es un fenómeno multifactorial en el que confluyen diversos sucesos, razón por la cual es imprescindible el estudio de los factores asociados en el desarrollo de este proceso ya que estos pueden considerarse indicadores o ser la causa primordial del acto.

Para identificar al paciente con conducta suicida es necesario reconocer las características que definen a esta población, determinando los diversos factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la conducta suicida y consumación del suicidio, dentro de los cuales se encuentra: el sexo, debido a que se registra una tasa de suicidio en la población masculina superior a la femenina; la edad, ya que se contempla el ser mayor de 45 años como factor de riesgo; el estado civil que puede revelar la lasitud de los vínculos afectivos del paciente; la escolaridad y el empleo que a su vez se asocian con la estabilidad financiera; enfermedades crónicas, puesto que la mala salud física asociada a desesperanza hacia el futuro es un factor precipitante para la ideación suicida y las autolesiones que no resultan en suicidio consumado. (3–5) (6,7,9–12,15,19–21,23,25–27,29–31).

Dentro de otros factores se pueden mencionar el antecedente familiar de enfermedades psiquiátricas, historial de suicidio o intento de suicidio, predominante en familias disfuncionales. Factores psicoemocionales como eventos traumáticos, la muerte de un familiar cercano o maltrato físico y abuso sexual, depresión, impulsividad, desesperanza, sentimientos de culpa, comportamientos autodestructivos o la incapacidad para enfrentar problemas. Además de factores psicosociales tales como situación social frágil, falta de apoyo familiar o convivencia hostil, marginación social y aislamiento. El abuso o dependencia de drogas y/o alcohol está asociado a depresión y aumentan significativamente el riesgo de suicidio (3–7,9,10,12,15,16,19–21,23,25–27,29,30).

Según la literatura, la ideación y el intento previo de suicidio son los mayores predictores para el intento suicida hallándose en el 50 a 80% del hecho consumado. Se ha resuelto que el prototipo de sujeto que intenta suicidarse concuerda con la mujer joven con intentos previos, diagnóstico psiquiátrico y/o bajo tratamiento médico. (3,4,6,9,10) (7,12,15,19–21,23,25–27,29–31).

Se sabe también que los trastornos mentales son un precipitante de la conducta suicida, expresándose como una exacerbación de la patología psiquiátrica base, en estos casos el riesgo de suicidio aumenta de 4 a 25 veces. Según estudios, aproximadamente entre el 80 - 90% de las víctimas de suicidio presentaban un historial de trastornos psiquiátricos al momento de su muerte, más de la mitad de víctimas tenían depresión. Por ello, resulta crucial resaltar que hasta un 15% de pacientes depresivos se suicida y 1 de cada 10 pacientes esquizofrénicos termina con su vida, teniendo en consideración la severidad del trastorno con el riesgo de consumir el acto (3,4,6,7,9,10,13–15,20,22,27,29,31,32).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y nivel de investigación

El presente trabajo de investigación tiene como título: Caracterización de los pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Instituto de Neurociencias en el periodo 2017-2022, donde se utiliza un diseño de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo debido a que la información fue obtenida a partir de la recolección de historias clínicas, con corte transversal, tanto cualitativo como cuantitativo. Cualitativo debido a que explora variables como antecedentes personales, familiares, psiquiátricos, cuantitativo, por la revisión de historias clínicas que resultó en una recopilación de datos clasificados en las variables expuestas. Se organizó mediante un sistema integrador que permitió definir la conducta suicida para posteriormente lograr la caracterización de esta población.

3.2 Universo y muestra

Como población tenemos 100 pacientes de 18 a 80 años que cumplen con los criterios de inclusión, con una historia clínica completa, con antecedentes de intento o pensamientos suicidas. También se prescindió de 55 historias clínica que no cumplieron con los criterios.

Población y muestra

HISTORIAS CLINICAS	CANTIDAD
Universo	155
Muestra	100
Historias clínicas excluidas	55
MUESTRA TOTAL	100

3.3 Variables del estudio

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido que una persona ha vivido, expresado en años	Edad	18-80 años
Género Biológico	Condición orgánica que determina características sexuales de un individuo	Sexo	Femenino Masculino
Estado Civil	situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco	Situación jurídica	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Grado de educación	Analfabeta Primaria Secundaria Universitario
Empleo	Actividad laboral	Actividad que realiza	Si o No
Intentos de Suicidio	Historial de intentos de suicidio	Historia clínica	Número de intentos
Método de intento de suicidio	Método usado por el sujeto para intentar terminar su vida	Método usado	Métodos duros Métodos suaves

Conductas autolítica	Método usado por el sujeto para atentar contra su integridad sin intención suicida	Conducta autolítica	Conducta autolítica
Antecedentes Patológicos personales	Enfermedades medicas diagnosticadas	Historia clínica	Diagnóstico clínico presente
Consumo de tóxicos	Hábitos de consumo de sustancias	Ingesta de drogas, alcohol, tabaco, benzodiacepinas	Si o No
Antecedentes de enfermedades psiquiátricas	Enfermedades psiquiátricas diagnosticadas	Historia clínica	F00-F99: Trastornos mentales y del comportamiento R45.8: Otros síntomas y signos que involucran el estado emocional X60-X84: Lesiones auto infligidas intencionalmente Z91.5: Historia personal de factores de riesgo, no clasificados en otra parte Z03.8: Observación por sospecha de otras enfermedades y afecciones

3.4 Técnica de recolección de datos

Con respecto a la recopilación de datos, nos beneficiamos de los métodos de ingreso de datos secundarios porque una revisión de los registros médicos de los pacientes admitidos por intento de suicidio requería acceso al repositorio del Instituto de Neurociencia, aquellos pacientes que hayan sido ingresados por intentos de suicidio,

conductas o pensamientos suicidas, con los siguientes CIE-10: F00-F99, R45.8, X60-X84, Z91.5, Z03.8

También se utilizó una base de datos creada internamente en Excel para clasificar la información recopilada, teniendo en cuenta los objetivos específicos y las tablas de variables presentadas en el perfil de titulación, para ordenarlas de la siguiente manera: género, edad, provincia, profesión, antecedentes psiquiátricos y clínicos, número de intentos de suicidio, autolesiones, hábitos del paciente (aquí la atención se centra en el alcohol, el tabaco, las drogas y las benzodiazepinas). Luego de analizar cada historia clínica que cumpla con lo solicitado se procede a ingresar la información de manera clara y ordenada.

3.5 Procesamiento y análisis de datos

Luego de la fase de recolección de datos, utilizamos SPSS 15 para desarrollar estrategias de análisis estadístico, utilizando histogramas, gráficos de barras para mostrar diferentes variables, visualización de porcentajes, tablas cruzadas para mostrar relaciones entre dos o más variables, herramientas de análisis estadístico adecuadas.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Representación estadística de resultados

Se analizan 155 historias clínicas, las cuales solo 100 cumplían los criterios de inclusión, en la siguiente tabla se observa que mayor índice es en el sexo femenino con el 78%, con nivel de educación secundaria con un 49%, y en el ámbito laboral el 53% se encontraba empleado, en un estado civil casado con el 38%. Datos que se observan en la tabla.

Tabla 1
Datos sociodemográficos de población en estudio.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	78	78%
Masculino	22	22%
Escolaridad		
Primera	13	13%
Secundaria	49	49%
Superior	34	34%
Empleo		
Desempleado	47	47%
Empleado	53	53%
Estado Civil		
Soltero	35	35%
Casado	38	38%
Divorciado	20	20%
Viudo	5	5%
Unión Libre	2	2%

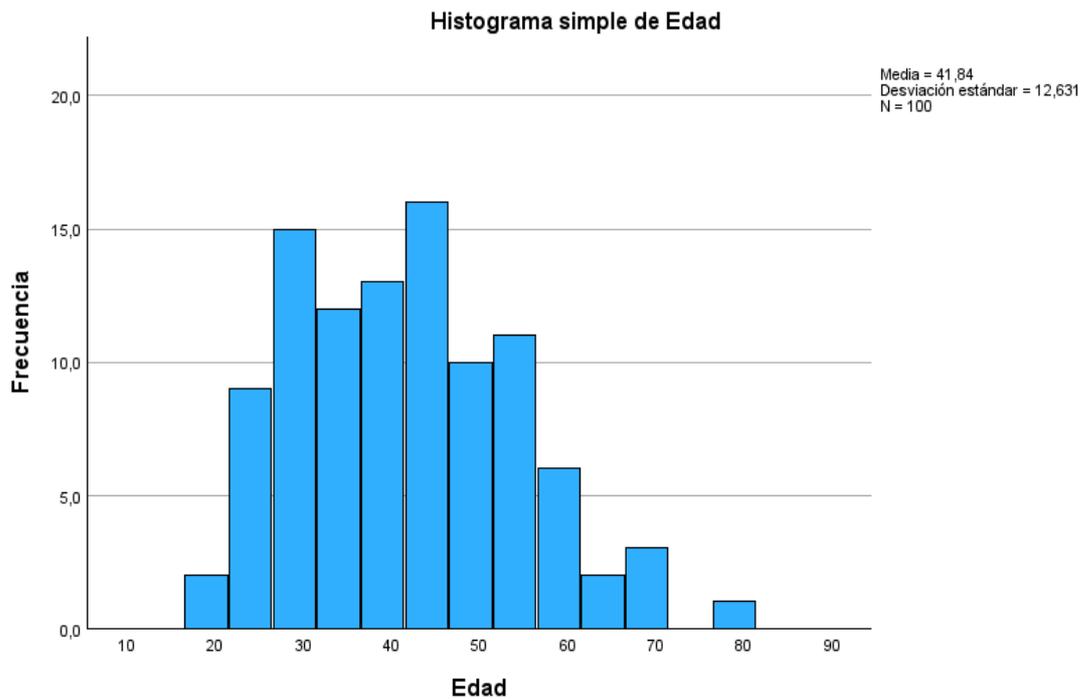
4.1.1 Edad

En la población en estudio la edad más joven registrada fue de 19 años, la mayor 80 y el promedio de edad, 42 años.

Tabla 2
Análisis estadístico de la variable edad (n=100).

Estadísticos descriptivos					
Variables	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EDAD	100	19	80	41.84	12.631

Figura 1
Histograma simple de edad.

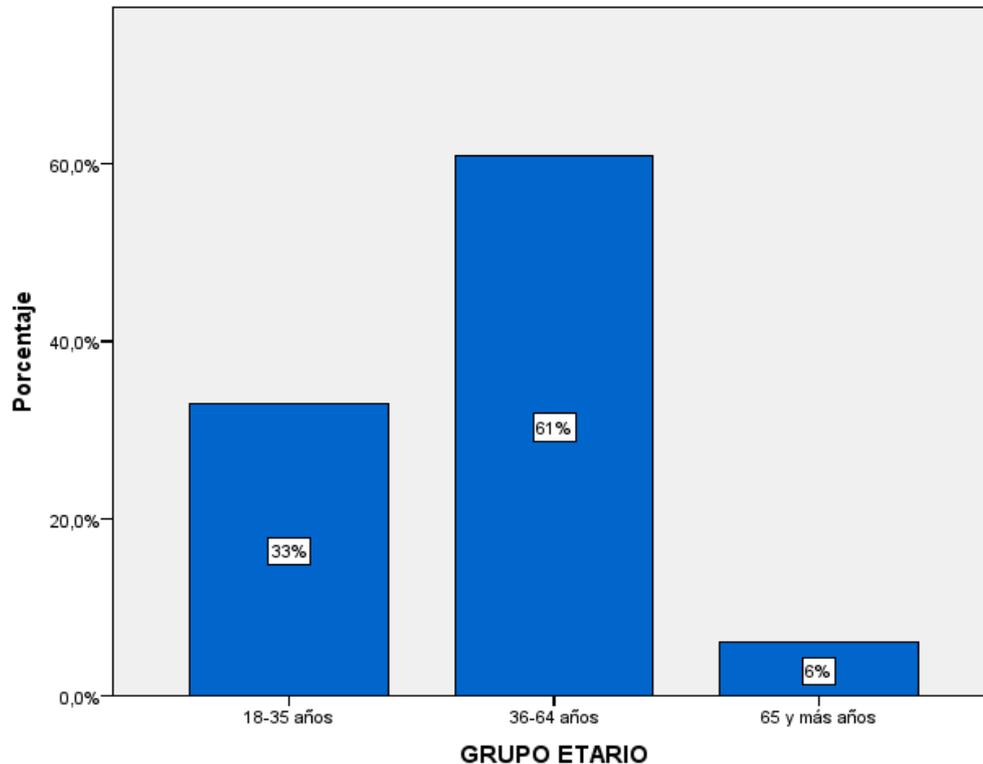


En el histograma simple se observa una gráfica con la distribución de datos, que se concentran entre 20 y 50 años.

Conductas suicidas por grupo Etario

El grupo etario con mayor índice de intentos de suicidio esta entre los 36 – 64 (61%), seguido 18 – 35 (33%) y mayores de 65 (6%).

Figura 2
Gráfico de barras grupo etario.



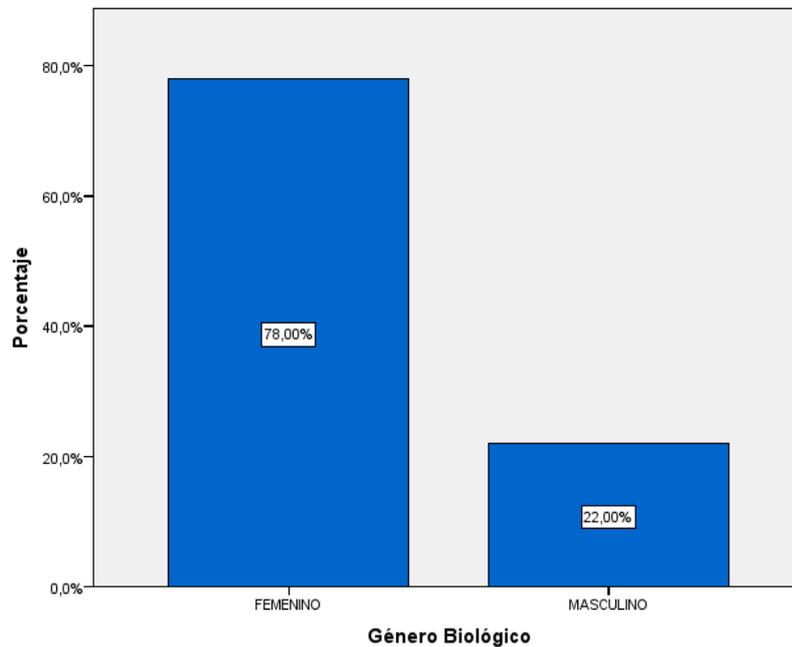
4.1.2 Género biológico

En esta variable se consideró dos opciones masculino y femenino. Obteniendo mayor índice en la población femenina (78%) y en la población masculina 22%.

Tabla 3
Género biológico (n=100).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	78	78	78	78
Masculino	22	22	22	100,0
Total	100	100	100	

Figura 3
Gráfico de barras de la comparación del sexo biológico en estudio.



4.1.3 Intentos de suicidio

En la variable intentos de suicidio, los resultados demuestran que 64% de la población en estudio cuenta con al menos un intento suicida contra el 36% que no mostró intento alguno. El valor más registrado fue de un intento (45%), y el valor más alto registrado diez intentos.

Tabla 4
Análisis estadístico sobre el número de intentos de suicidio.

INTENTOS DE SUICIDIO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	36	36	36%	36%
	1	45	45	45%	81%
	2	8	8	8%	89%
	3	7	7	7%	96%
	4	1	1	1%	97%
	5	2	2	2%	99%
	10	1	1	1%	100%
	Total	100	100	100%	

El sexo femenino fue quien presentó el mayor número de intentos de suicidio (10). Se tomó en cuenta una tabla cruzada entre el intento de suicidio y su relación con el sexo biológico. Se registraron 64 intentos de suicidio de los cuales 50 se posicionan en el sexo femenino y 14 en el masculino.

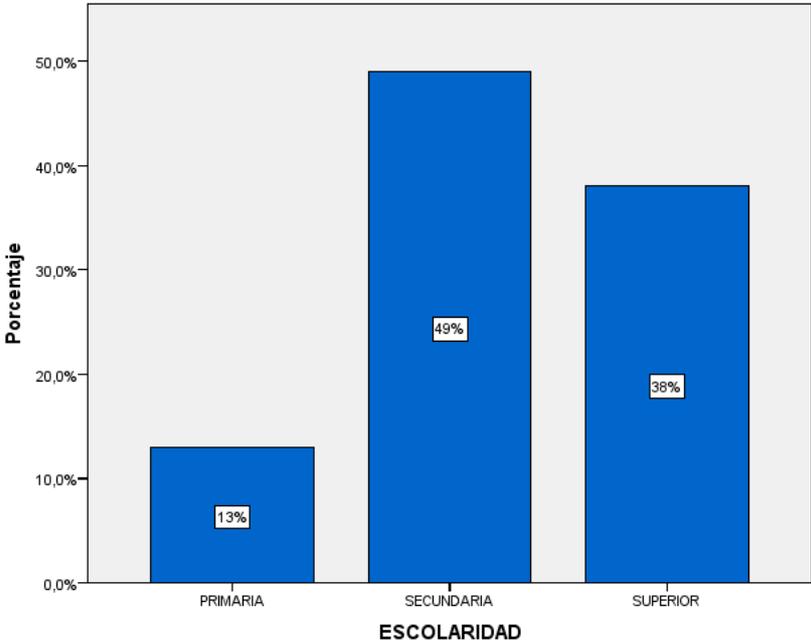
Tabla 5
Tabla cruzada entre intentos de suicidio y el sexo.

TABLA CRUZADA INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN EL SEXO				
		INTENTO DE SUICIDIO		Total
		NO	SI	
SEXO	FEMENINO	28	50	78
	MASCULINO	8	14	22
Total		36	64	100

4.1.4 Nivel de Escolaridad

En el siguiente gráfico se muestra el nivel de escolaridad de la población obteniendo como resultados: 13% con educación primaria, 49% con educación secundaria y 38% con educación superior.

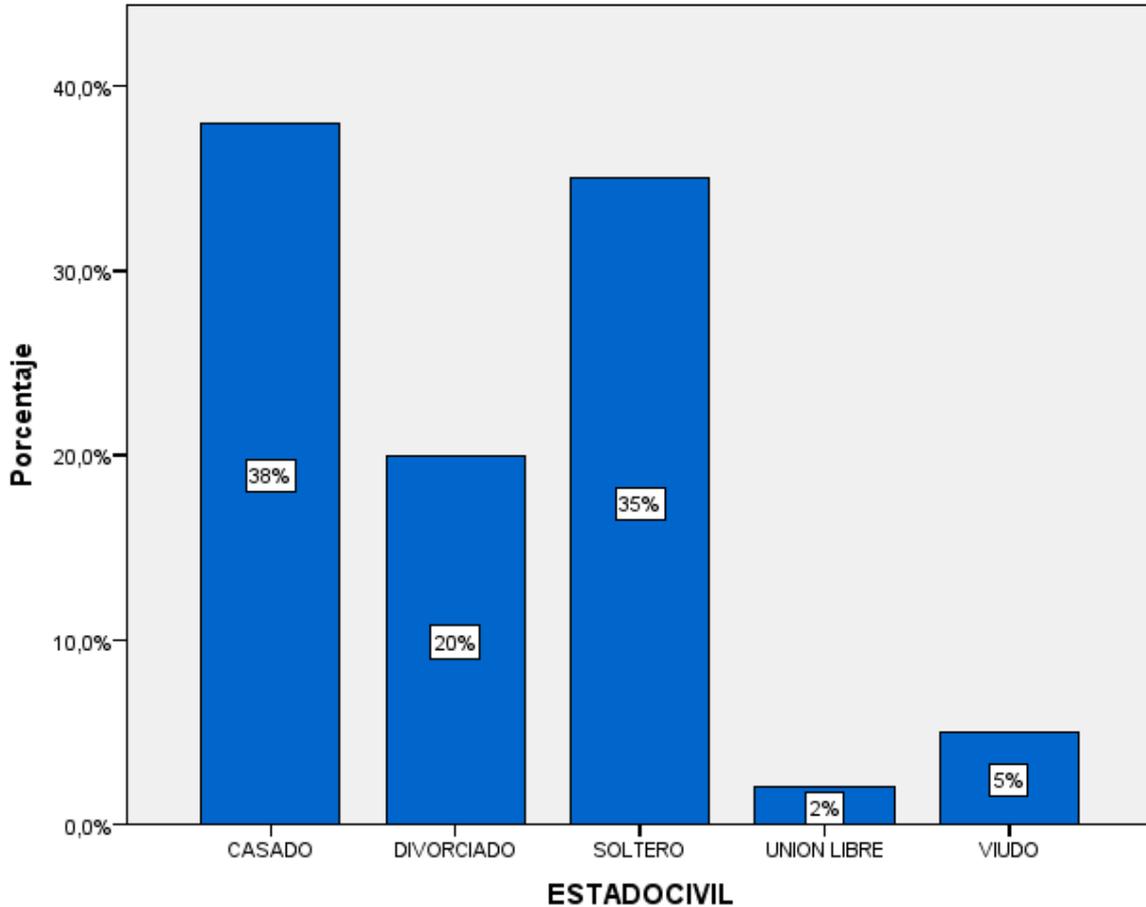
Figura 4
Presentación gráfica del nivel de escolaridad.



4.1.5 Estado civil

El gráfico de barras se representa el estado civil que se encontraba al momento de la hospitalización del paciente, dando como resultado 38% casados, 35% solteros, 20% divorciados, 5% viudos y 2% unión libre.

Figura 5
Representación en barras sobre el estado civil.



La siguiente tabla cruzada entre el estado civil y la incidencia de intentos de suicidio dan como resultado, al grupo con más intentos de suicidio en pacientes de estado civil soltero con 23 casos, seguido por estado civil casado con 20 pacientes, para más detalles revisar la tabla.

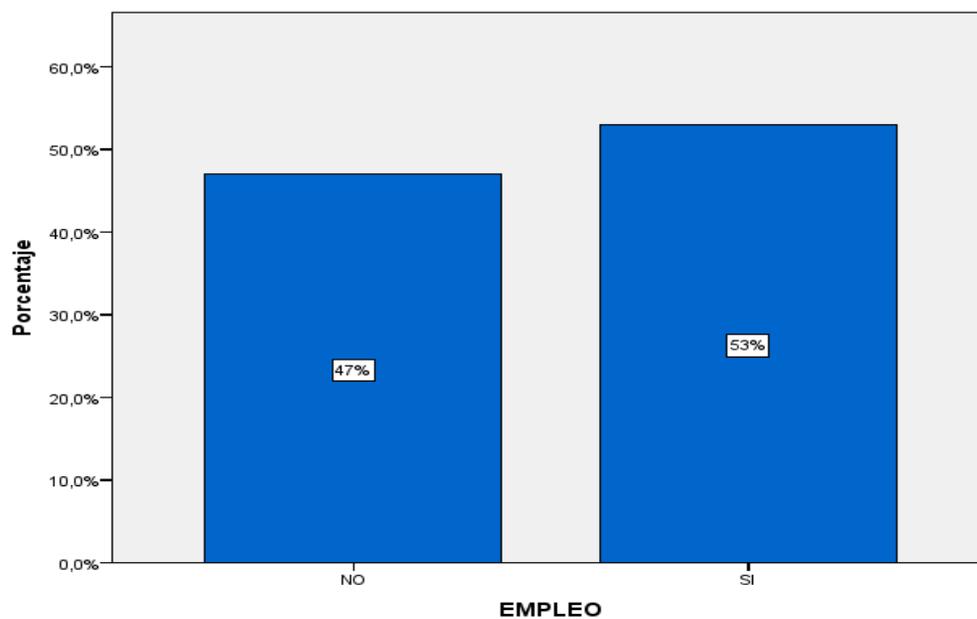
Tabla 6
 Tabla cruzada de intentos de suicidio con el estado civil.

ESTADO CIVIL / INTENTOS DE SUICIDIO				
		INTENTOS DE SUICIDIO		Total
		NO	SI	
ESTADO CIVIL	CASADO	18	20	38
	DIVORCIADO	6	14	20
	SOLTERO	12	23	35
	UNION LIBRE	0	2	2
	VIUDO	0	5	5
Total		36	64	100

4.1.6 Empleo

El gráfico de barras representa si el paciente se encontraba en una actividad remunerada o no al momento de su hospitalización, dando como resultado que 53% del total tenía un empleo y el 47% se encontraba sin empleo.

Figura 6
 Gráfico de barras de la variable empleo.



Se analiza la tabla cruzada entre el intento de suicidio y la variable empleo, donde se busca la relación de los intentos de suicidio y el desempleo, las estadísticas nos muestran que en ambas variables se reportaron 32 sujetos con intentos de suicidio.

Tabla 7

Tabla cruzada con las variables empleo e intentos de suicidio.

EMPLEO / INTENTO DE SUICIDIO				
		INTENTO DE SUICIDIO		Total
		NO	SI	
EMPLEO	NO	15	32	47
	SI	21	32	53
Total		36	64	100

4.1.7 Consumo de tóxicos

Dentro del consumo de sustancias tóxicas, el 72% no refirió ningún consumo. La sustancia más consumida fue alcohol 17%, seguido por drogas ilícitas (cannabis, cocaína, otras) 11%, tabaco 8% y benzodiazepinas 4%.

Tabla 8

Consumo de sustancias toxicas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol		
Si	17	17
No	83	83
Tabaco		
Si	8	8
No	92	92
Benzodiazepinas		
Si	4	4
No	96	96
Drogas ilícitas		
Si	11	11
No	89	89

Figura 7
Gráfico de barras de la variable consumo de tóxicos (alcohol).

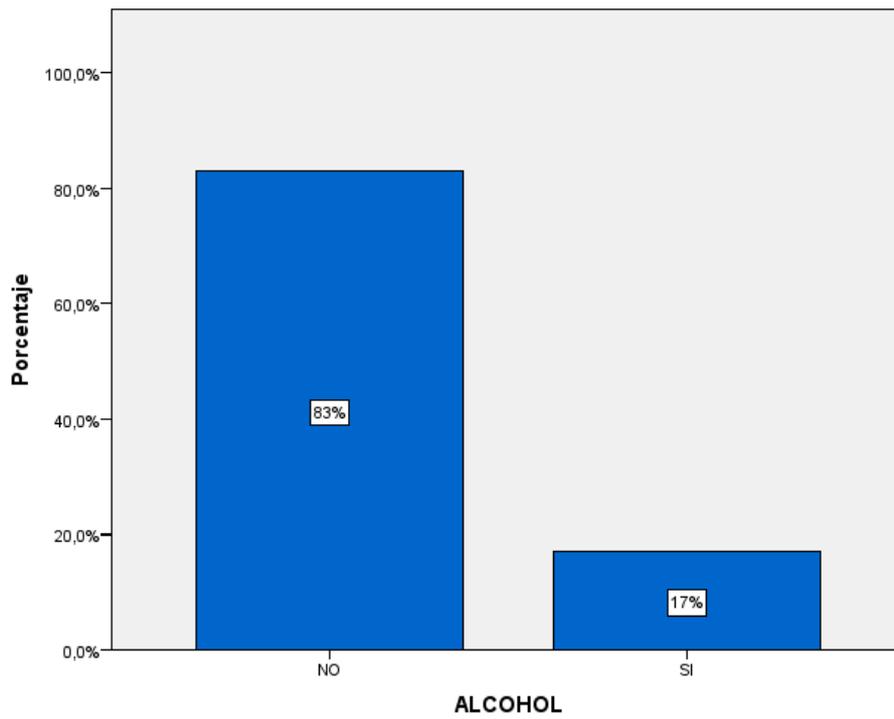


Figura 8
Gráfico de barras de la variable consumo de tóxicos (tabaco).

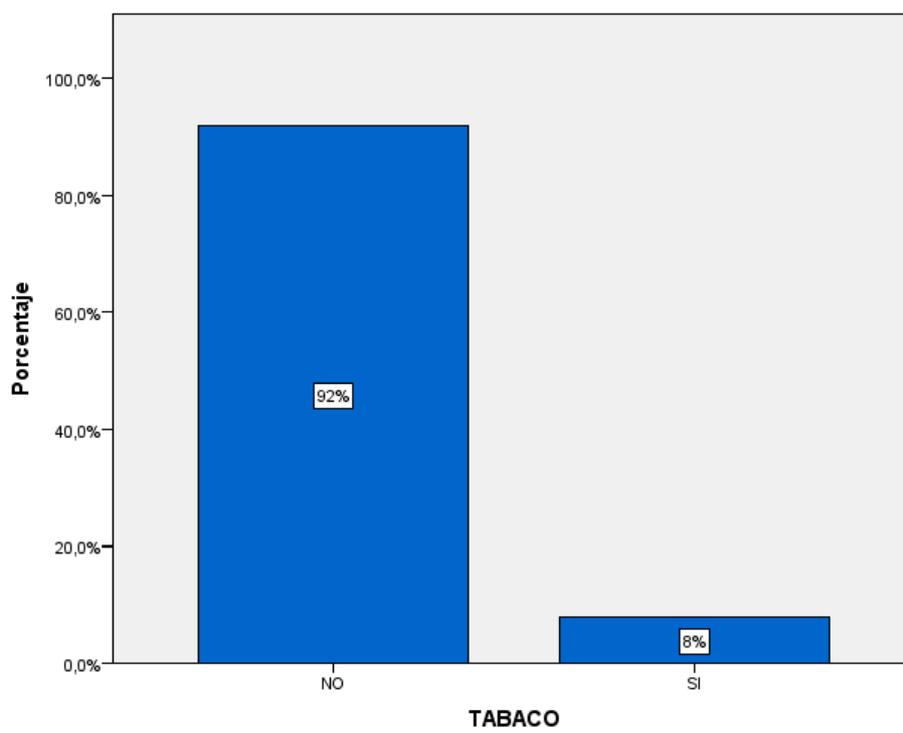


Figura 9
Gráfico de barras de la variable abuso de benzodiazepinas.

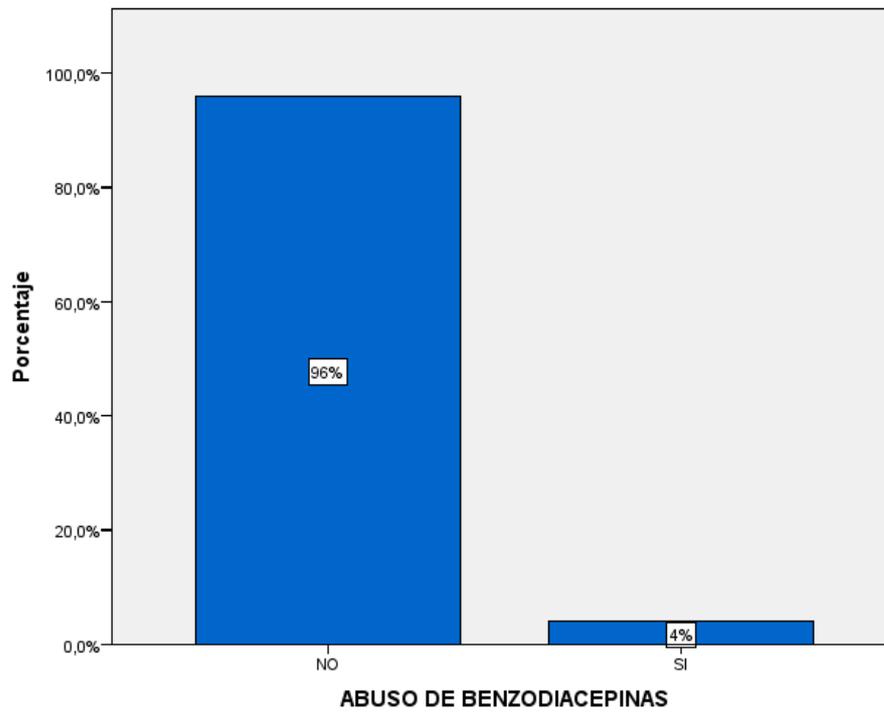
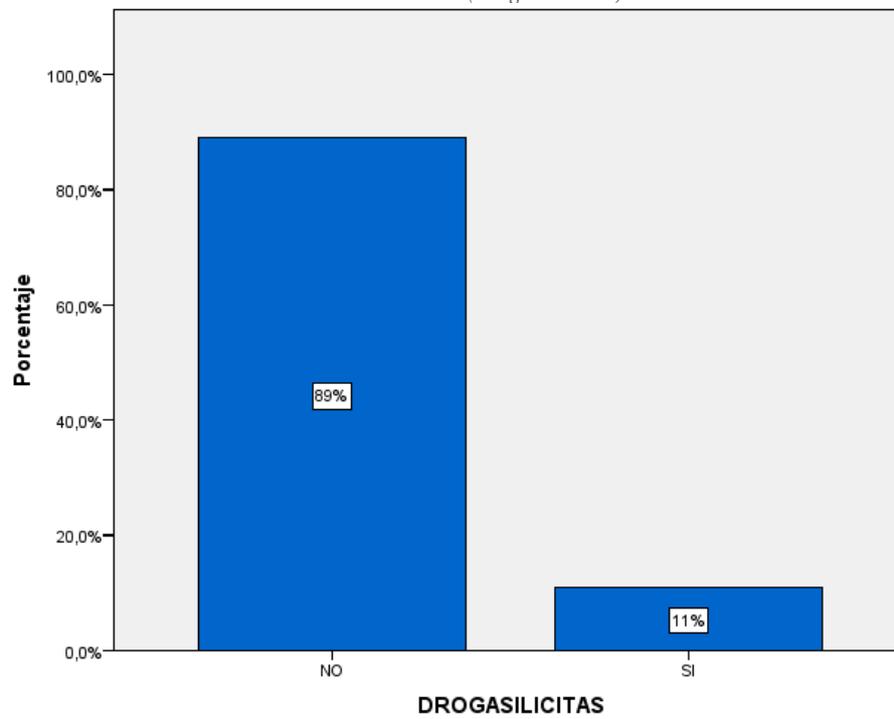


Figura 10
Gráfico de barras de la variable consumo de sustancias tóxicas (drogas ilícitas).



En la siguiente tabla cruzada se evidencia la relación de las sustancias tóxicas con el intento de suicidio.

Tabla 9
Tabla cruzada entre intento de suicidio y consumo de sustancias.

		INTENTO DE SUICIDIO			
		NO		SI	
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
ALCOHOL	NO	31	86,1%	52	81,3%
	SI	5	13,9%	12	18,8%
TABACO	NO	32	88,9%	60	93,8%
	SI	4	11,1%	4	6,3%
ABUSO DE BZP	NO	35	97,2%	61	95,3%
	SI	1	2,8%	3	4,7%
DROGAS ILICITAS	NO	31	86,1%	58	90,6%
	SI	5	13,9%	6	9,4%

4.1.8 Antecedentes Psiquiátricos

El 79% de la población en estudio presentó antecedentes psiquiátricos. La patología más registrada fue el trastorno depresivo mayor 62%, seguido por trastorno bipolar I 11%.

Figura 11
Cuadro de barras de antecedentes psiquiátrico.

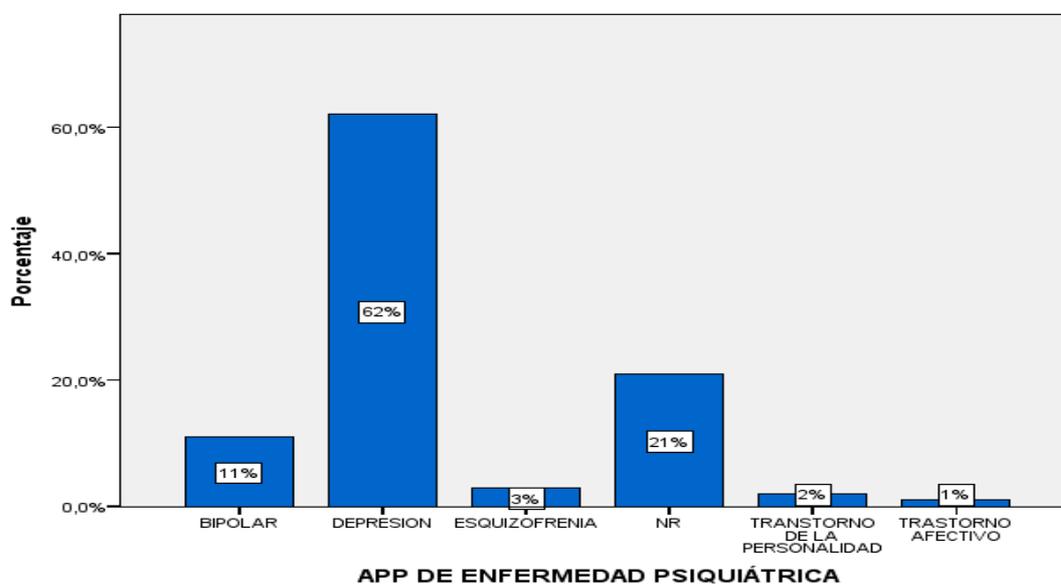


Tabla 10
Tabla cruzada entre diagnóstico psiquiátrico y sexo.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS / SEXO				
		Diagnóstico Psiquiátrico		Total
		NO	SI	
SEXO	FEMENINO	14	64	78
	MASCULINO	7	15	22
Total		21	79	100

El tener un diagnóstico psiquiátrico de base, aumenta las probabilidades de conducta suicida. Según la siguiente tabla cruzada el 64% de mujeres tiene diagnóstico psiquiátrico y hombres 15%.

4.1.9 Diagnóstico clínico

En la variable diagnóstico clínico se registraron las patologías que presentaron los sujetos en estudio al momento de ser hospitalizados. El 60% no presentó ninguna patología.

Tabla 11
Diagnósticos de los pacientes.

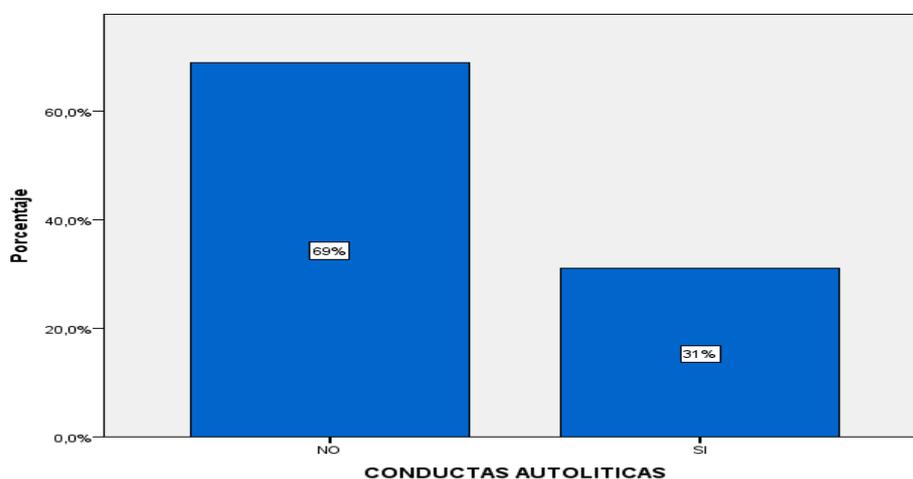
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico psiquiátrico		
Depresión	62	62
Bipolar	11	11
Esquizofrenia	3	3
Trastornos de la personalidad	2	2
Trastorno afectivo	1	1
Sin diagnostico	21	21
Diagnóstico clínico		
Sin enfermedad clínica	60	60

Hipertensión Arterial	15	15
Diabetes tipo II	5	5
Hipotiroidismo	3	3
Parkinson	2	2
Epilepsia	2	2
Asma Bronquial	1	1
Cáncer de mama	1	1
Edema de Pulmón	1	1
Gastropatía Urente	1	1
Migraña	1	1
Nefritis	1	1
Psoriasis	1	1
Quiste en el encéfalo	1	1
Rinitis alérgica	1	1
Sífilis / Gonorrea	1	1
Síndrome de ovario poliquístico	1	1
Virus del Papiloma Humano	1	1

4.1.10 Conductas autolíticas

Este tipo de conducta suele ser común en pacientes con trastornos psiquiátricos, estos quieren causar daño leve o moderado en su cuerpo, las estadísticas dicen que el 31% de la muestra tuvo autolesiones, a diferencia del 69% que no presento.

Figura 12
Cuadro de barras de conductas autolítica



4.1.11 Método de intento de suicidio

Los días de hospitalización están en el rango de 2 a 172 días. El 80% de los pacientes son de primer ingreso por intento de suicidio frustrado, el método más utilizado era la ingesta de fármacos con 50,70%

Tabla 12

Métodos más utilizados en intentos de suicidio.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Farmacológico	36	50,70
Lesión autoinfligida con arma blanca	11	15,49
Ahorcamiento	9	12,68
Ingesta de veneno	7	9,86
Salto a vehículo en movimiento	3	4,23
Salto de altura	3	4,23
Ahogamiento	1	1,41
Cortes de muñeca	1	1,41

El método de intento de suicidio más usado en ambos sexos fue la ingesta de fármacos, 46% por las mujeres, 42,86% por los hombres.

Tabla 13

Métodos las utilizados para intentos suicidas según el sexo

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Mujer		
Farmacológico	23	46%
Lesión autoinfligida con arma blanca	8	16%
Ahorcamiento	7	14%
Ingesta de veneno	6	12%
Salto de altura	3	6%
Salto a vehículo en movimiento	1	2%
Ahogamiento	1	2%
Cortes de muñeca	1	2%
Hombre		
Farmacológico	6	42,86%
Lesión autoinfligida con arma blanca	3	21,43%
Ahorcamiento	2	14,29%

Salto a vehículo en movimiento	2	14,29%
Ingesta de veneno	1	7,14%

4.1.11 Cálculo de la tasa de intentos de suicidios

$$Incidencia = \frac{\#casos}{total\ de\ la\ población\ que\ intento\ suicidarse} \times 10$$

$$Incidencia = \frac{64}{100} \times 10 = 6,4\ de\ cada\ 10\ pacientes$$

Según el cálculo de la tasa de intentos de suicidio, 6,4 por cada 10 pacientes que fue hospitalizado por presentar conducta suicida en el instituto de neurociencias de Guayaquil en el periodo 2017 – 2022 intento terminar con su vida.

CAPÍTULO V

Discusión

El suicidio supone un profundo problema en la salud mental a escala mundial. Aproximadamente 800 mil personas cometen suicidio anualmente con una tasa global del 10,7% por cada 100 mil personas y se estima que de 10 a 20 millones intentan suicidarse en el mismo periodo de tiempo. Representa la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años a nivel mundial y según la OMS, Ecuador cuenta con la cuarta tasa más alta de suicidio de Latinoamérica registrando una cifra del 13.1% por cada 100.000 habitantes (1–6,24–26).

De acuerdo a nuestro estudio, 6,4 de cada 10 pacientes que fueron hospitalizados en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil durante el 2017 a 2022 intentaron suicidarse. El grupo etario que registró más casos de conducta suicida fue el grupo de 36 a 64 años representando el 61% del universo estudiado, coincidiendo con las estadísticas reportadas por el MSP en el Ecuador en donde este mismo grupo etario ocupa el primer puesto. En esa misma línea, tres estudios realizados en Latinoamérica establecen como factor de riesgo para conducta suicida ser mayor de 45 años (9,10,13). Sin embargo, estos datos difieren de la situación mundial ya que según la OMS el grupo etario más afectado corresponde a los 29 - 35 años (24,25,27).

Según esta investigación, la mayoría de pacientes ingresados por conductas suicidas fueron de sexo femenino representando el 78%, correspondiendo a 78 casos de los cuales 50 presentaron al menos un intento de suicidio; el 22% restante fueron de sexo masculino en donde se registraron 14 casos. De acuerdo con la literatura, el sexo femenino es más propenso a cometer intentos de suicidio, no obstante, el sexo masculino concreta con más frecuencia el acto (3,6,11,16,17,23,31,32). Este patrón se ha visto comprobado en diferentes estudios realizados en América latina y en diferentes países de Europa (1,2,10,11,13–16,20,26,30–32). Cabe recalcar que en gran parte de Europa y en América latina el riesgo de suicidio masculino es de tres a cuatro veces mayor al del sexo femenino (13,30).

Esta relación se puede explicar por el método de suicidio predilecto por cada sexo: los hombres tienden a usar métodos denominados como métodos fuertes como el ahorcamiento, salto desde grandes alturas y armas de fuego; en contraposición, las

mujeres prefieren métodos suaves como envenenamiento (fármacos o agentes químicos) y cortes con arma blanca (6,11,16,23,32). Este enunciado se comprueba en esta investigación en cuanto a que el primer método de elección de las mujeres para intento de suicidio fue el envenenamiento farmacológico en un 46% y en segundo lugar lesión autoinfligida con arma blanca con 16%. En el grupo de hombres en primer lugar se sitúa el envenenamiento farmacológico con 42% y, en segundo lugar, lesión autoinfligida con arma blanca con 21,43%. Debido a la letalidad de los métodos preferentemente usados por los hombres no se reportan en su mayoría intentos de suicidio, pero sí suicidio consumado.

Se sabe también que entre el 50-80% de sujetos con conducta suicida presentan al menos un intento de suicidio, y que las mujeres son más propensas a reintentarlo (14,27). De acuerdo a nuestro estudio, el 64% de pacientes analizados tiene al menos un intento de suicidio y el mayor número de intentos registrados fue de diez intentos por parte de una sola mujer, lo cual se corresponde con lo enunciado anteriormente. El consumo de sustancias estupefacientes tales como el alcohol, tabaco, cocaína, marihuana y benzodiazepinas, es considerado factor de riesgo dentro de la conducta suicida (2-6,9,10,32). Otras publicaciones afirman que el alcohol es la sustancia más asociada a este tipo de conducta y es además un predictor importante de incremento del riesgo de suicidio (3,4,6-8,13,32). En el Ecuador, un estudio del 2021 reportó una relación de hasta el 40% entre el consumo de alcohol y las conductas suicidas (16). Según nuestras estadísticas, el alcohol es la sustancia más consumida con 17%, seguido por drogas ilícitas en las que se consideró al cannabis y a la cocaína (11%), tabaco (8%), y benzodiazepinas con 4%.

Se ven asociados en la conducta suicida e intento de suicidio el estado civil y empleo (3-5) (20,21,23,29-31). Referente al estado civil, el matrimonio se considera un factor protector para el intento de suicidio, mientras que la situación laboral es importante en cuanto a que el desempleo se considera factor de riesgo de conducta suicida (3,29,31). La mayor parte de la muestra estaba casada 38%, seguido de solteros en un 35%, divorciados (20%) y un mínimo porcentaje correspondiente a viudez y unión libre. Siendo que los solteros fueron los que presentaron mayor cantidad de casos de intento de suicidio (23). Con respecto al estado laboral 53% tenía un trabajo y el 47% se encontraba sin empleo, datos que difieren de los resultados de 3 estudios hechos en América Latina y Europa donde la muestra en su mayoría estaba conformada por desempleados en porcentajes entre 35.1% - 54.3% (3,5,7).

El 79% de la población en estudio tenía algún diagnóstico psiquiátrico. Las patologías más registradas fueron trastorno depresivo mayor (61%) y trastorno bipolar I (11%). Esta información se ajusta con publicaciones revisadas ya que el padecer una enfermedad psiquiátrica puede aumentar entre 4 a 25 veces el riesgo de cometer suicidio (32).

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Dentro de las características sociodemográficas que se pudieron constatar en este estudio observamos que ambos sexos (hombres 22%, mujeres 78%) presentaron conductas suicidas. Según los datos registrados se ven afectados pacientes entre los 19 a 80 años, con un promedio de edad de 42 años y siendo el grupo etario de entre 36 a 64 años el más afectado (61%). Tanto empleados (53%) como desempleados (47%) presentan conductas suicidas. Los sujetos de estudio en su mayoría no consumían sustancias tóxicas (72%), a diferencia del 28% restante que refirió consumir al menos un tóxico. Y con respecto al estado civil, se descubrió que este proceso tiene impacto sobre todas las categorías: casados (38%), divorciados (20%) y solteros (35%).

Se pudo demostrar con esta investigación que el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico base es un factor precipitante de la conducta suicida estando presente en el 79% de la población estudiada. El diagnóstico psiquiátrico más frecuentemente asociado fue el trastorno depresivo mayor (61%), citado específicamente como factor de riesgo. El intento previo de suicidio es el factor más importante y de mayor predicción para llevar a cabo un intento suicida, siendo que el 64% de la muestra total revela al menos un intento. Con respecto al estado civil, se comprobó que los solteros son más propensos al intento de suicidio, siendo que, de los 64 casos, 23 eran solteros.

La tasa de intentos de suicidio en los pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Instituto de Neurociencias en el periodo 2017-2022 fue de 6,4 por cada 10 pacientes.

En conclusión, el perfil de paciente con conducta suicida hospitalizado en el Instituto de Neurociencias en el periodo 2017 - 2022 corresponde al de la paciente femenina (78%) casada (38%) con diagnóstico psiquiátrico de base (79%), trastorno depresivo mayor (61%), con una edad promedio de 42 años que registra más de un intento de suicidio previo (64%) y que tiende a elegir la intoxicación farmacológica como método de intento de suicidio (46%).

Recomendaciones

Los autores recomendamos que se continúe publicando trabajos de la misma línea de investigación puesto que hay mínima información acerca de esta problemática con un fuerte impacto en la salud pública en el Ecuador y a nivel mundial.

Asimismo, recomendamos que se establezca un método de seguimiento a los pacientes que presentan conductas suicidas, cuanta más información esté disponible se podría reconocer de forma precoz el perfil del paciente en riesgo y de esta manera prevenir el aumento de casos de suicidio.

REFERENCIAS

1. Vigoya-Rubiano AR, Osorio-Barajas YS, Salamanca-Camargo Y. Caracterización del intento de suicidio en una ciudad colombiana (2012 – 2017). *Duazary*. 1 de enero de 2019;16(1):53.
2. Anelis de los Ángeles Aguilar Carrazana, Arcia Daimi Álvarez, Mislaidis Fajardo Rodríguez. *Comportamiento de la Conducta Suicida*. Municipio Guisa. Año 2017.
3. Torales J, Barrios I, González S. Caracterización de pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital Universitario. *Mem Inst Investig En Cienc Salud*. 10 de agosto de 2020;18(2):54-62.
4. Pabon AY. Intentos de suicidio y trastornos mentales. *Rev Habanera Cienc Médicas*. 25 de marzo de 2021;9.
5. Baños-Chaparro J, Ynquillay-Lima P, Lamas Delgado F, Fuster Guillen FG, Baños-Chaparro J, Ynquillay-Lima P, et al. Análisis de redes de las conductas suicidas en adultos peruanos. *Rev Cuba Med Mil [Internet]*. septiembre de 2021 [citado 26 de junio de 2023];50(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572021000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=en
6. Becoechea Gómez B, Antolín Palenzuela I, Lorenzo Moraleja P, Malavés Sanz NM, Muñoz García I, Sagrado Iglesias J. Factores relacionados con conducta suicida en personas hospitalizadas en una unidad psiquiátrica. *NURE Investig Rev Científica Enferm*. 2022;(120):3.
7. Tortosa Serrano Lorena. Perfil clínico de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría por riesgo suicida. 2018; Disponible en: <https://zagan.unizar.es/record/111832>
8. Campillo Serrano C, Fajardo-Dolci G. Prevención del suicidio y la conducta suicida. *Gac Médica México*. 6 de octubre de 2021;157(5):6898.
9. Koppmann AK. Aspectos generales del riesgo suicida en la consulta del médico general | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864020300250?token=BE0FE2E99BE915A0CC4FE13947F4F090995CC07365C9D017F6D8D176A2717085CE525E6E3488D0306BA0ABD093574494&originRegion=us-east-1&originCreation=20230515180755>

10. Arenas A, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Rev Colomb Psiquiatr. diciembre de 2016;45:68-75.
11. Barrio AL, Bolzán AG, Obando DN, Irrasar JI. Epidemiología de la mortalidad por suicidio en la provincia de Buenos Aires, Argentina, 2001-2017. Vertex Rev Argent Psiquiatr. 31 de marzo de 2021;32(151, ene.mar.):62-70.
12. Niamh Mullins, JooEun Kang, Adrian I. Campos. Dissecting the Shared Genetic Architecture of Suicide Attempt, Psychiatric Disorders, and Known Risk Factors | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0006322321015705?token=3259C11AEFE6B2CB7B679DA35A88BF9B79CFB9C935650690F8A4A8658E42C20A07735601252E971E64694CD8D24D6EA6&originRegion=us-east-1&originCreation=20230515181256>
13. Mazariegos DJD. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA- HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO, CCSS, COSTA RICA, 2014 AL 2017 DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN HNP. Rev Cúpula [Internet]. 2018; Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v33n1/art01.pdf>
14. Salvo L, Ramírez J, Castro A. Factores de riesgo para intento de suicidio en personas con trastorno depresivo en atención secundaria. Rev Médica Chile. febrero de 2019;147(2):181-9.
15. Casanova Garrigós G, López Pablo C, Reverté-Villarroya S, Moreno-Poyato AR, Gil-Mateu E, Montesó-Curto P. Factores de riesgo asociados a los intentos de suicidio en un servicio de urgencias psiquiátricas de una zona rural. Rev Port Enferm Saúde Ment. 1 de junio de 2021;9-23.
16. Valdevila-Figueira JA, Ruiz-Barzola O, Orellana-Román C, Valdevila-Santiesteban R, Fabelo-Roche JR, Iglesias-Moré S, et al. Conducta suicida y dualidad en trastornos por consumo de sustancias en drogodependientes ecuatorianos. Rev Inf Científica [Internet]. octubre de 2021 [citado 26 de junio de 2023];100(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332021000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=en
17. Zudydt Barrera Y. Factores influyentes en la presencia de la conducta suicida [Internet]. 2020. Disponible en:

<https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/1569be85-7ef7-48f0-9684-265997c38063/content>

18. Lluís Niell Galmes. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA CONDUCTA SUICIDA Y PARASUICIDA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. XIX Congr Virtual Psiquiatr [Internet]. 2018; Disponible en: <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-25-comu2009.pdf>
19. Mora VKB, Melo NGV, Galvis FHV. Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. Rev Psicopatología Psicol Clínica. 2019;24(3):181-95.
20. Chamorro AG. Las conducta suicida como proceso. Mutatis Mutandis Rev Int Filos. 30 de junio de 2021;1(16):119-28.
21. Arzuaga A, Rosa C. La conducta suicida y sus factores de riesgo en Holguín, Cuba. Correo Científico Méd. septiembre de 2018;22(3):374-85.
22. Íñigo Alberdi-Páramo, Marina Díaz-Marsá, María D Sáiz González, José L Carrasco Perera. Asociación entre las autolesiones sin finalidad suicida y la conducta suicida en trastorno límite de personalidad: un estudio retrospectivo. Actas Esp Psiquiatr. 2021;199-204.
23. María Nela Barba Téllez., Carmen del Rosario Navas Bonilla, Juan Carlos Marcillo. INVESTIGACIÓN Y ACADEMIA: LA VISIÓN DESDE LA UNIVERSIDAD ECUATORIANA [Internet]. Primera edición. REDIPE Red Iberoamericana de Pedagogía; 2019. Disponible en: <https://redipe.org/wp-content/uploads/2019/02/Libro-Investigacion-y-academia-la-vision-desde-la-universidad-ecuatoriana.pdf>
24. World Health Organization, editor. Suicide in the world Global Health Estimates. 2019; Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/326948>
25. World Health Organization, editor. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. 2021; Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
26. Jorge Oswaldo Tamayo Viera, Vicente Leonardo Pérez Yauli, Ibeth Aracelly Molina Arcos. Caracterización del suicidio y su incidencia en la provincia de Tungurahua: estudio descriptivo y análisis estadístico [Internet]. [citado 26 de junio de 2023]. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-27862022000100081

27. Subsecretaría Nacional de Provisión de los Servicios de Salud, editor. "Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o Intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2021; Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-intencion-e-intentos-de-suicidio.pdf>
28. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, editor. Registro Estadístico de Defunciones Generales de 2021. 2021; Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2021/Principales_resultados_EDG_2021_v2.pdf
29. Goñi-Sarriés A, Janda-Galán L, Macaya-Aranguren P, Azcárate-Jiménez L, López-Goñi JJ, Álvarez I. Diferencias entre los intentos de suicidio y otras urgencias psiquiátricas hospitalarias. Differences between suicide attempts and other psychiatric hospital emergencies [Internet]. 2018 [citado 26 de junio de 2023]; Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/30848>
30. Aiartzaguena M, Morentin B. Factores de riesgo del suicidio consumado en los jóvenes y los adultos de mediana edad: estudio poblacional forense. *Rev Esp Med Leg.* 1 de abril de 2022;48(2):53-9.
31. Goñi-Sarriés A, López-Goñi JJ, Azcárate-Jiménez L, Goñi-Sarriés A, López-Goñi JJ, Azcárate-Jiménez L. Comparación entre los intentos de suicidio leves, graves y las muertes por suicidio en Navarra. *Clínica Salud.* 2019;30(2):109-13.
32. Alberdi Páramo Í, Díaz-Marsá M, Saiz González MD, Carrasco Perera JL. Factores clínicos y psicológicos asociados a las conductas autolíticas en el trastorno límite de personalidad. *Psiquiatr Biológica.* enero de 2021;28(1):43-5.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Robles Paucar, María José** con C.C: # **1105962482** y, **Zavala Saldariaga, Josua Andrés** con C.C: # **1312791633** autores del trabajo de titulación: **Caracterización de los pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Instituto de Neurociencias en el periodo 2017-2022**, 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, 01 de septiembre de 2023

f. _____
Robles Paucar, María José
C.C: 1105962482

f. _____
Zavala Saldariaga, Josua Andrés
C.C.:1312791633



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Caracterización de los pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Instituto de Neurociencias en el periodo 2017-2022.		
AUTOR(ES)	Robles Paucar, María José Zavala Saldariaga, Josua Andrés		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Otero Celi, María Elisa		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de septiembre del 2023	No. DE PÁGINAS:	35
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina, Salud Mental, Psiquiatría		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	conducta suicida, trastornos psiquiátricos, intento de suicidio, suicidio, ideación suicida, auto lesiones, trastornos depresivos.		
<p>Introducción: El suicidio representa una problemática compleja en la salud mental por siempre presente en la historia universal de la humanidad, y que se asocia a diversos factores, principalmente a factores psicológicos. Aproximadamente 800 mil personas cometen suicidio anualmente con una tasa global del 10,7% por cada 100 mil personas, ubicándolo entre las diez primeras causas de muerte a nivel mundial. Metodología: Estudio de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo, de corte transversal, tanto cualitativo como cuantitativo. Se obtuvo un universo de 155 pacientes de 18 a 80 años hospitalizados en el Instituto De Neurociencias de Guayaquil mediante recolección de historias clínicas donde se registró finalmente una muestra de 100 pacientes que se clasificó en una base de datos de Excel. Resultados: El perfil de paciente con conducta suicida hospitalizado en el Instituto de Neurociencias en el periodo 2017 - 2022 corresponde al de la paciente femenina (78%) casada (38%) con diagnóstico psiquiátrico de base (79%), trastorno depresivo mayor (61%), con una edad promedio de 42 años que registra más de un intento de suicidio previo (64%) y que tiende a elegir la intoxicación farmacológica como método de intento de suicidio (46%).</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-960647759 +593-996949988	E-mail: r8mariaa@hotmail.com josuazavalasal@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: +593-982742221		
	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):			