



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

**TESINA DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
MÉDICO GENERAL**

**“RELACIÓN DEL INTENTO AUTOLÍTICO CON EL ESTADO
ANSIOSO DEPRESIVO EN PACIENTES INGRESADOS EN EL
ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL
GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA DURANTE EL PERIODO DE
ENERO A JUNIO DEL 2013”.**

AUTORA:

Verónica Aracely Soto Santillán

TUTORES DE TESINA:

Dr. Edwin Choca

Ms. Paúl Parra

Riobamba, Julio del 2015

DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, Verónica Aracely Soto Santillán soy responsable de los hechos, ideas, doctrinas, resultados, y propuestas expuestas en la presente tesina, y, el patrimonio intelectual de la misma corresponderá a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Verónica Aracely Soto Santillán

C.I. 0603342130

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme dado la vida, inteligencia y los recursos para poder llegar a ser médico.

A mi familia por apoyarme un todo momento de la vida.

A mis maestros por los conocimientos impartidos.

A la Universidad Nacional de Chimborazo, por haber cursado en sus aulas.

A mis tutores de tesina Dr. Edwin Choca y Ms. Paúl Parra, quienes dedicaron tiempo valioso en la elaboración de este proyecto investigativo.

Al Hospital General Docente Riobamba, institución que abrió sus puertas y aceptó que pueda realizar mi internado rotativo a la vez que permitió materializar este trabajo investigativo.

Verónica Aracely Soto Santillán

DEDICATORIA

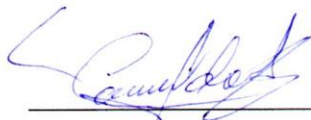
A mi madre, hijos, y esposo por sus esfuerzos, su confianza, apoyo y motivación constante, haciendo posible la cristalización de esta etapa de mi vida, este éxito es suyo.

A quienes día a día velan por la salud y bienestar de sus pacientes, aferrándose a la vida y luchando por preservarla, aún descuidando su propio bienestar, para los médicos y enfermeras del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL

Los abajo firmantes certificamos que el presente trabajo de investigación: RELACIÓN DEL INTENTO AUTOLÍTICO CON EL ESTADO ANSIOSO DEPRESIVO EN PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2013, de autoría de la Sra. Verónica Aracely Soto Santillán, se encuentra apto para la defensa pública.

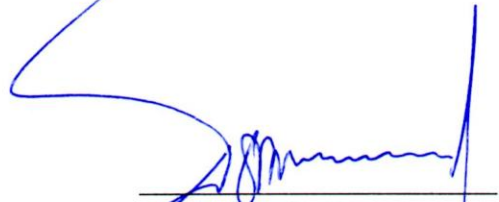
Riobamba, 30 de Julio del 2015.



PRESIDENTE TRIBUNAL



TUTOR CIENTÍFICO



TUTOR METODOLÓGICO

CONTENIDO

DERECHOS DE AUTORÍA.....	I
AGRADECIMIENTO	II
DEDICATORIA.....	III
ÍNDICE DE TABLAS	VIII
INDICE DE GRÁFICOS	IX
RESUMEN	X
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
1. PROBLEMATIZACIÓN.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3 OBJETIVOS	5
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.4 JUSTIFICACIÓN	6
CAPÍTULO II	8
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL.....	8
2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
2.2.1 INTENTO AUTOLÍTICO Y SUICIDIO	9
El Suicidio Altruista	10
El Suicidio Egoísta.....	10
El Suicidio Anómico.....	10
2.2.1.1 EPIDEMIOLOGÍA	11
2.2.1.2 PROCESO SUICIDA	12
2.2.1.3 TIPOS DE SUICIDIO	13
2.2.1.4 PROCEDIMIENTO EMPLEADO EN EL SUICIDIO	14
2.2.1.5 FACTORES DE RIESGO SUICIDA	15

1 Factores Precipitantes.....	15
2 Factores de Protección	16
2.2.2 DEPRESIÓN	17
2.2.2.1 CLASIFICACIÓN SEGÚN DSM-V	18
1) Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Único o Recidivante	18
2) Trastorno distímico (Trastorno Depresivo Persistente)	20
3) Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento	21
4) Trastorno depresivo debido a otra afección médica	22
5) Otro trastorno depresivo especificado.....	23
6) Otro trastorno depresivo no especificado	24
7) Trastorno depresivo con características mixtas	24
8) Trastorno depresivo con características melancólicas	26
2.2.2.2 CLASIFICACIÓN SEGÚN CIE-10.....	26
2.2.3 ANSIEDAD	28
2.2.3.1 ESTRÉS Y ANSIEDAD.....	28
2.2.3.2 ANSIEDAD Y MIEDO.....	29
2.2.3.3 CLASIFICACIÓN SEGÚN CIE-10.....	30
2.2.3.4 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.....	31
2.2.3.5 SÍNTOMAS DE ANSIEDAD	32
2.2.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO- DEPRESIVO DEL DSM-IV-TR.....	33
2.3 ESTUDIO DE CORRELACIÓN.....	34
2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	36
2.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES	38
2.5.1 HIPÓTESIS	38
2.5.2 VARIABLES	39
Variable Independiente	39
Variable dependiente	39
2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	39
CAPÍTULO III.....	41

3. MARCO METODOLÓGICO.....	41
3.1 Método.....	41
Tipo de la investigación.....	41
Diseño de la investigación.....	41
3.2 Población	41
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
3.4 Técnicas para el análisis e interpretación de resultados	42
3.5 Aspectos éticos	42
CAPÍTULO IV	43
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	43
4.1 Comprobación de hipótesis.....	60
4.2 Discusión	61
CAPÍTULO V	63
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	63
5.1 CONCLUSIONES	63
5.2 RECOMENDACIONES.....	64
5.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
5.4 ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 Edad	42
TABLA 2 Sexo	44
TABLA 3 Grupo Racial	45
TABLA 4 Ocupación	46
TABLA 5 Estado civil	47
TABLA 6 Escolaridad	48
TABLA 7 Empleo	49
TABLA 8 Relación familiar	50
TABLA 9 Patología previa	51
TABLA 10 Consumo de Alcohol	52
TABLA 11 Estado afectivo	53
TABLA 12 Intentos autolíticos previos	54
TABLA 13 Tipo de intento autolítico	55
TABLA 14 Procedimiento empleado	56
TABLA 14.A Tipo de envenenamiento	57
TABLA 15 Grado de relación según Pearson del intento autolítico con el estado afectivo	58

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1 Edad	42
GRAFICO 2 Sexo	44
GRAFICO 3 Grupo Racial	45
GRAFICO 4 Ocupación	46
GRAFICO 5 Estado civil	47
GRAFICO 6 Escolaridad	48
GRAFICO 7 Empleo	49
GRAFICO 8 Relación familiar	50
GRAFICO 9 Patología previa	51
GRAFICO 10 Consumo de Alcohol	52
GRAFICO 11 Estado afectivo	53
GRAFICO 12 Ideas suicidas	54
GRAFICO 13 Tipo de intento autolítico	55
GRAFICO 14 Procedimiento empleado	56
GRAFICO 14.A Tipo de envenenamiento	57
GRAFICO 15 Grado de relación según Pearson del intento autolítico con el estado afectivo	58

RESUMEN

En Ecuador el suicidio, se registra como la primera forma de muerte en jóvenes, según el Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SIISE) del 2012; los informes del Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia habla que el suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes entre 12 y 17 años, y ocupa el primer lugar como causa de fallecimiento en algunas provincias, como: Cotopaxi, Chimborazo, Cañar, Imbabura, Morona Santiago y Pastaza. (Podvin, 2012)

Este trabajo estudia la relación existente entre el intento autolítico y el estado ansioso depresivo de los pacientes hospitalizados en el área de Medicina Interna del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, durante el período enero a junio del año 2013; se fundamenta en el método analítico, basándose en datos obtenidos de una fuente secundaria; de tipo retrospectivo, descriptivo; con un diseño no experimental, documental.

El universo consta de 56 casos, con un predominio de pacientes entre el rango de 20 a 39 años de edad. El total de los casos se distribuyen según el sexo masculino y femenino cada uno con el 50%.

El estudio indica como el estado depresivo tiene una relación positiva alta con el intento autolítico, más que el estado mixto que tiene una relación positiva baja; es de importancia mencionar que estos estados emocionales se encuentran condicionados por las diversas circunstancias de los individuo, siendo los más relevantes el desempleo, el estado civil soltero, las relaciones familiares conflictivas y la vida estudiantil siendo los estudiantes secundarios los más frecuentes.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

In Ecuador, the suicide is documented as the first form of death in adolescents, according to the Integrated System of Social Indicators of 2012; the reports of the Observatory for the Rights of Children and Adolescence say, suicide is the second cause of death in adolescents between the ages of 12 and 17, and occupies the principal cause of death in some provinces, like: Cotopaxi, Chimborazo, Cañar, Imbabura, Morona Santiago y Pastaza. (Podvin, 2012)

This research studies the connection between attempted suicide and the depressive anxious state of patients hospitalized in the area of Internal Medicine Provincial General Docente Hospital of Riobamba, during the period of January to June of 2013; It is based on the analytical method, organized on data acquired from a secondary source; retrospective, descriptive, with a non-experimental design, but documentary.

The population consists of 56 Cases, with the predominance of patients between ranges of 20 to 39 years of age. The total of cases are distributed according to the masculine and feminine sex each one with 50%.

The study indicates how the depressive state has a high positive relationship with the autolytic intent, more than the mixed state that has a low positive relationship; it's very important to mention that these emotional states find themselves conditioned by the diverse circumstances of the individual, the most relevant facts are considered the unemployment, single civil state, conflictive family relationships and student life amongst those secondary students, they are the most frequent.

Reviewed by:

MsC. Ligia López H.,
LANGUAGES CENTER- HEALTH AND SCIENCE SCHOOL – UNACH.



INTRODUCCIÓN

Los trastornos afectivos y los trastornos depresivos afectan de un 10 a un 20% de la población general en algún momento de su vida. El suicidio es un riesgo en depresiones graves no tratadas y es la primera causa de muerte actualmente en jóvenes de 14-17 años de edad. (Podvin, 2012)

La autora encamina esta investigación al estudio del intento autolítico como resultado de los trastornos emocionales del individuo, pretendiendo establecer las condiciones en que se relacionan el intento autolítico y el estado ansioso-depresivo de los pacientes ingresados en el área de Medicina Interna del Hospital Provincial General Docente de Riobamba; obteniendo información documental del departamento de estadística del mismo, de los individuos que fueron objeto de estudio; por tal razón este trabajo va enfocado al conocimiento del intento autolítico y la relación con el estado ansioso depresivo; con la finalidad de poder contribuir al diseño de programas que incidan en la prevención del intento autolítico en este establecimiento.

En el capítulo I se plantea el problema y los objetivos que se pretenden alcanzar al término de este estudio, con la justificación pertinente.

En el capítulo II se realiza una descripción sobre el intento autolítico, y los diferentes trastornos emocionales, con la intención de facilitar la comprensión del tema, además se plantea la hipótesis y las diferentes variables a estudiar.

En el capítulo III se expone el marco metodológico mediante el cual se desarrolla este trabajo.

En el capítulo IV se describe los análisis de los resultados obtenidos, discutiendo su relación y planteando datos evaluativos sobre éstos.

El capítulo V muestra las conclusiones y recomendaciones de este estudio.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La conducta autolítica se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, al encontrarse dentro de las 20 causas de Morbi-mortalidad a nivel mundial; en América, más de 60 mil personas terminan con su vida cada año. (ABC, s.f.)

En Ecuador la autolisis, se registra como la primera forma de muerte en jóvenes, incrementándose en las últimas décadas del 2 al 6 por ciento, según el Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SIISE, 2012), con tendencia al crecimiento. (Podvin, 2012)

Cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), señalan que en el 2010, un total de 658 personas se quitaron la vida en el país, mientras que en el 2011 hubo 913 suicidas, convirtiendo a este problema en una de las primeras 15 causas de muerte a nivel nacional (Centinela, 2012). Según informes del año 2012 del Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia se habla que en los últimos años, el suicidio pasó a ser la segunda causa de muerte en adolescentes entre 12 y 17 años en Ecuador y ocupa el primer lugar de fallecimiento en provincias con altos porcentajes de población indígena rural como Imbabura, Cotopaxi, Chimborazo, Cañar, Morona Santiago y Pastaza. (Adolescencia, 2012)

En nuestra provincia de Chimborazo de datos obtenidos del Distrito Provincial de Salud se ha reportado en el año 2012 un total de 181 pacientes de los cuales 174 han sido intentos autolíticos fallidos y 7 consumados; de los cuales no se puede obtener un dato estadístico exacto de la prevalencia de los intentos autolíticos relacionados con los estados depresivos, es de notable importancia acotar que en los últimos años se han

reportados casos ingresados a la sala hospitalaria donde se ha logrado salvar la vida y en otras desafortunadamente el individuo consigue su objetivo de terminar con su vida. (Ministerio de Salud Pública, Ecuador 2012)

Esta situación es indistinta de la edad y género, provocando un impacto familiar y social importante aún para las personas que trabajos en pro de la salud de la comunidad.

Los factores que quizá conduzcan a esta conducta autolítica se pueden englobar dentro de los conflictos emocionales de cada individuo, considerando entre otros la situación económica, problemas laborales o el estado crónico avanzado de alguna enfermedad establecida que este ocasionando un desequilibrio en el desarrollo normal de la vida diaria de las personas. (Junta de Beneficencia, Guayaquil 2014)

La autora refiere que son diversas las causas en las que podemos pensar y que estas son difíciles de determinar para cada caso, pero el intento autolítico de acuerdo a este estudio puede estar potenciado por otros factores coadyuvantes como por ejemplo el consumo de alcohol y/o drogas que alteran el estado de conciencia provocando los pensamientos suicidas que en algún momento son ejecutados de alguna manera.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué relación tiene el intento autolítico con el estado ansioso depresivo en los pacientes ingresados en el área de Medicina Interna del Hospital Provincial General Docente de Riobamba durante el periodo de enero a junio 2013?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación del intento autolítico con el estado ansioso depresivo en pacientes ingresados en el área de Medicina Interna del Hospital Provincial General Docente de Riobamba durante el periodo de enero a junio del 2013.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar si el estado ansioso depresivo es la causa principal de los intentos autolíticos.
2. Establecer el móvil referido por los pacientes diagnosticados con intento autolítico.
3. Precisar los factores sociodemográficos involucrados en el intento autolítico.
4. Determinar el grupo etáreo más vulnerables que presentan intento autolítico.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo está encaminado a determinar la relación del intento autolítico con el estado ansioso-depresivo, teniendo en cuenta que las situaciones autolíticas han tenido participación desde tiempos antiguos por distintas sociedades que se han visto envueltas en diferentes condicionamientos y percepciones culturales, sociales e incluso a creencias religiosas y filosóficas.

Por lo tanto la presente investigación pretende establecer si existe relación entre el intento autolítico y el estado ansioso depresivo, ya que este fenómeno no distingue edad, género, posición social y tampoco condición económica, y cada día va adquiriendo mayor número de casos en la Provincia de Chimborazo, además este se encuentra exacerbado por diversas patologías mentales.

Es necesario entender si el estado ansioso depresivo es causa directa para el intento autolítico o si éste depende de los procesos psicoemocionales que giran entorno de las características sociodemográficas, que han llevado a los pacientes estudiados a la decisión de intentar provocarse la autoeliminación.

Por eso la importancia de esta investigación, conlleva a un estudio encaminado a proporcionar información que puede ser de utilidad para los profesionales de la salud, partiendo sobre la base de una realidad de la provincia, que cada día va adquiriendo más fuerza y frecuencia entre la sociedad, como resultante de las múltiples razones mencionadas en su desarrollo pueden desencadenarse en el problema objeto del presente estudio, considerando además que, en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, arriban pacientes con signos y síntomas coincidentes con la autolisis; sin embargo de ello, al presentarse como aparentes cuadros clínicos leves que no requieren de hospitalización no se les concede la importancia y atención necesaria.

Con todo lo antes mencionado, se aspira sensibilizar a los profesionales de salud que intervienen en el cuidado, promoción, prevención y curación de la población, y además aportar al conocimiento con los resultados de esta investigación y así identificar a tiempo posibles problemas y brindar una solución oportuna.

Además es de suma importancia empezar a sembrar y cultivar en cada uno de los partícipes de la salud, la necesidad de trabajar en beneficio del cumplimiento de los puntos mencionados en los Objetivos Nacionales para el Buen Vivir como por ejemplo: “Mejorar la calidad de vida de la población”, “Establecer un sistema económico, social, solidario y sostenible”, entre otros; sustentados también en lo que especifica el Artículo No. 6 de la Ley Orgánica de Salud, del año 2012, que textualmente argumenta que “...*Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares*”. (Subsecretaría Nacional de Gobernanza Salud Pública, Ecuador 2012)

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

El intento autolítico se analiza desde el punto de vista de Mansilla en su trabajo denominado “La prevención de la conducta suicida”, que menciona la manera que el pensamiento autolítico madura hacia una idea y luego se concreta mediante la acción del mismo, definiéndolo como el conjunto de procedimientos y motivaciones que no están propiamente dirigidas a producir la muerte. (Mansilla, 2012)

La depresión como lo define Alberdi en su tratado que lleva el mismo nombre, argumenta que “...es un síndrome en el cual afecta las emociones y el estado global de la vida psíquica repercutiendo en el estado afectivo de la persona”. (Alberdi, 2006)

Por otro lado, el estado ansioso va a la vanguardia del diario vivir de las personas, a expensas de las exigencias por mantener un ritmo de vida constante que acarrea un desequilibrio, perturbando la salud de los individuos, refiere Tica Reyes en su conceptualización de la ansiedad. (Tica, 2009)

Por lo tanto, esta investigación se basa en las teorías antes mencionadas para llegar a una mejor comprensión, de acuerdo a lo expuesto en el presente estudio.

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1 INTENTO AUTOLÍTICO Y SUICIDIO

El suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento autolítico, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida. Aunque el espectro completo de la conducta suicida está conformado por la ideación suicida: amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado. (Mansilla, 2012)

En suicidología como refiere Mansilla, se utilizan diferentes expresiones como:

- ✓ Conducta suicida: aquella conducta que se realiza con objeto de llevar a cabo, de una manera consciente o inconsciente, un acto suicida.
- ✓ Riesgo de suicidio: posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida.
- ✓ Suicidio frustrado: acto suicida que no consigue el objetivo por alguna circunstancia imprevista.
- ✓ Ideación suicida: pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infligida, sobre formas deseadas de morir y sobre los objetos y circunstancias en que se propone morir.
- ✓ Gesto suicida: actos que suelen tener algún simbolismo sobre una acción suicida que se realiza.
- ✓ Intento de suicidio: aquellos actos autolíticos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal.
- ✓ Parasuicidio: toda conducta autolítica no mortal que no considera esencial la intencionalidad de morir.

Quintanar en su publicación “El comportamiento suicida” refiere que a finales del último siglo el sociólogo francés Emile Durkheim. En un intento de explicar los patrones estadísticos, dividió los suicidios en tres categorías sociales: Altruista, Egoísta y Anómico. (Quintanar, 2008)

El Suicidio Altruista

Que se encuentra en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal, y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral. El comportamiento de los pilotos japoneses en la Segunda guerra mundial, tendría que ser catalogado en este tipo que por cierto es menos frecuente, lo cual es lógico ya que hoy día el pensamiento individualista es mucho más fuerte que el colectivo. La motivación hacia la muerte esta originada en la estructuración social. La muerte en sí misma no es tan importante como el preservar el mantenimiento de un estado de cosas. (Quintanar, 2008)

El Suicidio Egoísta

Que resulta de la alienación del individuo respecto de su medio social. Ese tipo es común allí donde factores culturales como el de los encarnados por el protestantismo subrayan el individualismo y el esfuerzo concentrado en el yo. El individuo se orienta más por sus intereses particulares que por los de su grupo de referencia. Dentro de esta categoría entrarían muchos suicidios: el amante defraudado, el empresario en quiebra, el estudiante que no logra satisfacer las exigencias académicas de sus padres o el poeta que no encuentra un sentido al existir. Para cada uno de estos personajes, poco o nada importa lo que los demás piensen o sientan sobre su situación, mayor dolor y abatimiento que el que ellos están padeciendo no existe, y eso es precisamente lo que se desea evitar. (Quintanar, 2008)

El Suicidio Anómico

Que se da cuando un fallo o dislocación de los valores sociales lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida. Eso puede resultar de perturbaciones temporales como la guerra o las crisis económicas; de factores personales como una rápida movilidad social; o de cambios en la estructura social, como los relacionados con la industrialización de los países subdesarrollados, que socavan la autoridad tradicional y los valores establecidos.

Esta es tal vez la categoría que más se presta a confusiones ya que es fácil confundirse con suicidios egoístas. El elemento fundamental en el suicidio anómico es la inexistencia de norma (anomia), y por lo tanto no existe un parámetro por el cual guiarse. Las estadísticas señalan como el aumento de los suicidios se dan es en el periodo de postguerra y no precisamente durante esta. (Quintanar, 2008)

2.2.1.1 EPIDEMIOLOGÍA

Entre el 25 y el 50% de los actos consumados tienen historia conocida de intentos previos. Cerca de un tercio de las personas que intentan suicidarse repiten el intento dentro de un período de un año y un 10% de aquellos que amenazan o intentan suicidarse finalmente lo logran. (Mansilla, 2012)

La Organización Mundial de la Salud, clasifica las tasas de suicidio de una comunidad en función del número de suicidios/cien mil habitantes/año. De modo que cifras inferiores a 5 suicidios/cien mil habitantes/año se consideran bajas, entre 5 y 15 medias y de 16 a 30 altas y por encima de 30 muy altas. (Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, 2012)

- ✓ **Distribución geográfica:** Las tasas de suicidio como las de intento de suicidio son mayores en las áreas urbanas y, entre las ciudades, en las de mayor tamaño. Es más frecuente el suicidio en zonas urbanas en las que la población es

cambiante, sin hogar fijo o de mayor edad, y en los barrios más pobres. Es menos frecuente en las zonas residenciales. (Mansilla, 2012)

- ✓ **Edad**: Los grupos de alto riesgo son los adolescentes y adultos mayores. En el varón la frecuencia aumenta con la edad, con una incidencia máxima a los 75 años. Consuman el suicidio 2-3 veces más que las mujeres. En las mujeres la edad de mayor incidencia está entre los 55 y 65 años. Intentan suicidarse 2-3 veces más que los hombres. (Mansilla, 2012)

- ✓ **Factores sociales**:

Estado civil: Solteros, viudos, separados y divorciados

Soledad: Vivir solo, pérdida o fracaso de una relación amorosa en el último año.

Lugar de residencia: Más en el medio urbano

Pérdida del rol o status social, marginalidad reciente

Desempleo o trabajo no cualificado

Problemática social, familiar o laboral grave

Problemática religiosa: Ateísmo

- ✓ **Factores sanitarios**: Aproximadamente en el 50 % de los intentos se aprecia enfermedad física, destacando el dolor crónico, las enfermedades crónicas o terminales (cáncer, SIDA: 4% del total), y las intervenciones quirúrgicas o diagnóstico reciente de lesiones invalidantes y deformantes. (Mansilla, 2012)

2.2.1.2 PROCESO SUICIDA

Según Dutti el suicidio presenta distintas fases:

- Fase ideativa: Tiene la idea que aparece y desaparece, como una ocurrencia. Siguen apareciendo vivencias que motivan la aparición de la idea. La toma en consideración, es una mera expresión emocional.
- Fase deliberativa: Analiza los pros y los contras de esa idea. Comienza a considerar la idea. Esta fase puede durar días, meses o años. Lo habitual es de semanas a meses. La idea comienza a tener forma y sentido, y el suicidarse, que hasta ese momento era una idea loca, una ocurrencia por el estado emocional se hace más visible.
- Fase decisiva: El sujeto toma la decisión de suicidarse. Ha evaluado todo y llega a la conclusión "yo me quiero suicidar". Esto sucede luego del curso de la deliberación, por eso el tiempo de decisión no es en segundos. Luego que tomó la decisión de suicidarse entra en un período de calma, porque estas tres fases son de mucha angustia y dolor. El sujeto sufre mucha angustia hasta que llega a la decisión y cuando ya decidió lo que va a hacer se tranquiliza.
- Fase dilatoria: Corresponde al período de calma, cuando se tranquiliza, ya sabe lo que va a hacer. Esta fase es de duración variable, habiendo hechos que lo adelantan a la siguiente fase.
- Fase operativa: A esta corresponde toda maniobra que hace el sujeto para ejecutar el suicidio. Es todo lo previo que hace al acto suicida, desde prever qué va a hacer con sus bienes (escribe un testamento, saca un seguro de vida, arregla los aspectos laborales con toda discreción), para que no se den cuenta de su decisión de suicidio, para que no intervengan en el acto. Ejemplo: va a comprar el veneno.
- Fase ejecutiva: Ejecuta la acción concreta.

2.2.1.3 TIPOS DE SUICIDIO

Dutti presenta los diferentes tipos de suicidio.

A. Suicidio Emotivo-Impulsivo: Suele ocurrir por pena, miedo, despecho, cólera o venganza, es decir, por reacciones emotivas o primitivas de displacer; por ejemplo:

- Problemas entre padre e hijos.
- Castigos injustos
- Discusiones
- Odio entre hermanos
- Venganza contra los padres
- Baja Auto-estima

B. Suicidio Imaginario: Por imitación, juego, curiosidad; por la publicidad y los miedos de comunicación.

C. Suicidio Pasional: Generalmente ocurre por la no correspondencia del sentimiento amoroso.

D. Suicidio Simulado: Se manifiesta por el chantaje de la víctima que luego se hace realidad.

2.2.1.4 PROCEDIMIENTO EMPLEADO EN EL SUICIDIO

A. Suicidio por envenenamiento:

- ✓ Por sustancias farmacológicas
- ✓ Por sustancias no farmacológicas
- ✓ Gases

B. Suicidios por asfixias mecánicas:

- ✓ Ahorcadura y estrangulación (por excepciones)
 - ✓ Sumersión
 - ✓ Sofocación
- C. Suicidio por arma de fuego, explosión e incendio.
- D. Suicidio por arma o instrumentos cortantes, punzantes y punzo-cortantes.
- E. Suicidio por lanzamiento desde grandes alturas.
- F. Suicidio por arrollamiento. (Dutti, 2011)

2.2.1.5 FACTORES DE RIESGO SUICIDA

Los factores de riesgo suicida más relevantes para los psiquiatras son la existencia de antecedentes de conducta suicida previa o actual y la presencia de alguna patología psiquiátrica que confiera vulnerabilidad suicidal. Estas mismas son las circunstancias principales que demandan una estimación de riesgo por parte del médico. Otras características señaladas como por ejemplo sexo masculino, adultez o edad avanzada, soltería, viudez o separación, desempleo, enfermedades médicas de evolución crónica y acontecimientos vitales negativos son poco específicas para ser consideradas por sí mismas como indicadores útiles. Adquieren importancia, sin embargo, cuando se agregan a los atributos principales ya señalados. (Dutti, 2011) (Mansilla, 2012)

1 Factores Precipitantes

El presentar o estar ante varias situaciones estresantes pueden contribuir de modo significativo para que la persona cometa el acto, algunos de estos pueden ser:

- ✓ Relaciones familiares conflictivas

- ✓ Que se experimente un fracaso académico.
- ✓ Pérdida de un ser querido.
- ✓ Estar pasando por problemas económicos.
- ✓ Experimentar un problema social.
- ✓ Descubrir una enfermedad crónica o incurable.
- ✓ Uno o varios de los factores de riesgo. (Dutti, 2011) (Mansilla, 2012)

Las familias conflictivas según Virginia Satir están sujetas a la pérdida de la comunicación entre sus integrantes, así como también al desequilibrio en los valores, reglas y sobre todo a la pérdida de la autoestima de la misma, provocando que existan relaciones familiares conflictivas que a su vez crean personas conflictivas y contribuyen así a la devaluación del yo, situación que está muy relacionada al suicidio, la delincuencia, las enfermedades mentales, el alcoholismo, la drogadicción, los problemas escolares, los desórdenes alimenticios, y muchos otros problemas sociales. (Tomas, 2010)

2 Factores de Protección

Los factores de protección son aquellos acontecimientos o cosas que disminuyen el riesgo de un suicidio, estos pueden ser:

- ✚ Tener relaciones familiares armoniosas.
- ✚ Presentar bienestar emocional.
- ✚ No vivir ante factores estresantes.
- ✚ Tener buenas relaciones con los demás.
- ✚ Presentar satisfacción y logro académico.

- ✚ Nutrida red de apoyo social.
- ✚ Experimentar respeto personal.
- ✚ Tener una buena autoestima.
- ✚ Tener la habilidad para la resolución de problemas o de afrontamiento.
- ✚ Pertenecer a un grupo religioso.
- ✚ Presencia de hijos pequeños dependientes.
- ✚ Tener personas que dependan de él.
- ✚ Ser una persona motivadora. (Dutti, 2011) (Mansilla, 2012)

La autora de la presente investigación menciona que los factores de riesgo precipitantes o que desencadenan los pensamientos y/o acciones suicidas, para su prevención, deben estar sopesados por mecanismos que favorezcan el enriquecimiento mental y de comportamiento de los individuos ante las situaciones que se ven inmersas en el entorno en el que se desenvuelven, buscando disminuir los estados estresantes que comprometan su bienestar emocional.

2.2.2 DEPRESIÓN

Se define como un síndrome que recoge la presencia de síntomas afectivos encerrados en los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida; aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático; se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. (Alberdi, 2006)

Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, no raras veces resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la comorbilidad entre trastorno depresivo y trastorno por ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. También puede ocurrir la depresión con el abuso de alcohol o tóxicos, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. (Alberdi, 2006)

2.2.2.1 CLASIFICACIÓN SEGÚN DSM-V

Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) publicado en el año 2013 la depresión se clasifica de la siguiente manera: *(Se conserva el texto original)*

1) Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Único o Recidivante

Criterio A

Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es: estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.

- Tristeza, disfórico, irritable la mayor parte del día y todos los días. Incluye llanto, verbalización de tristeza o desánimo.
- Disminución o pérdida del interés; o de la capacidad para el placer o bienestar en la mayoría de las actividades.

Síntomas somáticos

- Disminución o aumento de peso; disminución o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz casi diario.
- Sensación de fatiga.

Síntomas psíquicos

- Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales.
- Pensamientos recurrentes de muerte; ideación de planes suicidas.

Criterio B

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Criterio C

El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Criterio D

El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Criterio E

Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

2) Trastorno distímico (Trastorno Depresivo Persistente)

Criterio A

Estado de ánimo crónicamente depresivo o triste, la mayor parte del día y la mayoría de los días, durante al menos 2 años.

Criterio B

Dos o más de los siguientes síntomas:

- Disminución o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Falta de energía vital.
- Baja autoestima.
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

Criterio C

Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

Criterio D

Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

Criterio E

Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Tampoco se dan criterios para un trastorno Ciclotímico.

Criterio F

La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

Criterio G

Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej: una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

Criterio H

Los síntomas ocasionan un malestar importante, junto a un deterioro social, laboral, o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

3) Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

Criterio A

Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

Criterio B

Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de:

- Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
- La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

Criterio C

El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente:

- Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen en otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

Criterio D

El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

Criterio E

El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

4) Trastorno depresivo debido a otra afección médica

Criterio A

Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.

Criterio B

Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

Criterio C

La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej: trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).

Criterio D

El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

Criterio E

El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

5) Otro trastorno depresivo especificado

- a. Depresión breve recurrente: Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.
- b. Episodio depresivo de corta duración (4–13 días): Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca

ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.

- c. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para depresión breve recurrente.

6) Otro trastorno depresivo no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej. en servicios de urgencias).

7) Trastorno depresivo con características mixtas

Criterio A

Al menos tres de los síntomas maníacos/hipomaníacos siguientes están presentes casi todos los días de un episodio de depresión mayor:

- ✓ Estado de ánimo elevado.
- ✓ Aumento de la autoestima.
- ✓ Más hablador de lo habitual.
- ✓ Fuga de ideas.
- ✓ Aumento de la energía dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual).
- ✓ Implicación aumentada o excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
- ✓ Disminución de la necesidad de sueño.

Criterio B

Los síntomas mixtos son observables por parte de otras personas y representan un cambio del comportamiento habitual del individuo.

Criterio C

En individuos cuyos síntomas cumplen todos los criterios de manía o hipomanía, el diagnóstico será trastorno bipolar I o bipolar II.

Criterio D

Los síntomas mixtos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej.: una droga, un medicamento u otro tratamiento).

8) Trastorno depresivo con características melancólicas

Criterio A

Una de las características siguientes está presente durante el período más grave del episodio actual:

1. Pérdida de placer por todas o casi todas las actividades.
2. Falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros (no se siente mucho mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).

Criterio B

Tres (o más) de las características siguientes:

1. Una cualidad bien definida del estado de ánimo depresivo es un desaliento profundo, desesperación y/o mal humor, o lo que se conoce como estado de ánimo vacío.
2. Depresión que acostumbra a ser peor por la mañana.
3. Despertar pronto por la mañana (es decir, al menos dos horas antes de lo habitual).
4. Notable agitación o retraso psicomotor.
5. Anorexia o pérdida de peso importante.
6. Culpa excesiva o inapropiada.

2.2.2.2 CLASIFICACIÓN SEGÚN CIE-10

González en su tratado habla de la Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición, donde clasifica a la depresión de la siguiente manera: *(Se conserva el texto original)*

- ✓ Episodio maníaco
- ✓ Trastorno bipolar
- ✓ Episodio depresivo
 - Leve
 - Moderado
 - Grave sin síntomas psicóticos con síntomas psicóticos
- ✓ Otros episodios depresivos
- ✓ Trastorno depresivo recurrente
- ✓ Trastornos del humor persistentes
 - Ciclotimia
 - Distimia
 - Otros
- ✓ Otros trastornos del humor
- ✓ Trastornos del humor sin especificar. (González, 2007)

La autora del presente trabajo aclara que debe ser de interés para el profesional de la salud identificar de manera oportuna los signos y síntomas que puedan presentar los pacientes que estén cursando por una crisis emocional, a pesar de la amplia clasificación, éstos apuntan hacia ciertas características específicas que ayudan a identificar el estado emotivo del individuo donde cuyo origen puede deberse a diversas situaciones como las enfermedades crónicas, relaciones familiares y/o afectivas destruidas y fracasos laborales; todo eso se manifiesta de acuerdo a la etapa en la que se encuentra cursando el paciente.

2.2.3 ANSIEDAD

Tica en su trabajo “Trastornos de Ansiedad Guía Práctica para Diagnóstico y tratamiento” habla que la ansiedad es una experiencia emocional que todos estamos familiarizados con ella, es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, maladaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.

En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad). (Tica, 2009)

Ansiedad se deriva del latín "anxietas", que significa "estado de agitación, inquietud que incluye significados como "Angostura, dificultad, aflicción, congoja, temor opresivo sin causa precisa, estrechez del lugar o del tiempo; actualmente y específicamente con la edición de la clasificación CIE-10 ansiedad y angustia se consideran sinónimos; en el campo de la psiquiatría ha sido motivo de controversia y confusión los términos ansiedad y angustia, estrés y ansiedad, ansiedad y miedo y la utilización en psicopatología del vocablo ansiedad como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad (Tica, 2009)

2.2.3.1 **ESTRÉS Y ANSIEDAD.**

En relación a estrés, debemos saber que “stress” es una palabra inglesa que significa carga y “strain” tensión o esfuerzo. Tica refiere que Selye, por no tener un buen

conocimiento del inglés tomó equivocadamente la palabra “stress” en lugar de “strain” para designar la reacción fisiológica de un organismo ante cualquier demanda. Cuando quiso rectificar ya el vocablo “stress” se había impuesto y tuvo que acuñar el neologismo "stressor" para designar en el léxico médico el factor demanda o amenaza. (Tica, 2009)

Además Tica en su trabajo “Trastornos de Ansiedad Guía Práctica para Diagnóstico y tratamiento” señala lo siguiente *“Selye definió el estrés como la respuesta del organismo a contrarrestar o prevenir las amenazas, es decir, a conseguir la homeostasis; mientras Lazarus, la consideró como factor de riesgo al conceptualizarla como “las exigencias impuestas a un individuo que agotan o rebasan la capacidad de adaptación”.* (Tica, 2009)

En el estrés es necesario un factor estresor en cambio en la ansiedad no es así. Puesto que el estado ansioso puede formar parte del estrés integrando la respuesta fisiológica de defensa ante una amenaza o como producto del análisis que hace una persona ante una situación específica. El estrés no necesariamente se acompaña de ansiedad: por ejemplo si alguien entra a una competencia de maratón, tendrá una gran demanda que provoca estrés, pero se acompañará de alegría, ansiedad o enojo de acuerdo a la expectativa de ganar o perder la competencia. (Tica, 2009)

2.2.3.2 ANSIEDAD Y MIEDO.

En psiquiatría ansiedad se define como un estado emocional desagradable en las que hay sensación subjetiva de un peligro, malestar, tensión o aprensión, acompañado de una descarga neurovegetativa y cuya causa no está claramente reconocida para la persona. En el miedo existe similar respuesta fisiológica que la ansiedad, pero se diferencia en que hay una causa, un peligro real, consciente, externo, que está presente o que amenaza con materializarse. (Tica, 2009)

En la semiología psiquiátrica como lo describe Tica en su trabajo “Trastornos de Ansiedad Guía Práctica para Diagnóstico y tratamiento”, la ansiedad se conceptualiza como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad:

- Ansiedad como sentimiento es una sensación normal de tensión provocado por estímulos internos como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas.
- Ansiedad como síntoma forma parte de cualquier enfermedad psiquiátrica y constituye el componente psicológico esencial de los trastornos de ansiedad.
- Ansiedad como síndrome es el conjunto de síntomas psíquicos, físicos y conductuales, mediados por mecanismos neurobiológicos y asociados a diferentes etiologías
- La ansiedad como enfermedad es cuando el cuadro clínico ansioso está claramente definido, tiene su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento. Es por lo tanto un trastorno primario.

2.2.3.3 CLASIFICACIÓN SEGÚN CIE-10

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Edición (CIE-10) lo clasifica de la siguiente manera: *(Se conserva el texto original)*

- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfias
 - Trastorno de ansiedad fóbica:
 - Agorafobia (con o sin pánico)
 - Fobias sociales
 - Fobias específicas
- Otros trastornos de ansiedad:
 - Trastorno de pánico
 - Trastorno de ansiedad generalizada.
 - Trastorno mixto ansioso – depresivo.
 - Otro trastorno mixto de ansiedad.

- Otros trastornos de ansiedad.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Reacciones a Estrés grave y trastornos de adaptación
- Trastornos disociativos
- Trastornos somatomorfos
- Otros trastornos neuróticos (González, 2007)

Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) lo clasifica de la siguiente manera: *(Se conserva el texto original)*

- Trastorno de ansiedad por separación.
- Mutismo selectivo.
- Fobia específica.
- Fobia social.
- Trastorno de pánico.
- Agorafobia.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos.
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedades médicas.
- Trastorno de ansiedad especificado.
- Trastorno de ansiedad no especificado. (American Psychiatric Association, 2013)

2.2.3.4 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Estado persistente de ansiedad al menos durante 6 meses con curso fluctuante. Los síntomas principales son: inquietud e impaciencia, fatigabilidad, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño. Suelen tener una

alteración clínica significativa que produce deterioro social, laboral y otros. Si se cronifica, aparecen síntomas como tristeza, apatía, astenia intensa, desinterés, pérdida de impulso vital. Todo esto dificulta el diagnóstico diferencial con la depresión. (González, 2007)

Hay que hacer el diagnóstico diferencial de estas patologías con:

1. Trastornos orgánicos: hipertiroidismo, taquicardia paroxística supraventricular, feocromocitoma, crisis hipoglucémicas, crisis comiciales parciales complejas, patologías respiratorias, síndrome vertiginoso. (González, 2007)
2. Trastornos psíquicos: estados depresivos, fobias, histerias de conversión. (González, 2007)

2.2.3.5 *SÍNTOMAS DE ANSIEDAD*

González en su tratado *Trastornos de Ansiedad-Depresión en el entorno de la contingencia común* a los síntomas los divide en tres grupos: (*Se conserva el texto original*)

➤ **Síntomas motores**

- ❖ Temblor, contracciones o sensación de agitación.
- ❖ Tensión o dolorimiento de los músculos.
- ❖ Inquietud
- ❖ Fatigabilidad fácil

✚ **Síntomas de hiperactividad vegetativa**

- ❖ Dificultad para respirar o sensación de ahogo.
- ❖ Palpitaciones o taquicardia.
- ❖ Sudoración o manos frías y húmedas.
- ❖ Boca seca.

- ❖ Mareos o sensación de inestabilidad.
- ❖ Nauseas, diarrea u otras molestias abdominales.
- ❖ Sofocos o escalofríos.
- ❖ Micción frecuente.
- ❖ Dificultad para deglutir o sensación de nudo en la garganta.

✚ Síntomas de hipervigilancia

- ❖ Sensación de que va a suceder algo
- ❖ Respuesta de alarma exagerada.
- ❖ Dificultad para concentrarse o “mente en blanco”.
- ❖ Dificultad para conciliar el sueño.
- ❖ Irritabilidad

2.2.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO DEL DSM-IV-TR

Dentro de los criterios diagnósticos Urretavizcaya los describe de la siguiente manera según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV): *(Se conserva el texto original)*

Criterio A

Estado de ánimo disfórico persistente o recurrente de cómo mínimo un mes de duración.

Criterio B

Cuatro o más de los siguientes síntomas presentes durante el mismo período:

- ✓ Dificultad de concentración
- ✓ Trastornos del sueño

- ✓ Fatiga o falta de energía
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Preocupación
- ✓ Llanto fácil
- ✓ Hipervigilancia
- ✓ Anticipación al peligro
- ✓ Pesimismo (desesperanza)
- ✓ Baja autoestima

Criterio C

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o alteración en la actividad social o en otras áreas importantes del funcionamiento

Criterio D

Los síntomas no son el resultado directo de efectos fisiológicos de sustancias o enfermedades médicas

Criterio E

Todos los siguientes:

- ✚ Jamás se han cumplido los criterios de trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizado
- ✚ No se cumplen, en este momento, los criterios de otros trastornos de ansiedad o del estado del ánimo
- ✚ Los síntomas no se pueden explicar mejor por la presencia de otro trastorno psiquiátrico.

2.3 ESTUDIO DE CORRELACIÓN

Los coeficientes de correlación son medidas que indican la situación relativa de los mismos sucesos respecto a las dos variables, intento autolítico y el estado ansioso

depresivo, es decir, son la expresión numérica que nos indica el grado de relación existente entre las 2 variables y en qué medida se relacionan. Son números que varían entre los límites +1 y -1. Su magnitud indica el grado de asociación entre las variables; el valor $r = 0$ indica que no existe relación entre las variables; los valores 1 son indicadores de una correlación perfecta positiva (al crecer o decrecer X, crece o decrece Y) o negativa (Al crecer o decrecer X, decrece o crece Y). (Ibujes, 2012)

$$r = \frac{\sum xy}{\sqrt{(\sum x^2)(\sum y^2)}}$$

Para interpretar el coeficiente de correlación utilizamos la siguiente escala:

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Intento autolítico: aquellos actos autolíticos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal. (Mansilla, 2012) (Dutti, 2011)

Suicidio: Acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. (Mansilla, 2012)

Depresión: La palabra depresión proviene del término latino *depressio* que, a su vez, procede de *depressus* (“abatido” o “derribado”). Se trata de un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno. (Alberdi, 2006)

Ansiedad: El concepto de ansiedad tiene su origen en el término latino *anxietas*. Se trata de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación. (Tica, 2009)

Estado: Es una característica de la personalidad transitoria, pasajera, que se da en un momento determinado y, por tanto, resulta fugaz temporal, efímero; es decir el estado se refiere a una actividad mental y psicológica breve y del presente. (Peiró, 2012)

Episodio: Se define a cada una de las fases, brotes, accesos de una enfermedad o trastorno. (Feria, 2010)

Trastorno: Según el DSM-IV-TR, los trastornos son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, y que se carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual

de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. (American Psychiatric, 2013)

Trastorno mixto: Es la categoría diagnóstica que define los pacientes que sufren tanto de ansiedad como de depresión, "pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado". (Alberdi, 2006)

2.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.5.1 HIPÓTESIS

Existe relación positiva alta entre el intento autolítico y el estado ansioso depresivo en los pacientes ingresados en el área de Medicina Interna del Hospital Provincial General Docente de Riobamba durante el período de enero a junio de 2013.

2.5.2 VARIABLES

Variable Independiente

- ✓ Estado ansioso depresivo

Variable dependiente

- ✓ Intento autolítico

2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente

Variable	Definición	Categoría	Indicador	Técnica/Instrumento
Estado ansioso depresivo	Estado afectivo que se caracteriza por la presencia de ansiedad y depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente. (Alberdi, 2006)	Edad	Adolescente Adulto joven Adulto Adulto mayor	Revisión documental / Plantilla de recolección de datos
		Sexo	Masculino Femenino	Revisión documental / Plantilla de recolección de datos
		Grupo Racial	Blanco Mestizo Indígena Mulato	Revisión documental / Plantilla de recolección de datos
		Ocupación	Estudiante Ama de casa Agricultor Obrero Comerciante Ninguna Otros	Revisión documental / Plantilla de recolección de datos
		Estado Civil	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Revisión documental / Plantilla de recolección de datos
		Escolaridad	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Revisión documental / Plantilla de recolección de datos
		Empleo	Empleado Desempleado	Revisión documental / Plantilla de recolección de datos
		Relación familiar	Conflictiva Estable	Revisión documental / Plantilla de recolección de datos

		Patología previa	Dolor crónico Lesión invalidante o deformante Enfermedades crónica o terminales Ninguna	Revisión documental / Plantilla de recolección de datos
		Consumo de alcohol	SI NO	Revisión documental / Plantilla de recolección de datos
		Estado afectivo	Estados depresivos Estados de ansiedad Estados ansioso - depresivos Sin impresión diagnóstica psiquiátrica	Revisión documental / Plantilla de recolección de datos
		Intentos autolíticos previos	Si No	Revisión documental / Plantilla de recolección de datos

Variable Dependiente

Variable	Definición	Categoría	Indicador	Técnica/Instrumento
Intento autolítico	Conjunto de procedimientos y motivaciones que no están propiamente dirigidas a producir la muerte. (Mansilla, 2012)	Tipo de intento autolítico	Emotivo o impulsivo Pasional Simulado	Revisión documental / Plantilla de recolección de datos
		Procedimiento empleado	1. Envenenamientos a)Fármacos b)No fármacos c)Gases 2. Asfixias mecánicas 3. Por arma de fuego 4. Por corto punzantes 5. Por lanzamiento de grandes alturas 6. Por arrollamiento	Revisión documental / Plantilla de recolección de datos

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Método

La siguiente investigación se fundamenta en el método de análisis, basándose en datos obtenidos de fuentes secundarias de cada paciente diagnosticado de intento autolítico.

Tipo de la investigación

Los tipos de investigación que se utilizó para la realización de este estudio y de acuerdo con los objetivos planteados son:

- **Descriptivo:** Trata de recolectar datos que describan la situación tal y como es, para deducir una circunstancia.
- **Retrospectivo:** Debido a que se obtiene información de hechos pasados en determinado tiempo.

Diseño de la investigación

- **No experimental:** Ya que no se manipulo las variables deliberadamente sino que observamos tal y como se da un fenómeno en su contexto natural para después analizarlos.
- **Documental:** La investigación se concreta exclusivamente en la recopilación de información en diversas fuentes secundarias, e indaga sobre un tema en documentos escritos.

3.2 Población

Se estudió a 56 pacientes que fueron hospitalizados en el área de Medicina Interna del Hospital Provincial General Docente Riobamba, con diagnóstico de intento autolítico durante el período de enero a junio del 2013; no se extrae una muestra debido a que la

población de este estudio tiene un número limitado de pacientes, por lo tanto el estudio se realiza al número de pacientes mencionados.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Toda la información se obtuvo mediante un análisis documental extraído de una fuente secundaria, que son las historias clínicas; en el área de estadística del Hospital Provincial General Docente Riobamba, de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de intento autolítico durante el período de enero a junio del 2013.

3.4 Técnicas para el análisis e interpretación de resultados

Se procesan los resultados mediante tablas y gráficos con su respectivo análisis e interpretación. La información obtenida fue almacenada en una base de datos creada en Excel 2013, facilitando el análisis y la interpretación de las variables estudiadas.

3.5 Aspectos éticos

Este estudio mantuvo la confidencialidad de los datos obtenidos de las historias clínicas, y no se modificó dicha información. Se contó con la debida autorización para realizar dicho estudio por parte de las autoridades de la Universidad Nacional de Chimborazo y el Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez recolectada la información de las historias clínicas del Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el periodo comprendido entre enero a junio del 2013, se obtuvieron los siguientes datos relacionados a los factores de riesgo de cada paciente con el diagnóstico antes mencionado, los cuales están expresados en las siguientes tablas y gráficos:

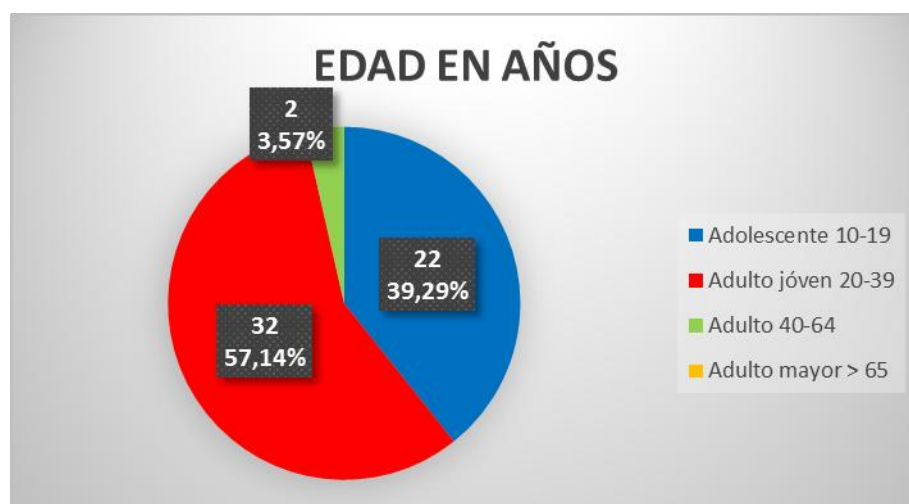
Tabla N° 1: Población según Edad

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adolescente (10-19 años)	22	39,29%
Adulto joven (20-39 años)	32	57,14%
Adulto (40-64 años)	2	3,57%
Adulto mayor (> 65 años)	0	0%
TOTAL	56	100,00%

Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, 2013.

Gráfico N° 1: Edad



Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Tabla N° 1

Análisis:

Del total de la población investigada que corresponde a 56 pacientes; 32 (57,14%) se encuentran en el grupo adulto joven; 22 (39,29%) adolescentes y 2 (3,57 %) adultos.

Interpretación:

Se interpreta que el grupo de edad en que más se presenta es de adulto joven sin descuidar el sector adolescente que le sigue en porcentaje.

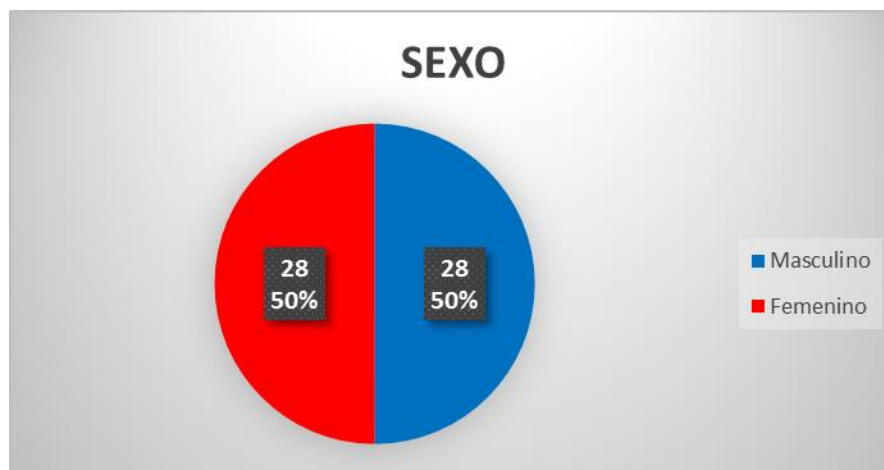
Tabla N° 2: Población según Sexo

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	28	50%
Femenino	28	50%
TOTAL	56	100%

Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, 2013.

Gráfico N° 2: Sexo



Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Tabla N° 2

Análisis:

Del total de la población investigada que corresponde a 56 pacientes; 28 (50 %) pacientes masculinos y 28 (50 %) del sexo femenino.

Interpretación:

Se puede Observar que el sexo masculino y el sexo femenino tienen una frecuencia semejante de casos.

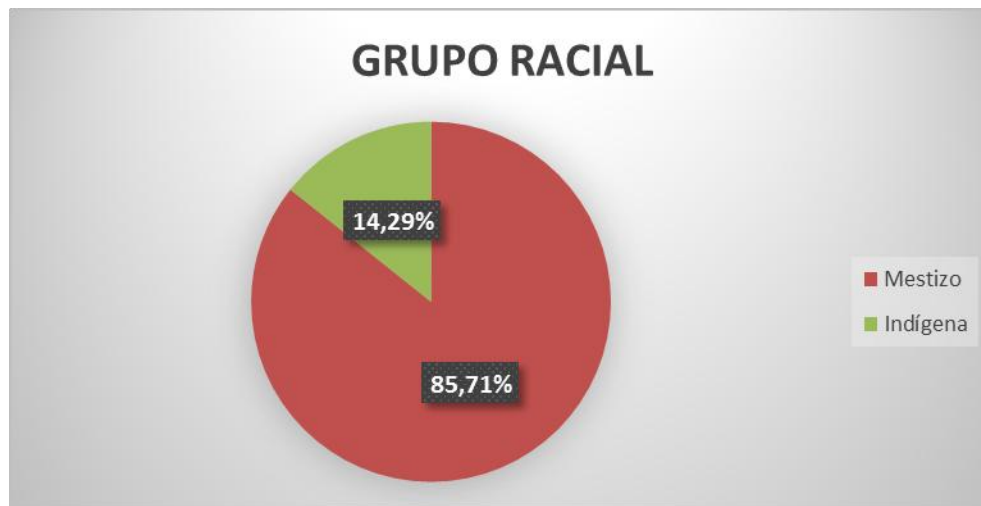
Tabla N° 3: Población según Grupo Racial

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Blanco	0	0%
Mestizo	48	85,71%
Indígena	8	14,29%
Mulato	0	0%
TOTAL	56	100,00%

Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, 2013.

Gráfico N° 3: Grupo Racial



Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Tabla N° 3

Análisis:

Del total de la población investigada que corresponde a 56 pacientes, 48 (85,71%) son mestizos y 8 (14,29%) indígenas.

Interpretación:

Se observa que el grupo racial predominante es el mestizo de la población estudiada.

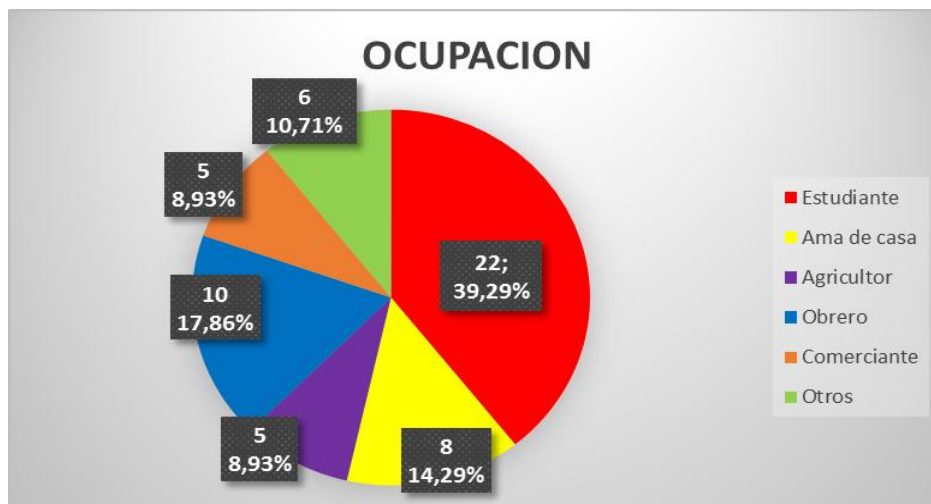
Tabla N° 4: Población según Ocupación

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estudiante	22	39,29%
Ama de casa	8	14,29%
Agricultor	5	8,93%
Obrero	10	17,86%
Comerciante	5	8,93%
Otros	6	10,71%
TOTAL	56	100,00%

Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, 2013.

Gráfico N° 4: Ocupación



Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Tabla N° 4

Análisis:

Del total de la población investigada que corresponde a 56 pacientes; 22 (39,29%) estudiantes; siguiendo con 10 (17,86%) obreros; 8 amas de casa (14,29%); 5 (8,93%) agricultores; 5 (8,93%) comerciantes y 6 (10,71%) con otros oficios.

Interpretación:

Se evidencia que el grupo con ocupación estudiantes abarca el mayor porcentaje de la población.

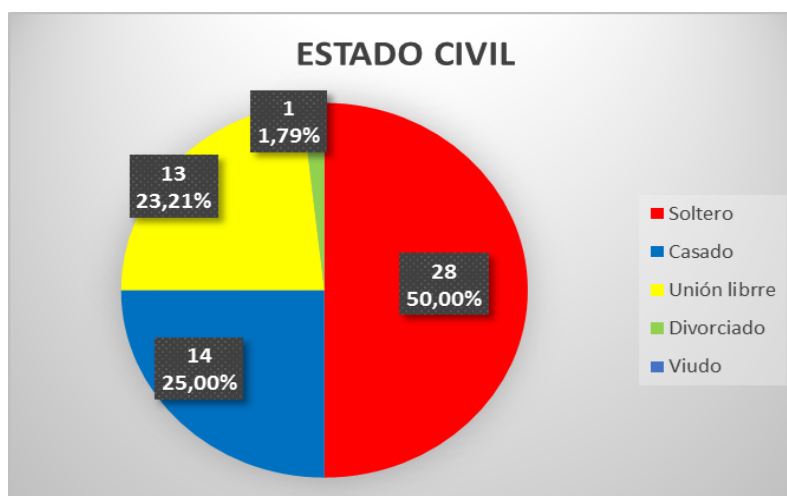
Tabla N° 5: Población según Estado Civil

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	28	50%
Casado	14	25%
Unión libre	13	23,21%
Divorciado	1	1,79%
Viudo	0	0%
TOTAL	56	100,00%

Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, 2013.

Gráfico N° 5: Estado Civil



Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Tabla N°5

Análisis:

Del total de la población investigada que corresponde a 56 pacientes; 28 (50 %) son solteros; 14 (25 %) casados; 13 (23,21%) están en unión libre y 1 (1,79%) divorciado.

Interpretación:

Los solteros tienen un ligero predominio de la población en estudio con el 50% de personas, sobre los casados y personas con unión libre que representan el 48,21%.

Tabla N° 6: Población según Escolaridad

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeto	1	1,79%
Primaria	15	26,79%
Secundaria	32	57,14%
Superior	8	14,29%
TOTAL	56	100,00%

Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, 2013.

Gráfico N° 6: Escolaridad



Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Tabla N° 6

Análisis:

Del total de la población investigada que corresponde a 56 pacientes; 32 (57,14%) personas cursan la secundaria: la primaria con 15 personas (26,79%); 8 personas (14,29%) en grado superior de escolaridad y 1 persona analfabeta (1,79%).

Interpretación:

Se interpreta que gran mayoría de la población tienen un nivel de escolaridad, con predominio de estudios secundarios.

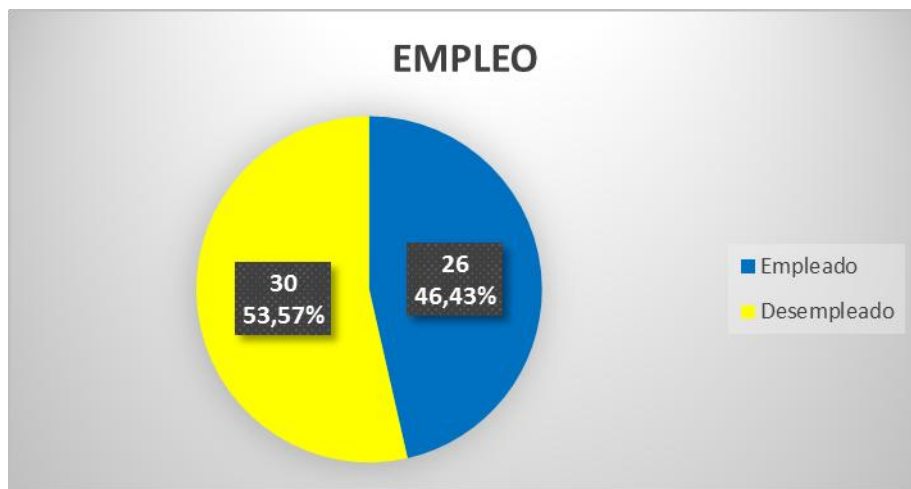
Tabla N° 7: Población según Empleo

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Empleado	26	46,43%
Desempleado	30	53,57%
TOTAL	56	100,00%

Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, 2013.

Gráfico N° 7: Empleo



Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Tabla N° 7

Análisis:

Del total de la población investigada que corresponde a 56 pacientes; 30 (53,57%) se encuentran desempleados y 26 (46,43%) están empleados.

Interpretación:

En la población estudiada las personas desempleadas representan la mayoría de los casos

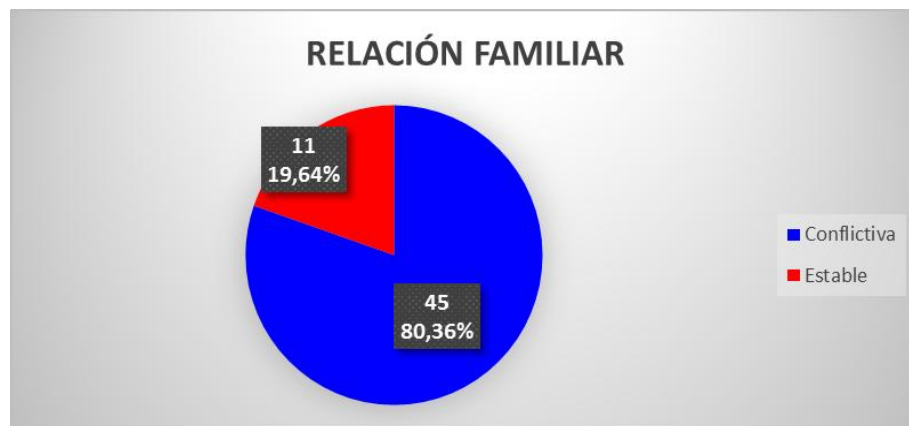
Tabla N° 8: Relación Familiar de la población

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conflictiva	45	80,36%
Estable	11	19,64%
TOTAL	56	100,00%

Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, 2013.

Gráfico N° 8: Relación Familiar



Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Tabla N° 8

Análisis:

Del total de la población investigada que corresponde a 56 pacientes; 45 (80,36%) casos tienen relaciones familiares conflictivas y en cambio las relaciones estables equivale a 11 casos (19,64%).

Interpretación:

Se identifica que las cuatro quintas partes de las personas presentaron relaciones familiares conflictivas

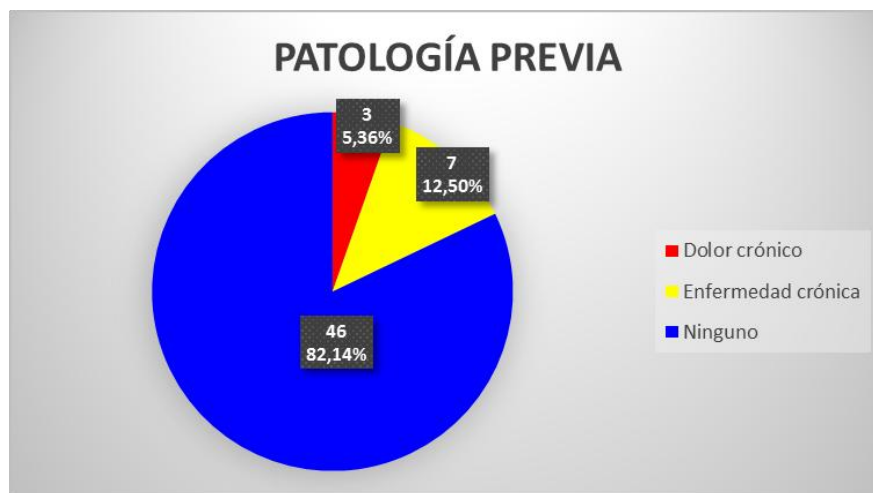
Tabla N° 9: Población con Patología Previa

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dolor crónico	3	5,36%
Enfermedad crónica	7	12,50%
Ninguno	46	82,14%
TOTAL	56	100,00%

Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, 2013.

Gráfico N° 9: Patología Previa



Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Tabla N° 9

Análisis:

Del total de la población investigada que corresponde a 56 pacientes; 46 (82,14%) no presentan ningún estado patológico previo; 7 (12,50%) presentan algún tipo de enfermedad crónica y 3 (5,36%) con dolor crónico.

Interpretación:

Se observa que de la población estudiada alrededor de las cuatro quintas partes no presentaron patologías previas.

Tabla N° 10: Población según Consumo de Alcohol

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	13	23,21%
NO	43	76,79%
TOTAL	56	100,00%

Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, 2013.

Gráfico N° 10: Consumo de Alcohol



Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Tabla N° 10

Análisis:

Del total de la población investigada que corresponde a 56 pacientes; 43 (76,79%) no consumen bebidas alcohólicas y 13 (23,21%) si lo hacen.

Interpretación:

Las dos terceras partes de los pacientes no consumen alcohol.

Tabla N° 11: Estado Afectivo de la población

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estado depresivo	44	78,57%
Estado ansioso	4	7,14%
Estado ansioso-depresivo	4	7,14%
Sin impresión diagnóstica psiquiátrica	4	7,14%
TOTAL	56	100,00%

Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, 2013.

Gráfico N° 11: Estado Afectivo



Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Tabla N° 11

Análisis:

Del total de la población investigada que corresponde a 56 pacientes; 44 (78,57%) pacientes presentan estados depresivos; los estados ansiosos, ansioso depresivos y ninguno cada uno con 4 (7,14%) casos respectivamente.

Interpretación:

El mayor porcentaje de pacientes tuvo una impresión diagnóstica de estado afectivo depresivo.

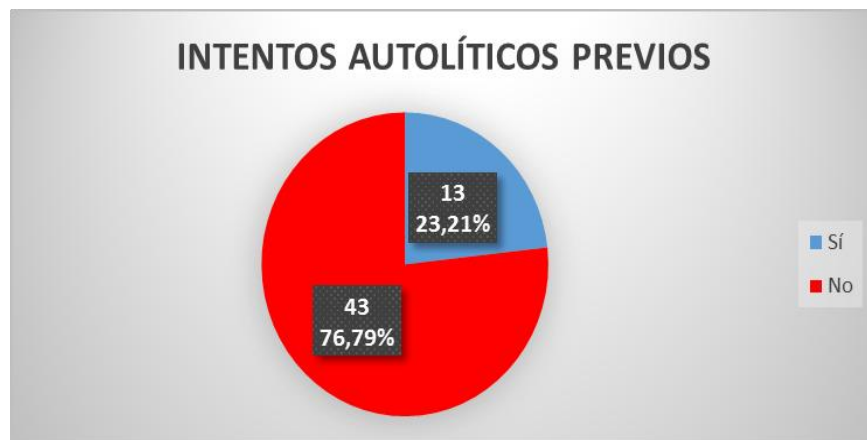
Tabla N° 12: Población con Intentos Autolíticos Previos

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	13	23,21%
No	43	76,79%
TOTAL	56	100,00%

Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, 2013.

Gráfico N° 12: Intentos Autolíticos Previos



Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Tabla N° 12

Análisis:

Del total de la población investigada que corresponde a 56 pacientes estudiados; de los cuales 43 (76,79%) no tuvieron intentos autolíticos previos y 13 (23,21%) en cambio sí presentaron intentos autolíticos.

Interpretación:

Se interpreta que existe un predominio de pacientes que no tuvieron intentos autolíticos previos.

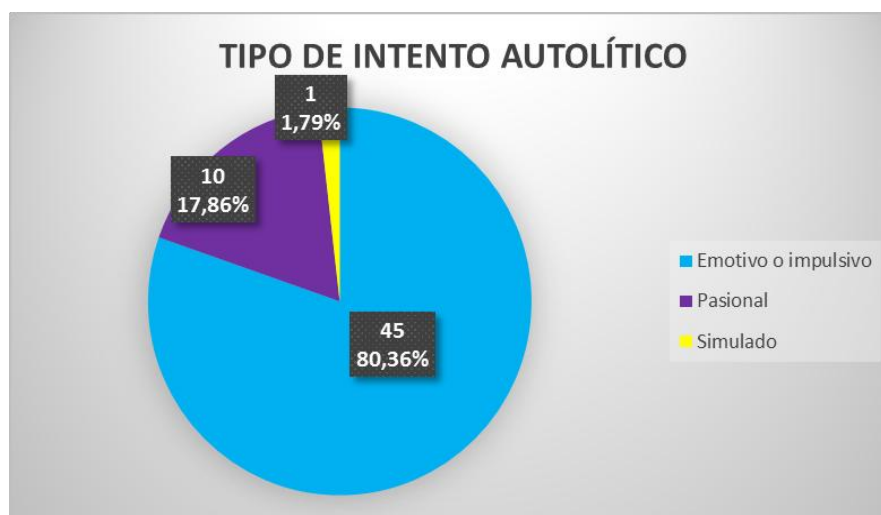
Tabla N° 13: Tipo de Intento Autolítico

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Emotivo o impulsivo	45	80,36%
Pasional	10	17,86%
Simulado	1	1,79%
Imaginario	0	0,00%
TOTAL	56	100,00%

Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, 2013.

Gráfico N° 13: Tipo de Intento Autolítico



Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Tabla N° 13

Análisis:

Del total de la población investigada que corresponde a 56 pacientes; el intento autolítico de tipo emotivo con 45 (80,36%) casos; 10 (17,86%) casos de tipo pasional y 1 (1,79%) simulado.

Interpretación

Se verifica que el intento autolítico de tipo emotivo o impulsivo es el más frecuente.

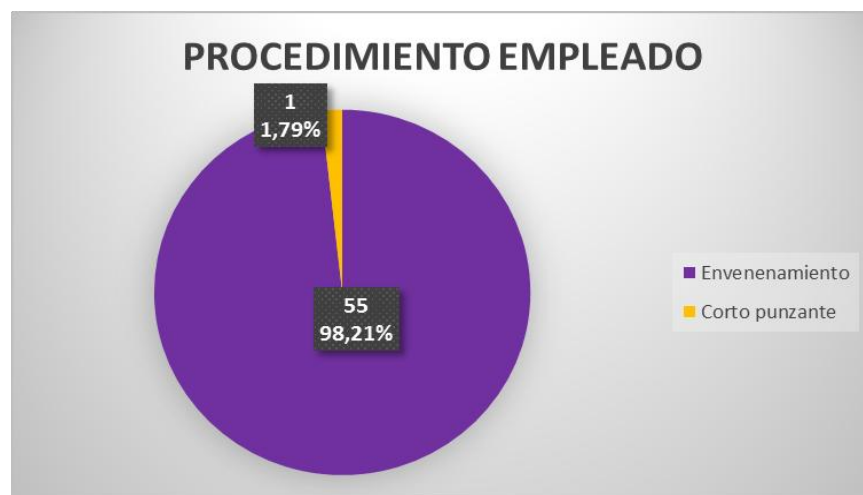
Tabla N° 14: Procedimiento Empleado por la población para el Intento Autolítico

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Envenenamiento	55	98,21%
Asfixia mecánica	0	0%
Arma de fuego	0	0%
Corto punzante	1	1,79%
Lanzamiento de grandes alturas	0	0%
TOTAL	56	100,00%

Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, 2013.

Gráfico N° 14: Procedimiento Empleado



Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Tabla N° 14

Análisis:

Del total de la población investigada que corresponde a 56 pacientes; 55 (98,21%) casos de intento autolítico fueron por envenenamiento; por arma corto-punzante presentó 1 caso (1.79%).

Interpretación:

Se establece que el envenenamiento es el método más utilizado por los pacientes con intento autolítico.

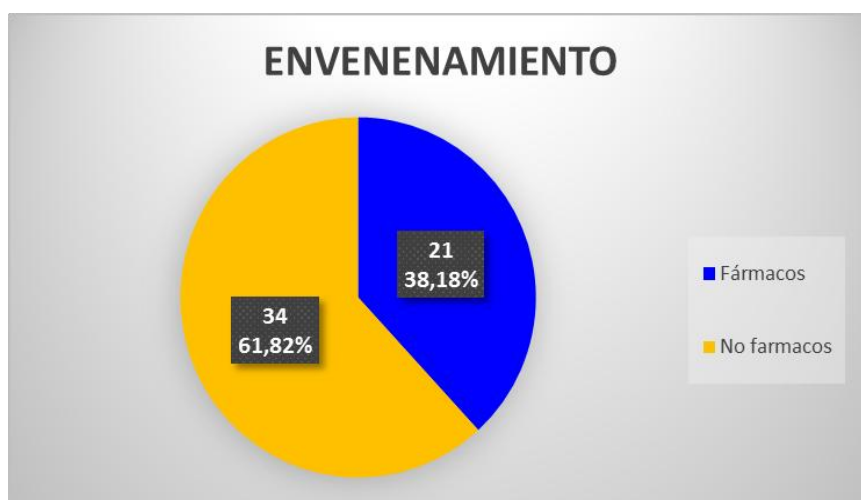
Tabla N° 14.A: Tipo de Envenenamiento

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Fármacos	21	38,18%
No fármacos	34	61,82%
Gases	0	0%
TOTAL	55	100,00%

Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, 2013.

Gráfico N° 14.A: Tipo de Envenenamiento



Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Tabla 14.A

Análisis:

Del total de la población investigada que corresponde a 56 pacientes, de los cuales 55 recurrieron al intento autolítico por envenenamiento; no farmacológico con 34 (61,82%) casos y 21 (38,18%) envenenamientos con productos farmacológicos.

Interpretación:

Se puede interpretar que el grupo de pacientes con intento autolítico por envenenamiento predominan en porcentaje los que son de origen no farmacológico (ANEXO 1)

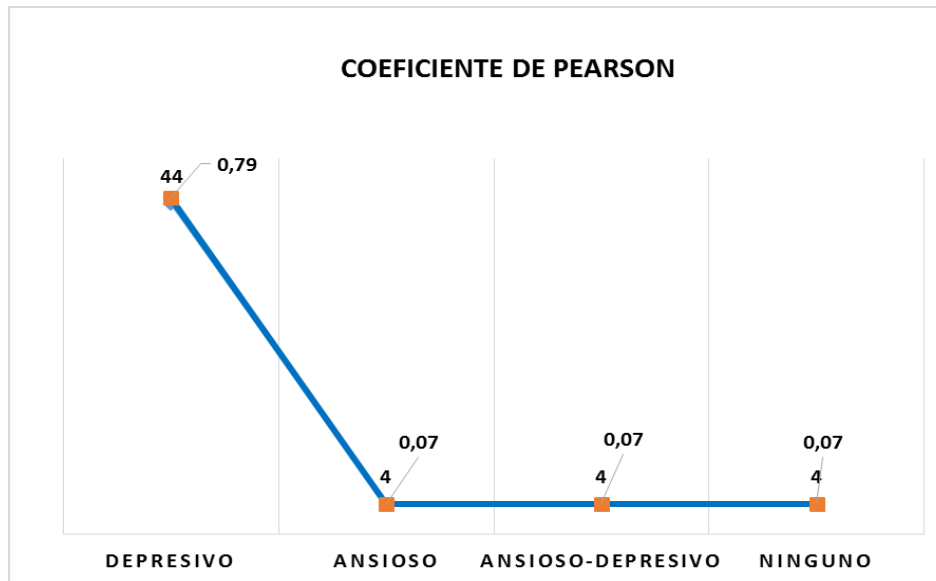
Tabla N° 15: Grado de relación según Pearson del intento autolítico con el estado afectivo de la población

VARIABLES EN RELACIÓN	COEFICIENTE DE PEARSON
Intento autolítico con estado depresivo	0.78
Intento autolítico con estado ansioso	0.07
Intento autolítico con estado ansioso depresivo	0.07
Intento autolítico sin impresión diagnóstica psiquiátrica	0.07

Elaborado por: Verónica Soto Santillán

Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, 2013.

Gráfico N° 15: Coeficiente de Pearson



Interpretación:

El coeficiente lineal de Pearson permite determinar que el intento autolítico con el estado ansioso depresivo tuvo una relación positiva muy baja; mientras que el estado depresivo tuvo una relación positiva alta.

4.1 Comprobación de hipótesis

De acuerdo a los diversos estados emocionales planteados y estudiados en el presente trabajo se evidencia que el estado depresivo presenta 44 casos de los 56 pacientes investigados, siendo éste el 78,57 %; el estado ansioso con 4 casos es decir con el 7,14 % al igual que el estado ansioso-depresivo; además este estudio arrojó 4 casos correspondiente al 7,14 % que no tienen una impresión diagnóstica psiquiátrica.

Con lo expuesto se comprueba que los pacientes objeto de este estudio con diagnóstico de intento autolítico tuvieron una relación positiva baja con el estado ansioso depresivo; como queda demostrado en la Tabla N° 11 y 15, Grafico N° 15, por lo tanto no se comprueba la hipótesis planteada en esta investigación.

4.2 Discusión

Esta investigación tuvo como propósito analizar la relación del intento autolítico y el estado ansioso depresivo, además describir algunos de los factores que se acompañan en este tipo de trastorno.

Es importante aclarar que la información se obtuvo de las notas de evolución por parte de los profesionales de la salud, que en su momento intervinieron en los procedimientos terapéuticos de acuerdo a la especialidad necesaria para cada caso; se debe tener en cuenta que las notas finalizan con una impresión diagnóstica que bien fue Psicológica y/o Psiquiátrica; ya que ésta, en primera instancia fue asignada en el servicio de emergencia por los médicos residentes de turno y posteriormente avalada por el profesional especialista tras la valoración del paciente; además la información extraída de cada una de las fuentes secundarias estuvo basada en datos proporcionados por el paciente, familiares y/o allegados; teniendo en cuenta que en el momento pudo haber fuga de información o aumento de la misma.

La parte ejecutora de esta investigación considera que es importante analizar el contexto de varios casos similares al objeto de este estudio en diversos países, los mismos que también pueden sustentarse, relacionarse o diferenciarse de los principales hallazgos de este estudio.

De acuerdo a una publicación del año 2014 por parte de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de Salud de México referente al tema “Depresión y Suicidio en México” tenemos que el suicidio relacionado con la depresión afecta en un 12 – 20% de las personas adultas, es decir entre los 18 y 65 años.

Según datos estadísticos a nivel mundial publicados por la OMS, se observa que el sexo masculino es el más proclive a sufrir esta clase de atentado como es el suicidio, claro ejemplo es el que corresponde a un estudio publicado en la revista médica electrónica SCIELO en diciembre de 2012 en donde se resalta que en el departamento de

Risaralda- Colombia, de un total del 118 casos el 82.2% son hombres y el 18.8% son mujeres; en ésta investigación se evidenció que tanto el sexo masculino como el femenino se encuentran en rangos iguales, con el 50 % respectivamente.

En los casos de intento autolítico estudiados se observó que un gran número de estos están acompañados de una impresión diagnóstica psiquiátrica siendo el estado depresivo la más relevante con el 78.57% de la población; estos a su vez se acompañaron con diferentes tipos de características sociodemográficas, siendo las más frecuentes los estudiantes en el nivel secundario, solteros, desempleados y con relaciones familiares conflictivas. Los individuos al tener esta problemática, optan por la autoeliminación siendo el método más usado el envenenamiento con sustancias no farmacológicas; en cambio se pudo evidenciar en el estudio mencionado en los párrafos anteriores realizado en Risaralda- Colombia, que el mecanismo más utilizado fue el ahorcamiento con un 45,7 %; por otra parte en relación a la escolaridad la mayor parte de la población es estudiantil que corresponde al 58.5% y con un predominio de estado civil soltero con el 56% coincidiendo con algunos resultados de este trabajo.

En el presente estudio, en cuanto a la relación entre el intento autolítico y el estado ansioso depresivo, se ha evidenciado que existe una relación positiva baja estadísticamente, pero el estado depresivo es el trastorno que lidera como otro diagnóstico al intento autolítico con 44 de 56 casos estudiados teniendo este una relación positiva alta.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. El estado ansioso depresivo no es la causa principal de los intentos autolíticos.
2. El móvil referido por los pacientes diagnosticados con intento de autolisis es de origen emotivo o impulsivo.
3. Los casos de intento de suicidio, tienen diversos factores sociodemográficos, siendo los más relevantes las relaciones familiares conflictivas, el desempleo, el estado civil soltero y la vida estudiantil de nivel secundario.
4. Esta patología predomina en el grupo etáreo correspondiente a adulto joven, cuyas edades oscilan entre los 20 a los 39 años de edad.
5. El estado depresivo al presentar 44 casos de los 56 pacientes estudiados, demuestra una mayor relación con el intento autolítico.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Es necesaria la valoración integral a cada uno de los pacientes que acuden a las consultas médicas, para identificar de manera oportuna algún signo compatible con cualquier trastorno emocional evitando así dar lugar a uno de los factores más relacionados al intento autolítico.
2. Incrementar el trabajo en la prevención de desórdenes afectivos en pacientes vulnerables y que tengan factores de riesgo para estos, como por ejemplo familias conflictivas, personas con enfermedades terminales y/o invalidantes entre otras.
3. Brindar apoyo psicoemocional tanto médicos, psicólogos y trabajadoras sociales a aquellas familias que mantengan hogares conflictivos.
4. Prestar atención a los individuos que oscilan entre los 20 a 39 años de edad que acuden a las consultas médicas y que ya tuvieron ideas suicidas en algún momento de su vida, brindando un seguimiento ambulatorio luego de su egreso hospitalario.
5. Se torna de manera obligatoria que a cada paciente que ingresa a las diversas casas de salud con clínica de intento autolítico se realice un seguimiento para brindar un diagnóstico y tratamiento adecuado.
6. Optimizar las bases de datos en las unidades de salud sobre los pacientes que presentan intentos autolíticos, para que posteriormente sean identificados y brindar un tratamiento específico para cada caso.
7. Realizar charlas de motivación sobre salud mental, para tratar de prevenir reincidencias en los pacientes con antecedentes de intento autolítico.

5.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABC, C. N. (s.f.). *Clínica de Ansiedad y Depresión ABC*. Obtenido de Methodist international: <http://www.abchospital.com/cae/centro-neurologico/especialidades/ansiedad-y-depresion>
- Alberdi, J. (2006). *Depresión*. Coruña: Sergas.
- American Psychiatric, A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V)*. Washington D.C.
- Centinela, D. (10 de 09 de 2012). Alto índice de suicidio en el Ecuador. *Alto índice de suicidio en el Ecuador*. Loja, Loja, Ecuador: Edisur 2014.
- Dios, C. d., Goikolea, J. M., Moreno, C., Colom, F., & Vieta, E. (2014). Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 y CIE-11. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 180-181.
- Dutti, A. (07 de 06 de 2011). *Medicina Legal, El suicidio*. Obtenido de Monografías.com: http://www.monografias.com/usuario/perfiles/karla_ayestaran
- Feria, I. G. (25 de Febrero de 2010). *Glosario de Psiquiatría*. Obtenido de Glosario de Psiquiatría: <http://blogs.sld.cu/marionod/2010/02/25/glosario-de-terminos-de-psiQUIATRIA/>
- González, M. (2007). *Trastornos de Ansiedad-Depresión en el entorno de la contingencia común*. Madrid: ASEPEYO.
- Ibujes, M. S. (Abril de 2012). *Coefficiente de correlación de Karl Pearson*. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos85/coeficiente-correlacion-karl-pearson/coeficiente-correlacion-karl-pearson.shtml#ixzz3fpWyB800>
- Junta de Beneficencia de Guayaquil. (2014). Suicidio: una gran tragedia evitable. *Revista Médica de Nuestros Hospitales*.

- Mansilla, F. (19 de 02 de 2012). *Programa-guía de prevención de la conducta suicida*.
Obtenido de XIII Congreso Virtual de Psiquiatría: www.interpsiquis.com
- Mantilla, M. J. (2011). *La Construcción del Diagnóstico Psiquiatrico: Un análisis de los saberes y prácti*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *EPI II*. Riobamba.
- Observatorio de los derechos de la niñez y adolescencia. (20 de 06 de 2012). *El suicidio se convierte en una de las principales causas de muerte en adolescentes*.
Obtenido de Vistazo.com: <http://www.vistazo.com/webpages/pais/?id=20440>
- Peiró, C. (12 de Abril de 2012). *Diferencias entre carácter, temperamento, rasgo y estado*. Obtenido de <http://terapiaonline.co/2012/04/15/diferencias-entre-caracter-temperamento-rasgo-y-estado/>
- Podvin, I. (10 de 09 de 2012). *El suicidio es una de las primeras quince causas de muerte en el Ecuador*. Obtenido de Agencia pública de noticias del ecuador y de suramerica: <http://www.andes.info.ec/es/judicial/6239.html>
- Quintanar, F. (2008). *Comportamiento suicida*. Mexico D.F.: Pax Mexico.
- Subsecretaría Nacional de Gobernanza Salud Pública del Ecuador. (2012). *Modelo de Atención Integral de Salud*. Quito: MSP Ecuador.
- Tica, R. (2009). *trastornos de ansiedad Guia practica para el diagnóstico y tratamiento*. Honduras.
- Tomas, U. (30 de Diciembre de 2010). *Los 25 Tipos de Familia y sus Características*.
Obtenido de <http://elpsicoasesor.com/los-25-tipos-de-familia-y-sus-caracteristicas/>
- Urretavizcaya, M. (Diciembre de 2006). *Árbol de decisión:Estados ansioso-depresivos*.
Obtenido de Psiquiatría y Atención Primaria: http://www.jc-edicionesmedicas.com/es/system/files/documentos/p1-3_Arbol_decision.pdf

5.4 ANEXOS

5.4.1 SUSTANCIAS NO FARMACOLÓGICAS

PLAGUICIDAS

INSECTICIDAS

- Organoclorados
- Organofosforados
- Carbamatos
- Piretroides

FUNGICIDAS

- Organoclorados
- Organo mercuriales

HERBICIDAS

- Bipiridílicos
- Organoclorados
- Otros

RATICIDAS

- Dicumarínicos
-

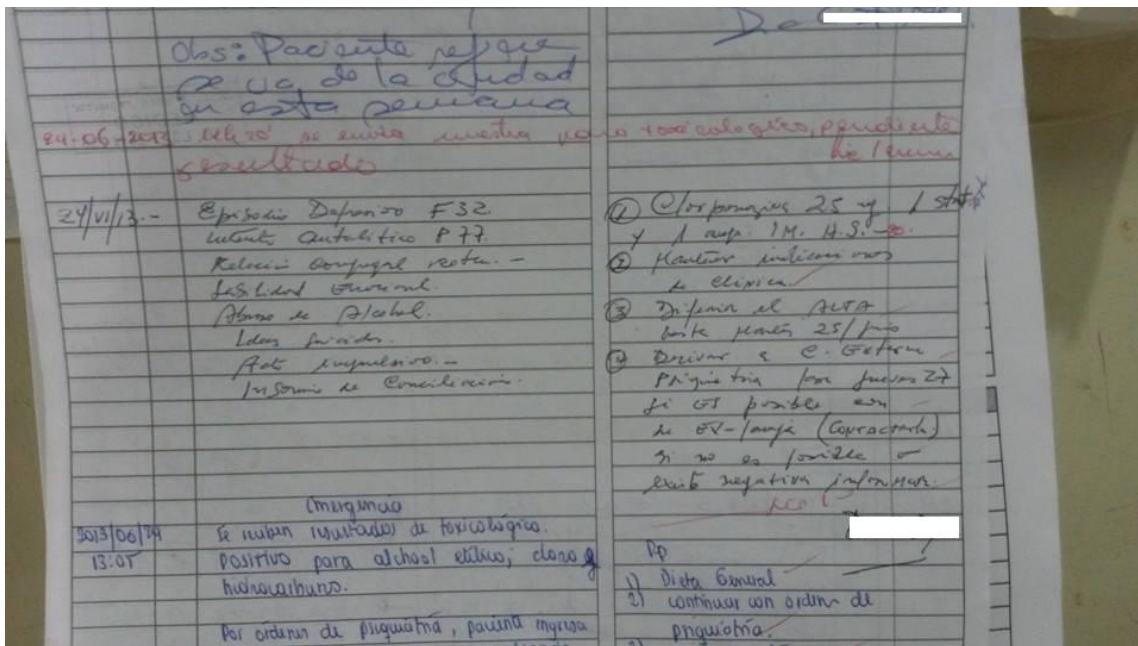
5.4.2 FOTOGRAFÍAS



HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA



DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL H.P.G.D.R.



NOTA PSIQUIÁTRICA

