



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO

TEMA:

“CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DE LOS USUARIOS ENTRE
15 Y 35 AÑOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NAPOLEÓN
DÁVILA CÓRDOVA. JUNIO-NOVIEMBRE 2015”

AUTORES:

SRA. MENDOZA MOLINA JANINA CECIBEL

SR. ZAMBRANO INTRIAGO JORGE LUIS

DIRECTOR:

DR. FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS

PORTOVIEJO-MANABI-ECUADOR

2015

TEMA:

“CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DE LOS
USUARIOS ENTRE 15 Y 35 AÑOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA. JUNIO-NOVIEMBRE
2015”

DEDICATORIA

A Jane, nuestra hija quien es la luz de nuestro camino hacia el futuro y el motor que nos impulsa a ser mejores dia a dia.

A nuestros padres quienes nos brindaron su apoyo y fueron guias para aprender a ser perseverantes.

LOS AUTORES

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirnos seguir con vida y darnos la salud necesaria para poder terminar con cada proyecto que nos proponemos.

A nuestros padres por brindarnos amor y paciencia.

A la Dra. Gira Vasquez por aprobar la realizacion de nuestra tesis.

A nuestro director de tesis, el Dr. Freddy Hinostraza Dueñas quien con su paciencia nos fomento perseverancia y motivacion requeridas.

A las autoridades principales y maestros de la Escuela de medicina de la Universidad Tecnica de Manabi, quienes con sus experiencias nos formaron para ser profesionales.

A los miembros del tribunal de seguimiento del trabajo de titulacion: Dra. Ingerbord Véliz Zevallos, Dra. Nayvi Fernandez y Dra Nancy Toledo, por guiarnos al brindar los conocimientos necesarios para llevar a cabo nuestro trabajo de titulacion.

Al personal medico, enfermeria y administrativo del Hospital Napoleon Davila Cordova, de quienes debemos destacar su disponibilidad y oportuna participación.

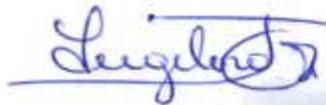
LOS AUTORES

CERTIFICACIÓN DE LA PRESIDENTA DEL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Certifico que el presente trabajo de investigación titulado:

“CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DE LOS USUARIOS ENTRE 15 Y 35 AÑOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA. JUNIO-NOVIEMBRE 2015”. Ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de los egresados: MENDOZA MOLINA JANINA CECIBEL Y ZAMBRANO INTRIAGO JORGE LUIS. Habiendo cumplido con los requisitos y reglamentarios exigidos para la elaboración de un proyecto de investigación. previo a la obtención del título de Médico Cirujano.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.



DRA. INGEBORD VÉLIZ ZEVALLOS
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL
DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Certifico que el presente trabajo de investigación titulado: "CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DE LOS USUARIOS ENTRE 15 Y 35 AÑOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA. JUNIO-NOVIEMBRE 2015" Ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de los autores: SRA. MENDOZA MOLINA JANINA CECIBEL y SR. ZAMBRANO INTRIAGO JORGE LUIS. Habiendo cumplido con los requisitos y reglamentarios exigidos para la elaboración de un trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico Cirujano.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Pongo a consideración del jurado examinar del Honorable Consejo Directivo para continuar con el trámite correspondiente de ley.

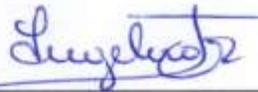


DR. FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS
DIRECTOR DEL TRIBUNAL DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

El Tribunal de Revisión y Evaluación conformado por la Dra. Ingebord Véliz Zevallos, Presidente; Dr. Freddy Hinostroza Dueñas, Director; Dra. Nancy Toledo y Dra. Neivy Fernández, Miembros del Tribunal de Trabajo de Titulación de la modalidad investigación diagnóstica titulada "CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DE LOS USUARIOS ENTRE 15 Y 35 AÑOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA. JUNIO-NOVIEMBRE 2015", cuyos autoras Egresadas de la Escuela de Medicina: SRA. MENDOZA MOLINA JANINA CECIBEL y SR. ZAMBRANO INTRIAGO JORGE LUIS certificamos que se estudió y analizó el mencionado Trabajo de Investigación con el fin de continuar los trámites siguientes para los requisitos estipulados por el Reglamento General de Graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

Lo certificamos:



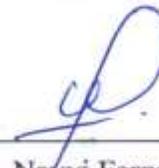
Dra. Ingebord Véliz Zevallos
PRESIDENTE



Dr. Freddy Hinostroza Dueñas
DIRECTOR



Dra. Nancy Toledo
MIEMBRO



Dra. Neivy Fernández
MIEMBRO

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

TEMA:

“CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DE LOS USUARIOS ENTRE 15 Y 35 AÑOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA. JUNIO-NOVIEMBRE 2015”. Trabajo de investigación sometido a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación, legalizado por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención de título de:

MEDICO CIRUJANO

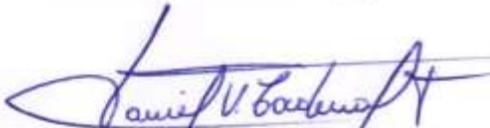
APROBADO



Ing. Karina Rocha Galecio
DECANA DE LA FCS (E)



Dra. Ingebord Véliz Zevallos
PRESIDENTE DE LA COMISION DE
INVESTIGACIÓN DE LA FCS



Ab. Daniel Cadenas Macías
ASESOR JURÍDICO



Dra. Ingebord Véliz Zevallos
PRESIDENTE DEL TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN



Dr. Freddy Hinojosa Dueñas
DIRECTOR DEL TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN



Dra. Nancy Toledo
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE
INVESTIGACIÓN



Dra. Nayvi Fernández
MIEMBRO DEL TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DEL AUTOR

Los egresados de la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, señores; SRA. MENDOZA MOLINA JANINA CECIBEL y SR. ZAMBRANO INTRIAGO JORGE LUIS, realizó el presente trabajo de investigación titulada: "CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DE LOS USUARIOS ENTRE 15 Y 35 AÑOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA. JUNIO-NOVIEMBRE 2015". Por lo tanto declaramos que este trabajo es original y no copia de ningún otro estudio y asumimos todo tipo de responsabilidad que la ley señala para el efecto.



SRA. MENDOZA MOLINA JANINA CECIBEL

131325391-4



SR. ZAMBRANO INTRIAGO JORGE LUIS

131258648-8

CONTENIDO

| | |
|---|------|
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTO..... | iii |
| CERTIFICACIÓN DE LA PRESIDENTA DEL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN..... | iv |
| CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN..... | v |
| CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN | vi |
| CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR | vii |
| DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DEL AUTOR..... | viii |
| CONTENIDO | ix |
| INDICE DE GRAFITABLAS | xi |
| RESUMEN..... | xiii |
| SUMMARY | xiv |
| CAPITULO I..... | 1 |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 3 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 4 |
| SUBPROBLEMAS | 5 |
| DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA | 6 |
| OBJETIVOS..... | 7 |
| OBJETIVO GENERAL | 7 |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS | 7 |
| CAPITULO II..... | 8 |
| MARCO TEÓRICO | 8 |
| OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES | 22 |
| CAPITULO III..... | 25 |
| DISEÑO METODOLÓGICO | 25 |
| TIPO DE ESTUDIO..... | 25 |
| ÁREA DE ESTUDIO..... | 25 |
| LÍNEA DE INVESTIGACIÓN..... | 25 |

| | |
|--|----|
| SUBLÍNEA DE INVESTIGACIÓN..... | 25 |
| POBLACIÓN DE ESTUDIO..... | 26 |
| UNIVERSO..... | 26 |
| MUESTRA..... | 26 |
| MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN..... | 26 |
| CRITERIOS DE INCLUSIÓN..... | 26 |
| CRITERIOS DE EXCLUSIÓN..... | 26 |
| MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS..... | 27 |
| TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN..... | 27 |
| INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS..... | 27 |
| RECURSOS..... | 27 |
| INSTITUCIONALES..... | 27 |
| TALENTO HUMANO..... | 28 |
| RECURSOS MATERIALES..... | 28 |
| PROCESAMIENTO DE DATOS..... | 28 |
| ANÁLISIS DE DATOS..... | 28 |
| TABULACIÓN..... | 29 |
| PRESENTACIÓN DE RESULTADOS..... | 30 |
| CAPITULO IV..... | 53 |
| CONCLUSIONES..... | 53 |
| RECOMENDACIONES..... | 54 |
| PRESUPUESTO..... | 55 |
| CRONOGRAMA VALORADO..... | 56 |
| CAPITULO V..... | 57 |
| PROPUESTA..... | 57 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 68 |

INDICE DE GRAFITABLAS

| | |
|--|----|
| Grafitable # 1: Género de los usuarios con conducta suicida en el area de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdoba, Junio-Noviembre 2015..... | 31 |
| Grafitable # 2: Edad de los usuarios con conducta suicida en el area de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdoba, Junio-Noviembre 2015..... | 33 |
| Grafitable # 3: Estado civil de los usuarios con conducta suicida en el area de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdoba, Junio-Noviembre 2015..... | 35 |
| Grafitable # 4: Antecedentes de trastorno mental los usuarios con conducta suicida en el area de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdoba, Junio-Noviembre 2015..... | 37 |
| Grafitable # 5: Antecedente de conducta suicida en los usuarios con conducta suicida en el area de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdoba, Junio-Noviembre 2015..... | 39 |
| Grafitable # 6: Factores de riesgo en los usuarios con conducta suicida en el área de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdoba, Junio-Noviembre 2015..... | 41 |
| Grafitable # 7: Características del intento suicida en los usuarios con conducta suicida en el área de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdoba, Junio-Noviembre 2015..... | 43 |
| Grafitable # 8: Criterios de ingreso hospitalario en los usuarios con conducta suicida en el área de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdoba, Junio-Noviembre 2015..... | 45 |
| Grafitable # 9: Severidad de depresión según Escala de Montgomery-Asberg en los usuarios con conducta suicida en el área de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdoba, Junio-Noviembre 2015..... | 47 |

Grafitabla # 10: Tratamiento no farmacológico empleado en los usuarios con conducta suicida en el area de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdoba, Junio-Noviembre 2015.....49

Grafitabla # 11: Tratamiento farmacológico en los usuarios con conducta suicida en el area de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdoba, Junio-Noviembre 2015.....51

RESUMEN

La tentativa de suicidio involucra a todas las ocasiones en que una persona haya atentado contra su propia vida, teniendo como objetivo la muerte o apariencia de querer morir, aunque no se consiga la misma, es por esto que se debe tener en cuenta las diferencias que existen entre un intento de suicidio y el suicidio frustrado.

Es por este motivo que el proyecto de investigación tiene como objetivo identificar las características de la conducta suicida de los usuarios entre 15 y 35 años en el área de Emergencia del Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova Junio-Noviembre 2015. Motivo por el cual se realizó un estudio de tipo Descriptivo, Prospectivo, Propositivo, que involucró a 32 usuarios de salud, cuya edad con mayor prevalencia fue en el rango de 15-20 años, el 44% representado por usuarios solteros, siendo el 59% de género masculino, con antecedentes de conductas suicidas anteriores en un 12% de la población.

Por lo tanto, se concluyó que la conducta suicida de los usuarios no evidencia algún trastorno psiquiátrico, y por eso la utilización de fármacos es mínima.

Palabras claves: conducta suicida, usuarios, factor de riesgo, trastorno, carbamazepina, caracterización.

SUMMARY

Attempted suicide involves all times when a person has attempt on his own life, aiming appearance of death or wanting to die, although it might not be obtained, which is why you should take into account the differences between attempted suicide and attempted suicide.

It is for this reason that the research project aims to identify the characteristics of suicidal behavior of users between 15 and 35 years in the Emergency Hospital Dr. Napoleon Davila Cordova from June to November 2015. Reason for held a study descriptive, prospective, proactive, involving 32 health users whose age was most prevalent in the range of 15-20 years, 44% represented by single users, with 59% male, with history of previous suicidal behavior in 12% of the population.

Therefore it is concluded that suicidal behavior of users do not evidence any psychiatric disorder, and therefore the use of drugs is minimal.

Keywords: suicidal behavior, users risk factor disorder, carbamazepine, characterization.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida se define como el acto que intencionalmente provoque lesiones o la muerte de sí mismo. Abarca un continuo proceso que inicia desde la ideación suicida hasta la realización del hecho. (Silva, Vicente, Saldivia & Kohn, 2013)

Es considerado una de las 15 primeras causas de muerte a nivel mundial, y en ciertos estados, la segunda causa de muerte en un grupo determinado, entre 10 y 24 años. En estudios de autopsia psicológica en personas que han fallecido por suicidio, revelan que un 90% ha padecido de trastornos mentales. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010)

Un informe del MSP en el 2008, presenta que el suicidio en los adolescentes es una de las 3 causas que se pueden evitar, pero que causan la muerte en el 0,8 millones de personas. El índice de suicidio se ha incrementado desde el 2008 en Cotopaxi, Chimborazo, Cañar, Imbabura, Morona Santiago y Pastaza, poniéndolo como primera causa de muerte en los adolescentes, mientras que en Manabí representa la tercera causa de muerte. (Observatorio de los Derecho de la Niñez y la Adolescencia, 2012).

Es importante valorar el riesgo de suicidio, es vital la actitud del personal de salud, en el instante de recoger la información, brindando seguridad y confianza, así como manteniendo un trato cálido y comprensivo. No se debe utilizar actitudes de desaprobación y de tratar de inculcar o educar sobre el acto inadecuado que se realizó. Además del usuario, se debe contar con la información brindada por los familiares o personas que conviven con el paciente. (Bugarín & García, 2012)

Los que laboran con personas que presenten ciertos factores que asocian a la posibilidad de la conducta suicida, manifiestan muchas inquietudes que conllevan a que la persona en riesgo, pierde el sentido de su propia vida, la misma que no muestra un grupo determinado de personas, sino que abarca a diferentes edades, tanto adultos, niños y adolescentes, con un predominio muchas veces representando el doble en mujeres que en hombres.

Es de conocimiento que la conducta suicida se encuentra relacionada con un gran número de factores sociales, como personales, que pueden englobar algunas patologías de origen psiquiátrico, de tipo psicológico, y entre éstas una de las principales es la depresión, causante de la mayoría de estas conductas, evidenciada en gran parte del porcentaje de los usuarios con esta entidad, mediante diferentes escalas que valoran la depresión. Las causas de que usuarios de género masculino adopten esta conducta, son sobre todo de tipo económico, la falta de empleo, la pobreza, aunque también se puede producir por homosexualidad, ruptura sentimental, mientras que en las mujeres es mucho más frecuente al cursar por situaciones como infidelidades, separación, abuso sexual, maltrato físico y verbal, mala relación familiar.

JUSTIFICACIÓN

La conducta suicida, que incluye, tanto la ideación como el acto consumado, es una problemática de relevancia, constituyendo una gran preocupación internacional, en la población adulta como en la adolescente.

La investigación es importante porque se identificó las características sociodemográficas y los factores de riesgo causantes de conductas suicidas que puedan culminar en la finalización de la vida de una persona o causar daños, tanto físicos como psicológicos, que pueden ser irreversibles

Este estudio es factible debido a que se tuvo el apoyo de los de los médicos, personal de enfermería, becarios de medicina, que laboran en el área de emergencia de este Hospital, así como la colaboración de los usuarios participantes de este estudio y sus familiares.

De esta manera se benefició al Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova, porque al integrar este tipo de estudio, se evidenció la problemática que afecta a la sociedad y las medidas que se deben llevar a cabo en presencia de esta entidad; así mismo a los usuarios y sus familiares, que tienen una atención integral, mejorando la calidad de vida de los mismos.

El impacto de los resultados permiten al Hospital, actuar de manera rápida y eficaz en caso del ingreso de un usuario con conducta suicida, así mismo de brindar una atención integral para el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios, además de tomar adecuadas decisiones sobre la atención, el tratamiento y los criterios de hospitalización de los usuarios que necesiten de una valoración continua.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio es un problema de gravedad en Salud Pública, de diferente naturaleza, que puede ser desde una idea de suicidio, solo cogniciones, hasta el acto consumado. Esta conducta suicida, en algunos casos no provoca lesiones, en otras, las produce con diferentes grados de gravedad, ocasionando incluso la muerte.

Últimamente el suicidio, se ha estipulado como uno de los problemas decisivos de la salud en todo el mundo, que se ha incrementado de manera significativa en la población adolescente, y en ciertos países se encuentran en índices mayores que en la población adulta.

Siendo el suicidio un acto que lo realiza la misma persona, está desencadenado por un sinnúmero de situaciones asociados al entorno familiar y social, donde las manifestaciones y las causas pueden ser similares entre los usuarios, sobre todo la relación con patologías de tipo mental como la depresión. (Observatorio de los Derecho de la Niñez y la Adolescencia, 2012)

Es importante conocer cuáles son los factores que pueden conllevar al suicidio a los usuarios, así mismo, el valorar el riesgo actual, como una posible actuación de este tipo en el futuro.

Ante este marco general se presenta una interrogante:

¿Cómo se caracteriza la conducta suicida de los usuarios entre 15 y 35 años en el área de Emergencia del Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova?

SUBPROBLEMAS

¿Cuáles son las características socio-epidemiológicas de los usuarios en estudio?

¿Cuáles son los criterios de ingreso hospitalario de los usuarios con conducta suicida?

¿Cuáles son las técnicas psicoterapéuticas y tratamiento farmacológico en conducta suicida?

¿Será necesario desarrollar una charla educativa dirigida a los usuarios con conducta suicida?

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

CAMPO: Medicina Interna

ÁREA: Trastornos de la personalidad

ASPECTO: Tendencia suicida

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Salud de los grupos vulnerables

DELIMITACIÓN ESPACIAL: La presente investigación se realizó en el área de emergencia del Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova, ubicado en la Av. Amazonas de Chone.

DELIMITACIÓN TEMPORAL: Esta delimitación tendrá un período de estudio que va desde el 1 de Junio al 30 de Noviembre del 2015, la que se realizó en un tiempo de 6 meses.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las características de la conducta suicida de los usuarios entre 15 y 35 años en el área de Emergencia del Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova Junio-Noviembre 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir las características socio-epidemiológicas de los usuarios en estudio.

Conocer los criterios de ingreso hospitalario de los usuarios con conducta suicida.

Determinar el tratamiento utilizado en la conducta suicida.

Desarrollar propuesta educativa dirigida a los usuarios con conducta suicida.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

La definición de conducta suicida es complejo, a más de que la aplicación es muy reducida, conlleva igual a la realización de definiciones precisas que hagan posible diferenciar y resaltar las características de todas las entidades existentes “como el suicidio consumado, intento del mismo y el parasuicidio”. (Ministerio de Política Social, Sanidad e Igualdad, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (1976) definió el suicidio como “un acto con resultado letal, iniciado deliberadamente y realizado por el sujeto, esperando o sabiendo que el resultado sea letal, que pretende obtener los cambios deseados”.

Esta psicopatología tiene 2 tipos clínicos: agudo, denominado síndrome presuicida, que puede presentarse de forma aguda en las crisis depresivas, y la conducta suicida como un estilo de vida, y que como afirma Quintanar (2007) se convierte en el “rasgo patológico de los trastornos severos de la personalidad”.

Con el pasar de los años, ha habido varias definiciones y descripciones del fenómeno estudiado, muchas definiciones se han dado, dentro de las cuales cabe destacar la de Shneidman: "el acto consciente de auto aniquilación, entendido como el malestar multidimensional presente en el individuo y percibe dicho acto como una buena solución". También se ha procedido a diferenciar entre el intento y tentativa de suicidio, en cuanto al intento, existe intención de autodestrucción, que por impericia o fallo en el método escogido no se logra tal cometido.

En la conducta parasuicida, la voluntad de morir no existe, más bien se trata de pedir ayuda o de intentar modificar situaciones que permitan obtener un beneficio secundario. Aunque hay conductas parasuicidas que desembocaron en suicidios.

La Organización Mundial de la Salud considera que:

La ideación y tentativas suicidas se pueden ver como fases previas a la realización del suicidio, lo cual significa la existencia de un desarrollo desde los pensamientos hasta la acción, en las cuales se realizó un acto intencionado y auto-inflingido que amenaza contra la vida y con resultado de muerte.

Se han revisado definiciones diferentes con respecto a todas las terminologías asociadas a las conductas suicidas, como el caso de la idea previa, la cual corresponde a pensamientos sobre suicidios, la comunicación suicida es un acto de transmitir deseos, pensamientos o la intención de poner fin a la vida.

Está considerada como término medio entre la conducta suicida y idea suicida, en la cual existe dos tipos que incluyen la amenaza suicida, la cual es comunicación de un posible suicidio, sumado al plan suicida, en el que se manifiesta el mecanismo, es decir lo que se va a ejecutar para cometer el suicidio.

Por último se tiene la conducta suicida, que se define como intención de morir, al realizar un acto de autolesión, “en el que no hay intención de morir, incluye el intento de suicidio y el suicidio”. (Gobierno de Navarra, 2014).

El suicidio forma parte de las principales causas de muerte alrededor del mundo, lo cual engloba grandes pérdidas, “ocupando un valor de un millón las personas que mueren por suicidios cada año”. (Baca & Aroca, 2014)

Para Silva et al (2013) en el mundo el suicidio consumado se constituye en la decimotercera causa de muerte, mientras que las tasas de mortalidad en la población general cambian de un país a otro, llegando a alcanzar cifras altas en países de Europa del Este (Lituania, Chile), siendo los datos altos, llegando incluso a aumentar de forma considerable.

Los factores de riesgo que se tienen para que se suscite la conducta suicida, hace referencia a todas las características ambientales o individuales que aumentan las probabilidades de que la persona cometa un acto suicida. Hay factores que pueden tener mayor peso que otros, sobre todo cuando hay la combinación de varios factores de riesgo.

La conducta suicida empieza por la asociación de múltiples factores considerados de elevado riesgo para la persona afectada, siendo de tipo biológico, demográfico y patológico, las que se presentan como situaciones favorables para tomar esta conducta, dentro de las estadísticas se cita que el 90% que mueren por causa de suicidio, tienen alguna patología psiquiátrica: trastorno de alimentación, depresión, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, trastorno psicótico, abuso de alcohol y drogas, trastornos de la personalidad, “teniendo así el 2,4 a 23 veces mayor probabilidad de tener conducta suicida, que la población sana”. (Baca & Aroca, 2014).

Tradicionalmente se ha detectado la correlación entre edad y suicidio, es decir el riesgo de suicidio se incrementa con la edad, a partir de los 65 años, los hombres tienen mayores tasas de suicidio dados, los que están unidos al mayor diagnóstico de depresión. Por el contrario, en lo relativo a las tentativas de suicidio, estas son habituales en las mujeres jóvenes.

Tanto así que la relación intento de suicidio versus suicidios consumados es de “200 a 1 en adultos jóvenes, mientras que es de 4 a 1 en personas mayores”. (Baca, Delgado y Blasco, 2012).

La ideación así como la conducta suicida están presentes en los adolescentes, siendo una etiología multicausal: edades entre 12-15 años, bajo nivel socioeconómico, “desintegración familiar, violencia intrafamiliar, abuso sexual”. (Espinoza, Zepeda, Bautista, Hernández, Newton & Plasencia, 2010).

Es algo muy frecuente en la población las ideas suicidas, padeciéndola personas adultas, adolescente e incluso niños, en personas sanas físicamente, así como personas “con alguna discapacidad o enfermedad”. (Servicio de Andaluz de Salud, 2010)

Hay estudios de importancia, que se hicieron en relación a factores étnicos en conductas suicidas, en los Estados Unidos de Norteamérica debido a la mezcla racial, se evidencia que 2 de cada 3 suicidas son hombres blancos. Mientras que, las tasas de mortalidad son mayores en individuos de raza blanca con más de 85 años; la tasa de suicidio en hombres blancos es mayor que en varones negros, cuatro “veces mayor que la de las mujeres blancas y ocho veces mayor que la de las mujeres negras”. (Baca, Delgado y Blasco, 2012).

También el nivel socioeconómico ha sido objeto de estudio, manifestándose que los intentos de suicidio, así como los que se consumaron son de mayor frecuencia en la población desempleada y que con menor nivel cultural. Siendo más el riesgo en mujeres que en hombres que están en situación desempleo. Por tanto, el riesgo del suicidio es mayor en los desempleados, jubilados, trabajadores que “tienen situación inestable y en sujetos con conflictos laborales”. (Baca E, Delgado D, Blasco H, 2012).

Se ha comprobado que existe relación con la conducta suicida cuando se ha producido el maltrato en la infancia, así también, la existencia de conductas violentas al interior de la familia, tanto así que si el adolescente es testigo equivale a ser víctima, presentando también “una correlación positiva con los comportamientos suicidas”. (Moya J, 2010).

Dentro de factores de riesgo de conducta suicida, en Santiago de Chile se pudo determinar que en adolescentes con tratamiento farmacológico psicoterapéutico los porcentajes eran altos, y “se encontró que existe una gran asociación entre la conducta suicida y los factores interpersonales”. (Pavez, Santander, Carranza & Vera, 2009).

Borges, Medina, Orozco, Ouéda, Villatoro & Fleiz (2009) indican que al realizar un estudio “se valoraba la conducta suicida de personas, obteniendo que el 8,79% presentó conducta suicida en el mismo año”, siendo los mayores factores de riesgo las personas solteras, del sexo femenino, baja escolaridad, jóvenes y subempleados.

Silva, Vicente, Saldivia & Kohn (2013) indican que “la prevalencia de conducta suicida en mujeres es el doble que en los hombres”, y que se presenta con más frecuencia entre los adolescentes, otro factor de gran importancia es el estado civil de la persona, debido que el estar soltero, separado o viudo es un factor de menor prevalencia. En tanto que ingresos familiares, empleo y desempleo es una variable resultante inversamente proporcional a la conducta suicida.

Las personas que tienen depresión, presentan tres veces más riesgo de tener conducta suicida, algo que representa un porcentaje alto en los suicidios, una vez que se produce el suicidio las personas alrededor de quien se quitó la vida se ven afectadas, quedando una serie de interrogantes, cuestionamientos y sentimientos de culpa “de que pudo iniciar la toma “para que la persona tome dicha decisión” (Baca & Aroca, 2014).

El trastorno depresivo se convierte en una “enfermedad que afecta íntegramente al individuo que la padece física, biológica, conductualmente, mental y anímicamente al individuo”. Esto termina afectando de manera seria a la persona que la padece, tanto en el modo de actuar igual en el pensar, tiene afectación global en los individuos, notándose en la parte biológica, en los ciclos de sueño, que el afectado “pierde su capacidad para descansar de forma adecuada”. (Servicio de Andaluz de Salud, 2010).

De igual se presenta irritabilidad, cuando hay depresión, también conductas antisociales, violentas, se pierde energía, se abusa del consumo de alcohol, drogas, siente deseos de dejar de vivir, culpabilidad, desesperación, dificultad en la concentración, “indecisión y ello hace que se incline por el suicidio”. (Servicio de Andaluz de Salud, 2010).

La mayoría de las personas que se suicidan sufren de trastornos depresivos, pudiendo tener esquizofrenia, demencia o delirium, y en caso excepcional se produce entre personas que no presentan enfermedad mental; en tanto que en los adultos que han intentado suicidarse, las enfermedades psiquiátricas con mayor frecuencia son los trastornos distímicos, trastorno de depresión, trastornos de conducta, ansiedad generalizada, fobias simples entre los adolescentes o abuso de sustancias.

Tienen también mayor riesgo de suicidio quienes acuden a los servicios de emergencia con crisis de ansiedad, cuando hay trastornos afectivos, es mayor el riesgo de quitarse la vida, igual sucede con las depresiones psicóticas, neuróticas y trastornos bipolares. Corbitt et al citado por Cano, Peña, y Ruiz (s/f) afirma que los pacientes diagnosticados con personalidad borderline y trastorno depresivo mayor “son los que más probablemente realicen tentativas de suicidio repetidas y graves”. (p.7)

Los que padecen de esquizofrenia tienen mayor tendencia al suicidio, algo que sucede de manera habitual en el transcurso de los primeros años al haber sido diagnosticada la enfermedad, tiene relación con la psicopatología depresiva y no los fenómenos alucinatorios.

En el caso del alcoholismo, como toda forma de toxicomanía, se considera una como muerte parcial e incluso como suicidio de tipo crónico, habiendo riesgo de suicidio por parte de un alcohólico, siendo un grupo vulnerable especialmente en este tipo de patologías. En el caso de los trastornos de personalidad, están asociados más a intentos de suicidio y no a suicidios consumados. “Los diagnósticos que mayor presencia tienen son el trastorno antisocial y trastorno límite”. (Blumenthal, 1988, p.4).

Hay una relación con el suicidio al presentarse enfermedades crónicas e incapacitantes, al realizarse estudios postmortem se encontraron que el 25 y 75% de los suicidas padecían de algún tipo de enfermedades somáticas.

Hay acuerdo en que los enfermos orgánicos, donde se incluyen los terminales intenten poner fin a su vida, incluso pueden volver a repetir el intento sino lo logran en la primera ocasión.

Enfermedades del sistema nervioso central también tienen relación con el suicidio, por ejemplo, epilepsia, traumatismo craneal, esclerosis múltiple, igual con la enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Huntington, demencias e incluso “el SIDA aumentan el riesgo de suicidio. (Marzuk, Tierney y Tardeff, 1988, p.259).

Citando los métodos utilizados por los suicidas, no importa el país o región, habiendo relación con la aceptación social y disponibilidad, en el caso de los hombres optan por métodos violentos, mientras que las mujeres métodos menos agresivos, esta viene a ser la causa de que en los hombres se llegue a consumir el suicidio con mayor frecuencia que en el caso de las mujeres. Schmidtke et al citado por Cano (s/f) afirma que los métodos más habituales para suicidarse: lanzarse al vacío, ahorcarse; y, entre los intentos de suicidio está “intoxicación, tanto en hombres como en mujeres.”

Según Manchón (2014) “los métodos que han sido utilizados para el suicidio son muy variados, aunque se mantienen patrones iguales. Siendo los métodos violentos, utilizados de manera frecuente en los varones”. El ahorcamiento, armas cortopunzantes y de fuego, cuentan con una alta letalidad; en el caso de las lesiones cerebrales y craneales penetrantes pueden estar originadas ante intentos de suicidio.

El envenenamiento viene a ser un clásico método al que recurren las mujeres, al igual que los analgésicos y psicofármacos, habiendo baja letalidad; en tanto que la asfixia por diversos gases tales como monóxido de carbono, o producto de combustión constituyen un método recurrente para los varones.

En tanto que las tentativas de suicidio que son realizadas con exceso de medicación, hacen dificultosa la valoración del paciente, debido a la relación existente entre toxicidad e intención letal, la cual está determinada por escasos conocimientos toxicológicos del suicida. Al citar los métodos violentos, estos marcan la pauta de la intención mortal, ya que se lanzan al vacío, utilizan armas o se ahorcan. Ante lo cual se debe actuar rápidamente para evitar la acción letal, también algunos productos químicos que tienen acción fulminante, “también son indicadores de alta intencionalidad letal” (Soler & Gascón, 2012).

La conducta suicida que no es letal, es un factor de riesgo de gran potencia para el suicidio, así como para futuros intentos de suicidio, en relación a la idea e intento, son pocos los países que tienen datos reales. Habiendo estudios es Nueva Zelanda, Japón e Italia, al igual que en Inglaterra. (Silva D, Vicente B, Saldivia S & Kohn R, 2013).

La idea suicida que se tenga, la planificación del mismo, tienden a aumentar el riesgo de la presencia de suicidio, conductas suicidas repetidas o anteriores aumentan el riesgo de perder la vida, al menos en los seis meses que siguen al fallido primer intento. Los grupos mayores son un grupo vulnerable a los “suicidios consumados, con menor probabilidad de sobrevivir”. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

Silva et al (2013) mencionan que “no todos los actos de autoagresión buscan necesariamente la muerte”, pero hay asociación indirecta entre infligirse el daño y los intentos de suicidio y el suicidio consumado. Se tiene conocimiento que los intentos de suicidio se repiten y dichas repeticiones aumentan el riesgo de suicidio consumado.

Quien actúa con comportamiento suicida, tiene claro lo que significa la muerte, autodestrucción (no muerte), mutilación y demás acciones no dolorosas y dolorosas, así como amenazas, depresión, intenciones de destruirse y pensamientos de separación.

Para Giner, Medina & Giner (2012) el comportamiento que tiene la persona suicida, se torna más grave por los sentimientos de culpa, debido a que resulta necesario se comunique algo mediante un impacto equivalente, y “...una persona suicida se descubre a sí misma comunicando su tendencia a través del comportamiento”, pudiendo hacerlo verbalmente antes de realizar el acto específico.

El típico suicida presenta deseo de morir y vivir a la vez, además desesperación, imposibilidad e impotencia de cómo hacer frente a los problemas, ansiedad, agotamiento físico y psicológico, depresión, tensión, culpa, rabia, caos, desorganización, pérdida del interés ante actividades normales, trastornos de sueño, malestar físico, pasividad, falta de iniciativa, pérdida de interés a los planes de acción.

Los característicos síntomas que suelen acompañar a la persona cuando está a punto de suicidarse está dada por la baja auto estima, agitación extrema, tiene visión en túnel, es decir solo ve la muerte como única salida; siente limitaciones en las posibilidades intelectuales; ante lo cual “las decisiones intelectuales se transforman en decisiones impulsivas de orden efectivo. (Giner, Medina & Giner, 2012).

En la valoración de la conducta suicida, se tiene que basar de manera principal en la historia clínica y anamnesis, porque la finalidad estriba en la determinación de no sacarse la idea suicida, valorar el riesgo que se presenta en la actualidad al desarrollar de nuevo esta conducta. La recolección de dicha información tiene que realizarse de forma comprensiva, con calidez, proporcionando al paciente seguridad, y no recurrir a comentarios moralistas. Se recomienda que “no solo obtener datos de la persona, también de la familia o de las personas cercanas a ella”. (Bugarín & García, 2012).

Se debe realizar preguntas sencillas, cuando se haya obtenido la confianza de quien intenta el suicidio, y preguntar sobre el estado actual de su estado de ánimo, debiendo persuadirlo de manera delicada.

También se debe averiguar si es por primera vez que tiene este tipo de conducta, si está arrepentido, si está dispuesto a terminar el acto una vez empezó, todo esto “con la finalidad de establecer criterios de ingreso hospitalario”. (Bugarín & García, 2012).

La Organización Mundial de la Salud, ha determinado ciertos parámetros que permiten evaluar el riesgo que se tiene del suicidio en un futuro inmediato, la determinación para que se realice el suicidio, organización del plan suicida, la soledad, el consumo de alcohol, de sustancias psicotropicas y dificultades sociales.

En lo relativo a la valoración del intento suicida más reciente, se tiene la peligrosidad del método escogido, el grado de convicción para la eficacia del método escogido, la posibilidad de que lo descubran, el grado de alivio cuando lo rescatan, el propósito que tiene el comportamiento suicida, el grado de planificación, la existencia de cambios en su “situación psicológica vital que desencadenó el comportamiento suicida”. (Giner, Medina & Giner, 2012).

Existe en la actualidad un número considerable de instrumentos psicosométricos, que permiten la evaluación de riesgos presentes en personas con presencia de conducta suicida, los cuales están se direccionan “a la idea o los factores y conductas, síndromes asociados, síntomas”. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

Se cita una herramienta psicologica, escala de SAD Persons, elaborada por Patterson et al., la cual está constituida por 10 puntos que se refieren a factores de riesgo en torno al suicidio, valora la presencia y ausencia de todos los factores. La puntuación establece de 0 a 2 es riesgo bajo, 3 a 4 es riesgo moderado, 5 a 6 es alto riesgo, y por último de 7 a 10 es riesgo muy alto.

Mientras que la escala de desesperanza de Beck, valora 20 puntos, que predicen de manera subjetiva aspectos negativos que presentan quienes tienen conducta suicida que puedan repetir un episodio nuevo en el futuro, dicha escala está considerada como un predictor de “posible comportamiento suicida, con una puntuación de riesgo leve entre “0-8, 9-20 como de alto riesgo”. (Giner, Medina & Giner, 2012).

Hay otra herramienta que se utiliza mucho, la escala de depresión de Montgomery-Åsberg, la cual se publicó enfocada en aspectos de tipo somáticos, afectivos y cognitivos, la misma tiene 10 ítems, que se aplica por personal médico o paramédico bien capacitado, “estimando además fuentes indirectas como los familiares de los pacientes”. La puntuación que se acepta está dividida en Normalidad, de 0 a 6 puntos, depresión leve de 7 a 19 puntos, depresión moderada 20 a 34 puntos, y por último depresión grave de 35 puntos o más. (Cano, Julieta E; Yacovino, M.L, 2013).

La decisión de que se lleve a efecto la hospitalización del paciente que ha intentado un suicidio, sigue siendo un procedimiento complejo que está en dependencia de varios factores que tienen relación con la gravedad de dicha situación, planificación así como la letalidad obtenida, sin dejar de lado la relación entre trastornos psiquiátricos o enfermedades y la relación interfamiliar. El factor considerado de mayor importancia es la seguridad del paciente, “que se lleva con mejores resultados al ser ingresados en un Hospital”. (Ministerio de Sanidad, Igualdad y Política Social, 2010).

Debe de conocerse cuáles son las patologías con las cuales ingresan de manera preferente a un hospital. Giner, Medina & Giner (2012) detallan que las enfermedades mentales motivadas para el ingreso hospitalario “son la esquizofrenia, psicosis, trastornos de la personalidad en mujeres”.

Los pacientes tienen que ser estudiados, ya que si presentan antecedentes de conductas similares, problemas familiares y mayor frecuencia de trastornos adaptativos, distímicos y de personalidad se requiere mayor control.

Los requerimientos de ingresos hospitalarios deben darse por las inestabilidades que presenten los involucrados, debido a que “podrían ser causa de un nuevo episodio de conducta suicida en menos de seis meses”. (Gómez et al., s.f).

Se sugiere que se haga un estudio retrospectivo en un lapso de dos años de evolución, de los pacientes que han sido ingresado en el área de emergencia de un hospital, en la etapa posterior a la conducta suicida, debido a que pueden presentar antecedentes de trastornos psiquiátricos.

Dentro de los criterios necesarios es: intento de suicidio premeditado violento, paciente psicótico, se lamenta de haber sobrevivido, repite idea suicida, es un hombre mayor de 45 años que presenta enfermedad mental, también es limitado el apoyo social o familiar, hay conducta impulsiva, tiene “agitación racionalidad, es pobre o rechaza la ayuda, estado tóxico que requiere ingreso hospitalario”. (Ministerio de Sanidad, Igualdad y Política Social, 2010).

El objetivo primordial que se tiene ante un paciente que se ha infringido autolesión es tratar el efecto originado de esta agresión, este aspecto tiene relación con el tratamiento de la intoxicación, sutura de la herida causada, entre otros; una vez resuelto lo anteriormente citado, se persigue la intervención tras el intento de suicidio, lograr la seguridad del paciente.

Los antidepresivos tienen propiedades serotoninérgicas y catecolaminérgicas, por lo que reducen las acciones de impulsividad y de agresividad asociado a este tipo de conducta. No se evidencia cual de los antidepresivos es más eficaz, pero los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, son seguros y fáciles, mientras que los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminoxidasa son letales en sobredosis, lo que limita la utilización del mismo en pacientes con conductas suicidas. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010)

Estos presentan eficacia como tratamiento de trastornos de ansiedad grave o en los trastornos depresivos, y son estas indicaciones que favorece a la ingesta de este tipo de fármacos en las conductas suicidas. (Servicio Andaluz de Salud, 2010)

En lo relativo al litio, no se conoce la fisiopatología, sin embargo reduce el riesgo de suicidio por disminución de la agresividad, impulsividad y la falta de control conductual, esto mejora el carácter y sentimientos de angustia. Hay pruebas de que a largo plazo su utilización, tiende a reducir los riesgos de tales en pacientes bipolares, así como en pacientes depresivos. De manera contradictoria se presenta un efecto positivo, “a pesar de su alta toxicidad en caso de sobredosis”. (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

La acción de todos los fármacos anticonvulsivantes, también es ansiolítica, algo útil en caso de presentarse conducta suicida en una persona. Aunque las citas bibliográficas de tales fármacos es mínima, no hay estudios de que puedan disminuir el riesgo de suicidio, por lo que el litio se convierte en fármaco de primera elección en el trastorno bipolar”. (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

Desde la década de los 50 , en que aparecieron los primeros antipsicóticos establecidos, se organizaron categorías de primera generación como: flufenazina, tiotixeno y haloperidol, que limitan la conducta suicida en los pacientes con trastornos psicóticos. En tanto que los de segunda generación, disminuyen la agresividad a quienes se provocan autolesiones, siendo la “clozapina el único fármaco que se encuentra aprobado por la Food and Drug Administration”. (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

La actitud que debe tenerse ante el suicida puede ser diferente en relación a la del paciente tradicional, el médico puede mostrarse empático, activo, haciendo notar la intención de comprender su situación, no es momento para que se ponga frío, crítico o neutral, debiendo implicarse más de lo habitual con el paciente.

Esto no excluye mantener actitud firme para que le inspire confianza.

El doctor deberá haber realizado el primer diagnóstico de la enfermedad psiquiátrica si es que existe, por tanto, resulta obvio la idoneidad de que inicie la recuperación o la corrección del tratamiento psicofarmacológico.

Toda persona que tiene ideas suicidas o ha logrado realizar algún tipo de actitud suicida tiene que ser valorado por el psiquiatra, el plazo en que el médico tendrá para la valoración psiquiátrica, depende de sus características clínicas, así como de las posibilidades asistenciales.

En gran cantidad de casos, el acto suicida no es intencional para causar muerte, siendo más bien de baja letalidad, lo cual se enmarca en los denominados parasuicidios, además puede, suponer un acto para que se logre la mejora del estado en torno al paciente, o se permita una situación familiar o de pareja favorable. En dichas “ocasiones el médico deberá entender que la urgencia de la evaluación especializada no existe”. (Cano, Julieta E; Yacovino, M.L,2013).

En aquellos casos en los cuales los daños son mayores, se debe valorar al paciente por un psiquiatra, ante lo cual la decisión más importante que se debe tomar, es ingresarlo al nosocomio. Por lo tanto, la hospitalización del paciente suicida traerá problemas conexos, además, el doctor no puede estar ajeno al hecho de no contar con suficientes camas para que se pueda ingresar a todo aquel que tenga ideas suicidas.

También hay la necesidad de evaluar el riesgo suicida que se presente en el paciente, todo esto en función de lo citado anteriormente, ya que el factor principal a tenerse en consideración a la hora de brindar un tratamiento ambulatorio, radica en la capacidad que tenga el paciente de comprometerse para que pida ayuda de llegarse al punto crítico. De igual forma, “resulta fundamental que se cuente con el apoyo de su familia y personas que son importantes en la vida del enfermo”. (Cano, Julieta E; Yacovino, M.L,2013).

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| VARIABLE INDEPENDIENTE: USUARIOS DE SALUD | | | |
|---|--------------------------------------|--|---|
| CONCEPTUALIZACIÓN | DIMENSIÓN | INDICADORES | ESCALA |
| Se define como usuario a aquella persona que requiere la atención integral de salud, sea ambulatoria o que requiera estancia hospitalaria que incluya reposo en cama, vigilancia médica y de personal de enfermería y apoyo de métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento. | CARACTERÍSTICAS SOCIOEPIDEMIOLÓGICAS | GÉNERO | Masculino Femenino |
| | | GRUPO ETARIO | 15-21 años 22-28 años 29-35 años |
| | | ESTADO CIVIL | Soltero Casado Unión libre Viudo/divorciado |
| | | ANTECEDENTE DE TRASTORNO MENTAL | Depresión T. Bipolar T. Psicótico T. Abuso de alcohol y sustancias T. Ansiedad T. Alimentario T. Personalidad. Ninguno |
| | | ANTECEDENTE DE CONDUCTA SUICIDA ANTERIOR | Si No |

| VARIABLE DEPENDIENTE: CONDUCTA SUICIDA | | | |
|--|--------------------|----------------------|---|
| CONCEPTUALIZACIÓN | DIMENSIÓN | INDICADORES | ESCALA |
| <p>El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de esta conducta, aunque no las únicas. Desgraciadamente existen muchos textos que sólo tienen en cuenta estos dos aspectos, los que, por demás son los más graves, y no otros que detectándolos y tomándolos en consideración de forma oportuna, evitarían que ambas ocurrieran.</p> | FACTORES DE RIESGO | SOCIOAMBIENTALES | Falta de apoyo familiar Maltrato físico/psicológico Abuso sexual Ruptura sentimental/ divorcio Ninguna |
| | CARACTERÍSTICAS | INTENTOS DE SUICIDIO | Medicamentosa Química Física Otros métodos |
| | CRITERIOS | INGRESO HOSPITALARIO | Paciente psicótico Intento de suicidio violento premeditado Lamenta haber sobrevivido. Idea suicida Hombre >45 años con comienzo reciente de EM Limitado apoyo familiar o social, Conducta impulsiva, agitación Racionalidad pobre o rechazo de la ayuda. Estado tóxico que requiera ingreso hospitalario |

| | | | | |
|--|---------------------|-------------------|--|----------------------------------|
| | ESCALA DE DEPRESIÓN | MONTGOMERY-ASBERG | Normal: 0-6 Depresión leve: 7-19 Depresión moderada: 20-39 Depresión grave: ≥ 35 | |
| | TRATAMIENTO | NO FARMACOLÓGICO | Fomento del diálogo y desahogo Plantear soluciones conjuntas Permiso para realizar actividades de rutina Estimulación de la confianza | |
| | | FARMACOLÓGICO | Antidepresivo tricíclico | Venlafaxina Amitriptilina |
| | | | Lítio | |
| | | | Anticonvulsivante | Carbamazepina Acido valproico |
| | | | Antipsicótico | Flufenazina Clorpromacina |
| | | | Ninguno | |

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Cuantitativo, Descriptivo, Prospectivo, Propositivo.

CUANTITATIVO: Porque los objetivos establecidos en este estudio fueron medibles.

DESCRIPTIVO: Ya que se realizó el análisis de todos los datos que fueron recolectados tomando como referencia al marco teorico y asociados a las variables del estudio.

PROSPECTIVO: Porque las actividades se realizaron junto al desarrollo de la investigación en el periodo de 1 de Junio al 30 de Noviembre del 2015.

PROPOSITIVO: Porque a que al culminar la investigación se desarlló una propuesta.

ÁREA DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en el área de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdova, ubicado en la Av. Amazonas de Chone.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud de los Grupos Vulnerables

SUBLÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Personas en situación de riesgo a conducta suicida.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

UNIVERSO

Usuarios con conductas suicidas que acudieron a la emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdova en el período propuesto.

MUESTRA

La población de estudio es de 32 usuarios entre 15 y 35 años.

MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Edad entre 15 y 35 años.

Ambos géneros.

Cualquier estado civil y grupo étnico.

Usuarios de salud que asistan al área de emergencia con manifestaciones y criterios que se encuentren englobadas como conducta suicida.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Edad < de 15 años y >35 años.

Usuarios con criterios ajenos a conducta suicida.

Usuarios que no se deseen participar en el estudio.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

MÉTODOS:

Los métodos utilizados fueron : el científico, clínico y estadístico.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Es importante que se presente las técnicas e instrumentos de recolección de la información, la que se obtuvo a medida que se iba realizando la investigación, relacionado al problema que se planteó y a los objetivos.

La recolección de la información fue proporcionada por los usuarios de salud del Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova, utilizando escalas que valoran el riesgo suicida en los usuarios.

Además se diseñó una ficha de recolección de datos, que presentaba aspectos de mayor relevancia, los mismos que fueron puntos clave en el estudio así como herramientas de obtención de la información necesaria y útil para valorar la conducta suicida en usuarios de 15-35 años de este Hospital. (Anexo 2)

Así mismo se utilizó el consentimiento informado (Anexo 3) que se le ejecutó al paciente o a su familiar, en caso de que no se encuentre en condiciones de colaborar, donde se le aceptó formar parte de esta investigación. Los mismos que fueron firmados en su totalidad.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

RECURSOS:

INSTITUCIONALES

Hospital Napoleón Dávila Córdova

Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina

TALENTO HUMANO

Personal médico y de enfermería del área de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdoba .

Autores del trabajo de titulación.

Tribunal de seguimiento del trabajo de titulación.

Usuarios que ingresan a a emergencia con conducta suicida y familiares de los mismos.

RECURSOS MATERIALES

Materiales de Papeleria

Materiales de investigación

Medios de comunicación

Medios de transporte

PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron procesados mediante la elaboración de un formulario en función de los datos estadísticos y clínicos de los usuarios internados en el área de emergencia con evidencia de conducta suicida, en un período de 6 meses (Junio-Noviembre) y con el permiso respectivo de las autoridades del Hospital Napoleón Davila Córdoba

ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos se elaboró la estadística descriptiva tomando en cuenta la frecuencia y porcentaje de cada una de las variables que se encuentran englobadas en este trabajo de titulación.

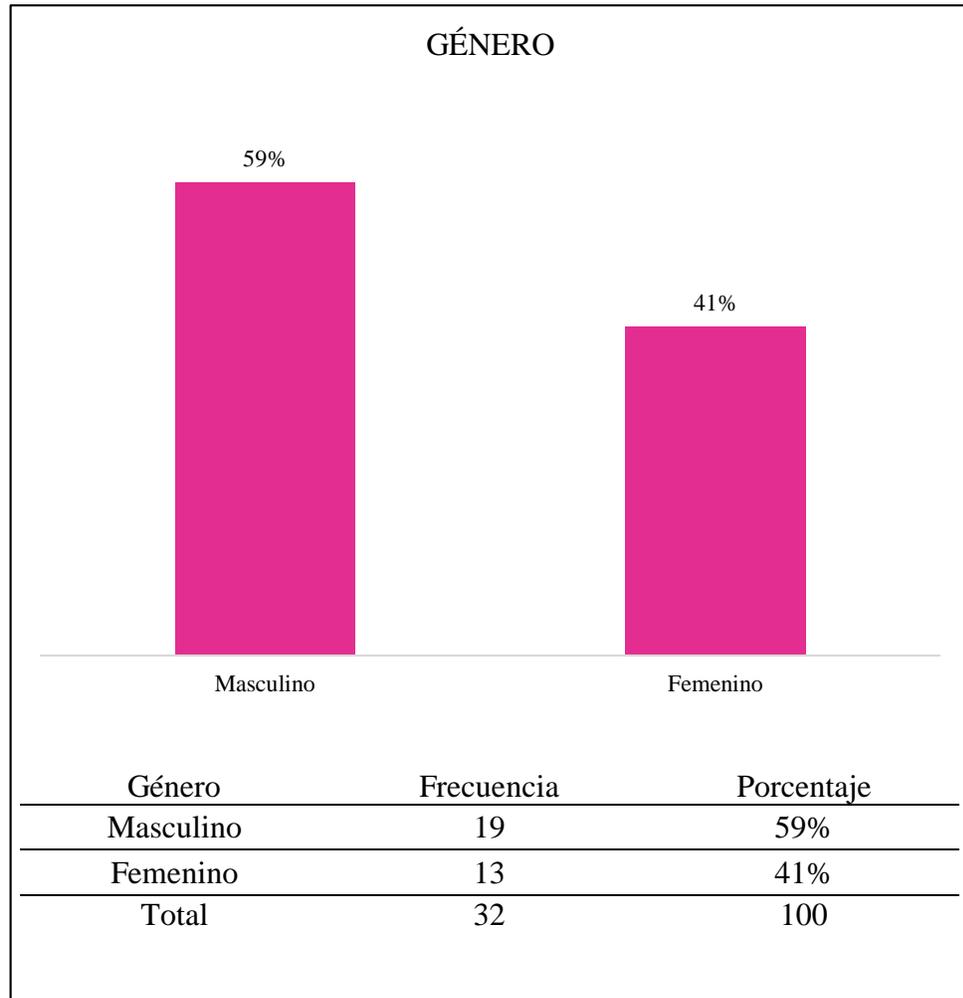
TABULACIÓN

En primer lugar fue realizada de forma manual y posteriormente se necesitó la ayuda del programa de Excel 2010.

**PRESENTACIÓN ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

GRAFITABLA N°1

Género de los usuarios con conducta suicida en el área de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdova, Junio – Noviembre 2015.



Fuente: Ficha de recolección de datos, historia clínica.
Elaborado por: Janina Mendoza y Jorge Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

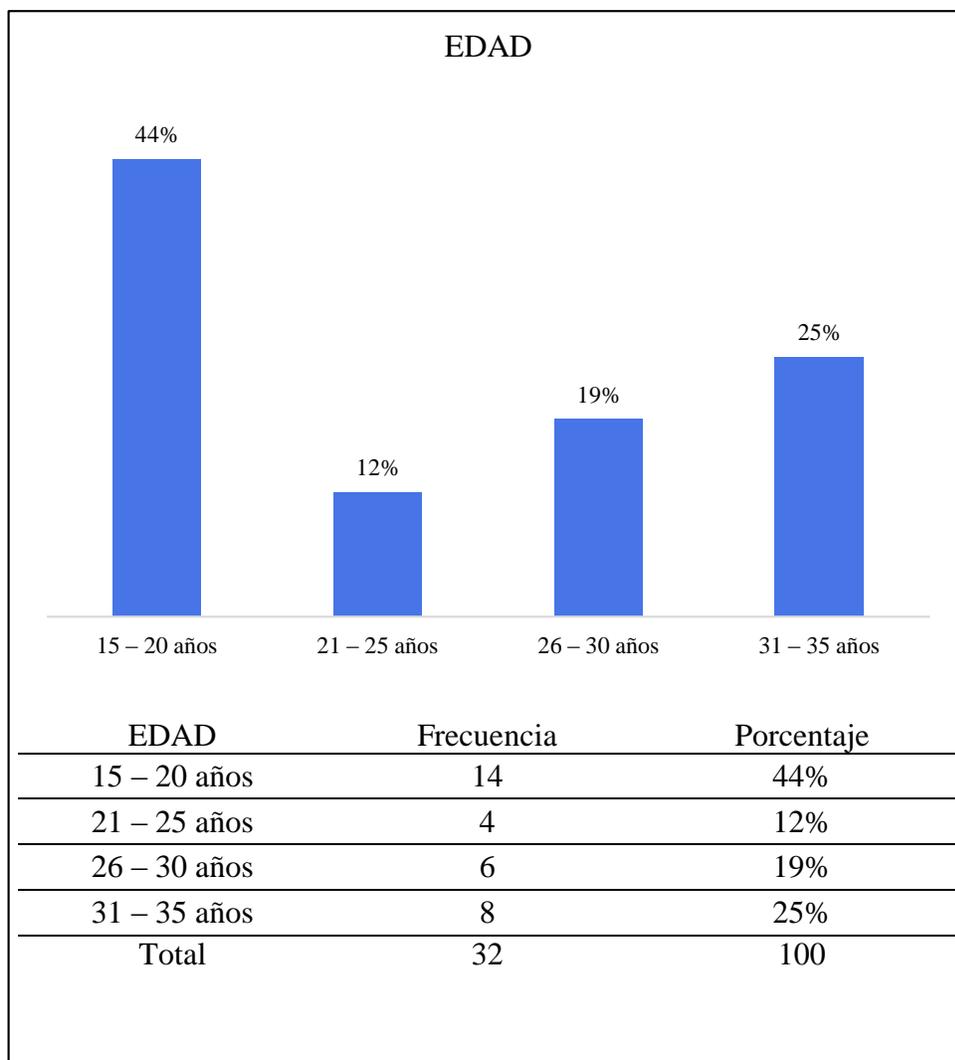
Se evidencia que de los 32 usuarios de salud que ingresaron al área de emergencia por conducta suicida, el 59% pertenecen al género masculino mientras que el 41% femenino.

La conducta suicida se da tanto en hombres como en mujeres, en el presente estudio al ser la muestra muy pequeña no se observa que el género influya significativamente en la aparición de este tipo de comportamiento autolítico.

Borges, Medina, Orozco, Ouéda, Villatoro & Fleiz (2009), realizaron un estudio en México, basado en una encuesta transversal de prevalencia, con una muestra de 22966 personas de edades entre 12 y 65 años, en el 2008, donde se valoraba la conducta suicida de los mismos, obteniendo que el 8,79% presentó conducta suicida en el mismo año, donde los factores de mayor riesgo fueron el sexo femenino, personas solteras, escolaridad baja, subempleados y personas jóvenes.

GRAFITABLA N°2

Edad de los usuarios con conducta suicida en el área de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdova, Junio – Noviembre 2015.



Fuente: Ficha de recolección de datos, historia clínica.
Elaborado por: Janina Mendoza y Jorge Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Del total de participantes en el estudio, el 44% tenían edades comprendidas entre 15 – 20 años, el 25% entre 31 – 35 años, el 19% entre 26 – 30 años, seguido por un 12% con edades entre 21 – 25 años.

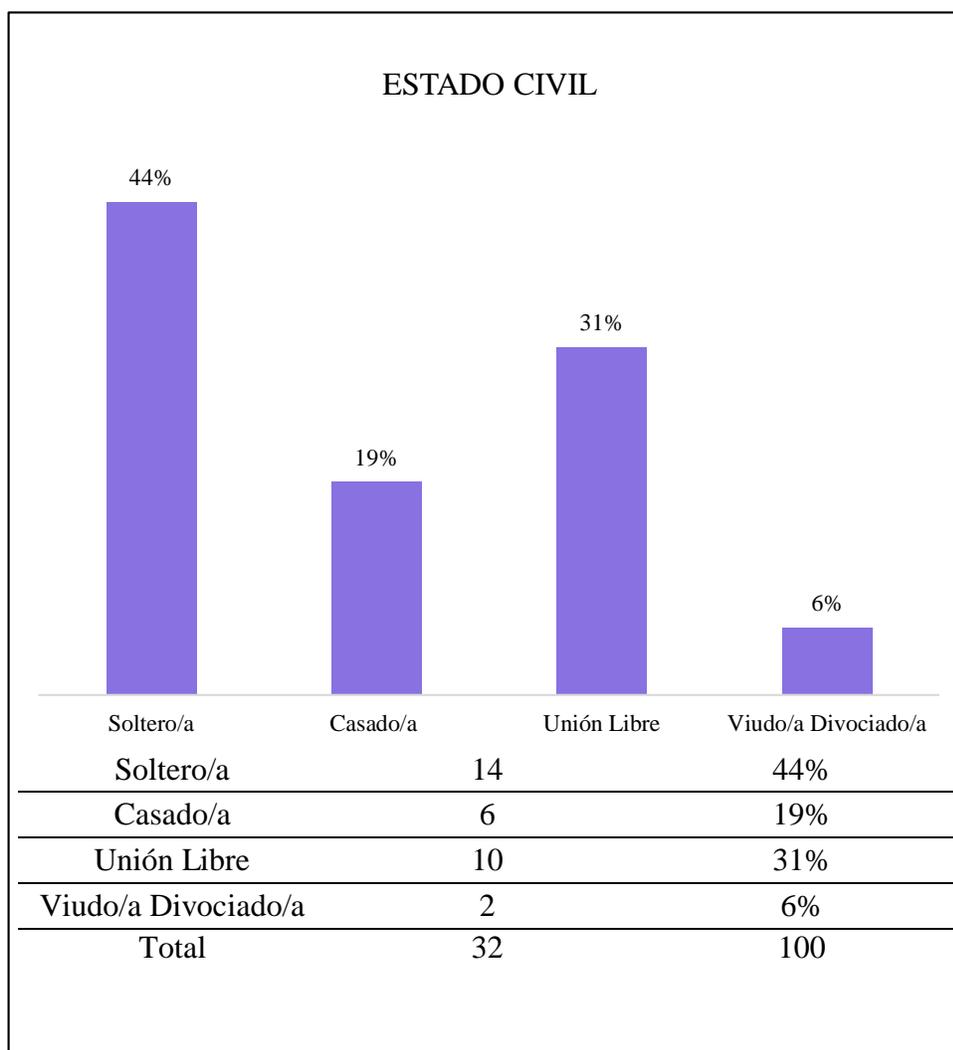
Se observa que la conducta suicida en el estudio tuvo mayor incidencia en adolescentes, no económicamente activos, demostrando ser un factor de riesgo de consideración en nuestro medio, datos que se corroboran con estudios investigados en la literatura mundial.

Según Espinoza, et al (2010) “La ideación y la conducta suicida, se pueden consumir en el 10% de los casos, en los adolescentes, presentan una etiología multicausal como es el género, edades comprendidas entre 12-15 años, nivel socioeconómico bajo, desintegración familiar, violencia intrafamiliar, abuso sexual”.

Por otro lado Pavez, Santander, Carranza & Vera, (2009) en Santiago de Chile realizaron un estudio acerca de los factores de riesgo de conducta suicida, en 6 centros de salud mental, con una muestra de 64 personas obtuvieron como resultado que el 50% era representado por adolescentes entre 13 y 18 años.

GRAFITABLA N°3

Estado civil de los usuarios con conducta suicida en el área de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdoba, Junio – Noviembre 2015.



Fuente: Ficha de recolección de datos, historia clínica.
Elaborado por: Janina Mendoza y Jorge Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

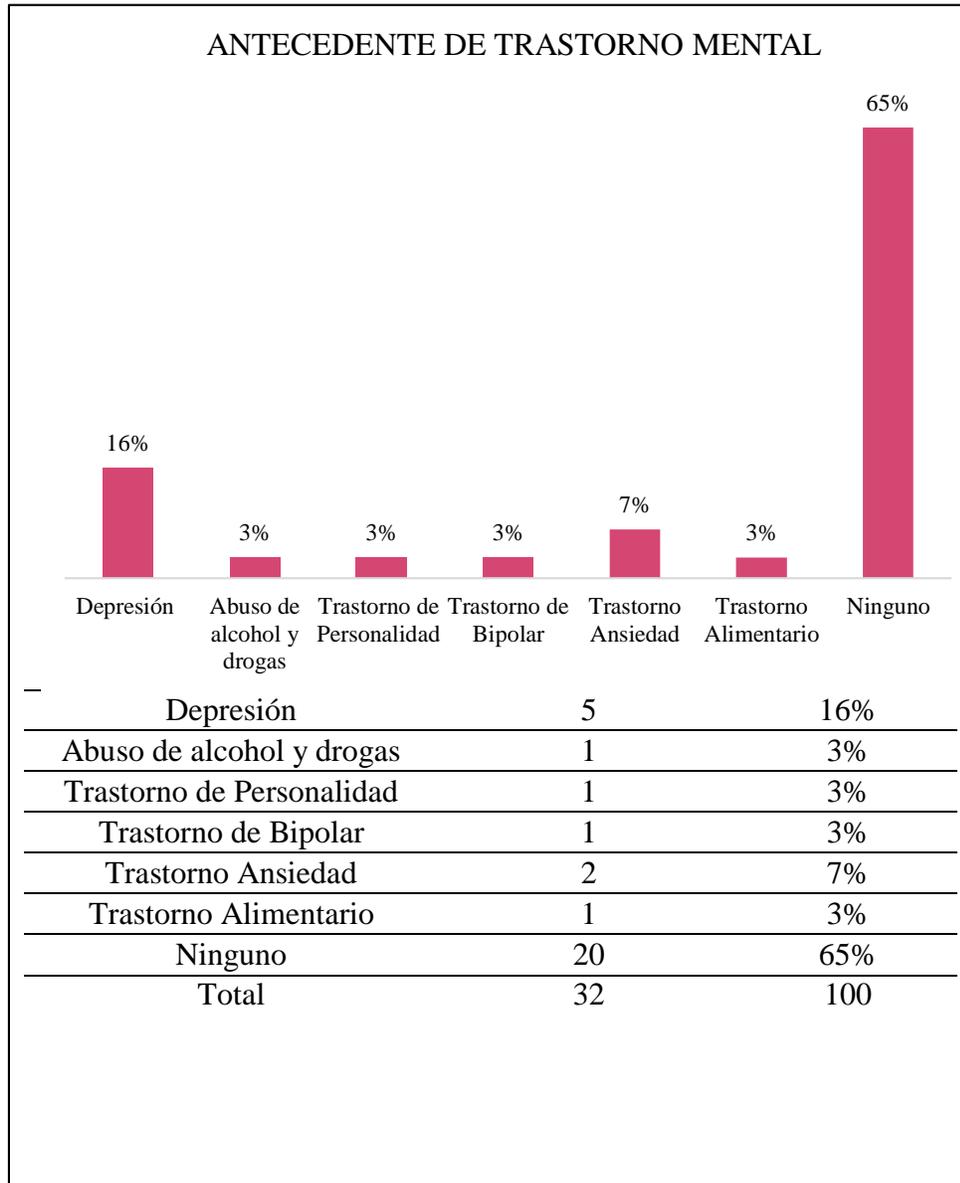
El estado civil de los usuarios que presentaron conducta suicida en el área de emergencia, el 44% manifestaron ser solteros, el 31% estar en unión libre, el 19% casados y el 6% restante viudos/ divorciados.

Se demuestra que el estado civil no influye en la conducta suicida, debido a que el 50% de los estudiados estaban solteros, viudos o divorciados mientras que el 50% restante tenían compañeros afectivos al momento de la tentativa suicida.

Por otro lado, según Pilar & Milena (2010) publicaron que el suicidio es un hecho más frecuente en las personas divorciadas, viudas y solteras. En este sentido, el matrimonio parece actuar como factor protector, especialmente si se tienen hijos, siendo esta tendencia más acentuada en la mujer. Sin embargo, en los grupos más jóvenes (15 – 19 años) parece que la tasa de suicidio es superior en los casados. Esto se interpreta en el sentido de que el matrimonio en estas edades puede no ser un acto suficientemente meditado y; por lo tanto, el suicidio podría constituir una forma de liberarse de una situación familiar insatisfactoria.

GRAFITABLA N° 4

Antecedente de trastorno mental en los usuarios con conducta suicida en el área de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdoba, Junio – Noviembre 2015.



Fuente: Ficha de recolección de datos, historia clínica.
Elaborado por: Janina Mendoza y Jorge Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

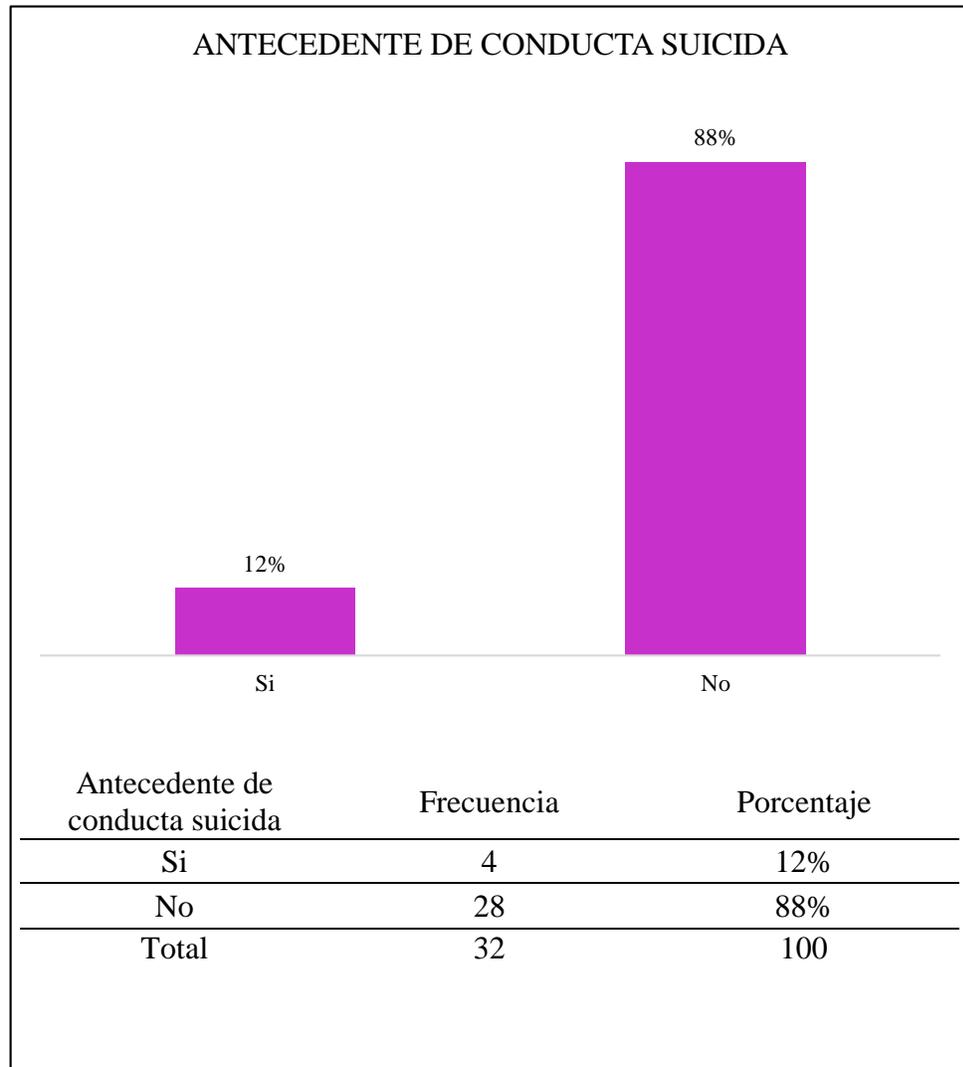
De acuerdo al antecedente de trastorno mental se puede observar que el 65% de los usuarios en estudio no registraban ningún precedente mientras que un 16% de la población presentaban trastorno depresivo, 7% ansiedad, y el 3% abuso de alcohol y drogas y con igual porcentaje trastorno bipolar, de personalidad y alimentario respectivamente.

Esto demuestra que la mayoría de la población tenía una conducta normal y aparentemente sana, mientras que los demás usuarios registraban antecedente psiquiátrico y psicológico que habían sido tratadas en otras instituciones.

Según las Guías de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad,2010) menciona que la depresión es el trastorno que con mayor frecuencia se presenta en asociación con las tentativas suicidas suponiendo un riesgo 20 veces mayor respecto a la población en general, mientras que entre un 25 – 50% de los pacientes que padecen de trastorno bipolar por lo menos realizan un intento de suicidio, por otro lado, los pacientes psicóticos tienen entre 30 – 40 veces más riesgo.

GRAFITABLA N° 5

Antecedente de conducta suicida en los usuarios en estudio del área de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdova, Junio – Noviembre 2015.



Fuente: Ficha de recolección de datos, historia clínica.
Elaborado por: Janina Mendoza y Jorge Zambrano.

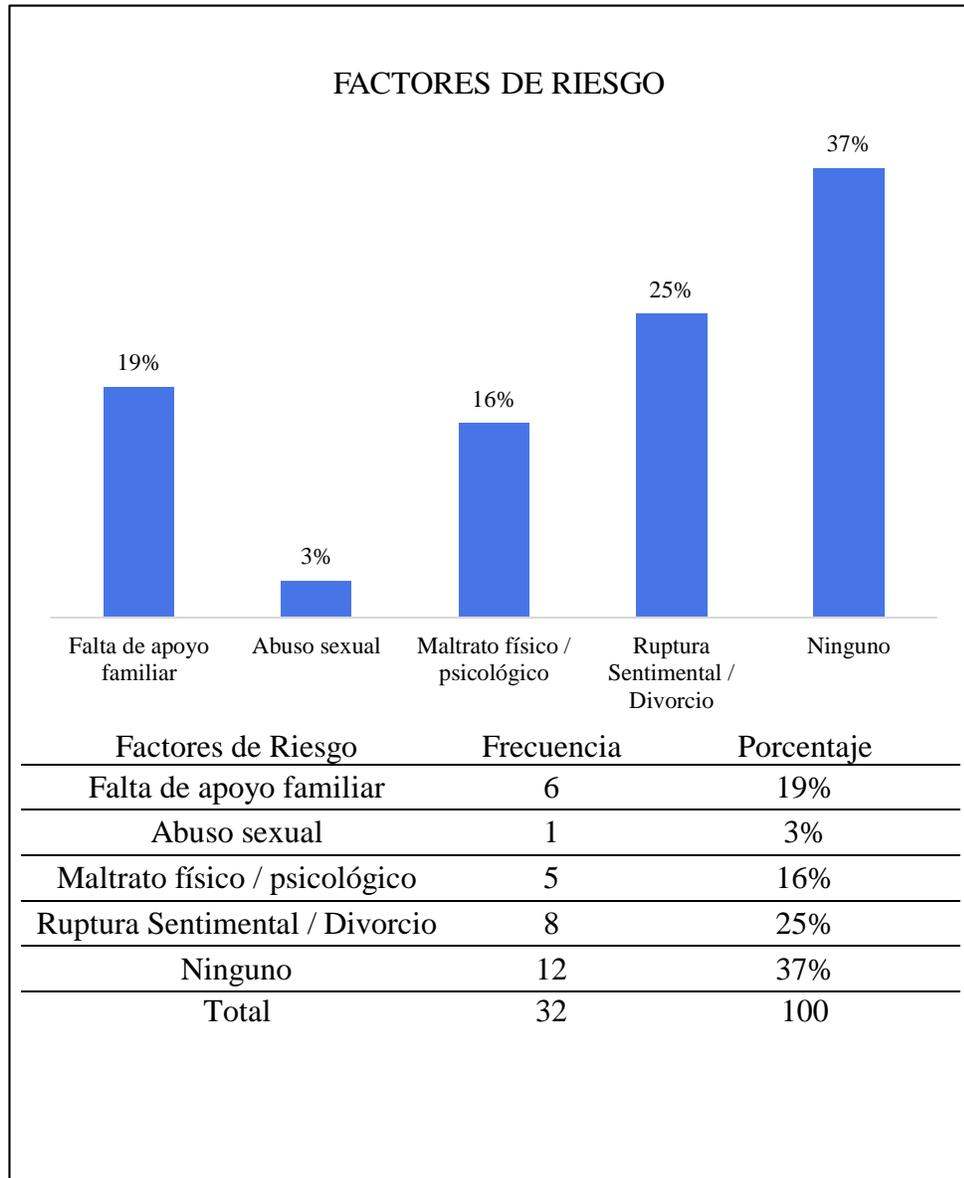
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

De acuerdo a los antecedentes de conducta suicida el 88% de los participantes en el estudio no tenían un historial previo de tentativa de suicidio mientras que el 12% restante eran reincidentes, de estos la mayoría había intentado 2 veces quitarse la vida, y sólo uno de los estudiados registraba 3 intentos anteriores.

Un estudio realizado en el 2007 en Mexico, reporta que dentro del 2012 la incidencia de suicidio ha aumentado, ya que el 10,01% de la población en total de 12-17 años reporta conducta suicida, el 8,74% entre 18 y 29 años y 8,39% entre 30-65 años. De los cuales han presentado ideas suicidas con anterioridad en el 2,61%. (Borges, Orozco, Benjet & Medina, 2010)

GRAFITABLA N° 6

Factores de riesgo en los usuarios con conducta suicida en el área de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdova, Junio – Noviembre 2015.



Fuente: Ficha de recolección de datos, historia clínica.
Elaborado por: Janina Mendoza y Jorge Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

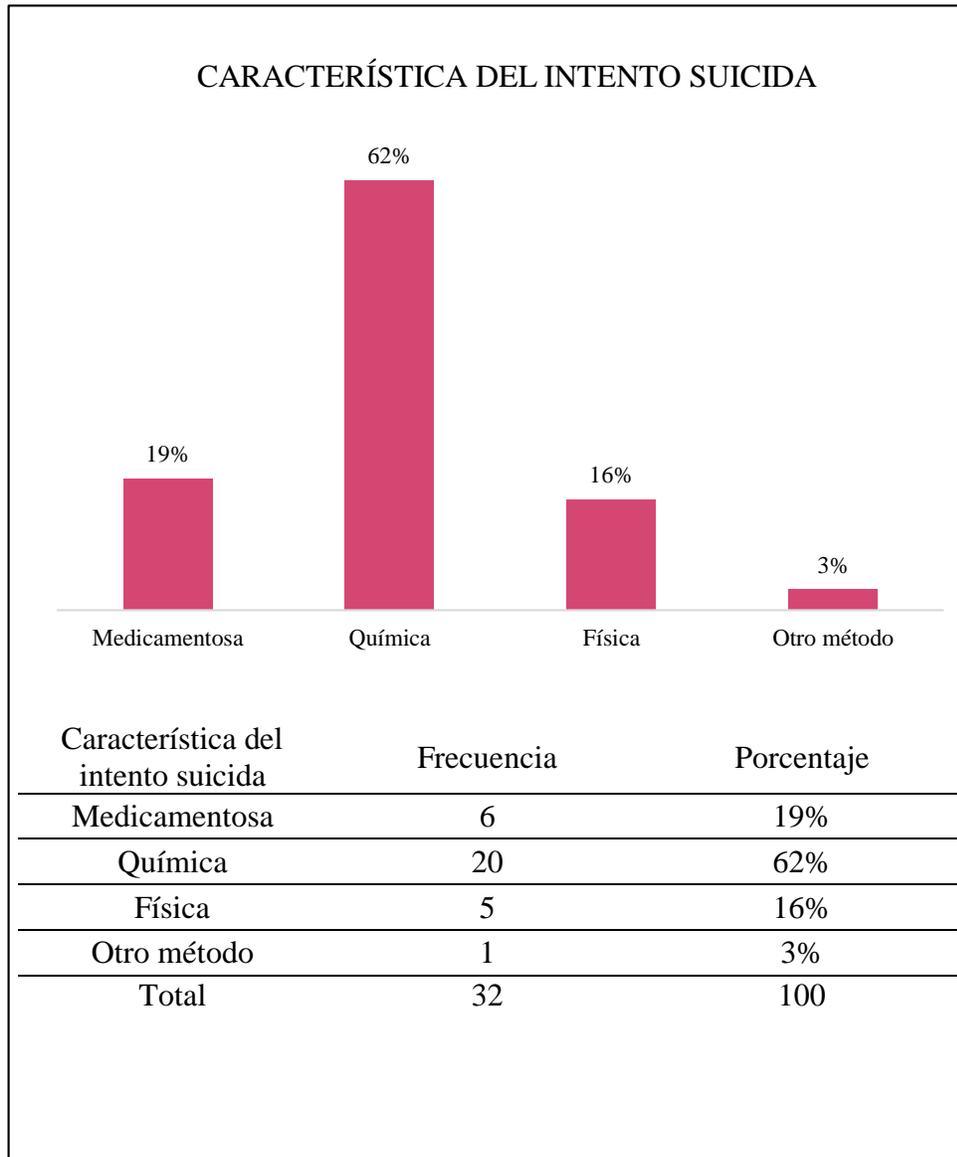
Entre los factores de riesgo que se asociaron a la conducta suicida en los usuarios del área de emergencia se observa que en la mayoría es decir el 37% de los casos negaron tener motivos para esta conducta mientras que el 25% lo atribuyeron a ruptura sentimental y/o divorcio, seguido de un 19% por falta de apoyo familiar, el 16% por maltrato físico y/o psicológico y un 3% por abuso sexual.

Es decir que el 63% de la población tenía problemas ya sea personales o familiares que lo llevaron a intentos de autodestrucción, mientras que el 37% restante aparentemente no tenían ningún motivo.

Por otro lado, según Moya J, (2010) ha constatado la existencia de correlación entre el maltrato en la infancia y la conducta suicida, pero no ha establecido estadísticas de su frecuencia. Además, menciona que las conductas violentas en el seno familiar, tanto si el adolescente es testigo de ellos como si es víctima, también presentan una correlación positiva con los comportamientos suicidas.

GRAFITABLA N° 7

Característica del intento suicida en los usuarios en estudio del área de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdova, Junio – Noviembre 2015.



Fuente: Ficha de recolección de datos, historia clínica.
Elaborado por: Janina Mendoza y Jorge Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Según los datos obtenidos se puede observar que el 62% de los participantes en el estudio tuvieron tentativa suicida con productos químicos, seguida de un 19% con medicamentos, un 16% por medios físicos y el 3% por otros métodos.

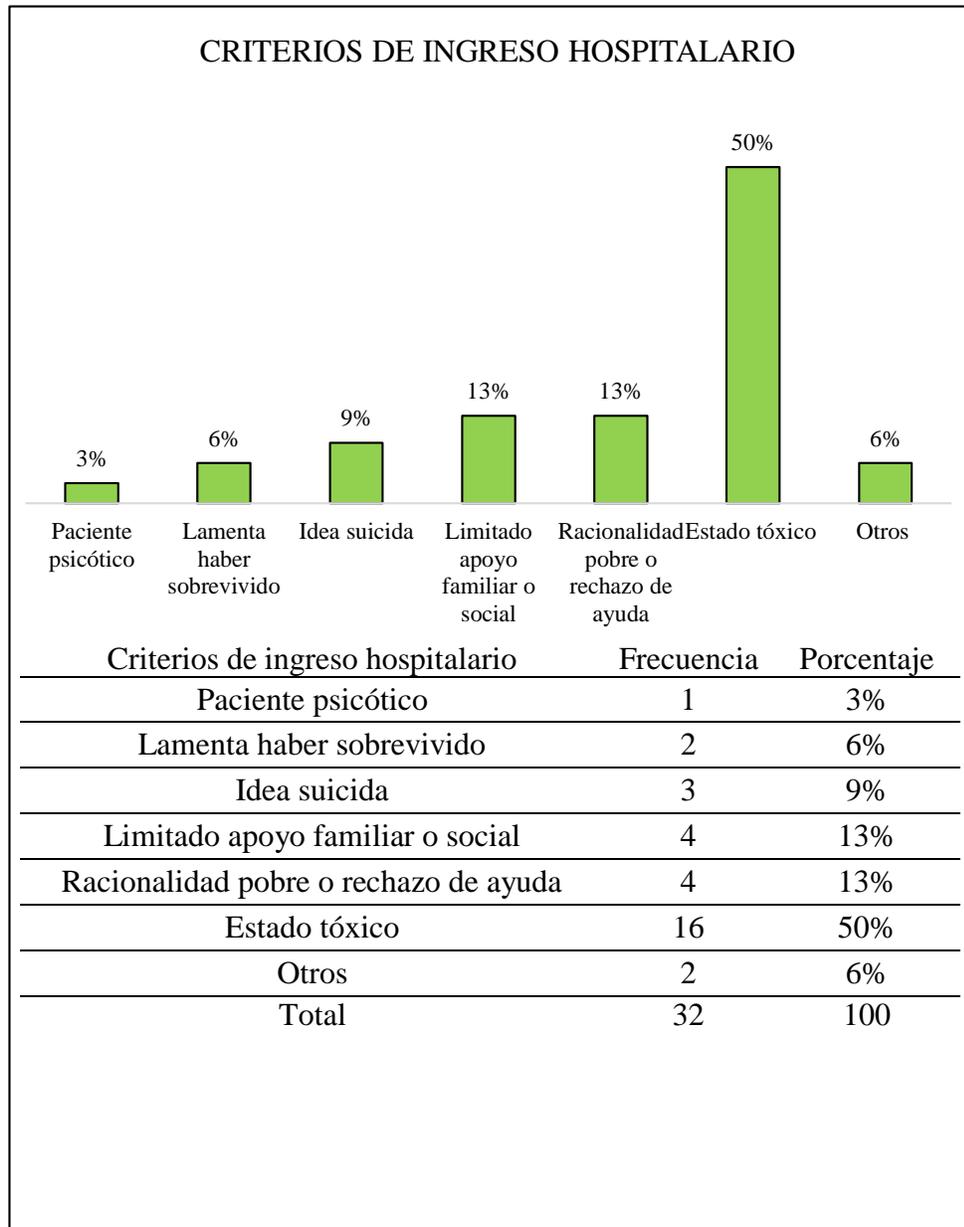
Entre los productos químicos más utilizados para el intento de suicidio se destacó los órganos fosforados e insecticidas, requiriendo asistencia médica inmediata con mayor riesgo de muerte que los demás usuarios estudiados. Mientras que otro método que consta en el 3% fue la precipitación.

No obstante, Cano P, (2011) relata que los métodos más habituales para el suicidio consumado son la precipitación y la suspensión. Mientras que entre los intentos de suicidio el método más frecuente es la intoxicación, el 64% de los hombres y el 80% de las mujeres lo hicieron de esta manera.

Según Soler P & Gascón J, s.f. El 70 – 80% de las tentativas de suicidio se realiza con sobreingesta de medicación. Las mismas que conllevan especial dificultad de valoración porque la relación toxicidad/intención letal está determinada por los conocimientos o creencias toxicológicas del sujeto.

GRAFITABLA N° 8

Criterios de ingreso hospitalario en los usuarios con conducta suicida en el área de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdoba, Junio – Noviembre 2015.



Fuente: Ficha de recolección de datos, historia clínica.
Elaborado por: Janina Mendoza y Jorge Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

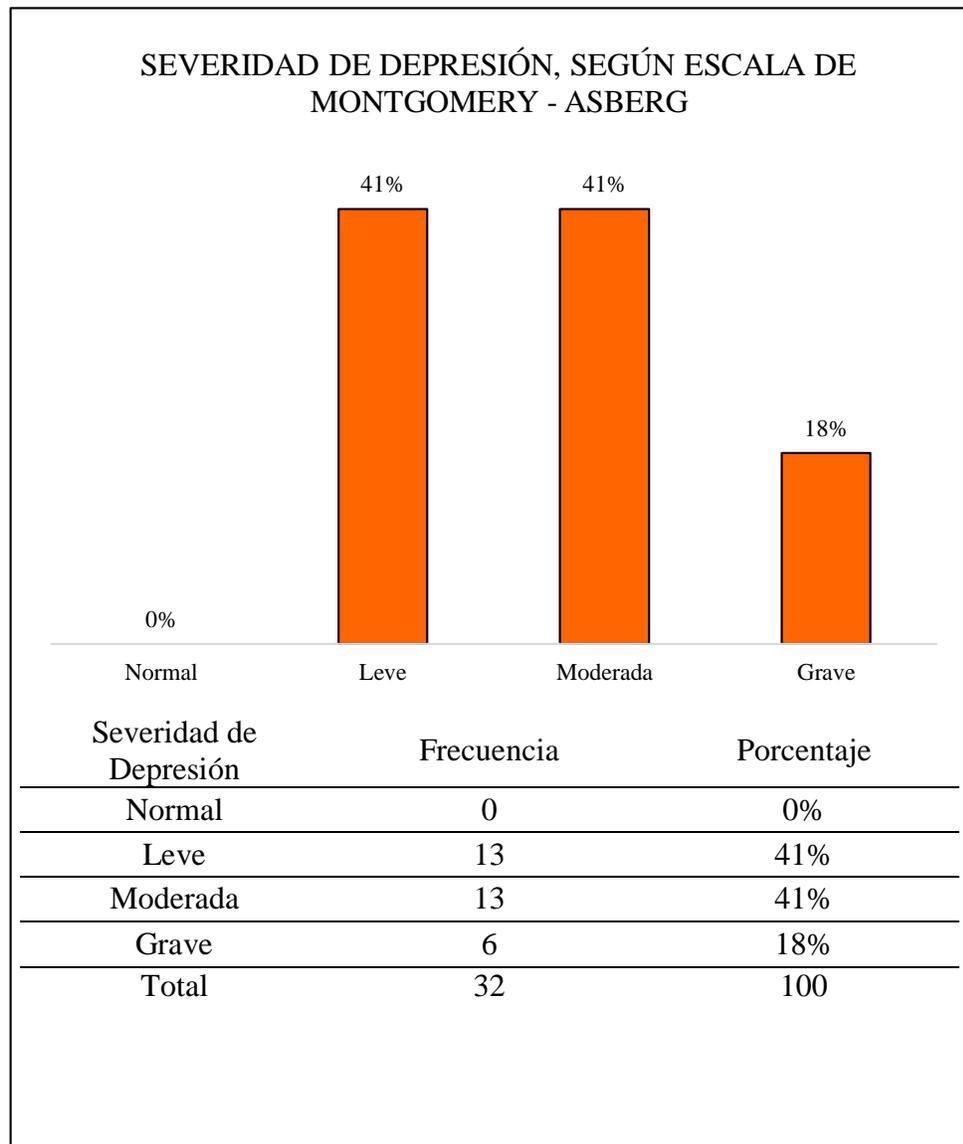
Los criterios para hospitalizar a los 32 participantes en el estudio fueron en su mayoría es decir con el 50% por estado tóxico que pone en riesgo exponencial la vida del paciente, seguido por un 13% el rechazo de ayuda y/o racionalidad pobre, con el mismo porcentaje el limitado apoyo familiar y del entorno social, el 9% por ideas suicidas reiterativas, el 6% lamentaba haber sobrevivido, un 6% fueron hospitalizados por otras causas y el 3% restante por ser pacientes psicóticos.

Todos los usuarios requirieron ingreso hospitalario y seguimiento por parte de los profesionales médicos que brindaron asistencia a los usuarios y familiares.

Los pacientes tienen que ser estudiados, ya que si presentan antecedentes de conductas similares, problemas familiares y mayor frecuencia de trastornos adaptativos, distímicos y de personalidad se requiere mayor control. Los requerimientos de ingresos hospitalarios deben darse por las inestabilidades que presenten los involucrados, debido a que “podrían ser causa de un nuevo episodio de conducta suicida en menos de seis meses”. (Gómez et al., s.f)

GRAFITABLA N° 9

Severidad de depresión según la escala de Montgomery – Asberg en los usuarios con conducta suicida en el área de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdoba, Junio – Noviembre 2015.



Fuente: Ficha de recolección de datos, historia clínica.
Elaborado por: Janina Mendoza y Jorge Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

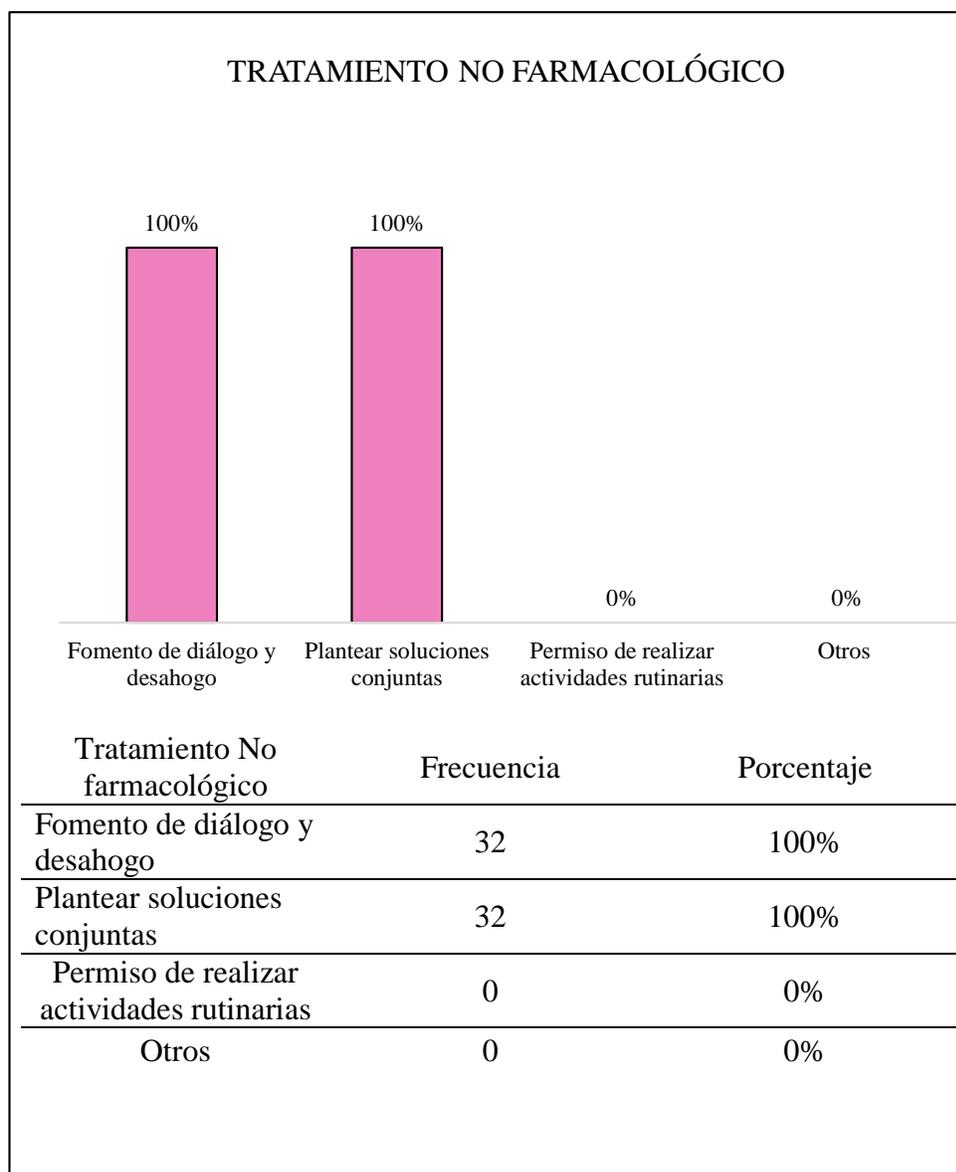
Una vez aplicada la escala de Montgomery – Asberg se obtuvo que el 41% de los usuarios tenía depresión leve, con igual porcentaje es decir 41% depresión moderada y el 18% restante depresión grave.

Se observa que ningún paciente tuvo una puntuación que indique normalidad, y en su gran mayoría, es decir, el 82% fueron casos leves – moderados.

Lo que concuerda con lo descrito por Baca & Aroca, (2014) las personas que padecen de depresión, presentan un riesgo 3 veces mayor de conducta suicida, lo que representa que el 80% de los suicidios, se establezcan en personas que tengan antecedentes de depresión, mientras que las personas con trastornos de ansiedad representan el 15-20% de los suicidios.

GRAFITABLA N° 10

Tratamiento no farmacológico empleado en los usuarios con conducta suicida en el área de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdoba, Junio – Noviembre 2015.



Fuente: Ficha de recolección de datos, historia clínica.
Elaborado por: Janina Mendoza y Jorge Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

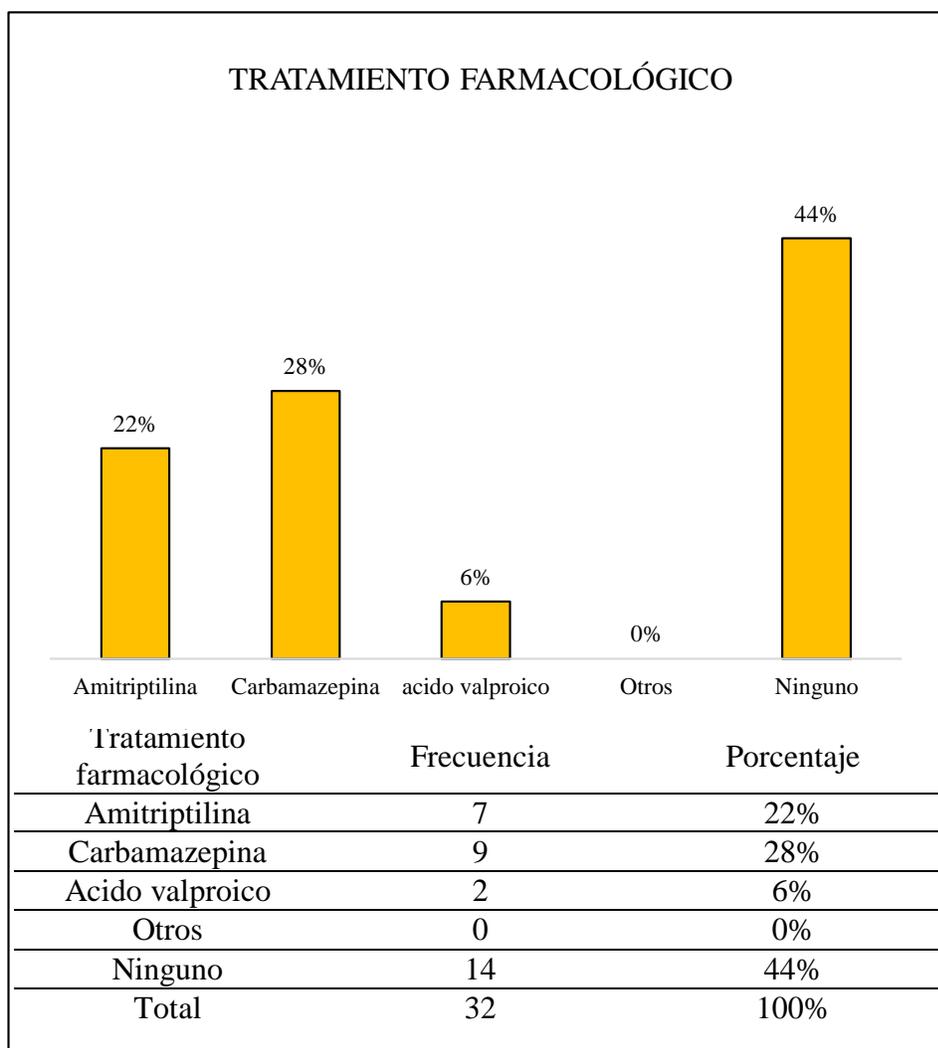
Se observa que el 100% de los casos el tratamiento no farmacológico se basó en fomentar el diálogo y el desahogo y plantear soluciones conjuntas.

Se puede observar que el punto inicial en el tratamiento de un paciente con conducta suicida es asegurar la supervivencia del mismo y prevenir nuevos intentos inmediatos o largo plazo.

Un estudio realizado en los EEUU examinó la eficacia de la terapia conductual dialéctica con pacientes que presentaban trastornos de la personalidad limítrofe, disfunciones conductuales múltiples, trastornos mentales importantes y antecedentes de múltiples intentos de suicidio, demostró que durante el primer año posterior al tratamiento los pacientes que recibieron la terapia hicieron menos intentos de suicidios que los que habían recibido tratamiento ordinario. (Alcmeon, 2010, p.34)

GRAFITABLA N° 11

Tratamiento farmacológico empleado en los usuarios con conducta suicida en el área de emergencia del Hospital Napoleón Dávila Córdoba, Junio – Noviembre 2015.



Fuente: Ficha de recolección de datos, historia clínica.
Elaborado por: Janina Mendoza y Jorge Zambrano.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

De acuerdo a el tratamiento farmacológico empleado se pudo evidenciar que 44% de la población no requirió tratamiento específico, mientras que un 28% de los estudiados requirieron el uso de carbamazepina, el 22% amitriptilina y el 6% Acido valproico.

Según el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, (2010) menciona que la acción de los fármacos anticonvulsivantes, no solo es anticonvulsiva sino también ansiolítica, utiles en caso de que se presente conducta suicida en una persona. Lo que nos demuestra que su uso es ventajoso aunque solo coadyuvante.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

Una vez culminada la investigación sobre “CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DE LOS USUARIOS ENTRE 15 Y 35 AÑOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA. JUNIO-NOVIEMBRE 2015” se obtuvieron las siguientes conclusiones:

La conducta suicida se presentó en mayor porcentaje en el género masculino en un rango de edad de 15-20 años, así mismo se presentó en mayor frecuencia en usuarios con estado civil solteros, sin antecedentes de trastorno mental, solo un pequeño porcentaje manifestó antecedentes de depresión y conducta suicida previa. Dentro de los factores de riesgo los que menos destacaron fueron: el abuso sexual y rupturas amorosas y divorcios, mientras que la mayoría no presentaron factores de riesgo.

Dentro de los criterios de ingreso hospitalario, se registró un predominio de los pacientes que presentaron un estado tóxico por el cual se requirió la internación, seguido de los que rechazaron la ayuda que se les iba a brindar, y los usuarios que no tenían apoyo de sus conocidos o familiares, siendo el criterio con menor frecuencia: el paciente psicótico.

El tratamiento mas comunmente empleado en conducta suicida se basó en el no farmacológico, con medidas en las cuales se fomenta el diálogo y desahogo y el planteamiento de soluciones en conjunto.

RECOMENDACIONES

En base a la investigación realizada, se recomienda lo siguiente:

Al Ministerio de Salud Pública que desarrolle estrategias educativas para mejorar la atención a pacientes con este tipo de conductas con la finalidad de actuar oportunamente y evitar complicaciones posteriores.

Se sugiere la creación de un mayor número de organizaciones bien estructuradas capaces de solucionar diversos problemas sociales, como la conducta suicida.

A la Universidad Técnica de Manabí, se recomienda que se refuercen los conocimientos a los estudiantes de Medicina, para elaborar un diagnóstico precoz y así mismo diferenciar los tipos de trastornos que pueden conducir a este tipo de tendencia suicida.

Al Hospital Napoleón Dávila Córdova, mantener en constantes capacitaciones a los profesionales de salud, para brindar una atención de calidad, y oportuna a los usuarios que requieran de este tipo de ayuda médica.

A los residentes del Hospital Napoleón Dávila Córdova que fortalezcan los protocolos de atención a los pacientes con conducta suicida y apliquen el tratamiento farmacológico adecuado para los mismos, en base a información actualizada.

A los becarios de medicina, extender los estudios expuestos en esta tesis en especial los epidemiológicos para que actualicen los datos y revaliden la información.

A los usuarios de salud que busquen la ayuda oportuna para prevenir el aumento de muertes por suicidio y realizar el seguimiento adecuado en caso de enfermedades subyacentes o intento de suicidio previo.

PRESUPUESTO

La investigación tuvo un costo de \$1185,80 USD (mil ciento ochenta y cinco dólares con ochenta centavos) que fue solventado por las egresadas, y se detalla a continuación:

| DESCRIPCIÓN | VALOR TOTAL |
|---|--------------|
| Horas de Internet | 185,00 |
| Movilización | 210,00 |
| Pen drive | 17,00 |
| Impresiones (Proyecto – Tesis) | 425,00 |
| Telefonía | 39,00 |
| Anillado y Empastado (Proyecto – Tesis) | 120,80 |
| Cartuchos de Tinta (B/N – Color) | 134,00 |
| CD (regrabables por unidad) | 50,00 |
| Copias | 140,00 |
| Elaboración y ejecución de la propuesta | 92,00 |
| Imprevistos | 76,00 |
| TOTAL | \$ 1 488, 80 |

CRONOGRAMA VALORADO

| Actividades Semanas | CRONOGRAMA VALORADO 2015 - 2016 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Talento Humano | Materiales | Costo | | | | |
|--|---------------------------------|-------|---|---|-------|---|---|---|--------|---|---|---|------------|---|---|---|---------|---|---|---|----------------|------------|-------|-----------|-----------------------------|---|--------|
| | JUNIO | | | | JULIO | | | | AGOSTO | | | | SEPTIEMBRE | | | | OCTUBRE | | | | | | | NOVIEMBRE | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Primera reunión: Aprobación de Tema de Tesis Revisión del Tema Planteamiento del Problema | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Autores de la Investigación | Documentos, pen drive, copias. | 106,80 |
| Segunda Reunión: Elaboración de los Objetivos. Justificación del estudio | | | | | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | Autores y Director de Tesis | Libros, internet, hojas, laptop. | 95 |
| Tercera Reunión: Variables Operacionalización de variables | | | | | | | | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | Autores de la Investigación | Documentos, pen drive, carpeta, resaltador. | 153 |
| Cuarta Reunión: Elaboración de Marco Teórico Ficha de recolección de datos Recolección de datos | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | Autores y Director de Tesis | Documentos, resaltador, esferos, pen drive, copias. | 145 |
| Quinta Reunión: Diseño metodológico Revisión de grafitablas | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | | | | | Autores y Director de Tesis | Copias, esferos, pen drive, carpetas. | 183 |
| Sexta Reunión: Conclusiones y recomendaciones Introducción | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | Autores y Director de Tesis | Copias, esferos, pen drive, carpetas. | 125 |
| Presentación del Primer borrador del Informe final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | Autores de la Investigación | Impresiones, CD regrabable. | 428 |
| Entrega de Tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Autores de la Investigación | Tesis en sobrememoria | 253 |
| | | Total | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1488,80 | | | |

CAPITULO V

PROPUESTA

TÍTULO DE LA PROPUESTA

Estrategia educativa a los familiares y usuarios con conducta suicida que acuden a la Emergencia del Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova.

JUSTIFICACIÓN

La conducta suicida es episódica, lo que se considera de peligro porque puede existir recidiva, se encuentra asociado a factores psicopatológicos, que involucra tanto el pensamiento suicida hasta el acto consumado.

La conducta suicida es un problema grave de salud pública, que afecta sobre todo a la población joven y femenina, la OMS ha establecido que a nivel mundial el aumento de las tasas de suicidio se presenta entre personas de 15 a 21 años, ubicando al suicidio como una de las 3 causas de muerte en este grupo vulnerable.

Con esta propuesta se pretende brindar información a los familiares de los usuarios que presentan conducta suicida, con la finalidad de que se preste la debida atención ya que se trata de un conjunto de patologías que requieren de atención médica urgente.

FUNDAMENTACIÓN

Existen algunos trastornos psiquiátricos que conllevan a esta conducta suicida, que son un motivo de asistencia a la Emergencia sobre todo en la población joven.

Estos trastornos necesitan atención médica y psiquiátrica, con el fin de precisar si el riesgo de los usuarios con estas conductas es alto en recidivas o necesitan de tratamiento para su patología de base.

Dentro de este contexto, la educación tanto a los usuarios como a sus familiares es importante para evitar este tipo de conducta en tiempo posterior y sobre todo evitar que se presente el hecho consumado.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Generar estrategia educativa a los familiares y usuarios con conducta suicida que acuden a la Emergencia del Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova.

OBJETIVO ESPECIFICOS

Proveer información sobre la conducta suicida en los usuarios.

Proporcionar material didáctico detallando las causas y trastornos que ocasionan este tipo de conducta.

Socializar los diferentes tipos de tratamiento que pueden ser utilizados en los usuarios.

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de esta propuesta serán los familiares y los usuarios con conducta suicida que acuden a la emergencia del Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova.

RESPONSABLES

Los responsables de llevar a cabo esta propuesta fueron los egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela de Medicina, Mendoza Molina Janina Cecibel y Zambrano Intriago Jorge Luis.

UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA.

La propuesta se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova, ubicado en la Av. Amazonas de Chone.

FACTIBILIDAD

La propuesta es factible porque se cuenta con recursos humanos, institucionales y materiales.

TALENTO HUMANO:

Becarios de medicina de la Universidad Técnica de Manabí.

Personal del proceso de Emergencia del Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova de Chone.

Investigadores

Psicólogo Clínico, el Doctor Fernando Olloa

RECURSOS MATERIALES:

Trípticos (ANEXO # 5)

Computadora

Cámara digital

Papelógrafos

IMPACTO

Este trabajo presentó grandes beneficios al proporcionar información adecuada para familiares y usuarios con conducta suicida, para que acudan a los centros especializados en busca de ayuda y de adquirir el tratamiento adecuado.

FODA

| | |
|---|---|
| F | <p>La Entidad Hospitalaria cuenta con los medios de valoración diagnóstica indispensables para determinar la presencia de una conducta suicida.</p> <p>Atención integral y eficaz.</p> <p>Dicha unidad posee ciertos fármacos para contrarrestar los efectos de cualquier acto suicida</p> <p>Cumplimiento de procedimientos básicos.</p> |
| O | <p>Se cuenta con los recursos médicos necesarios.</p> <p>La Unidad Hospitalaria cuenta con personal médico capacitado para tratar este tipo de episodios suicidas.</p> <p>El Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova mantiene convenios con otras Unidades de Salud para tratamientos complementarios y seguimiento de casos oportunos.</p> |
| D | <p>Necesidad de valoración psiquiátrica especializada.</p> <p>El tratamiento farmacológico no es utilizado para todos los usuarios.</p> <p>Escasa capacitación sobre el manejo psicológico de pacientes con conducta suicida.</p> |
| A | <p>Falta de disposición de presupuesto para la adquisición de medicación complementaria.</p> <p>Necesidad de medidas educacionales sobre prevención del suicidio a los usuarios de salud.</p> <p>La dotación de fármacos es reducida, de la misma manera una nueva dotación de los existentes no se provee oportunamente.</p> |

MATRIZ DE INVOLUCRADOS

| GRUPO DE INVOLUCRADOS | INTERESES – EXPECTATIVAS | RECURSOS Y MANDATOS | PROBLEMAS |
|---|--|---|--|
| Autoridades del Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova. | Permitir próximas investigaciones científicas dentro del área de Emergencia sobre conducta suicidas. | <p style="text-align: center;">RECURSOS</p> <p style="text-align: center;">Humanos y materiales</p> <p style="text-align: center;">MANDATOS</p> <p>Realizar investigaciones comparativas estadísticamente sobre los tipos de trastornos que pueden generar este tipo de comportamiento.</p> | Investigaciones restringidas por recursos económicos |
| Autoridades de la Universidad Técnica de Manabí. | Fomentar la realización de nuevas investigaciones que proporcionen mejores | <p style="text-align: center;">RECURSOS</p> <p style="text-align: center;">Humanos y materiales</p> <p style="text-align: center;">MANDATOS</p> | Rechazo al tratamiento y a las medidas de control. |

| | | | |
|--------------------------------|--|--|---|
| | estilos de vida posterior a un episodio suicida. | Intervención oportuna de conductas suicidas. | |
| Familiares y usuarios de salud | Que el hospital permita la aplicación de estrategias educativas para los familiares y usuarios ingresados en el área de Emergencia, aumentando así la esperanza de vida de estas personas. | <p>RECURSOS</p> <p>Humanos y materiales</p> <p>MANDATOS</p> <p>Implementar charlas con información propicia para los usuarios de salud</p> | Falta de interés por parte de los familiares de los usuarios de salud. |
| Investigadores | Brindar los conocimientos básicos a los usuarios, disminuyendo así la mortalidad por esta causa. | <p>RECURSOS</p> <p>Humanos y materiales</p> <p>MANDATOS</p> <p>Mejorar la calidad de vida de los usuarios.</p> | No existe registro de investigaciones anteriores que puedan aportar con datos estadísticos a la presente investigación. |

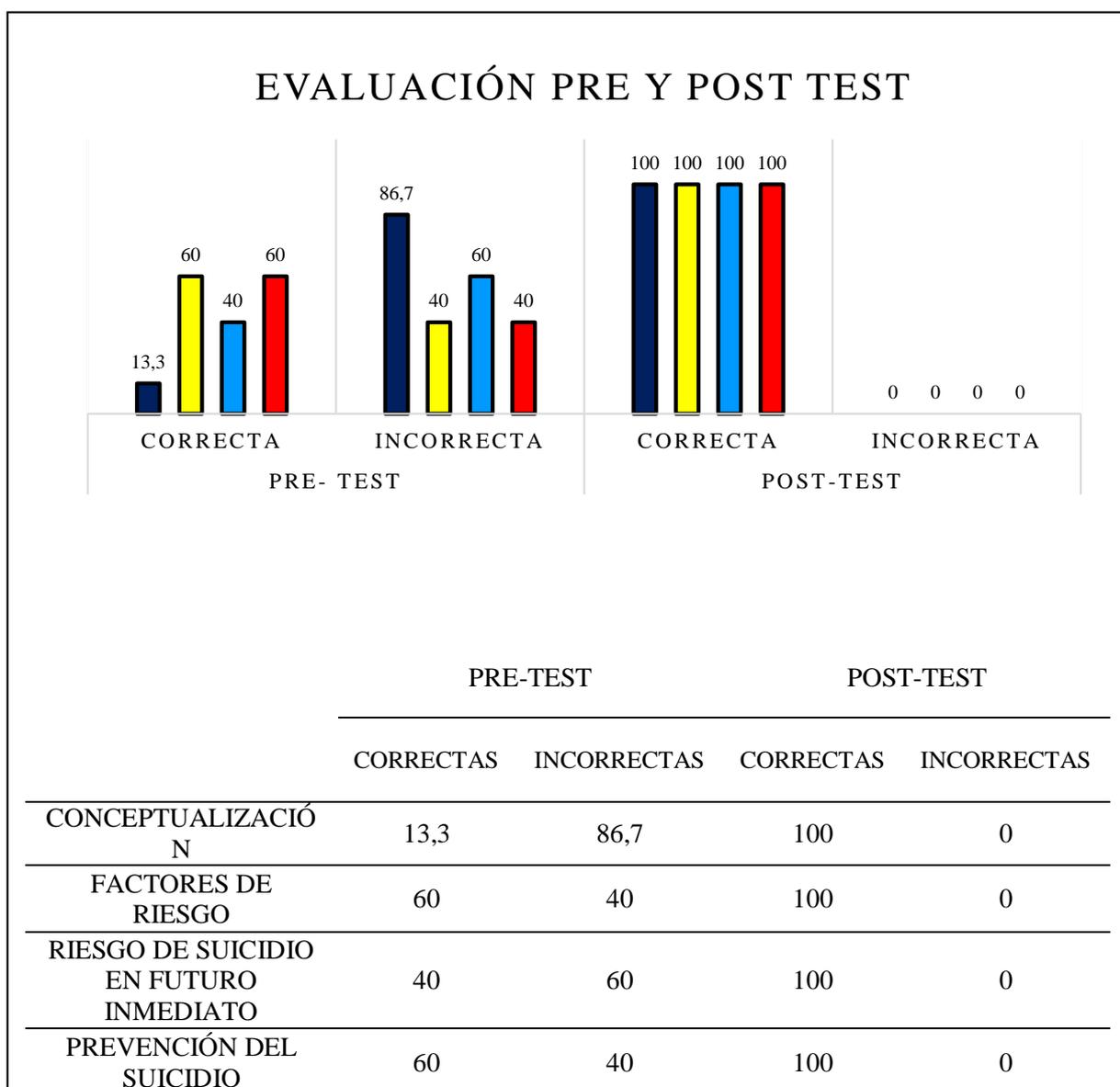
MATRIZ DE MARCO LÓGICO

| OBJETIVOS | INDICADORES | FUENTE DE VERIFICACIÓN | SUPUESTOS DE SUSTENTABILIDAD |
|---|--|--|--|
| OBJETIVO GENERAL: | | | |
| <p>Generar estrategia educativa a los familiares y usuarios con conducta suicida que acuden a la Emergencia del Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova.</p> | <p>Evaluación de los conocimientos adquiridos mediante un test.</p> | <p>Medios del fin: Fotos Pretest Postest</p> | <p>Supuestos del fin: Informar sobre trastornos que pueden ocasionar una conducta suicida.</p> |
| COMPONENTES: | | | |
| <p>Proveer información sobre la conducta suicida en los usuarios.</p> | <p>Exposición que presente información explícita del tema de esta investigación.</p> | <p>Medios del fin: Fotos de los expositores con los carteles</p> | <p>Supuestos del fin Participación activa de los investigadores y de los usuarios de salud que cursan con esta conducta.</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>Proporcionar material didáctico detallando las causas y trastornos que ocasionan este tipo de conducta</p> | <p>Aportar de información.</p> | <p>Medios del fin: Fotos Trípticos</p> | <p>Supuestos del fin Proporcionar información elemental que sirvan de apoyo para intervenir oportunamente</p> |
| <p>Socializar los diferentes tipos de tratamiento que pueden ser utilizados</p> | <p>Presentar las medidas que pueden utilizar en los usuarios con conducta suicida.</p> | <p>Medios del fin: Fotos de registro de asistencia de los participantes</p> | <p>Supuestos del fin Concientizar a los usuarios de salud y familiares de acudir al centro de salud como primera opción para asegurar la vida del usuario y prevenir posibles recaídas</p> |

RESULTADOS

Se capacitaron a 63 personas, incluidos los usuarios de salud y sus familiares en el área de Emergencia del Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova, en la fecha establecida acerca de Conducta Suicida; se realizó un test antes y después de la charla para evidenciar los conocimientos que adquirieron.



CRONOGRAMA

| Actividades | MESES | | | | | | | |
|--------------------------------------|----------------|---|---|---|------------|---|---|---|
| | DICIEMBRE 2015 | | | | ENERO 2016 | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Elaboración de la propuesta | | | X | X | | | | |
| Corrección de la Propuesta | | | | X | | | | |
| Elaboración de carteles, trípticos | | | | X | X | | | |
| Exposición sobre la conducta suicida | | | | | X | | | |

PRESUPUESTO

| ACTIVIDADES | RECURSOS | COSTOS |
|--------------------------------------|---|--------|
| Elaboración de la propuesta | Materiales de oficina, computador, servicio de internet, viáticos | \$12 |
| Correcciones de la propuesta | Materiales de oficina, computador, impresión, viáticos | \$27 |
| Elaboración de carteles y exposición | Materiales de oficina, computador, servicio de internet, viáticos | \$25 |
| Impresión de Trípticos y Test | Materiales de oficina, computador, impresión, viáticos | \$23 |
| Total | | \$87 |

BIBLIOGRAFÍA

- Alcmeon (2010). Suicidio en los adolescentes. *Revista Argentina de Neuropsiquiatría*; 261(1),12-34.
- Baca, E. & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Revista Salud Mental*. p.373. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232671003> En marzo 30 de 2015.
- Baca, E., Delgado, D., Blasco, H.(2012). Prevención del suicidio: necesidad clínica no resuelta. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.7(1),1-3.
- Blumenthal, S. J. (1988) Suicidio: guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Clínica Médica Norteamericana*.pg 4.
- Borges, G., Medina, M., Orozco, M., Oueda, C., Villatoro, J. & Fleiz, C.(2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Revista de Salud Mental*. 32(5), 413-425.
- Borges, G., Medina, M., Orozco, M. & Benjet, C. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Revista de salud pública de México*. 52(4), 292-304
- Bugarín, R. & García, M. (2012). Conductas autolesivas. *Cadena de Atención Primaria*. 18, 70-72.
- Cano, J, Yacovino, M. L. (2013). Historias de amor, machismo y muerte. Jornada del Centro Interdisciplinario de Investiagción de Género. Recuperado ded http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.3427.pdf
- Cano Domínguez, Pablo. Peña Andreu, José Miguel. Ruiz Ruiz, Manuel. (s/f). (2011). Las conductas suicidas. Universidad de Málaga. España.pg.7.
- Espinoza, F., Gómez, D., Zepeda. V., Bautista, V., Hernández, C., Newton, O. & Plasencia, G. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Revista de salud pública de Mexico*. 52(3), 213-219.
- Giner, J., Medina, A. & Giner, L. (2012). Evaluación y Manejo de la Conducta Suicida. Recuperado de <http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2015/05/Encuentros-en-psiquiatr%C3%ADa.-Evaluaci%C3%B3n-y-manejo-de-la-conducta-suicida.pdf#page=33>.

- Gobierno de Navarra. (2014). Prevención y actuación ante conductas suicidas. Recuperado de file:///C:/Users/andres/Desktop/KAREN/work/Suicidio%20(1).pdf
- Gómez, R., Martínez, C., Salazar, L., Ortega, L., León, A. & Fernández, A. (s.f). Perfil de pacientes ingresados en una unidad De hospitalización tras intento autolítico. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13093569&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=46&ty=99&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=46v13nSupl.3a13093569pdf001.pdf
- Manchón Asenjo, Jesús. (2014). Psicofármacos y conducta suicida estudio de casos y controles. Universidad de Valladolid. España.
- Marzuk, Tierney y Tardeff, (1998). Afectación Psiquiátrica en pacientes infectados por VIH. *Jama* 1988;259(9).
- Micin, S. & Bagladi, V. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia Psicológica*. 29(1), 53-64
- Ministerio De Sanidad, Política Social e Igualdad.(2010). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf
- Moya, J. (2010). Conducta suicida en adolescentes y sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil. *Revista electrónica de Psicológica Iztacalo*.15(2), 5-8.
- Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. (2012). Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Ecuador 1990-2011. Recuperado de http://www.unicef.org/ecuador/Edna2011_web_Parte1.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Prevención del suicidio, un imperativo global. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J. & Vera, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista médica de Chile*. 137(2), 226-233.
- Pilar & Milena. (2010). Factores de riesgo asociados al suicidio. *Revista colombiana de psiquiatría*. 39(2), 298-307.

- Quintanar, Fernando. (2007). Comportamiento suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento. Editorial Pax México. p.45.
- Servicio Andaluz de Salud. (2010). Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf>
- Shneidman, Edwin. S. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. Revista Salud Mental. Volumen 33 No.4. México. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008
- Silva., D., Vicente, B., Saldivia, S. & Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista Médica Chile*. 141, 1275-1282
- Soler, P. & Gascón, J., s.f.(2012). Recomendación Terapéutica en los Trastornos de Personalidad. *Revista Española de Drogodependencia*.33(1), 9-1.

ANEXOS

ANEXO 1

| |
|--|
| <u>TRISTEZA OBSERVADA:</u> |
| 0: Sin tristeza 2: Parece decaído pero se anima sin dificultad 4: Parece decaído la mayor parte del tiempo 6: Parece siempre desgraciado. Extremadamente abatido |
| <u>TRISTEZA DECLARADA POR EL PACIENTE:</u> |
| 0: Tristeza esporádica según las circunstancias. 2: Triste o decaído pero se anima sin dificultad 4: Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas % 6: Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable |
| <u>TENSIÓN INTERNA</u> |
| 0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera. 2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido. 4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad. 6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible. |
| <u>SUEÑO REDUCIDO.</u> |
| 0. Duerme como siempre. 2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado. 4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 horas 6. Menos de 2 ó 3 horas de sueño |
| <u>APETITO REDUCIDO</u> |
| 0. Apetito normal o aumentado. 2. Apetito ligeramente reducido 4. Sin apetito. La comida es insípida. 6. Necesita persuasión para comer algo. |
| <u>DIFICULTADES PARA CONCENTRARSE</u> |
| 0. Ninguna dificultad para concentrarse. 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos. 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación. 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad. |
| <u>LASITUD</u> |
| 0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía. 2. Dificultades para empezar actividades. 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo. 6. Lasitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda. |
| <u>INCAPACIDAD PARA SENTIR</u> |

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">0. Interés normal por el entorno y por otras personas.2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan.4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos conocidos.6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos. |
|--|

| |
|---------------------------------------|
| <u>PENSAMIENTOS PESIMISTAS</u> |
|---------------------------------------|

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">0. Sin pensamientos pesimistas2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio.4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimistas respecto al futuro.6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas o inquebrantables. |
|---|

| |
|-------------------------------------|
| <u>PENSAMIENTOS SUICIDAS</u> |
|-------------------------------------|

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene.2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros.4. Probablemente estaría mejor muerto. Los Pensamientos suicidas son habituales y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico.6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio. |
|---|

ANEXO 2



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ



Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera de Medicina

“CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DE LOS USUARIOS ENTRE 15 Y 35 AÑOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA. JUNIO-NOVIEMBRE 2015”

Instrucciones: Marcar con una X frente a la opción que elija como respuesta a cada una de las items, solo debe marcar 1 respuesta. Los datos obtenidos de esta encuesta son de absoluta confidencialidad con fines investigativos y académicos.

1. GÉNERO

Masculino

Femenino

2. GRUPO ETARIO

3. ESTADO CIVIL

Soltero

Casado

Unión libre

Viudo/divorciado

4. ANTECEDENTES DE TRASTORNO MENTAL

- Depresión
 T. abuso alcohol y drogas
 T. personalidad
- T. bipolar
 T. ansiedad
 Ninguno
- T. psicótico
 T. alimentario

5. FACTORES DE RIESGO

- Falta de apoyo familiar
 Abuso sexual
 Ninguno
- Maltrato físico/psicológico
 Ruptura sentimental/divorcio

6. ANTECEDENTES DE SUICIDIO

- Si
 No
Nº

7. CARACTERISTICAS DEL SUICIDIO

- Medicamentosa
 Física
- Química
 Otro método

8. CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

- Paciente psicótico
 Intento de suicidio violento premeditado
 Lamenta haber sobrevivido
 Idea suicida
 Hombre >45 años con comienzo reciente de EM
 Limitado apoyo familiar o social
 Conducta impulsiva o agitación
 Racionalidad pobre o rechazo de ayuda
 Estado tóxico que requiere de ingreso hospitalario

9. ESCALA DE MONTGOMERY-ASBERG

| |
|---|
| <u>TRISTEZA OBSERVADA:</u> |
| 0: Sin tristeza 2: Parece decaído pero se anima sin dificultad 4: Parece decaído la mayor parte del tiempo 6: Parece siempre desgraciado. Extremadamente abatido |
| <u>TRISTEZA DECLARADA POR EL PACIENTE:</u> |
| 0: Tristeza esporádica según las circunstancias. 2: Triste o decaído pero se anima sin dificultad 4: Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas % 6: Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable |
| <u>TENSIÓN INTERNA</u> |
| 0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera. 2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido. 4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad. 6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible. |
| <u>SUEÑO REDUCIDO.</u> |
| 0. Duerme como siempre. 2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado. 4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 horas 6. Menos de 2 ó 3 horas de sueño |
| <u>APETITO REDUCIDO</u> |
| 0. Apetito normal o aumentado. 2. Apetito ligeramente reducido 4. Sin apetito. La comida es insípida. 6. Necesita persuasión para comer algo. |
| <u>DIFICULTADES PARA CONCENTRARSE</u> |
| 0. Ninguna dificultad para concentrarse. 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos. 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación. 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad. |
| <u>LASITUD</u> |
| 0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía. 2. Dificultades para empezar actividades. 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo. 6. Lasitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda. |
| <u>INCAPACIDAD PARA SENTIR</u> |
| 0. Interés normal por el entorno y por otras personas. 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan. 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos conocidos. 6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos. |
| <u>PENSAMIENTOS PESIMISTAS</u> |
| 0. Sin pensamientos pesimistas 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio. 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimistas respecto al futuro. 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas o inquebrantables. |

PENSAMIENTOS SUICIDAS

0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene.
2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros.
4. Probablemente estaría mejor muerto. Los Pensamientos suicidas son habituales y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico.
6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio.

10. TRATAMIENTO

| | | | | |
|---------------------|--|---------------|-----------------|--|
| NO FARMACOLÓGICO | Fomento de diálogo y desahogo | FARMACOLÓGICO | Venlafaxina | |
| | Plantear soluciones conjuntas | | Amitriptilina | |
| | Permiso de realizar actividades rutinarias | | Litio | |
| | Estimulación de confianza | | Carbamazepina | |
| | Otro. Especificar: | | Flufenacina | |
| | | | Clorpromacina | |
| | | | Acido valproico | |

RESPONSABLES:

Janina Mendoza y Jorge Zambrano

ANEXO 3



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA”

TEMA DE TESIS: ANEMIA EN LOS RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINOS RELACIONADOS CON FACTORES DE RIESGOS MATERNOS ATENDIDOS EN LA SALA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, ABRIL SEPTIEMBRE 2015

Objetivo general de tesis: Determinar anemia en los recién nacidos pretérminos relacionados con factores de riesgos maternos atendidos en la Sala de Neonatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda durante el período abril septiembre 2015.

CONSENTIMIENTO

Mediante la firma de este documento autorizo de forma voluntaria participar en el estudio “ANEMIA EN LOS RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINOS RELACIONADOS CON FACTORES DE RIESGOS MATERNOS ATENDIDOS EN LA SALA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, ABRIL SEPTIEMBRE 2015”.

Por lo cual accedo a ser encuestado y testeado, además se tratará en todo el proceso de evaluación mi comodidad, el tiempo estimado de aplicación de las preguntas es de 30 minutos; además permito a los investigadores acceder a mis datos personales para poder comunicarse conmigo en caso de que sea necesario, mas no autorizo dicha información para ningún tipo de publicación (datos personales) puesto que entiendo que esta encuesta es anónima.

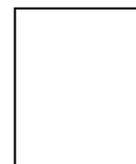
Comprendo que el resultado de esta investigación será presentado a la Universidad Técnica de Manabí, para que sea evaluado, ya que forma parte de la investigación del Sr. Chávez Salazar Edgar Eduardo y Srta. Salazar Álvarez Carmen Andreina, previo a la obtención de título de Médico Cirujano de la República del Ecuador.

Una vez leído y comprendido el documento, autorizo mi participación.

Firma

ó

Huella digital



ANEXO 3



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"

TEMA DE TESIS:

Objetivo general de tesis: CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DE LOS USUARIOS ENTRE 15 Y 35 AÑOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA. JUNIO-NOVIEMBRE 2015.

Objetivo general de la tesis: Identificar las características de la conducta suicida de los usuarios entre 15 y 35 años en el área de Emergencia del Hospital Dr. Napoleón Dávila Córdova Junio-Noviembre 2015

CONSENTIMIENTO

Mediante la firma de este documento autorizo de forma voluntaria participar en el estudio "CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DE LOS USUARIOS ENTRE 15 Y 35 AÑOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA. JUNIO-NOVIEMBRE 2015".

Por lo cual accedo a ser encuestado y testeado, además se tratará en todo el proceso de evaluación mi comodidad, el tiempo estimado de aplicación de las preguntas es de 30 minutos; además permito a los investigadores acceder a mis datos personales para poder comunicarse conmigo en caso de que sea necesario, mas no autorizo dicha información para ningún tipo de publicación (datos personales) puesto que entiendo que esta encuesta es anónima.

Comprendo que el resultado de esta investigación será presentado a la Universidad Técnica de Manabí, para que sea evaluado, ya que forma parte de la investigación del Sr. Chávez Salazar Edgar Eduardo y Srta. Salazar Álvarez Carmen Andreina, previo a la obtención de título de Médico Cirujano de la República del Ecuador.

Una vez leído y comprendido el documento, autorizo mi participación.

Firma

Padres de RN pretermino con anemia.

ó

Huella digital



ANEXO 4
PROPUESTA
Distribución del pre-test



Obtención del pos-test



CHARLAS



Área de Psicología del Hospital General de Chone” Napoleón Dávila Córdova”



Distribución de trípticos



ANEXO 5

Tríptico reverso



¿Qué es el suicidio?

El suicidio es un intento desesperado de escapar de un sufrimiento que se ha vuelto insostenible.

Asociación Argentina de Psicología

Existen tres pasos:

Gesto: acciones suicidas que no tienen intención de ser mortales.

Intento suicida: acciones que tienen intención de ser mortales, pero que no tienen éxito

Suicidio: acto con el cual una persona humana (niño, adolescente o adulto) se quita la vida.

Factores de riesgo

- Depresión
- Adicciones a las drogas o alcohol
- Enfermedades mentales (Esquizofrenia)
- Maltratos o abusos.
- Estrés
- Problemas familiares
- Pérdida de un familiar
- Enfermedad física.



Señales de alerta

- Tristeza
- Cambio en los hábitos de aseo, sueño y alimentación
- Entrega de posesiones valiosas
- Desinterés
- Desesperanza
- Retraimiento
- Disminución del rendimiento
- Rebeldía
- Agresividad
- Consumo de alcohol y drogas
- Deseos de morir
- Notas suicidas
- Manifiestan ideas suicidas
- Amenazas suicidas
- Preocupación por el tema de la muerte.

Asociación Argentina de Psicología

ANEXO 6

Entrega de gigantografía al área de Psicología del Hospital Napoleón Dávila
Córdoba

