

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**“ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON INTENTO  
AUTOLÍTICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DURANTE EL  
PERIODO 2020-2021. A PROPÓSITO DE UN CASO”**

**AUTOR**

**Dr. Daniel Andrés Navarrete Cuesta**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DRA. GABRIELA MEZA**

**IBARRA, ABRIL 2021**

## **DEDICATORIA**

La presente investigación lo dedico a Dios, por ser el inspirador y darme impulso para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mi Madre, por su amor incondicional, su trabajo y sacrificio todos los días, gracias a ella he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido el orgullo y un privilegio ser su hijo, es la mejor.

A mis hermanos y novia por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa formativa.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por bendecirme y guiarme a lo largo de mi vida, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de debilidad.

Gracias a mí madre y tía: Rosa Cuesta; y, Patricia Cuesta, por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

A la Universidad Católica Del Ecuador, que me ha preparado como profesional, de excelencia y con buenos conocimientos.

Agradezco a mis docentes de la Universidad, por haber compartido sus conocimientos, de manera especial a la Dra. Gabriela Meza mi tutora del proyecto de investigación quien me ha guiado con su aguante y rectitud como docente, y por último a mi paciente por su valioso aporte para la investigación.

Al MSP por permitirme realizar el trabajo bajo todas las normas de confidencialidad.

## ABREVIATURAS.

OMS: Organización Mundial De La Salud.

MSP: Ministerio De Salud Pública.

MMHG: Milímetros De Mercurio.

FiO<sub>2</sub>: Fracción Inspirada De Oxígeno.

BH: Biometría Hemática.

HG: Hemoglobina.

HCTO: Hematocrito.

NA: Sodio.

K: Potasio.

CL: Cloro.

GSA: Gasometría.

PH: Potencial Hidrógeno.

HCO<sub>3</sub>: Ión bicarbonato.

UCI: Unidad De Cuidados Intensivos.

ML: Mililitros.

MG: Miligramos.

GR: Gramos.

VCV: Ventilación Controlada Por Volumen.

FR: Frecuencia Respiratoria.

LPM: Latidos Por Minuto.

MM: Milímetros.

ITS: Infección de Trasmisión sexual.

PS: Parejas Sexuales.

SPA: Sin Patología Aparente.

RHA: Ruidos Hidroaéreos.

RIG: Región Inguinogenital

TA; Tensión Arterial.

Tº: Temperatura.

SATO<sub>2</sub>: Saturación de Oxígeno.

CIE 10: Código internacional de enfermedades.

SEG: Segundo.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>2</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>3</b>
<b>ABREVIATURAS.....</b>	<b>4</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS.....</b>	<b>7</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>8</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>9</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>10</b>
<b>PALABRAS CLAVE .....</b>	<b>10</b>
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>12</b>
<b>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:.....</b>	<b>14</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>OBJETIVO GENERAL: .....</b>	<b>14</b>
<b>HIPÓTESIS:.....</b>	<b>14</b>
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>15</b>
<b>ASPECTOS BIOÉTICOS .....</b>	<b>15</b>
<b>CAPITULO II .....</b>	<b>16</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
<b>DEFINICIÓN .....</b>	<b>16</b>

<b>Conducta suicida</b> .....	16
<b>Ideación suicida</b> .....	16
<b>Método de suicidio</b> .....	18
<b>Estigma y tabú</b> .....	18
<b>Factores de riesgos de la conducta suicida</b> .....	20
<b>Prevención</b> .....	22
<b>Clasificación de sustancias utilizadas en intentos autolíticos</b> .....	22
<b>Descripción de la sustancia usada con fines autolíticos</b> .....	24
<b>Descripción del medicamento usado para el tratamiento</b> .....	24
<b>Escala para evaluación del riesgo suicida</b> .....	25
<b>CAPITULO III</b> .....	26
<b>DESCRIPCIÓN DEL CASO</b> .....	26
<b>PRIMER MOMENTO</b> .....	26
<b>SEGUNDO MOMENTO</b> .....	37
<b>CAPITULO IV</b> .....	48
<b>DISCUSIÓN</b> .....	48
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	56
<b>CONCLUSIONES</b> .....	56
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	58
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	59
<b>ANEXOS</b> .....	64

<b>INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.....</b>	<b>64</b>
<b>CUESTIONARIO DE CAGE .....</b>	<b>68</b>
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>69</b>

### ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Factores de riesgos .....	21
Tabla 2.-Clasificación de sustancias utilizadas para actos suicidas.....	23
Tabla 3: Hemograma (10/03/2020).....	27
Tabla 4: Química sanguínea. (10/03/2020).....	27
Tabla 5: Gasometría Arterial (10/03/2020).....	28
Tabla 6. Apgar familiar: Paciente .....	38
Tabla 7.- Apgar familiar: Esposa .....	40

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.-Familiograma .....	31
Figura 2.-Ecomapa.....	32
Figura 3.- Familiograma. II.....	45

## RESUMEN

El presente trabajo de titulación se enfocó en el abordaje clínico de un paciente con intento autolítico por sufrimiento psicológico extremo, que en un inicio fue atendido en el nivel hospitalario y posteriormente se dio seguimiento en el primer nivel de atención. Se trata de un paciente masculino de 24 años de edad, indígena que ingresa a la emergencia del Hospital San Vicente de Paúl. En el transcurso de la investigación se analizaron datos de prevención y tratamiento de casos con similares características clínicas para ayudar en el proceso de la recuperación del paciente. El estudio fue transversal. Además se buscó soluciones eficientes para reconocer criterios de referencia de un paciente con depresión grave para su manejo y seguimiento de especialidad.

**Caso clínico:** Paciente que el día 10 de marzo del 2020 aproximadamente a las 18:00 horas y teniendo como causa aparente discusión familiar y en presencia del cónyuge, el paciente ingirió voluntariamente un tóxico, posterior a la ingesta presentó deterioro del nivel de conciencia, dificultad respiratoria, cianosis periférica y central, por lo que familiares intentaron darle licor y provocar el vómito, sin conseguir mejoría llaman al ECU 911. Paramédico refirió que paciente es encontrado inconsciente, aún con signos vitales, cianótico y procedieron a la colocación de mascarilla de oxígeno. Por consiguiente es llevado a la emergencia del hospital, a su llegada paciente sin signos vitales, no se palpó pulso carotídeo y se procedió a la reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, retornando a la circulación espontánea después del primer ciclo de reanimación, se protege vía aérea, se valoró clínicamente al paciente quien presentó signos colinérgicos: miosis, sialorrea, broncorrea y se decidió iniciar atropina a 1 mg cada 3-5 minutos, posterior se ingresó a UCI para monitoreo hemodinámico y ventilatorio. Transcurrido 2 días en UCI se dio el traslado al servicio de medicina interna para el control médico y psicológico es dado de alta al 4to día de hospitalización. Su seguimiento fue en el primer nivel; con atenciones domiciliarias subsecuentes, basándose en las guías clínicas del ministerio de salud sobre el manejo de paciente con trastorno depresivo, al mismo tiempo se aplicó diferentes herramientas como el inventario de depresión de Beck para estratificar el nivel de depresión y el cuestionario de CAGE para comprobar la existencia de trastorno por consumo de alcohol.

Además se realizó apoyo psicológico y acompañamiento terapéutico, educando al paciente y su familia a reconocer las conductas y señales suicidas a tiempo, se informó mediante conversatorios y charlas grupales sobre las redes de apoyo. Se brindó por parte de psicología terapia cognitivo – conductual mejorando su estado de ánimo.

Se estableció un estrecho seguimiento de la toma del medicamento antidepresivo para evitar efectos secundarios por sobredosis.

## **ABSTRACT**

This degree work will focus on addressing the clinical case of a 24-year-old indigenous male patient who is admitted to the emergency room at the San Vicente de Paúl hospital. It is intended to determine how an autolytic attempt causes a suicidal act due to extreme psychological suffering that seeks to end his life. In the course of the research, prevention and treatment mechanisms in patients with similar characteristics will be analyzed to help in their process. This study will be cross-sectional, observational and descriptive. Efficient solutions are sought to recognize reference criteria of a patient with depression for management at the second level of care.

**Clinical case:** Patient who on March 10, 2020 at approximately 6:00 in the afternoon and as an apparent cause, family discussion and in the presence of a spouse ingests rodenticide "el sicario", content dissolved in water, one minute after ingestion presents impaired consciousness, wheezing, peripheral and central cyanosis. Relatives try to give him liquor and make him vomit and call the ECU 911. Paramedic reports that the patient is found to be lethargic, still with vital signs, cyanotic, for which they administer oxygen through a 50% FiO<sub>2</sub> mask. So he is distracted to the hospital emergency, upon arrival patient without signs, comatose, no central pulse is palpated and they proceed to basic cardiopulmonary resuscitation, patient comes out of arrest after the first cycle of cardiopulmonary resuscitation, airway is protected and Due to the presence of cholinergic signs: miosis, sialorrhea, bronchorrhea, atropine was started at 1 mg every 3-5 minutes, and it was decided to enter the ICU to continue with mechanical ventilation, sedation, analgesia and achieve signs of atropinization.

**PALABRAS CLAVE:** Intento Autolítico, Depresión Mayor, Órgano Fosforado, Atención Primaria, Medicina Familiar, Intoxicación.

## CAPITULO I

### INTRODUCCIÓN

En Ecuador según el informe del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), entre 2001 y 2014 se registró alrededor de 4855 muertes causadas por suicidios adolescentes y adultos jóvenes. En el 2021, 194 personas acabaron con sus vidas, “significa que hay un aumento del 37 % con relación al primer semestre del año 2020 y los intentos aumentaron en un 15 %” (El Universo, 2021). Esto se constituye en una problemática que atrae la principal atención de la Organización Mundial de la salud, pues este fenómeno repercute negativamente en la sociedad. (Gerstner, Soriano, & Sanhuenza, 2018).

La ideación suicida se ha determinado como pensamientos erróneos de terminar con la vida además de conductas relacionadas con este hecho; aunque representa un estado de mayor susceptibilidad a las crisis conductuales directas, se asocia con un mayor riesgo de futuros intentos, especialmente durante la adolescencia (Li, Loerbroks, & Siegrist, 2017).

Para los adolescentes el entorno familiar conflictivo se convierte en un eje potenciador de la ideación suicida, donde sus integrantes tienen pensamientos activos para acabar con su vida, otro aspecto que influye es el estado de depresión que disminuye su autoestima (Garza, Castro, & Calderón, 2019).

En datos mundiales se puede determinar que conforme a cifras de la Organización Mundial de la salud una persona se suicida cada 40 segundos, y el 40% de estos suicidios tienen ocurrencia alta en países subdesarrollados, convirtiéndose en la segunda causa de muerte entre jóvenes en edades comprendidas entre los 15 a 29 años (Hut, 2019).

Normalmente se reconoce que los intentos son 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios. Una reciente revisión concluye que 29,9% de adolescentes ha tenido ideas suicidas en algún momento de su vida, 9,7% de adultos jóvenes y 6,8% de adultos mayores con cuadros

depresivos han atentado contra sí mismos alguna vez en el transcurso de su enfermedad. (Baader & Yáñez, 2015).

El MSP incluyó el fenómeno del suicidio en el reporte de indicadores de salud, con el objetivo de visibilizar este inconveniente y mejorar la vigilancia epidemiológica y participación sobre la morbi-mortalidad de procesos prevalentes y de notificación obligatoria. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

La problemática se convierte en un asunto de salud pública, es necesario estudiar y conocer el problema antes de diseñar estrategias que puedan prevenir estos comportamientos. La importancia de la inteligencia emocional es un amortiguador en la relación entre el estrés percibido y la ideación suicida. (Abdollahi, Carlbring, Khanbani, & Ghahfarokhi, 2016)

La etapa de la adolescencia es considerada como una etapa de transición de presiones y responsabilidades por lo que por su inmadurez se provocan episodios de angustia, frustración y soledad, que repercuten en la toma de malas decisiones que desde su punto de vista son las más acertadas.

## **JUSTIFICACIÓN**

Considero que este tema de investigación es de vital importancia en la práctica profesional de los especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria ya que nuestra finalidad es la promoción de salud y prevención de enfermedades y sobre todo en relación a la salud mental, la cual constituye un gran reto debido a la condición del mundo actual. Tanto en los profesionales como en las instituciones a cargo aún se puede identificar deficiencias en cuanto a realizar un abordaje preventivo y de tratamiento en pacientes con cuadros depresivos e intento autolítico. Si bien el cuidado se centra en la valoración del evento y sus efectos biológicos, falta de profundizar e identificar de manera específica las principales causas de suicidio en el individuo.

De aquí se desprende la importancia de este tema de investigación en la práctica de la Medicina Familiar y Comunitaria, al tener como objetivo aportar a la capacidad de los profesionales para identificar de forma oportuna y a tiempo, ideas o pensamientos suicidas en pacientes que acuden a la consulta en la atención primaria.

Se tiene establecida la creencia que la persona suicida generalmente no emite signos de alerta fácilmente identificables, haciendo que bajo ese parámetro se minimice el aporte preventivo que se le puede dar a este problema de gran alcance social.

Es la responsabilidad del personal especializado en actuar de forma oportuna y con conocimiento científico, para evitar intentos suicidas que pueden acabar o no con la vida de un paciente o generar algún tipo de incapacidad temporal o permanente.

Ciertas características culturales y geográficas pueden ser responsables de estos elevados datos estadísticos. Según estudios en la población general, se han estimado tasas de suicidio más altas en la Sierra y en la Amazonía (en población indígena) que en la Costa y la Región Insular, no solo convirtiéndose en un problema de salud mental sino también social ya que afecta indirecta o directamente a los miembros familiares que experimentan una pérdida irreparable (Soriano, Gerstner, Sahuenza, & Kestel, 2018).

Siendo evidente la importancia de un abordaje terapéutico y el reconocimiento de signos de alerta de un cuadro depresivo grave como son: la pérdida de la autoestima, ideas de inutilidad o culpa y sobre todo ideas o intentos de suicidio. Junto con la aplicación de instrumentos de ayuda diagnóstica en la atención primaria como el inventario depresivo de Beck, la escala de depresión de Hamilton entre otras, que harían que se pueda prevenir de forma oportuna el problema.

El 90% de los adultos jóvenes que se quitan la vida tiene algún tipo de problema mental, es importante que sepamos identificar que la depresión puede llevarnos a tener ideas suicidas

activas. Padecer trastornos mentales graves como la esquizofrenia o trastorno bipolar, agrava la situación de intento de suicidio.

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Cómo debería ser el abordaje integral de un paciente con estado depresivo y con riesgo significativo del intento autolítico?

### **OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

Describir cómo se realiza el abordaje de prevención y tratamiento integral del paciente con cuadro depresivo e intento autolítico en el primer nivel de atención en el periodo 2020-2021.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar el principal factor de riesgo que se presenta con mayor frecuencia en el paciente con intento autolítico.
- Describir la situación demográfica del paciente con intento autolítico.
- Reconocer criterios de referencia de un paciente con depresión para el manejo en el segundo nivel de atención.
- Identificar los signos de alarma en la conducta suicida.

#### **HIPÓTESIS:**

Existe un riesgo moderado o alto de intento autolítico en el paciente con depresión valorado con el inventario de depresión de Beck, internado en el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra.

## **METODOLOGÍA**

La modalidad de la investigación para la recolección de información fue a través del reconocimiento e interpretación de datos obtenidos de la historia clínica, hoja de referencia y visitas domiciliarias las cuales presentaron información relevante que aportaron para al desarrollo de la investigación (Ramírez & Zwerg, 2012).

Se realizó el caso clínico de tipo exploratorio y de investigación bibliográfica documental donde se obtuvo datos a partir de libros, revistas, guías de manejo y de información digital obtenida de internet, teniendo como objetivo lograr una actualización de conocimientos acerca de esta enfermedad en los ámbitos de epidemiología, diagnóstico y tratamiento.

La recolección de los datos fue de una forma manual, utilizando los parámetros antes mencionados.

## **ASPECTOS BIOÉTICOS**

Durante el trabajo investigativo fue una prioridad la confidencialidad del paciente evitando la publicación de su información o datos personales, así mismo se le indicó que se puede retirar en cualquier momento del estudio realizado. Además, se elaboró un consentimiento informado que se adjunta a los anexos.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### DEFINICIÓN

##### **Conducta suicida**

Toda acción autoinfligida, potencialmente lesiva e intencional que causa dolor o lesiones superficiales que tiene como objetivo causar o no la muerte.

Se considera un fenómeno con una variedad de conceptos culturales y sociopolíticos, en definitiva, una conducta con resultados fatales deliberadamente iniciada y ejecutada por el sujeto. Por lo tanto, cada caso de muerte causada directa o indirectamente por un comportamiento negativo es conocido por la propia víctima, lo que dará lugar a tales consecuencias. Todo comienza con el deseo suicida, que es un signo de vulnerabilidad y puede desencadenar intentos de suicidio, conduciendo a su objetivo planeado (Cañón & Carmona, 2018).

Para el suicidio se llevan a cabo tres etapas basadas en un proceso suicida y estas son: deseo suicida, idea suicida, y el acto consumado. Mientras que la situación se define como una conducta donde se refleja las acciones que causan lesiones indiferentemente del nivel de letalidad, del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo (Arcos & Hernández, 2016).

##### **Ideación suicida**

Es la idea, pensamiento o el deseo de suicidarse; Las ideas varían desde el deseo de morir hasta la planificación completa del acto. El espectro de pensamientos suicidas a menudo incluye preguntas con progresión existencial hacia la ideación y/o proyectos suicidas.(Vargas, Vásquez, Soto, & Ramírez, 2015).

El manejo apropiado incluye descubrir pensamientos o comportamientos suicidas y crear un plan de tratamiento en colaboración con la persona y su red de apoyo. Se deben identificar los factores de riesgo, incluidos aquellos modificables, los factores de protección identificados y mejorarlos. Incluso cuando se han aplicado varios protocolos a poblaciones de pacientes en riesgo, el valor predictivo positivo no supera el 11%. La ideación suicida ha desarrollado medios para realizar la acción, si hay aumento en la frecuencia de hablar sobre la muerte, o si se dan comportamientos de ensayo. (Comunidad de Madrid, 2018).

Además comportamiento suicida implica una situación compleja ocasionada por diversos factores trastornos psiquiátricos, factores genéticos, biológicos, familiares y socioculturales, además mediante la ideación suicida está presente al menos una vez a lo largo de la etapa adolescente, quienes lo padecen refirieron sufrir malestar emocional e insatisfacción con la vida y mayor número de dificultades emocionales y conductuales (Comunidad de Madrid, 2018).

El uso de sustancias o medicamentos adictivos, como el alcohol y drogas ilícitas, se asocian también con un aumento en el riesgo de suicidio. Además de varias enfermedades ya mencionadas. Así como existen factores de riesgo, la mayoría de los individuos también tienen factores protectores, modificables y no modificables, que deben ser analizados en el contexto de cada persona con intento o ideación suicida. Se intentará reforzarlos durante períodos de estrés agudo para proteger contra el riesgo de suicidio. Se considera que las personas que se suicidan y las que lo intentan comparten características, pero son poblaciones diferentes (Muñoz, Ochoa, Sánchez, & Esquivel, 2020).

### **Método de suicidio**

Existe suficiente evidencia de que la disponibilidad de métodos como armas de fuego, drogas, fuentes de monóxido de carbono están asociada con un mayor riesgo de suicidio inicial. Complementando esto, hay cada vez más evidencia que muestra que reducir el uso de métodos específicos de suicidio tiene un impacto menor en la tasa general de suicidio (López, 2019).

### **Estigma y tabú**

El suicidio ha estado ligado a la humanidad y a sus costumbres, aceptándolo o rechazándolo según ideologías imperantes (Cortés, Suárez, & Serra, Métodos y sustancias empleados en la conducta suicida en adolescentes, 2019).

El estigma disuade en buscar ayuda a muchas personas que piensan en quitarse la vida o han tratado de hacerlo ya que en ésta época se mira que el intento de suicidio como una enfermedad mental, un tipo de crimen social o valorada por la religión como un pecado, estas afirmaciones tienen varias implicaciones, estigmatizándolos como personas “locas” o cómo un estereotipo negativo para la sociedad, por lo tanto, estos pacientes no desean recibir la ayuda que necesitan. La prevención no se ha abordado apropiadamente debido a la falta de sensibilización respecto del suicidio como problema de salud pública y al tabú existente en muchas sociedades para examinarlo claramente (Organización Mundial de la Salud, 2019).

La OMS registra que el suicidio es una prioridad de salud pública. También tiene por meta alentar y ayudar a los países en vía de desarrollo y fortalecer tácticas integrales de prevención del suicidio como parte de un enfoque multisectorial. Es una de las condiciones prioritarias del Programa de Acción para Cerrar la Grieta de Salud Mental reconocido por la OMS en 2008, la guía con base probada para ampliar la gama de servicios y atención para problemas de salud mental.

En el Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020, los estados miembros de la OMS se comprometieron a trabajar hacia el objetivo global de reducir las tasas nacionales de suicidio en un 10% para 2020 en varios países de América Central y el Caribe, lo que puede estar relacionado con la estructura de edad de la población. Ya que la violencia afecta especialmente a los hombres jóvenes.

### **Características de la población**

Los pacientes con más incidencia de intento de suicidio pertenecen a una zona rural, se señala que la edad es un factor importante, con un porcentaje mayor en adolescentes y adultos jóvenes que en ancianos respectivamente. En cuanto a escolaridad y trabajo, se ve que la ideación suicida es más notoria en personas que tienen algún tipo de instrucción y que no tengan trabajo. Un mayor nivel de esfuerzo del suicidio se muestra en pacientes de sexo masculino que femenino, en consecuencia nuestra revisión refleja algunos enfoques y contemplaciones que reflejan una ilustración razonable de esfuerzo autolítico. (Comunidad de Madrid, 2018).

### **Estructura familiar**

En estos hogares se percibe un antecedente de vicios que se repite de una generación a otra, además con una dependencia (emocional y económica) de una mujer y existe temor de ser abandonado por un conyugue, así evitando el sufrimiento emocional propio. También dejan de lado el desarrollo integral de los hijos, estos hogares disfuncionales y reconstituidos sin figuras de autoridad presentes que apoyen a los miembros de la familia vulnerables, tienden a caer de manera rápida y fácil en problemas psicosociales como las adicciones, la violencia, la depresión y el suicidio, el no establecer una red de apoyo interna frente a los problemas presentados, provoca una toma de decisiones errónea. Por lo tanto, debe considerarse a la salud mental como un factor importante a tratarse dentro del desarrollo personal, con el objetivo de realizar intervenciones tempranas evitando víctimas mortales.

## **Proceso autolítico por consumo de pesticidas.**

En algunos países no industrializados, hay una gran tasa de mortalidad por consumo de sustancias químicamente diseñadas para eliminar plagas como roedores. La utilización de estas sustancias se gestiona de manera ineficaz, volviéndose regularmente peligrosa para el bienestar social y familiar, por su fácil accesibilidad al producto es una técnica famosa para el intento autolítico. En los últimos años, la OMS ha prescrito que la adquisición a pesticidas profundamente dañinos debe ser limitada, por lo que las tasas de suicidio han incrementado en los últimos años (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

En esta investigación el principal método de suicidio es el uso de sustancias anti plagas, y como está planteado anteriormente esto se debe a que en los sectores rurales hay plagas y usan estos compuestos con la finalidad de evitar daños en los cultivos o viviendas, teniendo un acceso fácil y rápido a estos productos.

## **Suicidio y desencadenantes familiares:**

Se consideró en la investigación factores de riesgo suicida en el ámbito familiar, los más significativos fueron; un trasfondo marcado por la violencia familiar, la deserción por parte del conyugue y bajo nivel socioeconómico. Estos problemas familiares que se presentan de manera temprana y de forma duradera, estructuran la personalidad y el carácter de los miembros de la familia, influyendo una debilidad o carente para enfrentar los asuntos personales, impidiendo en este tipo de individuos el aprendizaje de conductas protectoras (Garza, Castro, & Calderón, 2019).

## **Factores de riesgos de la conducta suicida**

Es importante evaluar el riesgo de suicidio e identificar los factores subyacentes como los riesgos sociales, familiares, psicológicos y biológicos. Las variables psicosociales que potencian el riesgo de suicidio están relacionadas con el género femenino, bajo auto-concepto,

patrones de apego inseguro y baja participación en actividades sociales y relaciones íntimas. (Gonçalves, Da Cruz, Duarte, & De Freitas, 2016).

Tabla 1.- factores de riesgos

<b>Riesgo</b>	<b>Tipos</b>
Sociales	Catástrofes naturales – Aislamiento– Exposición al suicidio de otras personas – Violencia de género e Intergeneracional, Tensión – Cambio de posición económica – carencias con las redes de apoyo – Pérdidas personales y empleo.
Familiares	Funcionamiento ambiguo de la familia – suicidas en la familia – Desánimo afectivo– Familia sola – Violencia y Abuso sexual, abandono, maltrato.
Psicológicos	Antecedentes de intentos suicidas – muerte de familiares – Frustraciones– Ansiedad – Depresión – Baja autoestima – Cambios del ritmo de sueño – Abandono personal y de pareja
Biológicos	Enfermedades metabólicas – enfermedades psiquiátricas– Edades extremas como edades avanzadas, adolescencia – Enfermedades crónicas – Enfermedades terminales — Deterioro cognitivo y otros Trastornos mentales:

Fuente: Mental (2013)

### **Clasificación del riesgo suicida**

El riesgo suicida según el autor Hernández & Villareal (2015), se define por niveles:

**Bajo:** Cuando la persona presenta ideación de muerte; sin embargo, no ha pensado en materializarla, cuenta con factores protectores y red de apoyo.

**Moderado:** Cuenta con antecedentes previos y factores de riesgos que impulsan el suicidio.

**Grave:** Se basa en la idea de consumar el daño. Bajo ninguna circunstancia rectifica la idea suicida.

**Extremo:** Este nivel es característico por reiteradas ocasiones el intento de suicidio, por algunos factores que agravan la situación.

### **Prevención**

Según las medidas de la Organización Mundial de la Salud (2019), las medidas de prevención y control implican:

- Prohibición del acceso a sustancias u objetos que provoquen suicidio (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos);
- Información responsable por parte de los medios de comunicación;
- Intervenciones escolares;
- Introducción de políticas orientadas a reducir el consumo nocivo de alcohol;
- Identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolor crónico y trastorno emocional agudo;
- Capacitación de personal sanitario no especializado, en la evaluación y gestión de conductas suicidas;
- Seguimiento de la atención libre a personas que intentaron suicidarse y prestación de apoyo comunitario.

### **Clasificación de sustancias utilizadas en intentos autolíticos**

Existen varias sustancias, medicamentos y tóxicos que son utilizados por las personas, para atentar contra su vida, ya sea por fácil adquisición o porque son productos de uso doméstico que están en sus hogares, según Cortés, Suárez & Serra (2019), estos son:

Tabla 2.-Clasificación de sustancias utilizadas para actos suicidas.

<b>Medicamentos, sustancias y tóxicos empleadas frecuentemente en intentos suicidas</b>	
<b>Tóxico</b>	<b>Porcentaje %</b>
Plaguicida	61,2
Ansiolítico	3,5
Combustible	2,4
Antidepresivo	1,1
Analgésico	0,8
Broncodilatador	0,7
Hipnótico	0,69
Antihistamínico	0,59
Herbicida	0,59
Sustancia química	0,48
Relajante muscular	0,42
Antiepiléptico	0,38
Insecticida	0,38
Diurético	0,37
Hipotensor	0,37
Antibiótico	0,33
Asfixiante	0,32
Antiinflamatorio	0,25
Loción de uso externo	0,25
Desinfectante	0,23

Fuente: (Cortés, Suárez, & Serra, 2019)

Elaborado por: Navarrete, D, (2021)

## **Descripción de la sustancia usada con fines autolíticos**

### **Órgano Fosforado**

Las sustancias organofosforadas son ésteres del ácido fosfórico y sus derivados que inhiben las enzimas con actividad acetilcolinesterasa en las terminaciones nerviosas y crean una acumulación de acetilcolina que cambia la función de la estimulación del sistema nervioso, estos compuestos son liposolubles, lo que hace que sea más fácil de absorber en el cuerpo. El grado de toxicidad es inestable y los efectos farmacológicos obedecen al grado de toxicidad y la vía de absorción en el cuerpo (Fernández, Mancipe, & Fernández, 2010).

Los casos de intoxicación por medio de estos compuestos son frecuentes, debido a su uso en actividades agrícolas y en ocasiones su ingesta es por voluntad propia con motivos suicidas, las manifestaciones clínicas que se presentan son: broncorrea, salivación, lagrimeo, broncoespasmo, defecación, miosis, entre otros (Saborío, Mora, & Durán, 2019).

## **Descripción del medicamento usado para el tratamiento**

### **Atropina**

La Atropina es un soluto inyectable con propiedades antimuscarínicas que antagoniza de manera competitiva la acetilcolina en receptores posganglionares por lo que afecta a las glándulas exocrinas, al sistema nervioso central, al músculo liso y cardíaco. Este fármaco disminuye la producción de saliva, sudor y de las secreciones bronquiales, nasales y lagrimales, ayudan a la disminución de la motilidad intestinal y aumentan la frecuencia sinusal por ende aumentando la frecuencia cardíaca. (Asociación Española de Pediatría, 2021).

Utilidad farmacológica:

Como medicamento pre-anestésico para evitar efectos asociados a la intubación y procedimiento quirúrgico y con la finalidad de contrarrestar los efectos muscarínicos de la neostigmina tras la administración de los relajantes musculares.

Su uso en pacientes con compromiso hemodinámico que atraviesan bradicardias severas con bloqueos auriculoventriculares.

Tras la reanimación cardiopulmonar.

Como antídoto por sobredosis y/o intoxicación por inhibidores de la acetilcolinesterasa ejemplo de ello organofosforado, carbamatos, anticolinesterasas.

### **Escala para evaluación del riesgo suicida**

El inventario de depresión de Beck incluye 21 elementos para evaluar la severidad de la depresión. Cada pregunta se puede marcar de 0 a 3, la diferencia total entre 0 a 63 (0 a 9 síntomas mínimos, 10 a 16 depresión ligera, 17 a 29 depresión moderada y 30 a 63 graves). Los estudios muestran sensibilidad de 63 a 77%, con 64 a 80% de especificidad, dependiendo del tipo de paciente (hospitalizado o ambulancia). Su aplicación es de aproximadamente 20 minutos, un estudio evaluó la capacidad predictiva de suicidio e intento de suicidio mostró un punto de suicidio y 2 por los esfuerzos de suicidio, esto sería predictivo en los próximos 12 meses. Destacando que este valor de pie a una evaluación más profunda y no excluyendo un valor de 0, especialmente si ya tiene esfuerzos de suicidio previos. (Abarca, Gheza, Coda, & Elicer, 2018)

## CAPITULO III

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

El caso clínico se ha dividido en dos segmentos para facilitar su estudio, el primer encuentro se dio a nivel hospitalario y su segundo encuentro fue en el nivel primario.

#### PRIMER MOMENTO

#### EMERGENCIA

#### **Datos de Filiación**

Paciente masculino de 24 años de edad, fecha de nacimiento desconocida, nacido y reside en Ibarra, estado civil: unión libre, instrucción primaria completa.

**Antecedentes:** No refiere.

#### **Enfermedad Actual**

Paciente ingiere de forma voluntaria tóxico llamado “El sicario”, posterior a lo cual presenta deterioro del nivel de conciencia, familiares administran licor para provocar el vómito sin lograrlo. Lllaman al personal del ECU911 donde encuentran al paciente inconsciente y brindan los primeros auxilios. Al hospital llega sin signos vitales y se le procede a reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. Paciente sale del paro después del primer ciclo de reanimación cardiopulmonar, y se procede a la intubación.

#### **Examen Físico de ingreso a la emergencia.**

Tensión Arterial: 98/70 mmHg.

Frecuencia Cardíaca: 40 latidos por minuto.

Frecuencia respiratoria: 12 respiraciones por minuto.

Saturación O<sub>2</sub> (aire ambiente): 40 % FIO<sub>2</sub>. 0.21%

GLASGOW: 8/15 (Ocular: 2, Verbal: 3, Motor: 3).

Paciente inconsciente, cianótico, en malas condiciones generales, no se palpa pulso carotídeo, llenado capilar enlentecido.

Ojos: Pupilas mióticas de 2mm, reactivas a la luz.

Boca: Aliento a químico con sialorrea y tubo orotraqueal permeable.

Cuello: No adenopatías.

Tórax: Expansibilidad conservada, corazón: ritmo sinusal; auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, con crepitantes bilaterales, con aparente broncorrea.

Abdomen: Suave, depresible, RHA presentes, no megalias ni masas.

RIG: presencia de sonda vesical con diuresis clara.

Extremidades: Pulsos distales presentes.

ENE: Paciente inconsciente, no signos de muerte cerebral, examen neurológico poco valorable.

### Exámenes de Laboratorio

Tabla 3: Hemograma (10/03/2020).

	<b>RESULTADO</b>	<b>REFERENCIA</b>
<b>Glóbulos blancos</b>	12.300 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	4500 – 11.300
<b>Neutrófilos</b>	41,7%	55.0 - 65.0
<b>Linfocitos</b>	6.31%	20 - 45
<b>Hemoglobina</b>	17.8 g/dl	14.0 - 16.0
<b>Hematocrito</b>	52.9%	46.0 - 55.0
<b>Plaquetas</b>	219000U/L	150000 - 450000

Fuente: Laboratorio HSVP. Elaborado por: Daniel Navarrete.

Tabla 4: Química sanguínea. (10/03/2020).

	<b>RESULTADO</b>	<b>REFERENCIA</b>
<b>GLUCOSA</b>	226 mg/dl	70.0 – 100
<b>UREA</b>	21.8 mg/dl	10.0 – 50

<b>CREATININA</b>	1.48 mg/dl	0.70 - 1.3
<b>COLINESTERASA</b>	2408 U/L	5320 a 12920 U / L

Fuente: Laboratorio HSVP. Elaborado por: Daniel Navarrete

Tabla 5: Gasometría Arterial (10/03/2020).

<b>pH</b>	7,01
<b>PO2</b>	183.20 mmHg
<b>PCO2</b>	48.8 mmHg
<b>HCO3</b>	10.7 mmol/L
<b>BE</b>	-19.10 mmol/L
<b>Sodio</b>	144 mmol/L
<b>Cloro</b>	99 mmol/L
<b>Potasio</b>	3.92 mmol/L

Fuente: Laboratorio HSVP. Elaborado por: Daniel Navarrete

### **Análisis del Ingreso:**

Se valoró al paciente adulto joven de sexo masculino, a su ingreso en la emergencia del Hospital San Vicente de Paúl traído por paramédicos del ECU911, con datos de la historia clínica incompletos, al encontrarse con un cuadro clínico de intoxicación por órgano fosforado más intento autolítico y paro cardiopulmonar, se decidió su ingreso a la sala de pacientes críticos. Se inicia manejo avanzado de la vía aérea y proceden a reanimación cardiopulmonar, revirtiendo a circulación espontánea después del primer ciclo de reanimación y por presentar signos colinérgicos: miosis, sialorrea, broncorrea, se inició atropina a 1 mg cada 3-5 minutos, además se realizó un lavado gástrico con carbón activado no se especifica dosis, en la paraclínica se evidencia leucocitosis sin neutrofilia además hiperglicemia y falla renal aguda. Posteriormente se decide el ingreso a UCI para continuar con la ventilación mecánica, sedación, analgesia y lograr signos de atropinización. Se recomienda apoyo al manejo y seguimiento por parte del área de Psiquiatría debido al intento autolítico, para evitar recaídas y empezar el tratamiento indicado.

## TRATAMIENTO EN TERAPIA INTENSIVA DÍA 1 Y 2

### **Cuidados generales de enfermería**

- Semisentado
- Monitoreo electrónico continuo y registrarlo cada hora.
- Control de ingesta excreta, diuresis horaria.
- Glicemia capilar cada 6 horas.
- Sonda nasogástrica cerrada.

### **Dieta e Hidratación:**

- Nada por vía oral.
- Solución salina 0.9% 1000 ml intravenoso pasar a 100 ml/hora.

### **Medicación:**

- Atropina intravenosa pasar a 20mg/hora, ir incrementando hasta alcanzar signos de atropinización.
- Omeprazol 40 mg intravenoso cada 12 horas.
- Midazolam 50mg+ solución salina 90 ml intravenoso pasar a 20ml/hora.
- Fentanilo 500mcg + solución salina 0,9% 90 ml intravenoso pasar a 20 ml/hora.

### **Ventilación:**

- Ventilación mecánica invasiva modo: VCV: VT: 450. FR 18. PEEP: 3. FIO2: 0.45.
- Gasometría arterial de acuerdo a criterio médico.

## **EVOLUCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA**

Paciente con cuadro de intoxicación por organofosforado. Estable a nivel cardiovascular con TAM: 70-80 MMHG, FC: 95-115 LPM, ritmo sinusal, gasto urinario: 0.8 ml/h, HB: 14 g/dl. HTO: 41.5%, con aclaramiento significativo del lactato de 3,4 mmol/l, con acidosis metabólica compensada. Al momento con signos de atropinización, con infusión de atropina a 25mg/hora, pupilas 8mm, colinesterasa en ascenso en 4107 U/L, se continúa con el destete progresivo de la atropina.

Con RASS:-5, se planifica retiro de sedación para valorar estado neurológico y continuar con destete ventilatorio de acuerdo a evolución. Sin falla de la coagulación, INR: 1.18. TP: 12.4 seg. TTP: 28.4 seg, plaquetas: 172.000  $10^3/mm^3$ , con poca secreción sanguinolenta por boca, función renal conservada con una creatinina: 0.9 mg/dl, urea: 21.1 mg/dl.

En su segundo día de hospitalización paciente con signos de atropinización, con FC entre 110 y 115 IPM en sinusal, se disminuye infusión de atropina a 1 mg/hora, buenos volúmenes urinarios, no se evidencia acidemia, lactato 14 mmol, colinesterasa en 5966 U/L, sin sedación, Glasgow 11T (04, V1T, M6), no se evidencia signos de daño neurológico, se inició con el destete de la ventilación mecánica invasiva, sin alteraciones metabólicas ni de la función renal por lo que se da el alta de terapia intensiva a medicina interna al segundo día de hospitalización.

## HOSPITALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA

### **Datos de Filiación**

Paciente masculino de 24 años de edad, fecha de nacimiento 25-05-97, nace y reside en Ibarra, estado civil: unión libre, instrucción primaria completa, ocupación: chofer/agricultor, religión: católico, lateralidad diestra, grupo sanguíneo; ORh+.

### **Antecedentes**

Antecedentes patológicos personales: No refiere.

Antecedentes patológicos quirúrgicos: No refiere.

Antecedentes patológicos familiares: No refiere.

Alergias: No conocidas

PS: 3, no refiere ITS.

Transfusiones sanguíneas: ninguna.

Medicamentos: no refiere.

No refiere abuso físico ni psicológico.

### Hábitos saludables:

Alimentación: 3 veces día con predominio de carbohidratos.

Micción: 3 veces día.

Defecación: 1 vez día.

No realiza actividad física (sedentarismo).

Horas de sueño: 4 horas.

### Hábitos perniciosos

Alcohol y tabaco: una vez por mes hasta llegar a la embriaguez.

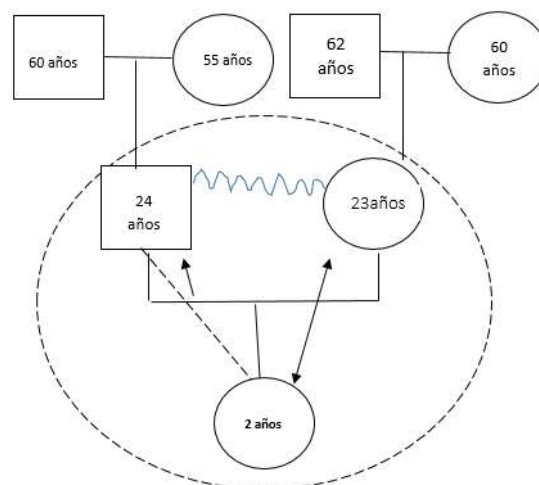
Otras drogas: no conocidas.

### Antecedentes socioeconómicos

Paciente vive en casa arrendada ubicada en la zona rural de la provincia de Imbabura, es de estructura mixta de piso de cemento, que cuenta con todos los servicios básicos, además de 2 habitaciones, cocina y un baño, donde conviven 3 personas (índice de hacinamiento 1.5). Ingreso mensual de la familia un sueldo básico (450 \$ dólares.) que no alcanza para la canasta básica, no tienen animales domésticos, además su pareja conyugal no trabaja.

### Familiograma

Figura 1.-Familiograma



Fuente: Paciente

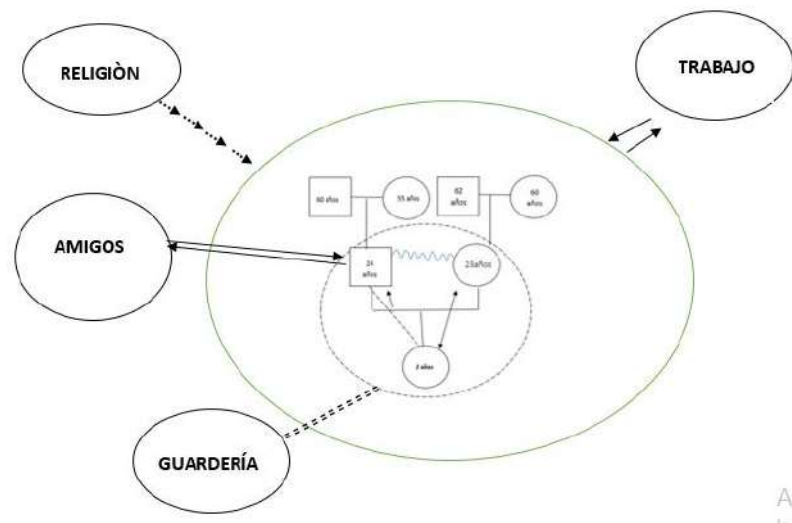
Elaborado por: Navarrete, D, (2021)

**Análisis:** Familia nuclear clásica, rural, con niños en edad preescolar.

**Familiograma funcional nos muestra una pareja que cursa una relación conflictiva.**

### Ecomapa

Figura 2.-Ecomapa



Fuente: Paciente

Elaborado por: Navarrete, D, (2021)

**Análisis:** Podemos evidenciar que la relación que mantiene la familia con los supra-sistemas sociales más cercanos son: el escolar y de trabajo, se observa una relación muy estrecha con los grupos de amigos y la iglesia.

**CICLO VITAL DE LA PAREJA:** Lucha por el poder “Si él o ella cambiase todo saldría mejor”

### CICLO VITAL INDIVIDUAL Y ETAPA DEL DESARROLLO INDIVIDUAL

**(ERIKSON):** Adulto joven en la etapa de la Intimidad vs aislamiento.

En esta etapa es característico iniciar un proyecto de vida, trabajo, amor con la pareja.

## **Enfermedad Actual**

Paciente masculino de 24 años de edad que de forma voluntaria y teniendo cómo causa aparente discusión con su pareja, ingiere tóxico marca de fabricante “El sicario”, contenido disuelto en agua, posterior a la ingesta presenta deterioro del estado de conciencia, respiración jadeante, cianosis periférica y central. Familiares le proporcionan licor para provocar el vómito, al hospital en sala de emergencia llega sin signos vitales y se le procede a reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, paciente sale del paro después del primer ciclo de reanimación cardiopulmonar, se protege vía aérea y por presentar signos colinérgicos: miosis, sialorrea, broncorrea. Posterior al cual ingresa a terapia intensiva para manejo de ventilación mecánica y antibiótico terapia donde permanece 48 horas y es dado de alta y recibido en el servicio de medicina interna.

## **Revisión actual de sistemas**

Aparato cardiovascular: SPA	Sistema hematopoyético: SPA
Aparato respiratorio: SPA	Sistema nervioso: SPA
Aparato digestivo: hiporexia de varias semanas de evolución.	Sistema musculo esquelético: SPA
Sistema Nefrourológico: SPA	Piel y tegumentos: SPA
Sistema endocrino y metabolismo: SPA	Órganos de los sentidos: SPA

Esfera psíquica: refiere tristeza de varias semanas de evolución, refiere alteración del sueño e irritabilidad.

## **Examen Físico.**

Tensión Arterial: 98/70 mmHg.

Frecuencia Cardíaca: 60 latidos por minuto.

Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto.

Saturación O<sub>2</sub> (aire ambiente): 90 % FIO<sub>2</sub>. 0.21.

GLASGOW: 15/15 (Ocular: 4, Verbal: 5, Motor: 6)

Peso: 65 kilogramos, talla: 160 centímetros. IMC: 25.4

Llenado capilar 3 segundos. Ojos pupilas isocóricas, normo reactivas.

Boca piezas dentales en regular estado general, lengua saburral.

Cuello: no adenopatías, tiroides 0A.

Tórax: expansibilidad conservada, corazón: ritmo sinusal; auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, con leves crepitantes basales bilaterales.

Abdomen: suave, depresible, RHA presentes, no megalias ni masas.

RIG presencia de sonda vesical con diuresis clara.

Extremidades: pulsos distales presentes

### **Indicaciones Día 1 – 2 – 3**

C: Azul.

A: No refiere.

V: Signos vitales cada 6 horas.

A: Semifowler reposo a 45°.

N: Cuidados de enfermería.

Incentivometro 10 veces cada hora.

Levantar a silla am/pm.

D: Dieta general.

I: Solución salina 1000ml intravenoso 60ml cada hora.

M: Atropina 1 mg intravenoso cada 12 horas.

Omeprazol 40 mg intravenoso cada día.

Citicolina 1gr intravenoso cada 12 horas.

Vitamina k 10 mg intravenoso cada día.

Levofloxacin 750 mg intravenoso cada día.

E: biometría hemática, urea, creatinina, TGO, TGP, electrolitos.

O: terapia respiratoria y física.

## PSIQUIATRÍA

- Fluoxetina 20 mg vía oral cada día.
- Haloperidol 5 mg intramuscular por razones necesarias.
- Aplicación del inventario de depresión de BECK
- Facilitar catarsis.
- Comunicación de emociones.
- Familiar permanente.
- Orientación.
- Seguimiento.

## Día 4

C: Azul.

A: No refiere.

V: Signos vitales cada 6 horas.

A: Semifowler reposo a 45°.

N: Cuidados de enfermería.

Incentivometro 10 veces cada hora.

Levantar a silla am/pm.

D: Dieta general.

M: Omeprazol 20 mg vía oral cada 12 horas por 3 semanas.

Levofloxacin 750 mg vía oral cada día por 3 días más.

E: No amerita.

O: Alta, continuar con terapia respiratoria y psicológica.

## PSIQUIATRÍA

- Fluoxetina 20 mg vía oral cada día
- Haloperidol 5 mg intramuscular por razones necesarias
- Facilitar catarsis
- Comunicación de emociones
- Orientación
- Seguimiento

## Evolución medicina interna

S: Paciente refiere tos esporádica seca de leve intensidad.

O: TA: 120/70 MMHG FC: 65 LPM FR: 22 RPM T: 36°C SATO2: 90% FIO21%.

Examen Físico; paciente afebril boca: mucosas orales semihúmedas, adenomegalias: no, tórax: corazón rítmico, pulmones: murmullo vesicular conservado con crepitantes bilaterales escasos. Abdomen: suave, depresible no doloroso a la palpación RHA presentes extremidades: sin edema, pulsos presentes.

**Análisis:** En medicina interna ingresó un paciente de sexo masculino, adulto joven con diagnóstico de una intoxicación exógena por órgano fosforado e intento de suicidio, se aplicó el inventario de depresión de BECK que dio una puntuación de 30 que nos indicaría una depresión grave por lo que se inicia con tratamiento farmacológico por parte de psiquiatría tipo fluoxetina con una dosis inicial de 20 mg y que se duplicará en el transcurso de 3 semanas. Durante su hospitalización se filio un cuadro neumónico post intubación, con criterios de SIRS (taquicardia y fiebre), en la radiografía de tórax se evidenció infiltrado algodonoso pulmonar, bilaterales de predominio basal, por lo que se le administró antibiótico-terapia en base de

Quinolonas tipo Levofloxacin, con buena respuesta clínica. Se decidió dar el alta a su cuarto día de hospitalización con tratamiento ambulatorio.

## SEGUNDO MOMENTO

### **Seguimiento domiciliario de paciente con intento de suicidio**

#### **Visita domiciliaria, #1**

S: Paciente al momento refiere cefalea de leve intensidad holocraneal y tos productiva con secreción blanquecina. Además no menciona ideas autolíticas, persiste hipotimia.

O: Se abordó un paciente convaleciente, en buenas condiciones generales

Cabeza: Normocefálica, sin masas ni hundimientos.

Tórax: Expansibilidad conservada, CP: MV conservado, se ausculta crepitos basales.

A: Paciente al momento con medicación tipo antidepresivo inhibidor de receptación de serotonina “Fluoxetina”, con buena evolución clínica, se aplicó el inventario de depresión de BECK que dio una puntuación de 26 que nos indicaría una depresión moderada. Paciente con autoconciencia de la enfermedad (INSIGHT), de las posibles causas y efectos que tuvo el acontecimiento. Se realizó una intervención por el consumo de alcohol que tuvo el paciente.

P: En ésta primera visita se indicó a familiares en limitar el acceso a los medios utilizados para el suicidio. Se decidió informar al paciente y a sus familiares sobre el tema de suicidio y todos los problemas psicológicos, socioeconómicos que acarrea al núcleo familiar.

#### **Planes de manejo**

**Plan diagnóstico:** Se interrogó a paciente sobre ideas suicidas. Y se aplicó el cuestionario de CAGE por antecedente de consumo de bebidas alcohólicas, el cual dio como resultado un consumo de riesgo. Se solicitó radiografía estándar de tórax de control.

En este primer encuentro se localizó factores de riesgo, cómo la mala relación de la pareja que además fue un detonante para el acontecimiento anteriormente realizado por el paciente y como factores protectores las creencias religiosas y la red de apoyo el núcleo familiar.

Se abordó un paciente convaleciente, en buenas condiciones generales se decide aplicar herramientas tipo APGAR FAMILIAR al paciente puntaje: 11 (Disfunción Moderada) y su pareja con puntaje: 16 (Disfunción Leve).

### APGAR FAMILIAR

FAMILIA: NN

NOMBRE DEL ENCUESTADO: NN (paciente) EDAD: 24 años

H.C: XXXX

Tabla 6. APGAR FAMILIAR: PACIENTE

FUNCION	SIEMPRE	SIEMPRE CASI	ALGUNAS VECES	NUNCA CASI	NUNCA
“¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad?”			X		
“¿Me Satisface La Forma En Que Mi Familia Comparte Conmigo Los Asuntos De Interés Familiar Buscando Juntos Las Soluciones De Los Problemas?”				X	
“¿Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis				X	

deseos de iniciar nuevos planes o actividades?”					
¿Me satisface la forma como mi familia me demuestra cariño y entiende mis emociones como tristeza, amor o rabia?	X				
“¿Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios de la casa, c) El dinero?”		X			
“¿Cuándo necesito ayuda, tengo alguna persona, amigo o amiga en quien confiar?”			X		
“¿Me satisface el apoyo que recibo de mis amigos o amigas?”	X				

(Abdollahi, Carlbring, Khanbani, & Ghahfarokhi, 2016)

Fuente: Paciente.

Elaborado por: Navarrete, D, (2021)

**PUNTAJE: 11 (Disfunción Moderada)**

## APGAR FAMILIAR

FAMILIA: NN

NOMBRE DEL ENCUESTADO: NN (ESPOSA) EDAD: 23

H.C: XXXX

Tabla 7.- APGAR FAMILIAR: ESPOSA

FUNCION	SIEMPRE	SIEMPRE CASI	S VECES ALGUNA	NUNCA CASI	NUNCA
“¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad?”		X			
“¿Me satisface la forma en que mi familia comparte conmigo los asuntos de interés familiar buscando juntos las soluciones de los problemas?”		X			
“¿Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de iniciar nuevos planes o actividades?”	X				
“¿Me satisface la forma como mi familia me demuestra cariño y entiende mis emociones como tristeza, amor o rabia?”			X		
“¿Me satisface cómo compartimos en mi familia : a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios de la casa, c) El dinero?”	X				

“¿Cuándo necesito ayuda, tengo alguna persona, amigo o amiga en quien confiar?”		X			
“¿Me satisface el apoyo que recibo de mis amigos o amigas?”	X				

(Abdollahi, Carlbring, Khanbani, & Ghahfarokhi, 2016)

Fuente: Paciente.

Elaborado por: Navarrete, D, (2021)

PUNTAJE: 16 (Disfunción Leve)

**Plan terapéutico:** Paciente al momento con medicación tipo “inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, Fluoxetina” con dosis de 20 mg vía oral cada 12 horas, con buena valoración y evolución clínica.

Se indicó Paracetamol 500 mg cada 6 horas por 3 días y Abrilar 10ml cada 8 horas.

Se inicia terapias cognitivo-conductual para trabajar con el paciente e identificar pensamiento y creencias erróneas que tenga de sí mismo o de las personas que lo rodean.

**Plan educacional:** En esta primera visita se indicó a familiares, limitar el acceso a los medios utilizados para el suicidio. Se decidió informar al paciente y su familia sobre el tema de suicidio todos los problemas psicológicos, socioeconómicos que acarrea al núcleo familiar esta enfermedad. Además de Mejorar la detección del riesgo de suicidio con la identificación de las banderas rojas o señales de advertencia.

Se recomiendo realizar actividad física aerobia mínimo de 60 minutos. Mejorar la alimentación a base de verduras, frutas y disminuir los carbohidratos e ingesta de alcohol.

**Plan de seguimiento:** Se realizó dispensarización catalogando a la familia con factores de riesgo, que pueden aumentar su vulnerabilidad y sufrir daños a la salud individual o familiar

por lo que se aconseja controles periódicos en lapso de 4 meses y 8 terapias interpersonal individual por parte de psicología clínica.

### **Visita domiciliaria, #2**

#### **Visita domiciliaria, semana #2**

S: Persiste cefalea de leve intensidad holocraneal, al momento eutímico.

O: Paciente en buenas condiciones generales.

Al examen físico CP: no ruidos agregados

A: Al momento con medicación tipo Fluoxetina iguales dosis, con buena valoración y evolución clínica y psicológica.

Se valora radiografía de tórax enviada en la primera visita en la cual no se evidencia infiltrados pulmonares y es normal.

P: Se recomienda continuar con terapia médico y psicológicas propuestas.

### **Planes de manejo**

**Plan diagnóstico:** Se interrogó al paciente sobre ideas suicidas la misma que no refirió, pero persiste hipotimia, además se investigó con entrevista directa sobre estigmas percibido por familiares o la sociedad, la misma que no refiere.

**Plan terapéutico:** Continuó con medicación: Fluoxetina 20 mg vía oral cada 12 horas y paracetamol 1gr si persiste cefalea.

Además de terapias cognitivo-conductual para interpretar la sintomatología actual e identificar áreas problemáticas.

Se recomendó actividades en grupos de apoyo en este caso familiares ya que no se cuenta con este tipo de grupos en el centro de salud, sin embargo se realizó el acompañamiento terapéutico en la unidad.

**Plan educacional:** Se planteó conversatorios familiares para mejorar la vinculación de las personas que conviven en el hogar. Junto con psicología se indicó el desarrollo de la autoestima, la resiliencia, las capacidades de relación personal y las habilidades sociales que tiene el paciente.

Desde un enfoque comunitario, los objetivos están orientados a la inclusión social, participa activamente en la comunidad, trabajando conjuntamente con el presidente de la comunidad.

**Plan seguimiento:** Visitas domiciliarias periódicas ya propuestas.

### **Visita domiciliaria, #3**

S: Refirió epigastralgia de moderada intensidad sin irradiación ni concomitante, paciente al momento estable anímicamente.

O: Abdomen suave depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio, punto solar +, no signos peritoneales.

A: La relación familiar ha mejorado relativamente a pesar de las charlas que se brindan junto con psicología.

Se evidenció que paciente ha mejorado la alimentación y actividad física.

P: Se incentivó al núcleo familiar con charlas psicoeducativas.

## **Planes de manejo**

**Plan diagnóstico:** Se estableció un diálogo con el paciente para explorar y resolver los conflictos de la pareja que se puedan catalogar como eventos estresantes. Se realizará Familiograma funcional la próxima visita.

**Plan terapéutico:** Omeprazol 20 mg cada día por 3 semanas, paracetamol 1gr cada 8 horas por 3 días.

Se realizó psicoterapia grupal, se enseñó al paciente técnicas para hacer frente a los problemas relacionadas con la depresión, como por ejemplo realizar actividades placenteras.

**Plan educacional:** La relación familiar mejoró relativamente a pesar de los conversatorios que se brindaron junto con psicología, se recomendará terapia de pareja en las próximas intervenciones.

Se incentivó al núcleo familiar con charlas psicoeducativas para identificar que el consumo de sustancias o cualquier estupefaciente (alcohol, marihuana o cocaína) que favorecen cambios de conducta, impulsividad, violencia, aislamiento social y la desinhibición que pueden dar el valor necesario para realizar tentativas de suicidio.

Se le informó al paciente sobre los beneficios de continuar con el tratamiento médico y farmacológico, además de promover explicaciones que reduzcan los sentimientos de culpa.

Se promovió la higiene del sueño, se indicó un hábito saludable evitando aparatos electrónicos antes de dormir y alimentándose de forma correcta y adecuada.

Además se inició con charlas de educación sexual e iniciar con planificación familiar.

**Plan de seguimiento:** Visitas domiciliarias periódicas ya propuestas por medicina y psicología.

## Visita domiciliaria, #4

S: Paciente asintomático, no refirió dolor abdominal, al momento eutímico.

O: Paciente consciente en las tres esferas halo y autopsíquica.

Cuello no se evidencia adenopatías.

Tórax: Expansibilidad conservada, MV conservado.

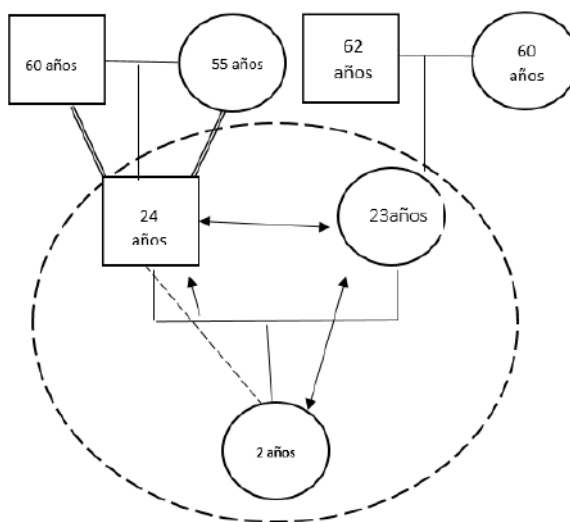
Abdomen: Suave depresible no doloroso a la palpación profunda.

A: Al momento con buena evolución clínica y psicológica, se ha mejorado redes de apoyo como la relación familiar y de pareja. Continuó con medicación antidepresiva.

## Planes de manejo

**Plan diagnóstico:** Se realizó Familiograma

Figura 3.- Familiograma. II



Fuente: Paciente

Elaborado por: Navarrete, D, (2021)

## **Familiograma funcional nos muestra una mejora de la relación de pareja y sobreinvolucramiento de la familia con el paciente por su enfermedad.**

Paciente al momento eutímico INSIGHT acorde a evento, sin productividad psicótica ni de acción suicida, con buena evolución médica y psicológica. Se plantea una nueva escala de valoración de inventario de depresión de BECK con una puntuación de 18 que nos indica una depresión leve se evidencia una notable mejoría del cuadro descrito.

**Plan terapéutico:** Se estableció tratamiento antidepresivo por psiquiatría tipo Fluoxetina con dosis de 20 mg vía oral cada 12 horas. Paracetamol 1 gr por razones necesarias.

**Plan educacional:** Se mostró actividades de psicoeducación para mejorar las habilidades del núcleo familiar (preguntar y escuchar) que se realizó por parte de psicología, además se indicó al paciente formulación de objetivos o metas a corto, mediano y largo plazo a conseguir para la inclusión social y/o laboral. Se insiste en realizar actividad física 60 minutos por día. Además se realiza educación sexual con el modo correcto de colocar el preservativo masculino.

**Plan de seguimiento:** Continuar con terapias interpersonal individual y familiar por parte de psicología.

Se realizó llamadas telefónicas para dar seguimiento al caso indicado las mismas que tuvieron un resultado positivo.

### **Análisis**

Con el seguimiento domiciliario se mantuvo un contacto más estrecho con el paciente y su entorno familiar y social así pudimos tener una apreciación más amplia de los problemas que rodea al paciente y abarcarlos con más precisión. En las charlas de psicología se expusieron videos y canciones sobre este trastorno de depresión e ideaciones suicidas, para que el paciente

y su familia tengan mejor conocimiento de la enfermedad y como lo están afrontando. Se observaron y se explicaron los posibles efectos adversos de la medicación que la persona está tomando. Dando mayor confianza al paciente para el manejo y toma de la misma. Al 5to mes de seguimiento pudimos observar la mejoría clínica del paciente sin ideación suicida además con buena resiliencia al ámbito de la vida. Sin embargo, se debe dar un seguimiento prolongado a este tipo de pacientes, debido a que la psicoterapia es un proceso a largo plazo que conlleva la participación esencial de la familia, ya que se pueden volver a presentar nuevos intentos autolíticos, de esta manera se consigue un cuadro clínico estable del paciente brindando estrategias y herramientas a la familia para actuar frente a estas situaciones.

## CAPITULO IV

### DISCUSIÓN

#### **Análisis del Caso**

Según la guía del MSP la depresión es una perturbación mental episódica y/o recurrente que se establece como un síndrome con síntomas afectivos. Tomando en cuenta los diferentes estudios realizados en países de Latinoamérica reportan un alarmante problema de salud por lo cual todos los niveles de atención deben estar capacitados y aplicar las guías del manejo psico - clínico del paciente con tentativa autolítica por ingestión de sustancias exógenas. En este capítulo se aborda el análisis de la conducta suicida, los efectos de los inhibidores de la colinesterasa, el manejo inicial hasta su seguimiento domiciliario.

Se aborda un paciente de sexo masculino, adulto joven de 24 años de edad con antecedentes de eventos vitales estresantes, ingresa a Emergencia del hospital San Vicente de Paúl con un cuadro de intoxicación por organofosforado más intento de suicidio, posterior al manejo agudo en este servicio se da el pase a UCI para iniciar con el tratamiento hemodinámico y ventilatorio, donde permanece 48 horas y pasa a medicina interna donde se consulta al área de psiquiatría para evaluar su condición psicológica y emocional, por lo que se empieza con tratamiento psicofarmacológico, ya que se identifica un trastorno depresivo; además se sugiere intervención psicoterapéutica. Después de estabilizar al paciente y darlo de alta, se realizan visitas domiciliarias para dar seguimiento al caso y prevenir recaídas, durante las visitas se realiza un diagnóstico familiar e individual para identificar redes de apoyo y factores de riesgo, también se incluyen terapias psicoterapéuticas familiares para ofrecer una intervención integral para tratar la depresión y prevenir intentos suicidas futuros.

### **Diagnóstico de la depresión.**

La depresión puede presentar un cuadro clínico variable que a continuación enumeraremos, según recomienda la guía del ministerio de salud pública basada en los criterios del CIE-10 que manifestó el paciente en la anamnesis; fue la tristeza de varias semanas de evolución, la alteración del sueño, disminución del apetito, eventos vitales estresantes, disminución de su actividad (sedentarismo). Se aplica el inventario de depresión de BECK para clasificar la gravedad de la depresión la cual arrojó un puntaje de 26 al inicio del tratamiento que nos indicaría una depresión moderada y que mejoró posterior al tratamiento. Cabe recalcar que las escalas aportan una información complementaria pero no puede sustituir a la entrevista clínica.

### **Factores de riesgo**

Se identificó factores de riesgo como el nivel socioeconómico medio – bajo que le permita a la familia tener un ingreso económico fijo, dificultado mucho más por la pérdida de salud producto del intento de suicidio del paciente.

El intento suicida que tuvo el paciente fue producto de falta de redes de apoyo, la falta de comunicación, el conflicto con su pareja y se exacerbó con un cuadro depresivo que cursaba y sin tratamiento.

El evento suicida influye en la familia de 2 maneras, la familia real puede ser uno de los factores que impactaron la conducta, y una vez que esto sucede, el sistema familiar sufre una serie de cambios resultantes de sus efectos sobre el individuo. El otro sentido es que la familia no es importante para la ocasión y tiene una parte adicional que puede tener una influencia cultural o social.

Otro factor de riesgo es el consumo de bebidas alcohólicas por lo que se realizó charlas explicativas al paciente indicando que esto puede generar recaídas de intento de suicidio y además interactuar con la mediación (Fluoxetina) que se encuentra tomando.

### **La relación en pareja y el suicida**

En zonas de nuestro país en especial las rurales la jerarquía se encuentra en el hombre sobre la mujer, sin embargo, en estos días se habla de una emancipación de las mujeres, que socialmente poseen un lugar a partir de ahora dentro del área local y esto se aborda comúnmente mediante el equilibrio en las posiciones, este cambio está logrando que mujeres en áreas rurales que cuentan con un trabajo estable, independencia afectiva, adopten otro rol frente a su familia, haciendo incluso que asuntos domésticos se comparta con el hombre, provocando así conflictos emocionales en el hombre que por tradición cultural son machistas.

Como se concluye en nuestro estudio al observar que la causa o motor que motivó el potencial suicida para tomar la decisión fue un problema o conflicto con la pareja en el que está involucrada la separación, el paciente adquirió en consecuencia. Abandono o al menos para ganar tiempo con su pareja, luego comienza la terapia de pareja dando su primer encuentro con ambos miembros para que se desarrollen interacciones triádicas, en la terapia se ha puesto el énfasis en la equidad en las relaciones y en el intercambio positivo de comportamientos esto ocurrió tanto en casa como en el centro de salud.

### **Tratamiento**

En el área de emergencia ingresa un paciente masculino adulto joven con sospecha de intoxicación exógena, cómo error médico no se realizó una descontaminación adecuada del cuerpo con agua o solución salina, además no llamaron al número de CIATOX para valorar su manejo.

Si bien en el caso existieron dificultades en el diagnóstico inicial de la sustancia tóxica específica, se debe trazar una línea temporal desde la ingesta hasta inicio de la sintomatología. Lo primordial en la identificación del tóxico es el reconocimiento clínico y una historia clínica satisfactoria, en este caso no se lo pudo realizar en el momento del ingreso ya que no se contaba con familiares y el estado clínico del paciente no se lo permitía, por lo que el cuadro clínico y los estudios complementarios permitieron llegar a un diagnóstico definitivo.

Además a la llega del paciente se realizó una reanimación cardio-pulmonar básica y avanzada seguido de una intubación de forma inmediata, colocándolo posteriormente a ventilación mecánica y administrando el antídoto en este caso atropina, que de manera general la atención inicial por su patología aguda fue adecuada.

Una vez estabilizado el paciente, se debió identificar la sustancia tóxica, la cantidad consumida y vía de administración, que en este caso fue oral. Para permitir un tratamiento específico; En el presente caso, tiempo después el familiar logró encontrar el frasco de la toxina ingerida, pero se desconoce la cantidad consumida por la persona.

### **Manejo en el trastorno depresivo**

Es sumamente importante promover la adherencia a los distintos tratamientos existentes de la depresión en el adulto a través de una adecuada relación médico paciente. El acompañamiento que se le brindó, a más de las visitas fue las llamadas telefónicas y mensajes de texto fortaleciendo así las estrategias para un buen seguimiento y control del paciente.

La terapia cognitiva, conductual e interpersonal son terapias útiles cuando el objetivo es cambiar comportamientos e ideaciones suicidas, aplicados desde la primera visita al domicilio del paciente. Las técnicas usadas son: asertividad, relajación,

reestructuración cognoscitiva, resolución de dificultades, entrenamiento en habilidades y manejo de acontecimientos estresantes. Este tipo de terapias contribuyen al mantenimiento de un estado de ánimo adecuado y ofrecen habilidades personales para afrontar distintos problemas diarios que se pueda presentar, logrando una evolución significativa y eficaz que se valoró en las visitas posteriores. Como limitante en estas visitas fue en un inicio la poca colaboración de la familia y sus creencias culturales ya que pertenecen a una comunidad indígena donde utilizan hierbas medicinales y no deseaban el tratamiento farmacológico y al final de las charlas referentes al tema accedieron al tratamiento propuesto, sin quitar importancia a las creencias ancestrales. Se brindó 8 charlas por parte de psicología algunas de ellas se realizaron en la unidad pero lamentablemente el paciente no acudió a todas ellas.

Los datos presentados se obtuvieron de diversas guías de práctica clínica citadas en la bibliografía. Se han presentado indicaciones con base científica y tablas de antidepressivos, que tiene una fiabilidad terapéutica aceptable, con el fin de ofrecer una guía de actuación en estos casos. Para la indicación de medicamentos se observará efectos secundarios previstos, la confiabilidad o tolerabilidad de las reacciones no deseadas para cada persona, su calidad y costo. El tratamiento farmacológico ayudará en gran medida a reducir los episodios depresivos, evitando llegar a intentos autolíticos posteriores y promoviendo estados de lucidez y que el paciente puede mantener apoyo familiar y psicológico, en éste caso clínico se decidió iniciar “inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina Fluoxetina”, con dosis inicial de 20mg al día que posteriormente se eleva la dosis a 40 mg, obteniendo efecto antidepressivo a las 6 semanas, por lo que el paciente se encontraba en la fase de continuación del tratamiento farmacológico, no presentó efectos colaterales durante el tratamiento.

Como limitante en la obtención de la medicación, el sistema de salud no siempre contaba con el fármaco prescrito y el paciente refería que no se tomaba la medicación porque no contaba con los recursos suficientes para comprarlo.

### **Acciones Medicina familiar y comunitaria**

Cómo médico familiar durante la primera visita se creó un buen lazo médico paciente además de empatía hacia el paciente; se conoció los factores de riesgo y las carencias de las redes de apoyo, también se pudo realizar un historia clínica detallada para conocer si presentó un nuevo intento suicida o una ideación suicida, se realizó su evaluación física donde no se evidenció lesiones en muñecas o brazos y la existencia de marcas en el cuello, se aplicaron preguntas como: ¿Se siente desesperado?, ¿Se siente incapaz de enfrentar los problemas?, ¿Siente la vida como una carga?, ¿Cómo afronta los obstáculos que se le presentan?, ¿Tiene apoyo familiar para enfrentar los problemas?, ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?, esto se realizó después de haber establecido un ambiente de confianza y empatía con el paciente para obtener respuestas apegadas a la realidad; de esta manera ayudando a prevenir un intento autolítico y poder derivar al paciente al área de psiquiatría para que reciba un tratamiento integral.

### **Recomendaciones de tratamiento de la depresión en la atención primaria**

Existe un factor fundamental que debe tenerse en cuenta para poder detectar la depresión de manera oportuna y evitar muertes, se relaciona con mantener un alto índice de sospecha hacia una persona en riesgo, por lo que el médico tiene que realizar un cribado para la depresión en personas en riesgo, especialmente con pacientes que ya han padecido depresión, con enfermedades crónicas u otros problemas psicológicos. Se debe realizar una entrevista detallada para conocer el estado actual del paciente a investigar. Para confirmar la sospecha y para el diagnóstico diferencial, el médico puede solicitar el

apoyo de especialistas en áreas complementarias y realizar un tratamiento interdisciplinario eficaz.

Las medidas más importantes en atención primaria para el tratamiento de la depresión son: cribado de consulta con prueba validada para personas en riesgo, confirmación y diagnóstico en base a la entrevista clínica según los criterios del DSMV o CIE-10 de forma manual o por derivación a psiquiatría, entonces comienza el tratamiento psicofarmacológico y si es posible terapias especializadas.

### **Prevención de la conducta suicida al identificar a tiempo el riesgo en el individuo.**

Se fundó un plan para reducir el riesgo de un futuro intento de autolesión. Se le pidió al paciente ser sincero para que se adecue lo mejor posible a sus necesidades. Aunque el plan para cada persona es diferente, existen algunos puntos comunes que deberían contener:

- Signos que puedan indicar el regreso de pensamientos suicidas.
- Cuándo buscar un tratamiento con médicos especialistas.
- Información para contactar con al médico, amigos o familiar.

Una vez que se establezca la sospecha de riesgo suicida, se debe remitir el caso al área correspondiente para empezar un trabajo en conjunto o multidisciplinario, además de incluir a la familia dentro de la intervención, evitando posibles episodios suicidas. De esta manera, el médico familiar logra intervenir eficazmente, salvaguardando la vida de la persona, es decir, realiza una prevención de la conducta suicida al identificar a tiempo el riesgo en el individuo. Al iniciar el tratamiento interdisciplinario el médico puede establecer lineamientos en conjunto con el psicólogo o psiquiatra para retroalimentar las estrategias cuando el paciente acuda a consulta externa en medicina familiar.

## **Seguimiento**

Se ha efectuado el seguimiento cada 15 días por 4 meses lo que equivale a la fase de continuación, tras estos controles se evidencia la mejoría en la recuperación del paciente, evaluando los predictores de respuesta para posibles modificaciones que se tenga que hacer en el seguimiento y tratamiento de acuerdo con la evolución. Hasta la fecha el paciente continúa con tratamiento médico-psicológico.

## CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

- En el caso estudiado que cuyo paciente presentaba un cuadro depresivo de fondo, no tratado ni diagnosticado, tuvo varios factores de riesgo uno de ellos fue una relación sentimental conflictiva con su pareja, lo cual actuó como un estresor que se convirtió en un precipitante para el acto suicida.
- En la investigación realizada se concluye que el cuadro por una intoxicación aguda por órgano fosforado debe ser rápido y oportuno para salvaguardar la vida del paciente y evitar secuelas permanentes, además del reconocimiento clínico para iniciar el tratamiento ya que en muchas ocasiones el paciente no refiere que sustancia ingirió.
- Con respecto a la situación demográfica, el paciente habita en un entorno rural, donde las principales actividades económicas son la agricultura y ganadería, presentando un fácil acceso a las sustancias químicas que son utilizadas para cometer actos suicidas; por lo general en estos sectores se presenta con mayor frecuencia las familias disfuncionales, y por ende las relaciones de pareja conflictivas, debido a la falta de conocimiento sobre estos temas y su importancia en el desarrollo personal, así como por la falta de educación de las personas del sector que muchas veces llegan hasta la primaria, para dedicarse al trabajo de campo.

- La ingesta del tóxico para el intento suicida que tuvo el paciente es el primer criterio que se debe tomar en cuenta y referirse al área especializada correspondiente, para intervenir el cuadro agudo y salvar la vida de la persona; otros criterios de referencia son ideas suicidas, tristeza o desesperanza, ya que son signos indicativos de inicio de un trastorno depresivo o intento autolítico.
  
- Los principales signos de alarma en la conducta suicida que se identificaron son: el cambio de humor repentino (tristeza), consumo de alcohol, alteraciones de ritmo del sueño, preocupación continua, carencia de redes de apoyo y quejas sobre la situación socioeconómico sumado a la inestabilidad laboral y un cuadro depresivo no tratado, fueron los detonantes para el acto suicida.

## **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda que después de identificar los factores de riesgo del paciente para cometer actos suicidas, se trabaje directamente sobre ellos para disminuir su frecuencia, incrementando los factores protectores y estableciendo redes de apoyo inmediatas tanto en su familia, como en la comunidad, que actúen de forma rápida ante estos episodios.
- Se debe promover campañas de prevención del suicidio en comunidades rurales, para difundir la información y conocimientos adecuados sobre esta problemática, evitando a futuro posibles actos suicidas de sus habitantes y estableciendo estrategias de actuación adecuadas y eficaces, así como redes de apoyo comunitario que contribuyan en este tema.
- Se debe capacitar con más frecuencia a los médicos generales y familiares acerca del suicidio, otorgándoles las herramientas y conocimientos necesarios sobre el tema, para que puedan identificar un posible paciente en riesgo y lo deriven al área especializada de manera inmediata, previniendo consecuencias graves.
- Se recomienda difundir la información a pacientes y familiares acerca de los signos de alarma del suicidio, para que puedan identificar a tiempo una posible víctima dentro de su familia o círculos sociales cercanos y contribuyan a su atención oportuna, evitando víctimas mortales.
- Además de crear grupos de apoyo a nivel primario en la provincia de Imbabura, ya que en la realización del trabajo se evidenció la falta de los mismos.
- Así mismo la necesidad de abastecer a los centros de salud de medicación antidepressiva, ya que un médico bien entrenado es capaz de prescribir este tipo de fármaco.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abdollahi, A., Carlbring, P., Khanbani, M., & Ghahfarokhi, S. (2016). Emotional intelligence moderates perceived stress and suicidal ideation among depressed adolescent inpatients. *Personality and Individual Differences, 102*, 223-228. Obtenido de <https://doi.org/j.paid.2016.07.015>
- Arcos, A., & Hernández, M. (2016). *Proyecto de investigación sobre el suicidio*. Universidad de La Laguna. Obtenido de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1>
- Asociación Española de Pediatría. (12 de Enero de 2021). *Antropina*. Obtenido de AEP: <https://www.aeped.es/>
- Baader, T., & Yáñez, L. (2015). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes, 22*(3), 303-309. doi:[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70430-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70430-8)
- Cañón, S., & Carmona, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria, 20*(80). Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322018000400014](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014)
- Comunidad de Madrid. (2018). Guía para la prevención del suicidio y conductas autolíticas en Hogares y centros de Nuevo Futuro. *Nuevo Futuro, 1*-54. Obtenido de <https://www.nuevofuturo.org/pdf/Prev-Suicidio-OK.pdf>
- Cortés, A., Suárez, R., & Serra, S. (2019). Métodos y sustancias empleados en la conducta suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General*

*Integral*, 35(4). Obtenido de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-)

21252019000400011

- Dávila, A., Santoscoy, C., Ramírez, J., & Rangel, L. (2005). Intoxicación por fluoroacetato de sodio: presentación de un caso clínico-patológico. *REDVET*.
- Escofet, A., Folgueiras, P., Luna, E., & Palaou, B. (2016). Elaboración y validación de un cuestionario para la valoración de proyectos de aprendizaje-servicio. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 21(70), 929-949. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/140/14046162013.pdf>
- Feliciano, V., Ortega, J., Jiménez, M., Duarte, Y., Chárriez, M., & Bernal, G. (2017). Exposición y conocimiento sobre la prevención del suicio, estigma, estrategias de afrontamiento y recursos en estudiantes de nuevo ingreso de la universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(1), 46-61. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233255999004.pdf>
- Fernández, D., Mancipe, L., & Fernández, D. (2010). Intoxicación por organofosforados. *Med*, 84-92.
- Garza, R., Castro, L., & Calderón, S. (2019). Estructura familiar, ideación suicida y desesperanza en el adolescente. *Psicología desde el Caribe*, 36(2). Obtenido de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/213/21363396005/html/index.html>
- Gerstner, R., Soriano, I., & Sanhuenza, A. (2018). Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Pan American Journal of Public Health*, 42, 1-7. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>

- Gonçalves, A., Da Cruz, C., Duarte, J., & De Freitas, P. (2016). Suicidal ideation on higher education students: Influence of some psychosocial variables. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*(2), 162-166.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.08.005>
- Granada, J., & Rodríguez, A. (2014). *Intoxicación por fluoroacetato de sodio*. Bogotá: Fac Med. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62n1/v62n1a17.pdf>
- Hernández, P., & Villareal, R. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MEDISAN, 19*(8). Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san14198.pdf>
- Hut, K. (09 de Septiembre de 2019). *Una persona se suicida cada 40 segundos, según la OMS*. Obtenido de CNN: <https://cnnespanol.cnn.com/2019/09/09/una-persona-se-suicida-cada-40-segundos-segun-la-oms/>
- Li, J., Loerbroks, A., & Siegrist, J. (2017). Effort-reward imbalance at work, parental support, and suicidal ideation in adolescents: A cross-sectional study from chinese dual-earner families. *Safety and Health at Work, 8*(1), 77-83.  
doi:<https://doi.org/10.1016/j.shaw.2016.09.003>
- López, L. (2019). Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicancias para la prevención. Jujuy, noroeste de Argentina. *Ciencias Psicológicas, 13*(2). Obtenido de <http://orcid.org/0000-0001-6255-4031>
- Medline Plus. (25 de Mayo de 2021). *Suicidio y comportamiento suicida*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001554.htm>
- Mental, D. (2013). *Programa Nacional del Suicidio*.

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno recurrente en adultos*. Quito: MSP.
- Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069\\_MSP\\_Gui%CC%81a\\_DEPRESION\\_20180228\\_D.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf)
- Muñoz, S. M., Ochoa, R., Sánchez, O., & Esquivel, J. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica de México*, 41(1), 136.
- Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apms201q.pdf>
- Navas, W. (2013). Abordaje del suicidio en atención primaria. *Revista Médica Costa Rica*, 219-225.
- Navas, W., & Vargas, M. (2012). Abordaje de la Depresión: Intervención en Crisis. *Revista Cúpula*, 19-35.
- Organización Mundial de la Salud. (2 de Septiembre de 2019). *Suicidio*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Ramírez, F., & Zwerg, A. (2012). Metodología de la investigación: más que una receta. *AD-minister*(20), 91-111. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3223/322327350004.pdf>
- Rodríguez, M. (2005). *Intento de Suicidio*. Madrid: Guías clínicas.
- Saborío, E., Mora, M., & Durán, M. (2019). Intoxicación por organofosforados. *Medicina Legal de Costa Rica*.

- Sánchez, S., Sánchez, I., & Sánchez, M. (2018). Intoxicación por fluoroacetato de sodio. *Revista Médica MD*, 199-204.
- Soriano, I., Gerstner, R., Sahuenza, A., & Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385964/>
- Vera & Oblitas, P. E. (2017). *Manual de Escalas y Cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Psicom Editores.
- Zamorano, E., & Casquero, R. (2007). Recomendaciones de manejo de la depresión en Atención Primaria. *Recomendacions de buena práctica clínica*, 332-336.

## ANEXOS

### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:.....

Sexo..... Ocupación .....Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

#### 1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

#### 2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

#### 3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### 4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

**5. Sentimientos de Culpa**

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

**6. Sentimientos de Castigo**

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

**7. Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mí mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

**8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

**10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

#### **11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

#### **12. Pérdida de Interés**

- 1 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 2 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

#### **13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

#### **14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

#### **15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

#### 16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual 3ª. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

#### 17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual. 1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3 Estoy irritable todo el tiempo.

#### 18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

3ª. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

#### 19 Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

#### 20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

#### 21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

---

### Anexo 2

#### CUESTIONARIO DE CAGE

C: ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos? Busca intentar reducir el consumo de alcohol y revela los problemas individuales que surgen del abuso.

A: ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? Encubre las consecuencias sociales negativas del consumo abusivo de alcohol y es el menos sensible y específico de los ítems.

G: ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? Los sentimientos de culpa pertenecen a la dimensión psicopatológica del consumo excesivo de alcohol y son realmente frecuentes en estos trastornos.

E: ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? Es casi patognomónico de

dependencia (especificidad alrededor del 100% y alto VPP, en torno a 84% en algunos estudios). No tiene prácticamente falsos positivos.

0-1 Bebedor social • 2 Consumo de riesgo. Sensibilidad >85% y especificidad alrededor del 90% para el diagnóstico de abuso/dependencia • 3 Consumo perjudicial • 4 Dependencia alcohólica

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

“Abordaje integral del paciente con intento autolítico en el primer nivel de atención durante el periodo 2020-2021. A propósito de un caso.”

### **Investigadores**

- Daniel Andrés Navarrete Cuesta; Posgradista Medicina Familiar y Comunitaria  
PUCE
- Paola Gabriela Meza Brito; Docente Pontificia Universidad Católica del  
Ecuador-PUCE

### **Organización**

- Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

### **Introducción**

La Pontificia Universidad Católica del Ecuador le invita a participar en el presente estudio de caso, el cual tiene como objetivo Describir como se realiza el abordaje de prevención y tratamiento integral de pacientes con cuadros depresivos e intento autolítico en el primer nivel de atención en el periodo 2020-2021.; para ello se realizará la revisión del caso con el uso de la historia clínica, aplicación de encuestas al personal de salud.

## **Objetivo**

Describir cómo se realiza el abordaje de prevención y tratamiento integral del paciente con cuadro depresivo e intento autolítico en el primer nivel de atención en el periodo 2020-2021.

## **Procedimientos**

Si usted acepta participar, se tomarán los datos de su historia clínica y de ser necesario se aplicarán test o encuestas sobre datos relevantes para el caso.

## **Confidencialidad**

La información que proporcione es estrictamente confidencial y anónima; ya que la investigación es con fines académicos.

## **Riesgos potenciales**

La aplicación de test o la revisión de la historia clínica que se usarán para el desarrollo de la investigación no representan ningún riesgo potencial, sin embargo, si alguna de ellas le causa incomodidad, tiene derecho a no responderla.

## **Tiempo de Participación**

Hemos calculado que su participación en este estudio durará 20 minutos aproximadamente. Su participación en este estudio será sólo por una ocasión no se le pedirá regresar por otros procedimientos. O será solo en caso de ser necesario

## **Participación voluntaria/Retiro**

Su participación en el estudio es estrictamente voluntaria. Usted está en plena libertad de suspender su participación si así lo desea.

## **Los Resultados**

Los resultados del estudio se entregarán a la institución en la cual se desarrolla el proyecto de investigación del estudio de caso, y serán presentados ante el tribunal de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

## **Costos, incentivos y beneficios**

Su participación en este estudio no tiene ningún costo y no recibirá ningún incentivo económico por participar en este estudio. Usted no recibirá pago alguno por su participación en esta investigación. Sin embargo, su colaboración contribuirá a la elaboración de intervenciones para mejorar la práctica profesional en los servicios de salud.

## **Contactos**

Si tiene alguna pregunta, observación o preocupación con respecto al cuestionario, le damos la información del responsable del estudio.

Dr. Daniel Navarrete

Dirección Av. Retorno y Francisco Bonilla

Teléfono 0992981207

mail: danielarea53@hotmail.com

Dra. Gabriela Meza

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

12 de octubre y Roca

0985520892

pmeza599@puce.edu.ec

Si tiene dudas sobre asuntos éticos en relación a esta investigación, puede ponerse en contacto con el Subcomité de Ética de Investigación en Seres Humanos (SCEISH) de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que ha aprobado esta investigación.

**Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Subcomité de Ética de Investigación en Seres Humanos (SCEISH)**

Teléfonos: (593) 02 2991 700 ext. 1130

Apartado postal: 17 01 21 84

Av. 12 de Octubre 1076 y Roca

Quito, Ecuador.

**¡Muchas gracias por su participación!**

**FIRMA DEL CONSENTIMIENTO**

He sido invitada/o a participar en la investigación sobre. “Describir como se realiza el abordaje de prevención y tratamiento integral de pacientes con cuadros depresivos e intento autolítico en el primer nivel de atención en el periodo 2020-2021.”

Entiendo que participaré en el proyecto de investigación ya que se considerará mi información médica para el desarrollo del proyecto. Estoy informado/a de que mi participación no tendrá ningún costo para mí o mi familia. Este estudio contribuirá a fortalecer conocimientos de los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria, así

como, mejorar la práctica profesional en casos similares al mío. Entiendo que este estudio no me dará ningún incentivo económico por mi participación.

Conozco los números de teléfono y los correos electrónicos de los investigadores quienes pueden solventar todas mis preguntas o inquietudes relacionadas con la investigación.

He leído (o me han leído) la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y me han contestado en forma sencilla y satisfactoria las preguntas que he tenido.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme si así fuese mi deseo, sabiendo que esto no repercutirá en el ámbito de mi atención de salud.

**Firmo, Acepto libre y voluntariamente participar en esta investigación.**

Firma (o huella dactilar): \_\_\_\_\_

Fecha 09-03-2021

Número del teléfono celular:

Casa:

Número de cédula: