



Universidad Del Azuay

Facultad De Filosofía, Letras y Ciencias De La Educación

Escuela De Psicología Clínica

“Prevalencia y factores asociados a la suicidabilidad en adolescentes y adultos jóvenes de 15-26 años de edad en el Hospital Vicente Corral Moscoso y el Instituto de Neurociencias. En el período julio-octubre 2018”.

Trabajo Previo a la obtención Del Título De Psicólogo Clínico

Autores:

Juan José Silva Jáuregui

David Antonio Velastegui Pesantez

Directora:

Mst. María Fernanda Coello Nieto

Marzo 2019

DEDICATORIA

Este proyecto está dedicado a mi familia: mi madre, padre, quienes han sido pilares fundamentales en mi vida y en el curso de mi carrera profesional, por la abnegación entregada, por su comprensión y amor incondicional.

Juan José Silva Jáuregui

Este proyecto está dedicado a Dios por las bendiciones que me ha regalado, a mi esposa a mi familia: mi madre, padre, quienes han sido pilares fundamentales en mi vida y la razón para seguir adelante, por la abnegación entregada, por su comprensión y amor incondicional.

David Antonio Velastegui Pesantez

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestra familia por el apoyo incondicional para cumplir mis anhelos y metas, por habernos entregado fortaleza y sabiduría en los momentos difíciles y por darnos la oportunidad de servir al prójimo mediante la carrera a la cual estoy entregado. Agradecemos también a las autoridades de esta prestigiosa Universidad del Azuay y a los docentes que nos guiaron en la elaboración de este proyecto, gracias por su tiempo, por compartir sus conocimientos y sobre todo por incitarnos a seguir adelante.

Juan José Silva Jáuregui y

David Antonio Velastegui Pesantez

RESUMEN

La conducta suicida constituye un problema de salud pública, actualmente es denominada la segunda causa de muerte en la población adolescente. La depresión, ansiedad, violencia intrafamiliar, acoso escolar e intentos autolíticos previos son considerados factores de riesgo prevenibles. La investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia y los factores de suicidabilidad en adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 26 años en el Hospital Vicente Corral Moscoso e Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil, para el análisis respectivo se incluye variables sociodemográficas, familiares, acontecimientos vitales y sintomatología. En los resultados se observa que el sexo femenino es más prevalente frente a la ideación suicida, así también se encuentra que los índices más frecuentes son la depresión y la hostilidad.

Palabras Claves: Adolescencia, Factores de suicidabilidad, conducta suicida.

 Fawwaz Chelo *

ABSTRAC

Suicidal behavior is a public health problem and is currently entitled as the second cause of death in the adolescent population. Depression, anxiety, intrafamily violence, bullying and previous autolytic attempts are considered preventable risk factors. The objective of this research was to determine the prevalence and suicidality factors in adolescents and young adults from 15 to 26 years of age at the Hospital Vicente Corral Moscoso and the Instituto de Neurociencias of Guayaquil. Sociodemographic variables, family variables, vital events and symptomatology were included for the analysis. In the results, it was observed that girls are more prone to suicidal ideation. It was also found that the most frequent indices are depression and hostility.

Keywords: Adolescence, factors of suicidality, suicidal behavior.




Translated by
Ing. Paul Arpi

INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	4
ABSTRAC	5
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1	10
MARCO TEÓRICO	10
1.1. Suicidio	10
1.2. Tipos de suicidio	12
1.2.1. Otros tipos de suicidio.....	13
1.3. Epidemiología	14
1.4. Teorías sobre el suicidio	16
1.4.1. Modelos biológicos.....	16
1.4.2. Modelos psicológicos:.....	17
1.4.3. Modelos psicosociales.....	21
1.5. Factores	21
1.5.1. Factores de riesgo.....	21
1.5.2. Factores genéticos y biológicos.....	25
1.5.3. Factores psicológicos y cognitivos.....	28
1.5.4. Factores de Riesgo Según Revisión Internacional De La OMS:.....	30
1.5.5. Factores protectores.....	31
1.5.6. Factores precipitantes.....	32
1.6. Suicidio en adolescentes	32
1.7. El proceso suicida	35
1.8. Evaluación clínica y medición psicométrica de los factores de suicidabilidad ...37	
1.8.1. Identificación del riesgo suicida durante la entrevista psicológica.....	38
1.9. Prevención del suicidio	39
1.10. Tratamiento	41
1.10.1. Tratamiento psicológico.....	42
1.11. Conclusiones	46
CAPÍTULO 2	47
METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	47
2.1. Objetivos	47
.1.1. Objetivo general.....	47
.1.2. Objetivos específicos.....	47
2.2. Hipótesis	47
2.3. Diseño metodológico	47
2.4. Población	47
2.5. Criterios de inclusión	48
2.6. Criterios de exclusión	48
2.7. Instrumentos	48
2.8. Procedimiento de investigación	52
CAPÍTULO 3	54
ANÁLISIS DE RESULTADOS	54
1.1. Población	54
1.2. Análisis estadístico	54

1.3. Resultados	55
Discusión	63
1.4. Conclusiones y Recomendaciones	68
BIBLIOGRAFÍA	72
ANEXOS	84
Anexo 1	84

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características generales de los participantes (n=75).....	54
Tabla 2. Condiciones del evento y de los pacientes.....	55
Tabla 3. Circunstancias relacionadas al intento del suicidio	57
Tabla 4. Perspectiva del evaluador y riesgo.....	58
Tabla 5. Intención suicida según variables sociodemográficas	62
Tabla 6. Intención suicida, métodos y detonantes.....	62
Tabla 7. Relaciones: Sintomatología, intensidad y edad.....	63
Tabla 8. Estadísticos descriptivos de sintomatología.....	63

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Intención suicida	56
Figura 2. Índice de severidad global	59
Figura 3. Sintomatología clínica.....	60
Figura 4. Categoría de riesgo sintomatológico.....	61

INTRODUCCIÓN

La suicidalidad es un conjunto de conceptos importantes en el que por lo general se encuentran presente ideas de baja intensidad suicida, actos previamente planificados para el suicidio, además de comportamiento auto-lesivo, y finalmente la muerte por suicidio (Posner, Oquendo, Gould, 2007). Los adolescentes al atravesar una transición importante tanto psicológica, física y social es fundamental la detección temprana de ciertos comportamientos y actitudes que les lleven a la ideación suicida y el intento suicida, que son muy comunes (Gould, 2010). Así mismo la incidencia de intentos de suicidio se incrementa durante la adolescencia media (Shaffer, 1996) y la repetición del intento se asocia con un riesgo elevado de obtener un desenlace fatal (Zahl, 1996).

En Ecuador, los intentos suicidas son más frecuentes en la adolescencia y en el sexo femenino (Instituto de Estadísticas y Censo del Ecuador, 2011). Estas conductas suicidas se han considerado un problema de salud pública debido a su incremento en las tasas de mortalidad; según las últimas estadísticas detectadas por este mismo organismo es considerada la segunda causa de muerte en nuestro país de causa prevenible; por ello, los profesionales de la salud deben ser capacitados para detectar signos y síntomas de conductas suicidas, factores de riesgos, también promover campañas de prevención y promoción de salud para disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes y adultos jóvenes (OMS, 2014).

Los factores de suicidabilidad como la impulsividad, problemas económicos, carencias afectivas, acoso escolar, acoso laboral entre otros son indicadores muy influyentes en la interrelación del suicida con su entorno; estos asociados a rasgos patológicos que influyen en la creación de la ideación suicida y en algunos individuos a consumir el acto de autoeliminación (OMS, 2000).

Las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo reflejan que el 24% de los adolescentes ecuatorianos eligen el suicidio como última salida; pero muchos expertos

comentan que tras un suicidio hay por lo menos de 3 a 4 intentos, y por ello este acto que podría ser prevenible (OMS, 2010).

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en estudios realizados hasta el año 2007 el país muestra una tasa de mortalidad de, 6.7 por cada 100.000 habitantes. Por lo cual se ha visto necesario realizar un estudio acerca de la problemática dentro de la región tomando como principal objeto de estudio los índices de suicidabilidad, y sintomatología relacionada a estos (MSP, 2007).

En conclusión, es importante que el gobierno tome medidas para disminuir las tasas de suicidio con el fin de que se creen programas de promoción, prevención y rehabilitación que sirvan para el desarrollo de protocolos de salud mental, tanto en atención primaria como hospitalaria para la detección temprana y el manejo del paciente en el momento de crisis.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

1.1. Suicidio

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define suicidio como una acción, pensamientos en el que un sujeto a sabiendas que el resultado podría ser letal; el sujeto pretende obtener los cambios deseados en su vida, o disminuir el dolor por el cual está atravesando. (OMS, 2014).

Además, citado por la UNICEF 2017 el suicidio es considerado una acción deliberada de quitarse la vida, tiene características diferentes en cuanto a prevalencia y métodos empleados según la región y el país, igualmente destaca que los individuos que intentan el suicidio mantienen ideas ambivalentes en virtud de que muchos no buscan realmente la muerte sino el alivio de su sufrimiento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). (Antes estaba en la introducción ahora ya no)

La “suicidalidad” hace referencia a una serie de conceptos en el que incluye ideas de baja intención suicida; además de acciones planificadas previamente para cometer el suicidio, comportamiento auto-lesivo y actos letales que lleven al suicidio. (Posner, Oquendo, Gould, 2007). La ideación suicida y el intento suicida son comunes en población adolescente, aunque este último en menor proporción (Gould, 2010). La incidencia de intentos de suicidio se incrementa durante la adolescencia media (Shaffer, 1996) y la repetición del intento se asocia con un riesgo elevado de obtener un desenlace fatal (Zahl, 1996). En Ecuador, los intentos suicidas son más frecuentes en la adolescencia y en las mujeres (Instituto de Estadísticas y Censo del Ecuador, 2011). Éstos reflejan la persistencia de factores psicosociales en el paciente, lo cual indica la necesidad de estrategias específicas en la prevención del comportamiento suicida (Gómez, 1995).

Es importante entender la siguiente terminología:

- **Ideación suicida:** Este término hace referencia a los pensamientos, o planes de un individuo a cometer un acto suicida. Son comunes en adolescentes y niños tanto de hombres como de mujeres y no siempre están relacionados con rasgos psicopatológicos. Por lo general son motivo de consulta cuando se presentan este tipo de amenazas. (Miret M, 2010)
- **Comunicación suicida:** es una acción en el cual los pensamientos de deseo de acabar con la propia vida se evidencia de manera implícita o explícita en el cual por sí mismo no supone una conducta suicida

Existen dos tipos:

- **Amenaza suicida:** es considerado una acción de tipo verbal y no verbal, en la que se puede predecir la conducta suicida en un futuro cercano.
- **Plan suicida:** es una propuesta planificada en la que ya se puede evidenciar un método para llevar a cabo la conducta suicida.
- **Conducta suicida:** este tipo de conducta es potencialmente lesiva en la que persona quiere acabar con su vida o talvez una aparente intención de morir. (Ministerio de Sanidad, España 2012).

Existen estos tipos:

- **Autolesión/gesto suicida:** es una conducta suicida autolesiva y autoinflingidas en la que el sujeto no tiene intención de quitarse la vida o matarse.
- **Conducta suicida no determinada:** conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones o con lesiones o con lesiones.
- **Intento de suicidio:** considerado una conducta potencialmente lesiva que se autoinflinge sin resultado fatal, tiene intención de provocar muerte.

- **Suicidio:** muerte autoinflingida ya que el individuo tiene intención de provocársela (Ministerio de Sanidad, España 2012).

1.2. Tipos de suicidio

Durkheim plantea que cada una de las sociedades tiene una aptitud para el suicidio y que esta influye en mayor o menor grado en los individuos a la sociedad a la que pertenece. Los actos individuales serían una prolongación del estado social. En todas las sociedades, dice este sociólogo, se encuentra un número invariable de muertes voluntarias que se manifiesta en los tipos de “suicidio explicados” y que no varía hasta que cambia el estado de la sociedad. Explica que podría entenderse que ha de haber una predisposición individual, pero ésta es a su vez influenciada por el medio social en el que vive el individuo. (Durkheim, 1992) El incremento de suicidios en el tiempo actual es fruto de la falta de importancia de los valores morales de la sociedad. (Durkheim, 1992)

Según Durkheim, en su obra “El suicidio” (2008) describe los tipos de suicidio según la acción; estos pueden ser:

- **Egoísta:** el principal síntoma de este tipo de suicidio es la apatía, en la que se enmarca en el terreno de la decisión individual que no considera a otros, que viene dada cuando hay disgregación o pérdida de cohesión de una sociedad y fallas en su función de sostén social. (Shah, 2010).
- **Altruista:** se produce cuando el sujeto asume su muerte como acto heroico, por el bien de la sociedad o del grupo del que forma parte, generalmente con una marca fuerte de lo religioso en el amplio sentido de la palabra. (Durkheim, 2008).
- **Anómico:** es el más característico de la sociedad moderna con un sistema normativo debilitado que afecta a los individuos a causa de las condiciones de existencia; y con derrumbe de los valores sociales según Durkheim. En esta sociedad hay competitividad permanente y por lo tanto el individuo está acechado por el

sufrimiento que se origina en la desproporción entre sus aspiraciones y sus satisfacciones. Esta tendencia produce una corriente suicidogénica. Según Emile Durkheim es una alienación o pérdida de la identidad. (Durkheim, 2008).

- **Fatalista:** según Durkheim considera al suicidio fatalista como aquel que surge en el sujeto ante una situación que el sujeto se ve incapaz de controlar. (Durkheim, 2008).

1.2.1. Otros tipos de suicidio

Existe una disfunción en el sistema serotoninérgico central, habiéndose encontrado bajos niveles de serotonina en el líquido cefalorraquídeo que habían cometido suicidio. Además, existe una asociación directa entre bajos nivel de serotonina y escaso control de impulsos. (Ministerio de Sanidad, España 2012)

Se asociaron dos marcadores con la ideación suicida, ambos residen en los genes GRIA3 GRIK 2; estos son codificados por los receptores inotrópicos del glutamato. Un estudio con 277 casos realizado por Baca García se encontró tres polimorfismos de un solo nucleótido en los cuales se observó que el 67% de los casos tuvieron intentos de suicidio. (Alaéz, 2013).

- **Suicidio Patológico:**

La perturbación grave de la afectividad frente a un tema delirante u obsesiva o desórdenes psiquiátricos, generan con gran frecuencia ideas de suicidio y las reacciones suicidas que en general es el primer síntoma del estado de falta de equilibrio en el individuo. (Henri Ey, 2008)

Las perturbaciones afectivas afectan en algunas ocasiones a los individuos causando ciertas ideas delirantes como indignidad, culpabilidad y esas ideas a menudo generan en los individuos considerar al suicidio como una opción inevitable o necesaria; siendo así que la ideación suicida se impone como una verdadera obsesión intelectual. (Porot, 1962)

Las alucinaciones están vinculadas con el suicidio, ya que estas se tratan de alucinaciones visuales y auditivas terroríficas que generan una conducta paranoide y en algún caso psicótica por lo que la única forma de escapar es suprimiéndola, llevándole al individuo al suicidio. (Porot, 1962)

- **Suicidio No Patológico:** es considerada por individuos quienes se encuentran sujetos a sacrificios de tipo ideológico como religioso, como un sentimiento de honor, a un deber social, también llamado “suicidio ideológico”. (Durkheim, 1987). El “**suicidio racional**” es considerado como un tipo de suicidio no patológico, en este, el individuo presenta un espíritu sano, pero frente a una situación grave, por lo que en la mente de este individuo la única forma lógica que concuerda con sus ideales y los de su grupo es el acto suicida. (Porot, 1962).

En este grupo se incluye al suicidio asistido en ciertos pacientes condenados a muerte; en el que desean por voluntad propia disminuir su sufrimiento, llamado “eutanasia” un tema muy controversial y discutido a nivel mundial; estos individuos pueden ser considerados como normales más no como personas con ideas delirantes (Porot, 1962).

1.3. Epidemiología

Según la Organización Panamericana de la Salud considera al suicidio como un problema importante de salud; por lo que ha creado guías de salud para la capacitación del personal de salud en este campo. En su Plan Estratégico (2014-2017) el suicidio es considerado un indicador de alto impacto, que cada una de las regiones deben de ser evaluados. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Cada año, un millón de personas aproximadamente mueren por suicidio en el mundo, equivale a una muerte cada 40 segundos (Organización Mundial de la Salud, 2013) con una tasa de mortalidad de 16 por cada 100.000 habitantes. Dentro de las tres primeras causas de

mortalidad se encuentra el suicidio, sobre todo entre las edades de 15 a 44 años, siendo la primera causa de mortalidad las lesiones por accidentes de tránsito, la segunda causa, las infecciones respiratorias bajas y como tercera causa el suicidio siendo estas las principales causas de muerte (Organización Mundial de la Salud, 2013). Por ello los servicios de salud con personal capacitado eficiente y eficaz, promoción de salud, educación a la población son parte de la prevención por lo tanto es un problema de salud pública prevenible y genera costos económicos importantes (Valenzuela, 2009).

Según reportes del Instituto de Estadísticas y Censo entre el período 2005-2008 reportados en el año 2011 en varias provincias del Ecuador como Azuay en primera instancia, Cañar, Cotopaxi entre otros; el suicidio es la primera causa de muerte evitable en población adolescente entre los 12 y los 17 años de edad; además datos obtenidos por el Observatorio Social del Ecuador y el Observatorio de los Derechos de la Niñez y de la Adolescencia expone como principales factores de riesgo para ser víctimas de suicidio como: los trastornos de salud mental no atendidos, consumo de sustancias, condición socioeconómica media y baja; a ellos se le suman los comportamientos sexuales de riesgo, embarazos no deseados, migración, abuso de adultos, y ansiedad por identidad sexual (Instituto de Estadísticas y Censo del Ecuador, 2011).

En 2011, según datos preliminares del último informe del Observatorio Social 2.359 adolescentes fallecieron en Ecuador. El 55% de los fallecimientos fueron por suicidios, homicidios y accidentes de tránsito (Instituto de Estadísticas y Censo del Ecuador, 2011)

En estudios realizados, en la ciudad de Cuenca se nota que las principales causas de suicidio están: la ruptura familiar debido a la alta migración, violencia intrafamiliar en las que se expresa maltrato físico, psicológico y sexual que llevan a la depresión. Un porcentaje alto se encuentra entre las edades 16 y 19 años y en el sexo masculino es mayor con el 4% poniendo en consideración que en los últimos años el número de intentos se ha duplicado. También se pudo

evidenciar que el 32,8% de los individuos son consumidores de alcohol y drogas y el 31,9% está relacionado con trastornos afectivos en su mayoría depresivos (Ortega, 2007).

En una investigación realizada en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el 2008 registra que la tasa de suicidio aumentó dentro de los rangos de edad de 15 a 35 años así como en otro estudio se evidenció que el 51% del sexo femenino intentan suicidarse y un 49% de hombres comprendido en edades de 16 a 35 años de edad; en cuanto a su procedencia se evidenció que el 46% eran procedentes de la zona rural y el 38% de la zona urbana (Ortega, 2007).

1.4. Teorías sobre el suicidio

Se han propuesto varias teorías para explicar algunos de los posibles factores que influyen en la conducta suicida del individuo con el fin de detectarlas de manera precoz y sobre todo prevenir estas conductas para disminuir la mortalidad por suicidio (Roy, 1983).

Se dividen en modelos biológicos, psicológicos y psicosociales.

1.4.1. Modelos biológicos

- Teorías genéticas

Casi la mitad de pacientes en los que se evidencia antecedentes o historia familiar de suicidio, cometen intentos de suicidas (Roy, 1983). En estudios realizados en gemelos homocigóticos y dicigóticos se ha observado que existe una concordancia de tasas mayores en los primeros que en los segundos. Es relevante recalcar que son frecuentes los intentos de suicidio en niños adoptados cuyos padres biológicos se han suicidado, a pesar de estar y de haber crecido en un ambiente social y familiar distinto. Además, se determina que puede haber un factor hereditario, genético se puede estar relacionado con la herencia de una enfermedad mental y que esta puede llevar al suicidio (Contreras y Gutiérrez, 2007).

- Teorías neurobioquímicas

Van Heeringer, en el año 2004, propone un modelo basado en el “cerebro social” o también llamado circuito basolateral (Deakin, 1996), esta teoría está basada en diversas funciones de

retroalimentación de las cortezas prefrontal y temporal que se encuentra en estrecha conexión con funciones de la amígdala subcortical y el hipocampo, respectivamente; el primer subsistema está comprendido por la corteza temporal y el hipocampo, cuya función parece estar implicado en el procesamiento de la información sensorial, está mediada por el sistema serotoninérgico junto con el sistema noradrenérgico, además explica que este sistema tiene la función especializada de la adaptación del individuo al estrés y la tolerancia al mismo y cuando existe alteración de este sistema puede llevar a una baja autoestima y a ideas depresivas, siendo este un factor de riesgo para el comportamiento suicida (Deakin, 1996).

El segundo subsistema está compuesto por la corteza prefrontal y la amígdala, el cual está encargado de mediar la conducta de evitación a través de la neuromodulación dopaminérgica y serotoninérgica, respectivamente. La disfunción de este sistema hace evidente la ansiedad social y la desesperanza, siendo esta última fundamental factor de riesgo para el suicidio (Deakin, 1996).

1.4.2. Modelos psicológicos:

Chopin, Kerkhof y Aresman (2004) plantean el modelo psicológico compuestos en cinco grupos de teorías psicológicas explicativas sobre el suicidio.

- Teorías psicoanalíticas:

Freud genera una explicación acerca del suicidio como un problema que se encuentra en el alma humana. En su obra “Duelo y Melancolía” (Freud, 1917) plantea teorías que hablan de los impulsos del suicidio así como impulsos homicidas; explica que estos impulsos se orientan a la misma persona o a otras personas como una forma de castigo que el individuo se autoimpone (Freud, 1917). Holinger y Offer citados por Henry en 1993 consideran al suicidio como un intento de manejar el rechazo, resultado de la pérdida de amor y apoyo (Henry, 1993).

Por otra parte, Menninger en el año 1966, propuso que las personas tienen una predisposición a la autodestrucción, por ende; explica tres componentes de la conducta hostil

que se presenta en el suicidio tales como: cuando un individuo presenta el deseo de matar a otro individuo, el deseo de ser matado y el deseo de morir (Menninger, 1966).

Litman en 1967, añade otros aspectos como: la culpa, la ansiedad y la dependencia (Litman, 1967). Otros autores señalan que los adolescentes pertenecen a un grupo particularmente en riesgo, debido a que en la etapa de la pubertad es un periodo esencial en el desarrollo de los impulsos autodestructivos, por ello es fundamental el desarrollo del autoestima cuando esta se encuentra en un desarrollo deficiente puede llevar a conductas autodestructivas forjando una ira hacia sí mismo y un deseo inconsciente de muerte (Henry, 1993).

- **Suicidio como una forma de comunicación interpersonal**

En el siglo veinte (décadas 60 y 80), Stengel denominó a los intentos de suicidios como un grito de auxilio; una forma de comunicación; debido a que el intento de suicidio es un acto consciente o inconsciente de comunicación, con el que el individuo busca ayuda dependiendo del medio en el que se desenvuelve, por lo que se producirán repeticiones de este acto obviamente dependiendo de sí el intento previo generó o no los cambios buscados (Stengel, 1962). Chopin en el año 2004 defiende que, los intentos de suicidio tienen funciones comunicativas pero también manipulativas y concuerda con Maris (2002); que la principal meta de los intentos de suicidio era la manipulación, llamar la atención y la expresión de las afecciones que padece el individuo, por lo que la finalidad del intento suicida es generar cambios en sus vidas más no morir y por la atención generada se produce la repetición de la acción llegando a convertirse en una respuesta condicionada ante el estrés (Maris, 2002) (Chopin, 2004); además los mencionados autores plantean que el origen de estos intentos autolíticos parten de: los traumas de la infancia, problemas de personalidad, dificultades sociales, problemas interpersonales graves y duraderos; por lo que aquellas personas que intentan suicidarse hacen uso de métodos de baja letalidad ya que el único propósito es, enviar un mensaje. (Chopin, 2004).

- **Suicidio como reacción al dolor psicológico**

Schneidman sostiene que las emociones negativas como: culpa, derrota, humillación, miedo, vergüenza, soledad, aflicción, desesperanza, amor frustrado, necesidades insatisfechas, cólera y hostilidad; son consideradas como dolor psicológico insoportable; y el suicidio es una forma de escapar de aquellas emociones (Schneidman, 1993). Plantea además, cuatro componentes fundamentales en la conducta suicida: hostilidad, perturbación, constricción y cese; que pueden convertirse en factores de riesgos que lleven al individuo a realizar acciones suicidas. El primer componente: hostilidad se manifiesta en los momentos previos al intento suicida. La perturbación refiere a la preocupación de la persona. La constricción hace referencia a la incapacidad de la persona para percibir los aspectos de la realidad, haciéndose solo notables únicamente los negativos (efecto túnel) (Villardón, 1993).

La idea de cese, el descanso y de dormir eternamente, se presenta como una solución posible (Villardón, 1993) para el individuo ya que el umbral del dolor psicológico disminuido combinado con la idea del cese pondrán fin a su vida (Schneidman, 1993) (Villardón, 1993).

- **Teorías cognitivas**

Las teorías cognitivas propuestas por Beck indican que los intentos de suicidio continuos, tienen intenciones ambiguas ya que existe confusión entre el deseo de morir y de vivir; por lo tanto esta conducta es grave por estar relacionadas con la depresión y la desesperanza siendo esta la crucial para el suicidio (Beck, 1980).

Beck, Kovaks y Weissman (1996) defienden la triada cognitiva conformada por tres patrones cognitivos distintos y depresogénicos: una excesiva visión negativa de sí mismos, del mundo y el futuro; síntomas evidentes en personas con depresión con conductas suicidas con tendencia a magnificar sus problemas y a creer que no tiene habilidades para resolverlos, y sin tolerancia a la incertidumbre. En conclusión, la depresión suele ser el inicio de las conductas

suicidas ya que es el resultado de tres componentes básicos, la triada cognitiva, esquemas y errores cognitivos así lo propuso Beck (2000).

- **Teoría de la Indefensión- Desesperanza**

Abramsom en el año 2000, sostiene que la desesperanza es el elemento cognitivo principal de las conductas suicidas; así mismo en el año 2002, se propuso el modelo de diátesis-estrés enfocado a los eventos negativos que contribuyen a la formación y el mantenimiento de evaluaciones distorsionadas y negativas de sí mismo y del futuro, llevando esto a la desesperanza y a su vez al suicidio (Abramsom, 2000).

La postura cognitiva de Neimeyer (1998) afirma que las estructuras cognitivas personales de los individuos suicidas se caracterizan por anticiparse al fracaso, autodestrucción, pensamientos dicotómicos, aislamiento y desorganización del sistema de estructurado. Cuando todo el proceso es alterado pueden producirse las conductas suicidas y estas conductas son el resultado de factores cognitivos orientados hacia ese futuro construido en conjunto con eventos vitales estresantes (Neimeyer, 1998).

- **Teorías que asumen la conducta suicida como un proceso**

Maris en el año 1992 fue uno de los pioneros en plantear la conducta suicida como un proceso (Maris, 1992). Lester en 1994 propone que la conducta suicida puede aprenderse encuadrándose en la teoría del aprendizaje social. Esto se explica ya que las experiencias tempranas y una determinada educación construyen patrones de pensamiento y asociaciones de una persona suicida; además el castigo y su interpretación durante la vida del individuo, juegan un papel fundamental (Lester, 1994).

Finalmente, en el año de 1997 Michel habló del suicidio como una teoría de acción ya que todas las conductas suicidas están motivadas por metas y estas mismas conductas suicidas puede reaparecer a lo largo de la vida como una meta en momentos de crisis vital (Michel, 1997).

1.4.3. Modelos psicosociales

La teoría que más ha contribuido a la comprensión del comportamiento suicida fue la propuesta por Durkheim (1971), quien identificó la sociedad como un factor que influye en el suicidio. Este sociólogo describió cuatro condiciones que amenazan el equilibrio entre la individualidad y comunidad (Bille-Brahe, 2000).

1.5. Factores

1.5.1. Factores de riesgo

Una serie de factores elevan el riesgo suicida, dentro de las cuales están las características demográficas como el sexo, enfermedades psiquiátricas, intentos e ideas suicidas, factores genético-familiares, eventos vitales negativos, bajo apoyo social percibido, enfermedades médicas, trauma psicosocial en la infancia, factores psicológicos/cognitivos y otros (American Psychiatric Association, 2003).

Según Mingote Jiménez, Osorio y Palomo (2004) los factores desencadenantes que inducen a la ideación y/o intento suicida son los siguientes:

Edad

Las formas de presentación de las conductas suicidas en la clínica varían mucho en función de la edad y del sexo (Spirito y Donaldson, 1998).

El suicidio se produce fundamentalmente en edades medias de la vida, hay actualmente dos picos crecientes la adolescencia-juventud (el 25% del total de suicidios consumados) y la vejez; a medida que avanza la edad, las tentativas de suicidio y el suicidio consumado es menor, lo que implica que en las personas adultas una gran parte de las tentativas suicidas acaba por consumarse. (Spirito y Donaldson, 1998)

En la adolescencia y juventud se refiere, los desencadenantes de la tentativa de suicidio o del suicidio consumado son los siguientes: a nivel clínico, el consumo abusivo de alcohol/drogas o la aparición de una depresión; a nivel ambiental, un entorno familiar y social

deteriorado, un desengaño amoroso, una orientación sexual no asumida, el fracaso escolar reiterado o el acoso o ciberacoso; y a nivel psicológico, la importante la presencia de algunas características de personalidad, como impulsividad, baja autoestima, inestabilidad emocional o dependencia emocional extrema, abuso del alcohol u otras sustancias. Por ello ocurre, que muchos adolescentes utilizan métodos menos efectivos, como la ingestión de fármacos o los cortes superficiales en los antebrazos, que suponen una poderosa llamada de atención respecto al malestar emocional (Spirito y Donaldson, 1998). Mientras tanto, las personas adultas pueden experimentar una sensación de fracaso personal, laboral y familiar o un reproche social que les sume en una profunda desesperanza, sumada a situaciones de soledad, pobre apoyo social, de trastornos mentales (depresión especialmente) o de enfermedades crónicas incapacitantes o con mal pronóstico. Por último, el suicidio es más prevalente en personas de la tercera edad incluyendo si están solas, con síntomas de depresión, con enfermedades incapacitantes, pérdida de pareja, abandono de los hijos. Por lo tanto en esta etapa las señales de conductas suicidas talvez no sean tan explícitas como en las otras etapas de la vida ya que realizan menos intentos autolíticos, pero utilizan métodos más efectivos lo que lleva a una mayor letalidad (Värnik, 2012).

Sexo

La incidencia del suicidio entre las mujeres es tres o cuatro veces menor que entre los hombres debido a su habilidad letal o, también importante, las determinaciones para provocarse la muerte resultan inferiores. El sexo masculino al ser más impulsivos, tienen menor tolerancia al sufrimiento crónico, les cuesta más buscar ayuda ante el sufrimiento y están más afectados por trastornos adictivos; por ello, el mayor índice de suicidios masculinos guarda relación con la forma en que el hombre vive sus dificultades personales como: el hombre soporta peor la soledad o la ruptura de pareja, no libera su carga de sufrimiento ya que no habla de sus problemas, y vive en general con mayor estrés y angustia su actividad laboral.

(Echeburúa, González-Ortega, Corral y Polo-López, 2011). Asimismo, la mujer por su rechazo hacia la violencia, recurre a métodos más pasivos y silenciosos, como la intoxicación con fármacos o la inhalación de monóxido de carbono. Las mujeres, sobre todo mujeres jóvenes, realizan tres veces más tentativas de suicidio que los hombres, pero éstos consiguen consumar el suicidio tres veces más que las mujeres. Las tentativas de suicidio entre las mujeres responden más a una llamada de atención, especialmente entre las jóvenes ya que recurren de forma impulsiva a la ingestión de fármacos, a modo de mecanismo de huida, la existencia de un problema emocional que les genera un gran malestar y que desborda sus recursos de afrontamiento (Värnik, 2012)

Etnia

Nuestro país Ecuador es un país pluricultural distribuido en el 7% de su población afroamericana, un 7%, montubia, 6%, blanca, mestiza un 72% e indígena únicamente un 7%. En el año 2005 se realizó un estudio con la población general en el que se concluyó que las tasas de suicidio más altas en la Sierra y en la Amazonía y en mayor prevalencia en la población indígena; debido a que en estas zonas predominan problemas sociales, afectivos, violencia física, sexual y psicológica, trabajo infantil, la migración y el abuso de drogas y de alcohol, que, a su vez, están asociados con un elevado riesgo de suicidio (Ortíz, 2005). En la Sierra, solo 15% de los suicidios de jóvenes y adolescentes se concentran en indígenas, mientras que en la Amazonía dicho porcentaje aumenta a 40% en esta etnia (Niezen R, 2014).

Los factores de riesgo más importantes para que las altas tasas de suicidio en la población indígena en mayoría jóvenes, parecen estar relacionadas con factores sociales, el aislamiento y la aceptación del suicidio en su grupo cultural (Niezen R, 2014), así también como diversidad en los determinantes de la salud, la pobreza, bajo nivel académico además del alto consumo de sustancias tanto legales como ilegales, los problemas familiares y los de salud mental sin diagnóstico peor aún con un tratamiento médico o psiquiátrico (McKenzie K, 2003).

Otro factor importante es el acceso a los servicios de salud en Ecuador. El Ministerio de Salud Pública, en su Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) establece que la atención médica debe de ser integral e integrada que garantiza también salud mental y que esta goza de gratuidad hacia toda la población (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013). Es importante el entender que dichos establecimientos de salud no se encuentran distribuidos equitativamente, lo que hace que genera una desventaja a la población de las zonas rurales y las zonas urbanas marginales (López-Cevallos D, 2014).

El suicidio de jóvenes de diversos grupos étnicos, la mayoría indígenas, también es considerado un problema importante en algunos países occidentales, donde las tasas de suicidio en la población indígena es hasta cinco veces más alta que en nuestro país; es el caso de Brasil, Colombia, Perú, Chile, Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda (Ortíz, 2005) (McLoughlin, 2003).

Religión

La práctica de una religión o pertenecer a un grupo religioso aparenta ser un factor protector del suicidio; en estudios consta que las personas ateas parecen tener tasas más altas de suicidio (Sakinofsky I, 2007). Los países con prácticas religiosas prohibidas una de ellas la ex Unión Soviética, denotan tasas de suicidios más altas luego siguen países donde el budismo y el hinduismo basadas en la reencarnación también pueden tener tasas elevadas de esta conducta y, por último, los protestantes, católicos y musulmanes (World report on violence and health, 2002).

Apoyo sociofamiliar

Es estadísticamente significativo asociar conductas suicidas con el estado no tener cónyuge o pareja, vivir solos, divorciados o carecer de apoyo familiar, pero a su vez algunos autores como destacan que existe menor fuerza de asociación con la depresión o el abuso de alcohol (Yoshimasu, 2008) y mayor frecuente en el sexo masculino, dentro de los primeros meses

después de la pérdida, de la separación, de un divorcio o la fase de duelo de la viudedad (World report on violence and health, 2002).

Por otro lado, ciertos lugares de Asia como en Pakistán existen las tasas más altas de suicidio en el sexo femenino de estado civil casadas así como en China, el sexo femenino de estado civil casadas mayores de 60 años presentaron tasas más altas de suicidio que las viudas o solteras de la misma edad (World report on violence and health, 2002).

Nivel socioeconómico, laboral y educativo

Es importante recalcar que en países desarrollados cuando existe la pérdida de empleo y a esta se asocia la pobreza generan mayor riesgo de suicidio (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004), por lo que se puede considerar que la pérdida de empleo o la jubilación, eventos vitales estresantes, pérdida de un familiar; así se incrementa dos o tres veces el riesgo de suicidio (Yoshimasu K, 2008).

Por otro lado, el bajo nivel el bajo nivel educativo se asocia también el riesgo de conductas suicidas (López P, 2007); por lo tanto también se puede decir que muchas de las profesiones sometidas a un alto nivel de estrés presentan riesgo de conductas suicidas (World report on violence and health, 2002).

1.5.2. Factores genéticos y biológicos

En general en la población con conductas suicidas como ya se mencionó anteriormente; se asocia con una disfunción del sistema serotoninérgico central, ya que se encuentran bajos los niveles de serotonina y de sus metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes que se habían suicidado. Según ciertos autores los factores más relevantes con relación a la conducta suicida se pueden detectar cuando existe actividad serotoninérgica disminuida, tales como: 1) factores genéticos: polimorfismos en el gen de la enzima triptófano hidroxilasa-TPH o del gen del receptor 5-HT_{2A}36 (Baca-Garcia,2010); 2) factores bioquímicos: bajos niveles de proteína transportadora de serotonina (Giner.L,2011), también niveles bajos de

monoamino oxidasa en sangre (Crisafulli,2010), además de niveles elevados de receptores 5-HT 1A y 5-HT 2A postsinápticos (Crisafulli,2010), también se puede asociar bajos niveles de colesterol en sangre (Hawton,2009) o una disminución del ácido homovalínico en el líquido cefalorraquídeo (Kann,2000).

Estudios realizados en gemelos monocigóticos registran un 45% de que los factores genéticos se asocian con la conducta suicida, estas estimaciones son similares a las encontradas en otros trastornos mentales, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar (Beautrais, 2005).

Enfermedades Clínicas

Los cuadros psiquiátricos más prevalentes asociados a conductas suicidas son aquellos relacionados con los trastornos del ánimo, enfermedades mentales como la esquizofrenia y abuso/dependencia de alcohol o sustancias. Así mismo se ha determinado que los trastornos de tipo alimentarios, pánico tienen mayor riesgo de intentos suicidas así como también el trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de la personalidad (límite y antisocial) elevan la probabilidad de autoeliminación. En pacientes que intentan o consuman suicidio la comorbilidad psiquiátrica es especialmente común (por ejemplo, trastorno depresivo mayor y abuso de alcohol) (Forman y Berk, 2004).

Un intento de suicidio eleva alrededor de cuarenta veces la probabilidad de autoeliminación. El período de mayor riesgo suicida es el semestre tras al evento. Durante el año siguiente, la tasa de suicidio se incrementa hasta cien veces, especialmente en pacientes con trastornos psiquiátricos. Se encuentran trastornos psiquiátricos en alrededor del 80% de quienes han intentado suicidarse (Nock, 2008). Entre ellos, quienes han realizado múltiples tentativas presentan indicadores psicopatológicos más severos, con mayor depresión, desesperanza, comorbilidad, rasgos límite y peor pronóstico suicidal (Forman y Berk, 2004).

En una revisión realizada en el año 2011 se registró que pacientes diagnosticados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) presentaron elevados índices de conducta suicida

por lo que se requirió vigilancia y seguimiento sobre todo en relación con la salud mental, en la cual se encuentren en vigilancia rotunda y el seguimiento como aspectos fundamentales de la atención clínica (Catalan, 2011). Por otro lado, después de la introducción de los antirretrovirales en el año de 1996 y la mejoría del pronóstico en los pacientes con SIDA, la tasa de mortalidad por suicidio disminuyó notablemente (Keiser O, 2010).

Un número de enfermedades médicas implica un aumento del riesgo suicida, incluyendo SIDA como ya mencionamos anteriormente; epilepsia, enfermedades de la médula espinal, daño cerebral, Corea de Huntington, y diversos tipos de cáncer, especialmente los que afectan al SNC (Harris, 1997). Muchas veces en este mayor riesgo interviene la concurrencia de cuadros depresivos y bajo apoyo social, lo que debe considerarse en la evaluación y tratamiento (Harris, 1997).

Método de suicidio seleccionado:

Las armas de fuego son consideradas un método común de suicidio en el sexo masculino y como en el sexo femenino, pues a este método se utilizó un 58% de los casos de suicidio en el año de 1997; sin embargo, la probabilidad de uso de las armas de fuego es más frecuente en hombres que en mujeres debido a su letalidad. En algunos países de América del Norte, así como en otros países el sexo femenino utilizan medios menos letales como por ejemplo: pastillas, drogas o veneno (Sarason & Sarason, 2006). En países de Latinoamérica los métodos de suicidio más usados son en primer lugar el ahorcamiento y en segundo lugar disparo de arma. (Bertolote, 2009) En el sureste de Asia y en Sudamérica la intoxicación por pesticidas es más frecuente. (APA, 2013)

Eventos vitales y apoyo social

Prácticamente todos los casos de autolisis han sido antecedidos de acontecimientos adversos en el año anterior, concentrados en los últimos meses. Los más frecuentes son de tipo interpersonal (conflictos y rupturas), seguidos por problemas en el trabajo o desempleo,

problemas financieros, duelo, violencia doméstica y dificultades de vivienda, entre otros (Foster, 2011). Por otra parte, el apoyo social percibido es un factor importante, cuya ausencia o pérdida se asocia a afectos y cogniciones presuicidales y a tentativas más severas. Inversamente, la provisión de apoyo es una importante medida preventiva (Gómez, 1995). Los eventos vitales desencadenantes del suicidio tienen relación con la etapa del ciclo vital. En los adolescentes y jóvenes tienen relevancia las situaciones de disfunción familiar, abuso físico o sexual, los problemas con el grupo de pares, experiencias de separación o rechazo, presión excesiva por el logro y la exposición a otros suicidios ("modelos" suicidas) (Beck, Brown, 1990). En la edad media tienen importancia las dificultades económicas y laborales, y en la edad avanzada las enfermedades, la soledad y las dificultades de vivienda (Gómez, 1995).

1.5.3. Factores psicológicos y cognitivos

La desesperanza definida como expectativas negativas respecto del futuro- es una dimensión relevante en la evaluación del riesgo. Siendo un componente de la depresión, es mejor predictor de intención suicida que su severidad global. La ideación suicida, a la vez, es más intensa entre quienes presentan mayor desesperanza. La desesperanza tiene valores predictivos a largo plazo, caracterizando a quienes serán repetidores de tentativas o se suicidarán. Determina una vulnerabilidad persistente a la conducta suicida y se comporta en pacientes suicidales crónicos como un rasgo habitual y estable (Beck, 1990); (Gómez, Orellana, 1998). Otros factores cognitivos estudiados incluyen: rigidez cognitiva, la consideración del suicidio como una solución aceptable, déficits en la capacidad para resolver problemas, y una tendencia a visualizar las situaciones en términos bipolares extremos (pensamiento dicotómico). Una percepción de "insolubilidad de los problemas" puede estar presente en jóvenes y niños suicidales. Otras dimensiones de la personalidad incluyen la introversión y el Psicoticismo (Gómez, Orellana, 1998).

Historia familiar de suicidio

Estudios citados en un reporte de violencia en el año 2002 se consideró a niños adoptados en el cual se demostró que aquellos que cometieron suicidio frecuentemente tenían parientes biológicos que también lo habían hecho (World report on violence and health, 2002). Por lo tanto, la conducta suicida y el entorno social y cultural en el que se desarrolla el individuo, son fundamentales debido a que los hijos adoptados acogen el rol en la familia de adopción (American Psychiatric Association, 2003).

Por último en este estudio se demostró que los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida (Hawton, 2009) (Sakinofsky, 2007), especialmente en el género femenino (Nock, 2008) y cuando los intentos suicidas o el suicidio consumado se han producido en familiares de primer grado de consanguinidad (Sakinofsky, 2007).

Maltrato físico o abuso sexual

La violencia de género y el suicidio se relacionan entre sí ya que en muchos estudios han sido considerados (Golding, 1999). Tomando en cuenta esto, la probabilidad de que una mujer maltratada padezca trastornos mentales (dentro de ellas presenta conductas suicidas) puede ser que el riesgo de padecer conductas suicidas es dos veces mayor que en las mujeres que no han sufrido maltrato (Women's Health and Domestic Violence against Women, 2005).

También se valoró una asociación entre agresor y suicidio, ya que, según datos tomados en el año 2010 en España, se obtuvo que un 21,9% de los agresores intentaron suicidarse y el 16,4% lo fue letal después de haber agredido a su pareja con consecuencias mortales (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Los abusos sexuales y físicos asociados a estas sus comorbilidades que se han producido durante la época de la infancia se asocia con la conducta suicida (Williams, 2000).

Orientación sexual

No se ha encontrado mucha evidencia científica en este tema, pero algunos estudios muestran mayor riesgo de suicidio en individuos con orientación homosexual, con más

frecuencia en la etapa adolescente y en adultos jóvenes (Sakinofsky, 2007), debido a que en ocasiones presentan abusos físico y sexuales además de discriminación, tensiones en sus relaciones con sus padres y pares, ansiedad, falta de apoyo, incluido trastornos por abuso de alcohol y drogas, síntomas de depresión posiblemente desesperanza siendo estos los principales factores de riesgo de suicidio (American Psychiatric Association, 2003) (Judge B, 2004).

Acoso por los pares

En la actualidad el acoso por los pares durante la adolescencia, se ha considerado con altos niveles de estrés, generando ideas distorsionadas de la realidad, en la cual el individuo acosado se siente aislado, denigrado, fracasado y discriminado por lo que mediante la ideación y conducta suicida buscan la forma de castigarse así mismo o de dejar de sentir dolor y sufrimiento (Guo B, 2002).

El fácil acceso a armas y medicamentos tóxicos

El método suicida y su fácil acceso a estos medios para llevar a cabo un acto suicida aumenta el riesgo del mismo, debido a que ayuda a ejecutar la acción suicida (Hawton, 2009). Así en EE.UU. suele el método más frecuente las armas de fuego, en China los plaguicidas y en el resto del mundo mediante ahorcamiento (Women's Health and Domestic Violence against Women, 2005).

1.5.4. Factores de Riesgo Según Revisión Internacional De La OMS:

- Enfermedades psicológicas y psiquiátricas (depresión psicótica, ansiedad, esquizofrenia, la drogadicción y alcoholismo) (González, 2006)
- Intentos autolíticos previos
- Sexo masculino
- Enfermedades médicas cuyos pronósticos sean crónicos, discapacitantes e incurables como el cáncer y SIDA y las que ya fueron nombradas anteriormente. .
- La impulsividad y hostilidad. (OMS, 2002).

- Como ya se mencionó en párrafos anteriores uno de los factores más importantes es la terminación de un romance o un matrimonio; los individuos que se encuentran atravesando por estados de ruptura matrimonial presentan un alto porcentaje de suicidio en comparación con las casadas; esto es lo que varios estudios epidemiológicos detallan entre los factores adicionales de predicción en el que consideran un aumento de tasas suicidas en hombres que atraviesan por un divorcio. (González, 2006)
- La pérdida de un trabajo o problemas económicos aumenta la probabilidad de conductas suicidas debido al estrés que este genera en el individuo.
- Otro factor importante relacionado con el estrés son el tipo de profesión que el individuo ejerce ya que los porcentajes de suicidios entre las profesiones que parecen estar relacionadas con medicina, odontología y abogacía se encuentran dentro de un grupo de profesionales cuyos porcentajes de suicidios son altos. Por otro lado los grupos de trabajadores no calificados, también han tenido un porcentaje alto de suicidio. (Sarason & Sarason, 2006).

1.5.5. Factores protectores

Los factores protectores son aquellos que ayudan a sobreponerse de una tragedia por lo tanto probabilidad de una conducta suicida. (Nock, 2008):

Personales (Beautrais,2005):

- Capacidad de resolver problemas (Yang, 2010),
- La autoconfianza (Guo, 2002),
- Capacidad para mantener relaciones sociales e interpersonales,
- Presentar flexibilidad cognitiva (Beautrais AL,2005),
- Haber procreado hijos.

Sociales o medioambientales

- Apoyo familiar es fundamental, (Nock , 2008).
- Integración social (Sullivan, 2009).
- Poseer creencias y pertenecer a una secta religiosas en base a la espiritualidad o valores positivos (Beautrais, 2005).
- Valores culturales y tradicionales (Sakinofsky I, 2007).
- Poseer una adhesión al tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol (Guo B, 2002).

1.5.6. Factores precipitantes

Los sucesos que han sido estresantes en la vida del individuo, (Hawton K, 2009) (Kann L,2000), enfermedades psicológicas y psiquiátricas individuales (Kann L,2000) o el fácil acceso a métodos de suicidio (Hawton K, 2009), podrían formar parte de los factores facilitadores de la conducta suicida suicidio (Kann L,2000).

Trastornos psicológicos y psiquiátricos pueden precipitar a generar ideación o conducta suicida obviamente luego de algún evento estresante; como el bullying (en adolescentes), problemas familiares (tanto en adolescentes como en adultos) y el sentimiento de soledad (generalmente en ancianos y adolescentes) (World report on violence and health, 2002).

1.6. Suicidio en adolescentes

Según la Organización Mundial de la Salud la adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y edad adulta, que va de los 10 a los 19 años, (OMS,2017)es considerada como un periodo de adaptación a cambios corporales, psicológicos y sociales; sin embargo, un alto porcentaje de esta población carece de herramientas necesarias para combatir ciertos problemas que llegan a ser cotidianos, como privaciones económicas o discriminación y esta carencia aumenta el riesgo de suicidio, generando un problema de salud pública en todo el mundo (Secretaría de Salud. Salud de la adolescencia, 2002) y se ha posicionado como la tercera causa

de muerte en este grupo de edad (Organización Mundial de la Salud, 2000). Según diversas investigaciones el principal factor predisponente es un trastorno mental (Hernández, 2011), asociado a otros factores tanto económicos, sociales, culturales, familiares, escolares y ciertas vivencias en el individuo que detonan estas ideaciones suicidas (UNICEF 2017). Estos pensamientos suicidas son parte de un proceso normal del desarrollo, ya que tratan de eludir los problemas existenciales al momento de comprender el sentido de la vida y la muerte (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Según una encuesta realizada a nivel mundial sobre salud escolar, realizada en el año 2012 en Argentina a 544 escuelas secundarias con un total de 28.368 alumnos, se obtuvo que el 16,9% de los adolescentes consideró la probabilidad de suicidarse ese año; además se registró un incremento del 3,5% en el cual ya habían realizado un plan concreto para suicidarse y en el año 2007 aumentó al 12,6% y en el 2012 al 16,1. Estas encuestas muestran que la mayoría de las personas que tenían intención de suicidarse eran ideas ambivalentes y no buscaban la muerte exclusivamente sino dejar de sufrir. Esta problemática que padece los adolescentes y los niños entre 8 y 11 años piensan que cuando ellos estén muertos, aquellos individuos que los hicieron sufrir podrían recapacitar y dejar de provocarles dolor cuando ellos resuciten; teniendo una idea errónea del suicidio (UNICEF, 2017).

En nuestro país Ecuador presenta una tasa de suicidio en el 2004 de 6,1 por cada 100 mil habitantes según el Instituto de Estadísticas y Censos las tasas son relativas y bajas con respecto a otras partes del mundo, en el cual compara con Europa ya que se ubica con 15,74 por cada 100.000 habitantes, para el 2005 aumenta a 7,1; estas cifras comparadas con otras regiones no son tan elevadas, el incremento de la tasa de suicidio debe ser tomada en cuenta por las autoridades sanitarias, ya que se convierte en un problema de salud pública, motivo por lo que se debe evaluar características de la conducta suicida para lograr su prevención (Betancourt, 2008).

Según datos estadísticos nacionales, 611 muertes por suicidio por año, entre edades comprendidos 12 y 17 años en todo el Ecuador por lo que convierte en la segunda causa de muerte, y de tercera causa en las provincias tomando en cuenta que por cada suicidio se estiman de 10 a 20 intentos fallidos (Bautista y Barahona, 2013).

No hay un único predictor de riesgo suicida. Uno de los factores que han sido asociados a la etiología de la conducta suicida en los adolescentes, ya mencionado es el género. La tasa de suicidio consumado en mujeres adolescentes es menor que la de varones, esta contrasta con la tasa de ideación e intentos suicidas que es mucho mayor en las mujeres que en los hombres; 3:1 (Bridge, 2006). La razón de tasas de suicidio entre hombres y mujeres en Chile es de 4,6:1 (19,4 por 100.000 habitantes en hombres de todas las edades y de 4,2 en mujeres) (Minsal, 2012).

Con respecto a la edad, las tasas aumentan con la edad por lo que la mayor prevalencia de psicopatología en los adolescentes, particularmente la combinación de trastornos del ánimo con consumo de sustancias (Shaffer et al., 1996). El factor de riesgo más importante constituye los intentos autolesivos previos ya que tiende a ser mayor en los primeros 3 a 6 meses luego del intento, manteniéndose elevado con respecto a la población general por al menos 2 años (Bridge et al, 2006).

La conducta suicida del adolescente está condicionada también por características del funcionamiento psicológico, un persistente estado emocional de desesperanza es un predictor significativo de ocurrencia suicida (Beck et al., 1990). Un estudio con adolescentes escolares chilenos con intentos suicidas encontró que un factor de desesperanza se asociaba a suicidalidad cuando se asocia con depresión, es decir cuando se expresaba en un contexto psicopatológico (Salvo et al., 1998). El aislamiento social, la hostilidad, un concepto negativo de sí mismo, la baja autoestima, el comportamiento agresivo e impulsivo y la autopercepción

de ineficacia son condiciones con expresión emocional que influyen negativamente en mantener relaciones interpersonales satisfactorias.

En algunos estudios la impulsividad se asociaba con la conducta suicida adolescente (Kashden, 1993) y hacen notar que los adolescentes mientras más impulsivos pueden realizar intentos con poca planificación y de un modo inesperado, por lo que la prevención para este subgrupo impulsivo podría centrarse en la restricción al acceso de métodos letales (Bridge et al., 2006).

Otra particularidad que se pudo encontrar en dos investigaciones en los jóvenes ecuatorianos es la alta prevalencia de síntomas depresivos que puede afectar alrededor de 30% de los estudiantes de secundaria (Crisafulli, 2010). Los protocolos de intervención durante al momento de la detección del paciente deben estar diseñadas de manera que se detecte precozmente los factores de riesgo de la conducta suicida (Baca-García E, 2010), esto es con el fin de que se adapte otros programas de prevención; así también es importante la intervención personalizadas e interdisciplinarias en individuos en riesgo (Robson, 2010). Existen limitaciones que presentan los registros de suicidios como: la falta de los registros de muerte, investigación de ciertos diagnósticos como caídas, intoxicaciones; etc en las que se adjunta el estigma religioso, social para la familia del individuo (Catalan, 2011).

Las manifestaciones suicidas, las ideas suicidas y el suicido como tal traen consigo causas y consecuencias que al quitarse la vida se trata de un tema delicado que no tiene una respuesta absoluta. Los factores de riesgos detectados que llevan a los adolescentes a suicidarse son el fracaso escolar, la migración y los divorcios de los padres, el factor estacional; depresiones por violencia intrafamiliar, embarazos precoces y fracasos en relaciones amorosas (Ramos, 2012).

1.7. El proceso suicida

Bouchard en el año 2000 explica el proceso suicida como un proceso que va desde que se produce la crisis hasta el acto suicida, y señala que este período en los adolescentes es muy

corto pero más efímero cuando hablamos de un segundo intento autolítico; por lo que divide este proceso en cinco momentos:

- **Buscar soluciones:** es considerada una etapa normal en cualquier crisis; en la que el individuo realiza una lista de las soluciones posibles al problema con el fin de que se provoque un cambio y disminuya el sufrimiento. En este momento se identifican varias estrategias para resolver la crisis, pero el suicidio no es considerado una solución.
- **La ideación suicida:** Las soluciones y estrategias para resolver la crisis son ineficaces por lo que inician pensamientos breves y efímeros de muerte como posible solución para dejar de sufrir; por lo que la idea de la muerte puede hacerse frecuente y muchas veces escondidas por otras ideas como que algo pasara para morir, como, por ejemplo, una enfermedad grave o un accidente, pero la ideación se vuelva más frecuente y se empieza a realizar planes o talvez escenarios posibles.
- **Rumiación:** en este tercer momento el querer escapar del problema es cada vez más angustiante, el individuo se siente cada vez más incapacitado de soportar la crisis que le acecha, por lo que la idea del suicidio se vuelve constante.
- **Cristalización:** en este momento, la desolación y la desesperanza prevalecen y el suicidio ha sido considerado ya la solución al sufrimiento, es el momento de elaborar un plan preciso: el día, la hora, el medio, el lugar. Es importante ya que en esta etapa el individuo puede sentirse aliviado ya que ha encontrado la solución para su dolor. Es frecuente, que cuando se haya optado por esta solución se realice una ruptura emotiva con los que le rodean y un aislarse esté presente. Solo faltará que se consume el acto.
- **El último momento** el acto se encuentra inminente quiere decir que un evento desencadenante está ligado al acto suicida, no importa la intensidad, importancia o

cómo se manifiesta el evento, ya que existe una pérdida significativa del sentido en la vida. Es importante intervenir en cualquier momento ya que hay que recordar que en cualquier momento se puede cambiar las cosas por la ambivalencia y sobre todo por el miedo de pasar al acto, inclusive hasta este momento, si existe una adecuada intervención puede interrumpirse el proceso.

1.8. Evaluación clínica y medición psicométrica de los factores de suicidabilidad

Los indicadores que se deben valorar en el momento de la entrevista clínica son:

- Antecedentes patológicos familiares, es importante considerar los lazos afectivos quebrantados a repetición y, antecedentes familiares de suicidios consumados.
- Personalidad premórbida, como rasgos de personalidad hipotímico o cicloides, obsesivos- compulsivos o ideas paranoides.
- Antecedentes patológicos personales como cuadros de depresión mayor, distimias, número de ingresos a psiquiátricos, tratamiento psiquiátrico agresivo como terapia electroconvulsiva y sobre todo intentos suicidas previos.
- Edad en que se manifiestan los síntomas, adolescencia y edad senil.
- Naturaleza de las contingencias ambientales afrontadas.
- Condiciones de cohesión del grupo familiar. (González, 2006)
- Entrevista clínica completa al paciente, familiares, amigos, novio (a), maestros. (Pérez Barrero S., 2000)

Es importante establecer un diagnóstico multiaxial en el que se desarrolle todos los ejes, sobre todo el I y II que en la actualidad puedan estar en remisión; es imprescindible identificar las enfermedades médicas (Eje III), pues el diagnóstico puede estar relacionados con un aumento de riesgo suicidio.

La importancia de detectar los estresores psicosociales en el eje IV ya que estos pueden ser agudos o crónicos; además hay que considerar los eventos de vital importancia percibidos por el paciente. Y finalmente la evaluación de los niveles de funcionamiento dentro del eje cinco.

Para la evaluación a los pacientes es importante tener en cuenta las siguientes escalas diagnósticas como:

- Escala de Riesgo Suicida
- Escala de Ideación suicida
- Escala de intencionalidad suicida
- Escala de Depresión (BDI) Escala de impulsividad.

Para el diagnóstico es importante tener en cuenta que el sujeto puede mentir en las respuestas de ciertos test aplicados, por ello para estos casos se puede aplicar algunos tests proyectivos como “HTP” es un test que trata de determinar los rasgos de personalidad a través de la interpretación de los dibujos (casa, el árbol y la persona en sí), el test de “Mi familia” en la cual se detecta los problemas intrafamiliares mediante un dibujo, además de la triangulación de información con la entrevista al paciente y familiares.

1.8.1. Identificación del riesgo suicida durante la entrevista psicológica

- Los intentos suicidas que se realizan con métodos de baja letalidad no se deben ser menospreciados ya que muchos de ellos pueden llevar un suceso fatal en un futuro (González, 2006); es importante tener en cuenta manifestaciones depresivas, especialmente con síntomas como falta de sueño, síntomas depresivos, pérdida de peso, sensación de soledad, ideación de incapacidad para realizar cualquier actividad, ansiedad y conductas suicidas que pone en peligro la vida del paciente (González, 2006).

- Los cambios bruscos en su pensamiento y actitud en general que ponen en manifiesto una ruptura en la línea vital, como por ejemplo aquellos que afrontan situaciones conflictivas de importancia (González, 2006).
- Pacientes conscientes de padecer enfermedades médicas clínicas de mal pronóstico.
- Hábitos relacionados con consume de sustancias que han generado problemas tanto a nivel familiar, social y laboral (González, 2006).
- Los pacientes con disfunciones sexuales de evolución prolongada.

Las herramientas que utilizaremos en este proyecto de estudio para evaluación de factores de suicidabilidad ayudaran en la captación temprana además del manejo, la prevención y la rehabilitación del paciente con conducta suicida. Se estima que un 60 a 70% de pacientes se realiza una evaluación clínica y psicológica tras un intento de suicidio; las herramientas más utilizadas son: entrevista clínica y escalas de evaluación, como la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida de Pierce y SCL-90R.

1.9. Prevención del suicidio

Los suicidios son prevenibles y existen medidas eficaces que se pueden adoptar. Entre las medidas que propone la OMS, para la prevención del suicidio, se encuentran: reducir el acceso a medios para autolesionarse o suicidarse, realizar una praxis informativa responsable por parte de los medios de comunicación, implementar la protección de las personas con elevado riesgo de suicidio, detectar precozmente el riesgo suicida y abordar y tratar adecuadamente las conductas suicidas (OMS, 2012).

La atención médica oportuna de manera integral e integrada durante la etapa de crisis de manera adecuada es la mejor estrategia para prevenir el suicidio. La falta de servicios y servidores capacitados en ciertas áreas pueden ser factores que apoyen a este aumento de las tasas de suicidio ya que aumenta la brecha de estas en el país (Fliege, 2009).

La prevención del suicidio se ha basado en varios enfoques; una de ellas es estructurar una mayor conciencia en la población de los posibles pensamientos suicidas además de proveer instituciones capacitadas en intervención de crisis con herramientas necesarias para un buen manejo de los pacientes con esta conducta para ello es fundamental cambiar las expectativas culturales ya estructuradas minimizadas hacia aquellos pacientes con esta condición suicida (Sarason & Sarason, 2006).

En los Estados Unidos se realizó un programa dirigido a la Fuerza Aérea en la que se pretendía reducir la resistencia de los militares y de todo el personal para acudir a un profesional de la salud mental y conversar acerca de los problemas personales, siendo este obligatorio y parte de las actividades a realizar dentro del campus donde también se proporcionó capacitación para fomentar la consciencia acerca del suicidio. El resultado de este programa registró la reducción de la mitad de suicidios durante un periodo de cinco años y redujo a un nivel por debajo del promedio nacional ya que el suicidio era considerado la segunda causa principal de muerte en la Fuerza Aérea (Sarason & Sarason, 2006). Las metas del programa fueron enfocadas en la prevención, reiteración del acto y la consumación del suicidio. (Ochoa, 2009)

Las Estrategias y acciones generales del Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la conducta suicida; propone las siguientes estrategias:

Universales:

- Mejorar la información de la población sobre el suicidio y los problemas de salud mental.
- Crear políticas de prevención del acoso como Bullying y Cyberbullying, por lo tanto, capacitar al personal competente para su detección precoz, y así disminuir el riesgo suicida.
- Mejorar la detección del riesgo de suicidio en individuos víctimas de violencia.

Actuaciones en el ámbito sanitario ante la conducta suicida

- Mejorar la detección de las personas con conductas suicidas.
- Mejorar la atención a las personas con conductas suicidas.
- Mejorar la continuidad asistencial de las personas con conductas suicidas; a sus familias para dar tratamiento especializado.

La coordinación con otros sectores

- Limitar el acceso a los medios utilizados para el suicidio en la comunidad.
- Mejorar la detección de la depresión en personas de situación de cumplimiento penitenciario.
- Mejorar la vinculación de las personas sin hogar a los servicios de salud mental.

La formación de profesionales

- Desarrollar acciones formativas para profesionales de Atención primaria, Urgencias y Emergencias dirigidas a mejorar la detección del suicidio.
- Desarrollar acciones formativas para profesionales de Salud mental dirigidas a la detección y la atención de las personas con conductas suicidas; también incluidos otros profesionales como educadores, servicios sociales, policía; entre otros.

1.10. Tratamiento

La conducta suicida es un hecho complejo enfocado en factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales. El mayor de los retos es la dificultad de seleccionar el tipo de tratamiento que debe llevarse con el paciente, ya que en muchos de los casos el abordaje es difícil por la conducta hostil que tiene. Por ello el diagnóstico oportuno, la adhesión tratamiento es la base la hora de abordar la conducta suicida (Wenzel A, 2009).

En la actualidad el tratamiento psicoterapéutico ha adquirido cada vez más importancia y es esencial para disminuir la conducta y los intentos suicidas; el sobre todo la terapia psicológica basada en técnicas cognitivo-conductuales.

Varias revisiones sistemáticas y metanálisis expuestos en la “Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida” aprobada en España por el Ministerio de Salud demuestran que la psicoterapia es una parte esencial del tratamiento de la conducta suicida (Fountoulakis,2009).

La investigación más reciente acerca de la psicoterapia que incluyen técnicas cognitivo-conductuales es la realizada por Tarrier en el año 2008 en el que incluye 28 estudios (Fountoulakis,2009), que fueron realizados en Estados Unidos y la mayoría con gente adulta, a pesar de la heterogeneidad entre los estudios en cuanto a la metodología, en la implementación de tratamiento existió homogeneidad en la macro y micro terapia es decir a nivel estratégico y de procesos y mecanismos respectivamente (Fountoulakis, 2009), de todos modos una de las modalidades de psicoterapia más frecuente fue la terapia dialéctica-conductual y también se incluyeron estudios que utilizaron técnicas tipo cognitivo-conductuales fundamental en el tratamiento para reducir la conducta suicida; se midieron variables como: tasa de repetición, ideación, desesperanza y satisfacción con la vida, es decir variables relacionadas con la conducta suicida, pero cuando el estudio tenía varias variables se utilizó la más relevante en relación con esta conducta.

1.10.1. Tratamiento psicológico

En el año 2011, el Ministerio de Salud de España publicó su “**Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida**”, explica dos tipos de derivación según las características del sujeto, la primera derivación urgente, es decir, de manera inmediata y derivación preferente (Asens, 2011):

Derivación urgente

- Presencia de tentativas previas
- Enfermedad psiquiátrica grave
- Conductas suicidas reciente
- Intención suicida expresada en la entrevista
- Situación socio-económica familiar de riesgo o falta de soporte familiar
- Casos que haya duda de la gravedad de la ideación o riesgo de intento suicida.

Derivación

- Alivio durante o después de la entrevista
- Intenciones de controlar los impulsos suicidas
- Aceptación fácilmente del tratamiento y todas las medidas que se pactaron
- Ausencia de factores clínicos de riesgo
- Apoyo afectivo de la familia y amigos

Las medidas tomadas de manera precoz por el terapeuta son fundamentales sobre todo al momento de la captación del paciente; es decir en intervención en crisis en donde la entrevista clínica inicial con el paciente y la familia es importante ya que en este momento están permeables para recibir ayuda según Samy & Grizenko en 1991.

Según la “Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida” edición 2012 publicada en Madrid- España, el intento de suicidio puede ser de dos formas:

- Demandado de una manera explícita por el paciente o por el profesional que te lo haya derivado.
- Descubrimiento a medida que van avanzando las sesiones y el/la paciente te lo confiese.

Según (Pérez Barrero S, 2000)

- Establecer y mantener la alianza terapéutica.
- Prestar atención a la seguridad del paciente.

- Observación individualizada o una monitorización continua.
- Confiscar y revisar elementos posiblemente peligrosos en la habitación del paciente (si está hospitalizado).
- Determinar el plan de tratamiento.
 - Tratamiento debe de ser lo menos restrictivo posible y que proporcione al máximo la seguridad de los pacientes.
 - Determinar el riesgo de suicidio y la peligrosidad potencial para la familia.
- Plan de tratamiento.
 - Analizar las ventajas y desventajas de cada opción de tratamiento.
 - Diagnóstico de trastornos por dependencia o consumo de sustancias.
 - Realizar seguimientos intensivos durante la etapa inicial del tratamiento
- Detectar las tendencias suicidas en pacientes ambulatorios durante la atención médica.
- Coordinar atención médica multidisciplinaria.
- Crear una atmósfera de confianza con el paciente para que sienta libertad en discutir los aspectos positivos y negativos del tratamiento con el fin de generar una mejor adhesión al plan de tratamiento.
- Psico educación al paciente y a la familia.
- Disminuir la reincidencia de conductas suicidas.

Algunas guías de tratamiento en pacientes con conducta suicida expone medidas psicoterapéuticas y las dificultades específicas en los diferentes ensayos clínicos aleatorizados cuando se trata de comprobar y comparar la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos:

Terapias cognitivo-conductual

El modelo cognitivo y conductual de forma independiente parten de supuestos diferentes, en la que comparten técnicas cognitivas y empleando de forma sistemática técnicas conductuales su objetivo fundamental es la reconstrucción cognitiva en la que se trata de modificar pensamientos negativos distorsionados asociados a una conducta atípica, síntomas de depresión y conducta suicida, etc. Por lo tanto esta se enfatiza mejorar la relación entre la actividad y el estado de ánimo (Tarrier, 2008).

Este tipo de terapia es limitada en el tiempo, cuya duración más frecuente oscila entre 15-20 sesiones de 50 minutos semanal, otros formatos pueden ser más breves dependiendo del caso, puede oscilar entre seis a ochos sesiones según explica la Guía Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto mayor publicada en el año 2008.

Terapia dialéctico-conductual

Este modelo desarrollado por Linehan en el año 1993 quien enfoca tipo de tratamiento para individuos diagnosticados con de trastorno límite y una tendencia a conductas suicidas crónicas; pero también han optado por utilizar esta técnica en otras poblaciones. Este tratamiento trata de integrar elementos de la terapia de apoyo y también de la terapia cognitiva (Linehan, 1993).

El propósito principal de este tipo de terapia combina sesiones individuales, grupales y apoyo telefónico, enfatiza en la eficacia de esta terapia para la reducción de las conductas autolesivas y de la conducta suicida (Linehan, 1993).

Como se dijo en párrafos anteriores este modelo de terapia se centra en el trastorno límite de la personalidad, motivo que desarrolla a plenitud la conciencia o atención plena a aquella experiencia y también como es en el momento presente, siendo empáticos y sin hacer malos juicios (*mindfulness*) (Linehan, 1993).

La eficacia interpersonal, tiene como meta el cambio y mejorar las relaciones interpersonales cuando ha existido un aumento de la tolerancia a la ansiedad y la falta de aceptación y adaptación al dolor; además del malestar que estos generan incrementa aún más la conducta suicida (Katz, 2004).

1.11. Conclusiones

- Esta investigación mide la suicidalidad que puede ser comprendida como el efecto de la interacción de diferentes áreas de vulnerabilidad, correlacionando entre factores de riesgo tanto individuales como sociales lo cual genera una inestabilidad en el estado de salud mental del paciente que puede propiciar ideación suicida.
- La prevalencia identificada en diferentes estudios y establecida por la Organización Mundial de la salud es subestimada en varios países, motivo por el cual se debe poner mayor interés en identificar a estos pacientes ya que en nuestro país se considera como la segunda causa de muerte prevenible.

CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

2.1. Objetivos

.1.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados a suicidabilidad en adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 26 años en el Hospital Vicente Corral Moscoso e Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil.

.1.2. Objetivos específicos

- Evaluar la Intensión suicida
- Diagnosticar la sintomatología clínica asociada a suicidabilidad mediante el test SCI-90R.
- Relacionar la intencionalidad suicida en adolescentes, y jóvenes adultos con intentos autolíticos con la sintomatología clínica.
- Correlacionar las variables sociodemográficas con la intensidad suicida.

2.2. Hipótesis

- La sintomatología clínica está asociada con la ideación suicida.
- Pacientes que presentan antecedentes autolíticos tienen tendencias a repetir estas acciones.

2.3. Diseño metodológico

Esta investigación es de tipo cuantitativo transversal, descriptivo que se enfoca en medir sintomatología y factores de suicidabilidad en pacientes con intentos suicidados, entre el test de Pierce y el SCL - 90R.

2.4. Población

Esta investigación se realizó en pacientes que tengan entre 15 y 26 años de ambos sexos, se encuentran ingresados en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca y en el

del Instituto de Neurociencias de la Ciudad de Guayaquil con intentos autolíticos del primer semestre del 2018.

2.5. Criterios de inclusión

- Pacientes que se encuentren hospitalizados en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca y en el Instituto de Neurociencias de la ciudad de Guayaquil.
- Pacientes que tengan 15 a 26 años de edad.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.

2.6. Criterios de exclusión

- Pacientes que rechacen o desistan a formar parte del estudio de investigación.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

2.7. Instrumentos

Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (Derogatis Symptom Checklist, Revised (SCL-90-R))

El inventario SCL-90-R comprende 90 ítems que consideran los síntomas psiquiátricos más característicos de los síndromes. Este es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad, no presenta mayor dificultad para ser completado. En caso de que el individuo evidencie dificultades lectoras se aconseja al examinador que lea cada uno de los ítems en voz alta. Por lo general la aplicación requiere quince minutos en circunstancias normales, en casos especiales como pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90.

El inventario consta de síntomas como por ejemplo, "Dolores de cabeza " (ítem 1), "Escuchar voces que otras personas no oyen" (ítem 16), "Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro(a) de que están bien hechas" (ítem 18); etc. De todos los ítems 83 están incluidos en alguna de las nueve dimensiones primarias de síntomas y 7 de los ítems son

síntomas adicionales que se utilizan individualmente agregados al cálculo de índices globales (Derogatis,1994).

Las instrucciones denotan una lista de problemas que al individuo le han preocupado o han generado molestias durante los últimos siete días incluyendo el día de que se realiza el test, este tiempo se justifica debido a que el individuo usualmente contiene información más relevante sobre su estado clínico actual (Hamilton, 1970); se utiliza una escala con cinco opciones ("Nada", "Muy poco", "Poco", "Bastante" y "Mucho") a los cuales se les asigna una puntuación entre 0 a 4 puntos a cada alternativa ("Nada" con puntuación 0 puntos; "Muy poco" puntuación 1 punto; "Poco" puntuación de 2 puntos; "Bastante" puntuación 3 puntos; "Mucho" puntuación de 4 puntos); por lo tanto no se debe invertir la puntuación ya que el inventario es directo. La puntuación más alta en un ítem indica que se ha experimentado con mayor frecuencia en el período de tiempo ya mencionado (Derogatis, 1994)

Las dimensiones primarias de síntomas se definieron en base de criterios clínicos, racionales y empíricos:

- Somatizaciones (SOM): evalúa la presencia de diferentes malestares corporales que el individuo percibe.
- Obsesiones y compulsiones (OBS): síntomas como pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.
- Sensitividad interpersonal (SI): presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, sobre todo cuando si el individuo se compara con sus semejantes.
- Depresión (DEP): esta dimensión muestra las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo como: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.
- Ansiedad (ANS): Evalúa signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos, entre otros.

- Hostilidad (HOS): En esta dimensión refiere a pensamientos, sentimientos y acciones negativos y de enojo.
- Ansiedad fóbica (FOB): hace referencia a una respuesta persistente de miedo irracional (personas específicas, lugares, objetos, situaciones) a relación con el estímulo que la provoca
- Ideación paranoide (PAR): pone énfasis en los comportamientos paranoides fundamentalmente con desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.
- Psicoticismo (PSIC): Incluye síntomas tales como estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

Para la puntuación bruta se suman de los ítems que integran la dimensión respectiva y luego se promedia para el número de ítems efectivamente respondidos. Por ejemplo, la dimensión de Somatización contiene 12 ítems pero el individuo respondió sólo 10 ítems, la puntuación de la escala se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en esos 10 ítems y luego dividiendo el resultado por 10. Este cálculo da la uniformar el rango de puntuación de cada escala primaria (que queda fijado entre 0 a 4 puntos), compensando el efecto de que cada dimensión tenga un número distinto de ítems. Además, controla el efecto de los ítems no respondidos.

Como se dijo anteriormente este inventario tiene 7 ítems adicionales que luego se calculan como índices globales; estos ítems son:

- 19: Poco apetito
- 44: Problemas para dormir
- 59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir
- 60: Comer en exceso
- 64: Despertarse muy temprano.
- 66: Sueño intranquilo.

- 89: Sentimientos de culpa.

Los índices globales a los cuales estos se incorporan son:

- **Índice de Severidad Global (IGS):** es un indicador de la severidad del malestar de manera actual, en el que combina el número de síntomas reconocidos y presentes con la intensidad del malestar percibido.
- **Total de síntomas positivos (TSP):** se calcula contando el total de ítems con respuesta positiva es decir mayor que cero. En la población general, puntuaciones iguales o menores que 3 en varones e iguales o menor a 4 en mujeres son consideradas como un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están (imagen positiva). Puntuaciones superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican que el individuo puede exagerar sus patologías.
- **Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP):** evalúa el estilo de respuesta quiere decir si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Puntuaciones exageradamente altas sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en actitudes de fingimiento.

Escala de evaluación de riesgo suicida de Pierce

Por otro lado, se aplicará el Test de PIERCE que ayudará a medir desde una perspectiva médica en la cual se valora la intensidad de la ideación de suicidabilidad en tres ítems médicos.

- Circunstancias relacionadas con el intento suicida (6 ítems)
 - Mide el momento escogido
 - Aislamiento escogido.
- Calificación del intento desde la perspectiva del evaluador
 - Letalidad del método escogido
 - Intensión e impulsividad.

- Resultado predecible en cuanto a la letalidad del acto que evalúa la probabilidad de vida o muerte de no haber existido intervención psicológica.

A cada ítem se le otorga 0, 1 o 2 puntos, dependiendo del ítem señalado por ello a mayor puntaje se le considera mayor intención de morir al momento del intento de suicidio cuando se valoran las dos primeras variables y mayor es la probabilidad de haber muerto si no hubiera habido intervención de terceras personas, en las últimas variables. Al finalizar el test luego de calificar las tres variables estas arrojarán un puntaje teórico entre 0 y 24 puntos, en los cuales aportan una evaluación general de los niveles en las que se califican como: bajo, medio y alto de intención suicida que tenía el evaluado al momento de atentar contra su vida. Esta escala muestra una consistencia interna adecuada alfa de Cronbach = 0,77 (Sisask, Kõlves & Värnik, 2009).

2.8. Procedimiento de investigación

Recolección De Datos

1. Para la recolección de datos se solicitó por escrito la autorización al Hospital Vicente Corral Moscoso y al Instituto de Neurociencias de Guayaquil para poder llevar a cabo el estudio, posteriormente se dio su autorización para la recolección de datos y la aplicación de los instrumentos antes nombrados.
2. Se procedió a identificar a los pacientes con los criterios ya nombrados previamente y a la explicación del estudio, para luego la firma del consentimiento informado para la obtención de la información concerniente.
3. Los test fueron aplicados de manera individual por los autores de esta investigación.

Análisis De Los Datos

Recolectada la información y los datos mediante entrevista clínica y los instrumentos SCL90-R y la escala de Evaluación de Riesgo Suicida de Pierce, se procedió a la calificación de los test, y se utilizó SPSS 24, para comprobar la hipótesis planteada y generar los resultados.

Resultados Estadísticos

La información del siguiente apartado ordena las variables de la población de pacientes que han tenido intentos de suicidio, las relaciones familiares y conceptos personales de cada paciente y factores de riesgo asociados como problemas de salud mental entre ellas la depresión, ansiedad, trastornos alimenticios entre otros.

CAPÍTULO 3

ANÁLISIS DE RESULTADOS

1.1. Población

El estudio se realizó con 75 personas, pacientes hospitalizados en el Hospital Vicente Corral Moscoso e Instituto de Neurociencias durante el periodo agosto – octubre del año 2018. Fueron 26 hombres (34.7%) y 49 mujeres (65.3%) de entre 15 y 26 años con una edad media de 19.6 años (DE=4.07); el 52% se encontraban en la adolescencia y el 48% restante en etapa de adultez temprana; el 41.3% eran de la región costa, además el 60% tenían un estado civil soltero, los detalles se pueden observar en la tabla 1.

Tabla 1. Características generales de los participantes (n=75)

Característica	N	%
Sexo	Hombre	26 34.7
	Mujer	49 65.3
Intervalo etario	Adolescentes (de 15 a 18 años)	39 52.0
	Adultos jóvenes (de 19 a 26 años)	36 48.0
Región	Costa	31 41.3
	Sierra	44 58.7
Estado civil	Casado	15 20.0
	Soltero	45 60.0
	Divorciado	14 18.7
	Viudo	1 1.3

1.2. Análisis estadístico

El análisis estadístico fue realizado con apoyo del programa estadístico SPSS 25, para expresar los resultados se emplearon medidas de tendencia central y dispersión, además para establecer los niveles existentes según los manuales de los instrumentos y la caracterización de los pacientes se emplearon medidas de frecuencia absolutas y porcentuales, la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov (K-s) reveló que el comportamiento de datos era no normal por lo que se emplearon pruebas no paramétricas; la prueba de comparación de medias entre dos grupos U-Mann Whitney y la prueba de comparación entre más de dos grupos H-Kruskal Wallis, además para la relación entre variables se utilizó el coeficiente de correlación rho de

Spearman, se consideró una significancia del 5% ($p < 0.05$) y la edición de tablas y gráficos se la realizó en Excel 2016.

1.3. Resultados

Características del evento y los pacientes

Según la historia clínica de los pacientes el 73.3% presentaba condiciones de violencia intrafamiliar, el detonante de intento de suicidio en el 26.7% de los casos fue bullying o cambios drásticos de vida y el 22.7% presentó condiciones de violencia; con respecto al método empleado se reveló que el más frecuente fue el Cutting (28%), seguido por ingesta de píldoras (20%) y veneno (17.3%), además, en el 52% de los casos eran reincidentes, en la tabla 2 se observan los detalles.

Tabla 2. Condiciones del evento y de los pacientes

Característica		n	%
Situación familiar (Violencia)	No	20	26.7
	Si	55	73.3
Detonante	Familia	12	16.0
	Duelo	6	8.0
	Bullying	20	26.7
	Violencia	17	22.7
	Cambios drásticos	20	26.7
Método	Ahorcamiento	9	12.0
	Arrojarse al vacío	8	10.7
	Cutting	21	28.0
	Ingesta de píldoras	15	20.0
	Ingesta de veneno	13	17.3
Reincidencia	Sobredosis de sustancias	9	12.0
	No	36	48.0
	Si	39	52.0

Características de intención suicida

El nivel de intención suicida resultante medido en escala 0-25 osciló entre 2 y 19 con una media de 8.91 y una alta dispersión de datos ($DE = 3.68$) lo que indica heterogeneidad de comportamiento, la figura 1 muestra una ligera tendencia hacia los valores bajos de la intención suicida, el 4% ($n = 3$) registró baja intención, e 57.3% ($n=43$) mediana intención y el 38.7% ($n=29$) alta intención.

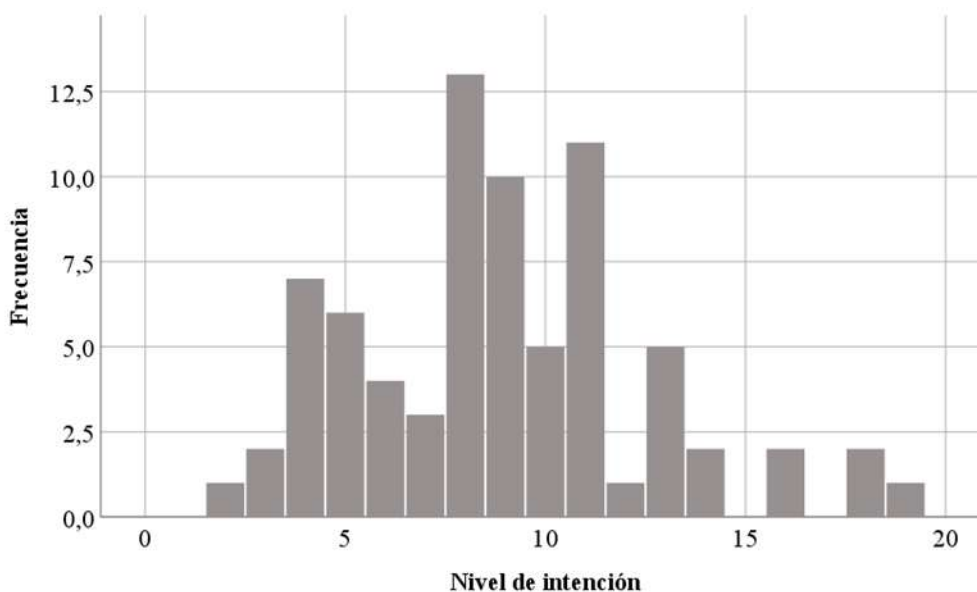


Figura 1. Intención suicida
Fuente. Autores

En la figura 1. el histograma muestra la distribución de puntuaciones, el eje horizontal representa la puntuación obtenida y el eje vertical la frecuencia.

Con respecto a las circunstancias relacionadas al intento del suicidio, se encontró que la característica de aislamiento más frecuentemente presentada fue tener alguien cerca o en contacto (54.7%); la mitad de las pacientes mencionó haber escogido un momento de tal manera que la intervención no era probable; el 48% había tomado precauciones pasivas, es decir se evitaba a otras personas sin embargo no se realizó nada para prevenir su intervención, además el 45.3% no tomó precauciones.

En el componente referente a actuación para obtener ayuda durante o después del intento se encontró que el 52% de los pacientes contactó, pero no notificó al auxiliador potencial respecto al intento, la misma cantidad de participantes no tuvo ningún acto final en anticipación a la muerte; además en la mitad de los casos no existía una nota suicida y en el 29.3% había una nota destruida, los detalles se pueden observar en la tabla 3.

Tabla 3. Circunstancias relacionadas al intento del suicidio

Característica	Circunstancia	n	%
Aislamiento	Alguien presente	20	26.7
	Alguien cerca o en contacto	41	54.7
	Nadie cerca o en contacto	14	18.7
Momento	Escogido de tal manera que la intervención es probable	23	30.7
	Escogido de tal manera que la intervención no es probable	38	50.7
	Escogido de tal manera que la intervención es altamente improbable	14	18.7
Precauciones contra el descubrimiento y/o la intervención	No tomó precauciones	34	45.3
	Precauciones pasivas, evitación de otras personas sin hacer nada para prevenir su intervención (puertas sin llave)	36	48.0
	Activas precauciones como poner llave en la puerta	5	6.7
Actuación para obtener ayuda durante o después del intento	Notificó a auxiliador potencial respecto al intento	21	28.0
	Contactó, pero no notificó al auxiliador potencial respecto al intento	39	52.0
	No contactó ni notificó a auxiliador potencial	15	20.0
Actos finales en anticipación a la muerte	Ninguno	39	52.0
	Preparación parcial o ideación	25	33.3
	Planes definidos realizados (Cambios en un testamento, tomar un seguro)	11	14.7
Nota suicida	Ausencia de nota	38	50.7
	Nota escrita pero destruida	22	29.3
	Presencia de nota	15	20.0

En el autoinforme se reflejó que el 40% de los pacientes pensaban que lo afectado no le provocaría la muerte, además el 44% estaba inseguro acerca de que lo efectuado le provocaría la muerte, el 16% restante creyó que lo afectado le provocaría la muerte.

En referencia al intento establecido se determinó que la mitad de los participantes no quiso morir y el 29.3% lo consideró incierto. En el 52% de los casos el acto fue impulsivo, pues el acto se consideró por menos de una hora; además el 45.3% de los pacientes estaban contentos de haberse recuperado y el 41.3% su reacción fue de inseguridad de estar contento o descontento por su recuperación.

Finalmente, el riesgo evaluado en el 48% de los individuos era de sobrevivida segura y en el 13.3% la muerte era muy probable. La ocurrencia de muerte sin tratamiento médico correspondió al 8% además esta fue incierta en el 49.3% de pacientes. Detalles en la tabla 4.

Tabla 4. Perspectiva del evaluador y riesgo

Ámbito	Característica	n	%	
Autoinforme	Calificación de letalidad por parte del paciente	Pensó que lo afectado no le provocaría la muerte	30	40.0
		Inseguro acerca de que lo efectuado le provocaría la muerte	33	44.0
		Creyó que lo efectuado le provocaría la muerte	12	16.0
	Intento establecido	No quiso morir	38	50.7
		Incierto o no se preocupó de si viviría o moriría	22	29.3
		Quiso morir	15	20.0
	Premeditación	Impulsivo, consideró el acto por menos de una hora	39	52.0
		Consideró el acto por al menos una hora	24	32.0
		Consideró el acto por un día	9	12.0
		Consideró el acto por más de un día	3	4.0
Reacción frente al acto	Paciente contento de haberse recuperado	34	45.3	
	Paciente inseguro de estar contento o descontento	31	41.3	
	Paciente descontento de haberse recuperado	10	13.3	
Riesgo	Resultado predecible en términos de la letalidad del acto del paciente y de las sustancias	Sobrevivida segura	36	48.0
		Muerte improbable	29	38.7
	Habría ocurrido la muerte sin tratamiento médico	Muerte probable o segura	10	13.3
		No	32	42.7
		Incierto	37	49.3
	Si	6	8.0	

Sintomatología: (Escala 30-80)

El análisis del índice de severidad global reveló a 9 casos con indicadores de dramatismo correspondientes a 6 hombres y 3 mujeres con puntuaciones extremas quienes fueron excluidas de esta sección del análisis para una mayor precisión y reflejo de la realidad en quedando un total de 66 participantes para esta sección de la investigación.

El índice global válido medido en puntuación T (30 – 80) osciló entre 30 y 65 con una media de 46.97 y una baja dispersión de datos (DE=9.11) lo que implica un comportamiento homogéneo y una tendencia de centralidad, es decir una severidad media, la figura 2 muestra la distribución de datos. El índice de malestar sintomático positivo y total de síntomas positivos confirmaron la tendencia hacia una severidad media.

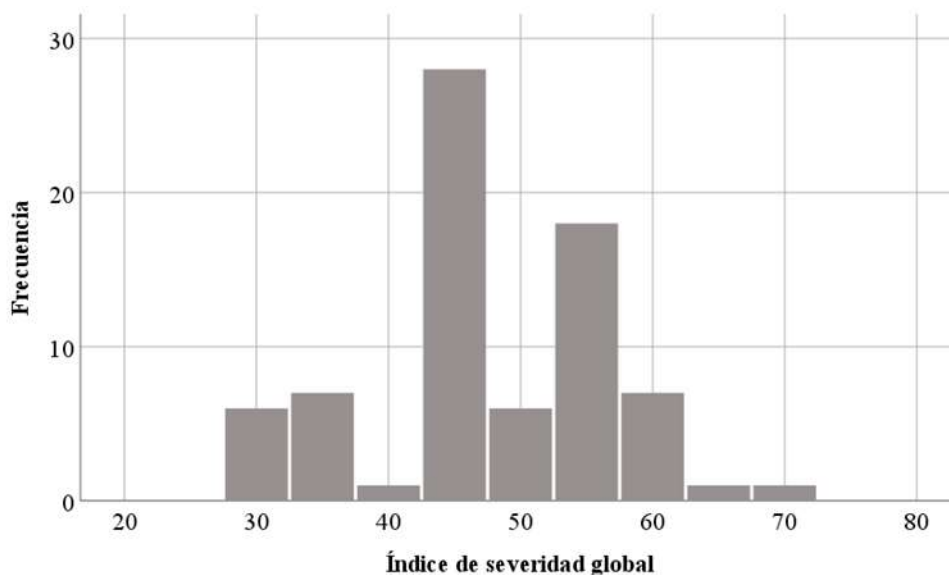


Figura 2. Índice de severidad global
Fuente. Autores

En la figura 2. El histograma muestra la distribución de puntuaciones, el eje horizontal representa la puntuación obtenida y el eje vertical la frecuencia.

Las valoraciones de las 9 sintomatologías oscilaron entre 30 y 70; la figura 3 muestra el comportamiento de resultados y revela que la sintomatología predominante era la hostilidad con una media de 65.1 (DE = 9.5) reflejando altos niveles de pensamiento, sentimientos y acciones características de la presencia de efectos negativos de enojo, seguida por depresión con una media de 60.7 (DE=14.3) mostrando manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimiento de desesperanza, ideaciones suicidas; en ambos casos la desviación muestra que los pacientes

tenían comportamientos similares. Se registraron 2 casos en hostilidad y 11 en depresión con puntuaciones muy por debajo que el resto del grupo.

La sintomatología referente a sensibilidad interpersonal reflejó una media de 41.9 (DE=9.3) siendo la más baja dentro del grupo de estudio lo que indica bajos niveles de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando se compara con sus semejantes, seguida por ansiedad fóbica (\bar{x} =45.8; DE=6.2) que alude a una baja respuesta persistente de miedo. La figura 3 muestra el comportamiento en las 9 sintomatologías clínicas.

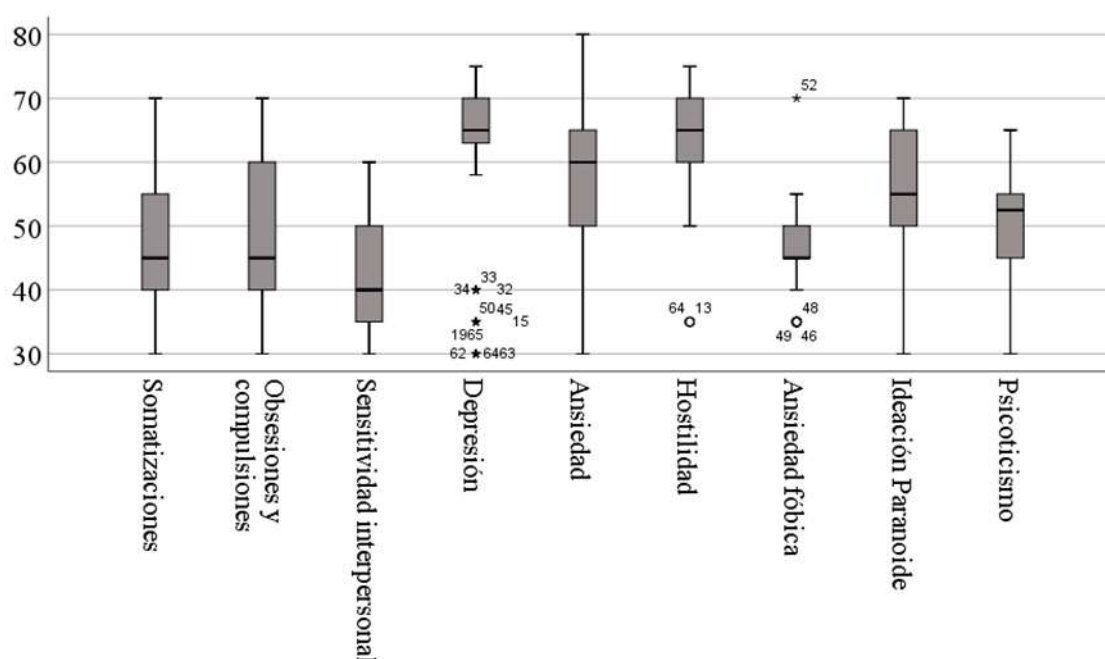


Figura 3. Sintomatología clínica
Fuente. Autores

En la figura 3. Los diagramas de cajas y bigotes muestran la distribución de datos; las líneas horizontales reflejan los valores: mínimo, máximo y cuartiles; la amplitud simboliza la dispersión de datos y los elementos externos (círculos y asteriscos) representan los casos atípicos.

Tomando en cuenta la categorización sugerida por el inventario; aquellas personas con puntuación T superior a 63 se han clasificado como pacientes con riesgo; en la figura 4 se puede observar que la sintomatología más prevalente fue la depresión con el 75.8% (n=50), seguida

por hostilidad 71.2% (n=47) y ansiedad con el 48.5% (n=32); las sintomatologías menos prevalentes resultaron ser: la ansiedad fóbica y el psicotismo.

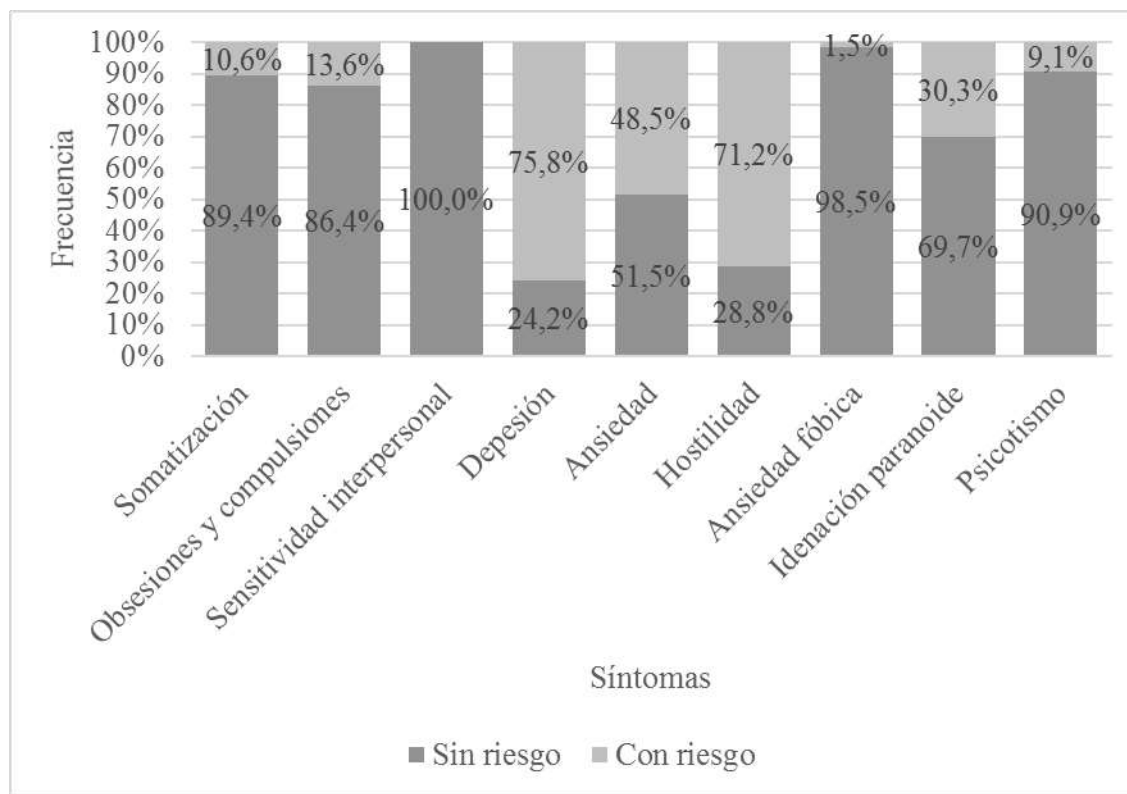


Figura 4. Categoría de riesgo sintomatológico
Fuente. Autores

En la figura 4. El gráfico de columnas apiladas muestra la frecuencia de pacientes en cada categoría sintomatológica según el inventario SCL-90-R.

Para relacionar la intención suicida según las características de los participantes, además de las generales se decidió hacer agrupaciones según condiciones de intervalo etario y estado de pareja; para grupo etario se dividió entre adolescentes y adultos jóvenes y para estado de pareja: con pareja civil (casados), sin pareja civil (soltero) y con pareja perdida (Divorciados y viudos).

La intención suicida resultó ser mayor en mujeres, en las personas de la costa y quienes no sufrían violencia familiar, así como en quienes eran reincidentes, adolescentes y personas sin pareja civil. A pesar de estos resultados los resultados no resultaron ser significativamente

diferentes ($p > 0.05$) lo que implica una similitud de comportamiento en todos los grupos de comparación, detalles en la tabla 5.

Tabla 5. Intención suicida según variables sociodemográficas

Característica		Media	DE	p
Sexo	Hombre (n=26)	8,35	2,91	0,516
	Mujer (n=49)	9,20	4,02	
Región	Costa (n=31)	9,39	4,29	0,357
	Sierra (n=44)	8,57	3,19	
Situación familiar (Violencia)	No	9,60	3,99	0,199
	Si	8,65	3,56	
Reincidencia	No	8,69	3,47	0,654
	Si	9,10	3,89	
Intervalo etario	(Adolescentes)	9,10	3,93	0,62
	Entre 15 y 18 años			
	(Adultos jóvenes)	8,69	3,42	
Estado de pareja	Con pareja (Casados)	9,07	2,37	0,164
	Sin pareja (Solteros)	9,38	4,27	
	Con pareja perdida (Divorciados y viudos)	7,33	2,29	

Los resultados revelaron una mayor intención suicida en aquellos que utilizaron el método de cutting en el acontecimiento, así como quienes consideraron como detonante situaciones de violencia, la tabla 6 muestra además que no había diferencias significativas entre grupos pues la intención era similar en todos los casos ($p > 0.05$).

Tabla 6. Intención suicida, métodos y detonantes

		Media	DE	p
Método	Cutting	9.76	3.14	0.247
	Ingesta	8.18	3.94	
	Otros	9.00	3.75	
Detonante	Familia y Duelo	8.94	3.51	0.453
	Bullying	8.70	3.84	
	Violencia	9.82	3.63	
	Cambios drásticos	8.30	3.83	

No se encontraron relaciones existentes entre la intención suicida y la sintomatología clínica de los participantes ($p > 0.05$) así como con el índice de severidad global ($r_s=0.102$; $p=0.417$), en la tabla 7 se pueden observar los detalles.

Tabla 7. Relaciones: Sintomatología, intención y edad

	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC
Intención	rs -0.121	-0.005	-0.161	0.043	0.011	-0.060	-0.056	0.069	0.098
	p 0.334	0.966	0.196	0.729	0.933	0.634	0.656	0.584	0.434
Edad	rs -0.061	0.004	-0.050	0.010	-0.131	-0.112	-0.011	0.169	0.020
	p 0.628	0.976	0.689	0.938	0.294	0.372	0.932	0.174	0.874

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de sintomatología.

	Mínimo	Máximo	Media	DE
Somatizaciones	30	70	47,0	10,5
Obsesiones y compulsiones	30	70	48,2	11,9
Sensitividad interpersonal	30	60	41,9	9,3
Depresión	30	75	60,7	14,3
Ansiedad	30	80	59,5	10,5
Hostilidad	35	75	65,1	9,5
Ansiedad fóbica	35	70	45,8	6,2
Ideación Paranoide	30	70	55,4	11,0
Psicoticismo	30	65	47,9	10,9

Discusión

En el presente estudio de investigación realizado en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca y el Instituto de Neurociencias de Guayaquil durante el período de julio- octubre 2018 con 75 pacientes se evidenció una prevalencia de intento suicida del 88% de los pacientes excluyendo a 9 de los participantes debido a que presentaban síntomas de dramatismo; el 34,7% de los participantes de sexo masculino mientras que el 65,3% eran de sexo femenino lo que puede demostrar que la intención suicida es mayor en el sexo femenino. Es importante recalcar que la edad media osciló 19.6 años teniendo en cuenta que el 52% eran adolescentes pacientes entre los 15 y los 18 años mientras que el 48% restante eran adultos jóvenes de 19 a 26 años de edad, además se denota una clara prevalencia de intención suicida en pacientes solteros con el 60% seguidos de casados con el 20%. Como otro factor de riesgo se analizó la historia familiar y social en la cual se pudo evidenciar violencia intrafamiliar en el 73,3% de los casos, además de otros detonantes del intento suicida como el bullying(26.7%), cambios drásticos en la vida

de los participantes (26.7%). Es imperativo recalcar que la reincidencia de los participantes fue del 52% de los casos teniendo en cuenta que el método más frecuente fue el cutting con 28% seguido de la ingesta de píldoras en un 20%, y utilización de veneno 17,3%.

Es importante recalcar que se analizó el nivel de intención suicida por lo que tuvo una alta dispersión en los datos lo que indica que la heterogenicidad de comportamiento por lo que se evidenció que el 57,3% tenían mediana intención de suicidarse y el 38.7% alta intención; con respecto a las circunstancias relacionadas con el intento suicida se evidenció que la característica de aislamiento más frecuente fue tener a alguien cerca o en contacto (54,7%), el componente más prevalente de actuación para obtener ayuda durante o después del intento suicida se encontró que el 52% de los participantes contactó con personas pero no notificó con respecto al intento; además el 29,3% habían escrito una nota suicida y luego la destruyeron; es importante recalcar que la mitad de los participantes no quisieron morir y el 29% únicamente lo consideró incierto teniendo en cuenta que fue un acto impulsivo en el 52% de los participantes.

El estudio reveló que la sintomatología predominante era la hostilidad con una media de 65.1 reflejando altos niveles de enojo seguida de depresión con una media de 60.7 mostrando manifestaciones clínicas de desesperanza e ideación suicida; mientras tanto en un estudio similar desarrollado en una universidad particular del norte de Portugal en 366 universitarios se obtuvo que 12,6% idealizó el suicidio durante la vida, 10,7% en el último año y 1,1% en las últimas semanas; además en un estudio realizado por Antinio Abellán (2005 en España) registró que la tasa de mortalidad por suicidio en España se sitúa en 8,2 fallecidos por cien mil habitantes de todas las edades (12,6 y 3,9 varones y mujeres, respectivamente) (2002) similar a lo obtenido en nuestro estudio que se encuentra el 52% de los participantes en la adolescencia (15-18 años) y el 48% en la adultez temprana (19-

26 años) siendo importante recalcar que a diferencia del estudio el 34.7% eran de sexo femenino.

En otros países europeos; uno de ellos Austria según datos arrojados por el Instituto Nacional de Estadística (2013) las tasas de suicidio en la población joven es de 2.65 por cada 100.00 habitantes; en lo que se observó 310 niños y jóvenes menores de 30 años que se quitaron la vida, lo cual refleja una cifra de suicidios en un rango de edades de los 13 a los 29 años a un 7.77% del total; mientras que el estudio realizado las edades comprendidas entre 15 y 26 años con una media de 19.6 años. En Austria y en Turquía se observa según estudio comparativo en estudiantes de medicina, con 320 estudiantes y en Turquía con 326; en el cual 5% de los universitarios austríacos idealizaron matarse en las últimas semanas y lo mismo ocurrió con 3,7% de los estudiantes turcos. Este fenómeno de obtener diferentes prevalencias puede ocurrir por los distintos tipos de instrumentos utilizados para su determinación.

Otros estudios realizados en los Estados Unidos por Paschall y Bersamin (2017) refieren que se registró una prevalencia de ideación suicida de 23,4% durante el 2015; en cuanto a la prevalencia en Latinoamérica, países como Chile presenta una prevalencia de intento de suicidio de 14,3%, estrechamente relacionado con la ideación suicida, según Silva y colaboradores, (2017), es decir, por debajo de los hallazgos de nuestro estudio; mientras tanto en México registró una prevalencia de suicidios de 40,2% para el año 2014, según refiere Cuesta-Revé (2017); este mismo autor señala que el suicidio corresponde a la tercera causa de muerte en el grupo etario de 10 a 19 años y la cuarta causa entre los 5 a 14 años; similar a lo planteado por el Instituto de Estadísticas y Censo del Ecuador.

Analizando los datos obtenidos en este estudio acerca de la prevalencia de ideación suicida, en comparación con cifras locales, en Ecuador, la muerte por lesiones autoinflingidas

representó el 16,48% en el 2016 (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2016), por lo que esta investigación supera el estimado nacional.

Otro estudio realizado en Colombia por Cuesta-Revé (2017) similar a los otros estudios y al nuestro en el cual concuerda con respecto a la edad, donde se obtuvo que el 75% de los suicidios se presentaron en edades comprendidas entre 15 a 34 años, con mayor prevalencia entre 15 a 17 años, siendo Latinoamérica una región con menos registros a nivel mundial. En comparación con estudios realizados en Ecuador, el suicidio ocupa la segunda causa de muerte en jóvenes de 12 a 17 años (Bautista & Barahona, 2013). En este sentido para el año 2016 según el INEC, las muertes por lesiones autoinflingidas en adolescentes entre 10 a 17 años representó el 16,48% del total general. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2016)

En cuanto a la ideación suicida propiamente dicha, en Malasia se registró con una prevalencia general del 6,2% siendo significativamente mayor en el grupo femenino con un 7,6% sobre los hombres que agruparon el 4,7%. (Ying et al., 2016) similar a nuestro estudio en el cual 34,7% eran del sexo femenino y eran adolescentes eran mujeres.

En una encuesta realizada en los Estados Unidos de América, con 2.843 estudiantes universitarios, demostró una prevalencia de 2% de ideación suicida en esa población, durante los años académicos, el 17% que tuvieron la idealización en la cual el síntoma más prevalente fueron síntomas depresivos; y, 9% poseían diagnóstico de depresión. Por otro lado en un estudio realizado en Brasil y revisado en el año 2017 registró datos de asociación entre la presencia de síntomas depresivos y la ideación suicida; lo que llama la atención de este estudio es que entre los alumnos que presentaron esa sintomatología (n=267), 21,4% pensaron en matarse en los últimos 30 días; mientras que en nuestro estudio el 88% (n=66) de participantes pensaron en el suicidio dentro de los últimos 7 días; y de los cuales la sintomatología más prevalente medida con el instrumento SCL- 90R fue la

depresión con el 75,8% (n=50) es importante decir que esta variable fue la que más fuertemente y que se asoció con la presencia de la ideación suicida entre los participantes de los estudios. Además de la depresión otros síntomas como hostilidad 71,2%(n=47) y ansiedad con 48,5% (n=32) también se evidenciaron una alta prevalencia en nuestro estudio.

Por lo tanto individuos que padecen sufrimiento psíquico o sintomatología depresiva, exteriorizan frecuentemente el deseo de aliviar el dolor mediante el intento suicida.

Por otro lado es importante expresar que el 73.3% de los participantes de nuestro estudio fue víctima de violencia familiar o problemas familiares; similar a lo encontrado en un estudio, realizado por la Revista Intercontinental de Psicología y Educación de la Universidad Intercontinental México en el cual denota que la razón más predominante que llevó a los jóvenes al intento de suicidarse, se debe a disgustos familiares; así como lo escriben González, 2002 y Palacios, 2006 quienes demuestran que los problemas familiares son un detonante para la conducta suicida; en nuestro estudio además se encontró como otros detonantes el bullying (26,7%), cambios drásticos en la vida (26,7%).

Dentro de los métodos más utilizados por los participantes de nuestro estudio fueron objetos punzocortantes 28% e intoxicación con pastillas o medicamentos 20% este se relaciona según el grado de letalidad, lo cual autores como (Brown, 2004; González-Forteza, 2002; Nock, 2007), señalan que la intención y la letalidad suelen ser aspectos diferentes en referencia a las lesiones autoinflingidas e independientes de su comportamiento, no son mutuamente excluyentes y, sin embargo, se complementan entre sí. Por lo tanto el 52% de los casos fue un acto impulsivo en el que el 48% de los participantes sobreviviría de manera segura y el 38,7% de los casos la muerte era improbable; ya que casi la mitad de los participantes no tenían la intención de matarse mientras que el 29,3% lo consideró incierto es decir que estaban inseguros.

Es importante recalcar que la reincidencia es frecuente similar a estudios realizados en Colombia, en los que se llevó a cabo con el objetivo de describir en un grupo de personas que ingresaron a los servicios de urgencias de distintos centros asistenciales de Medellín por intento de suicidio, las características de los que fueron clasificados como de alto y bajo riesgo de reincidencia. Como resultado, el 60,5% se consideraron de alto riesgo de suicidio a diferencia de nuestro estudio en los que se detectó una intención mediana 57,3% y un 38,7% con intención alta de suicidio valorada con la Escala de evaluación de Riesgo Suicida de Pierce. En el mismo país, un estudio se propuso caracterizar pacientes con intento suicida atendidos en la Unidad Primaria de Atención “La Estrella” en el año 2005 y determinaron la persistencia de ideación suicida, los factores de riesgo asociados y los predictores. Se pudo observar que los casos de intento de suicidio aumentaron seis pacientes en octubre-2004 hasta diez en octubre-2005. Como ya lo hemos mencionado en párrafos anteriores los motivos circunstanciales desencadenantes fueron en un 32,5% disfunción familiar y conflictos de pareja.

En otra investigación en 2000 en Uruguay que se dio a cabo por conocer las principales características epidemiológicas de la mortalidad debido a suicidio en el Uruguay registraron datos donde se vio un mayor número de suicidios en personas divorciadas y viudas, similar a nuestro estudio ya que la soledad y el aislamiento producen ideas de tristeza.

1.4. Conclusiones y Recomendaciones

En base a lo encontrado en el presente estudio se concluye:

- La intención suicida es mayor en el sexo femenino sin pareja y mayor en mujeres jóvenes adolescentes, en los cuales es frecuente la violencia. Además presentan alto índice de reincidencia equivalente a dos o más intentos suicidas, además se detectó que la ideación suicida está relacionado con la depresión y la desesperanza, factores

que están presentes con mayor frecuencia en las mujeres, mientras que el sexo masculino trata de evadir o desplazar dichos sentimientos mediante el consumo de drogas, alcohol etc. También se ha determinado que la impulsividad ante eventos que generan estrés o alteraciones del psiquis, son conductas que más se presentan en los hombres, son importantes factores de riesgo, tanto para las conductas suicidas como para el consumo de drogas y por su letalidad.

- Las mujeres adolescentes tuvieron el principal motivo para suicidarse o intentarlo debido a la violencia intrafamiliar o también al acoso escolar, problemas familiares como se ha mencionado, la estructura familiares la base fundamental para las relaciones paterno filiales ya que se ha demostrado que la relación padre/madre-hijo (a), influye sobre el estado emocional de los adolescentes. Cuando el adolescente se encuentre inmerso en un ambiente emocionalmente pobre, en el cual no exista relaciones afectivas saludables, generan alteraciones en los miembros del holon familiar. Por lo tanto uno de los principales motivos por el que los adolescentes afirmaron que intentaron suicidarse, es debido a los conflictos familiares, por lo que esto también se puede asociar al contexto social, económico y cultural.
- Los métodos utilizados por los individuos tanto en hombres como en mujeres para el intento suicida fue el cutting es decir utilizaron implementos cortopunzantes para provocar las autolesiones e ingesta de medicamentos. Es de suma importancia detectar que las autolesiones, independientemente del método utilizado y de la letalidad del mismo, es una conducta potencial de riesgo que debe tomarse con cautela y mucha importancia ya que generalmente el adolescente cree que tiene el control sobre su vida, pero desafortunadamente muchas veces no es así.
- En cuanto a la hipótesis no se pudo demostrar que existe una relación entre sintomatología e intención suicida, ni tampoco con la edad de los participantes. Pero

con respecto a los antecedentes Autolíticos es decir, la reincidencia es mucho mayor en personas que han intentado suicidarse en nuestro estudio. Por lo que en base a lo encontrado los resultados hacen evidente la necesidad de considerar a los adolescentes como una población de riesgo.

Recomendaciones

De acuerdo a lo encontrado en el presente estudio, se presentan las siguientes recomendaciones:

- Tomando en cuenta lo obtenido se debe crear políticas de manejo, prevención para individuos que tengan conductas suicidas; con ello crear guías de manejo, diagnóstico y tratamiento multidisciplinario para este tipo de pacientes, en el cual incluya programas de capacitación para los servidores de la salud con el fin de no menospreciar ciertos signos y síntomas de pacientes que acuden a consulta y a la emergencia de los centros médicos.
- Es importante recalcar que este estudio evidencia que la población en más riesgo son los adolescentes, por ello es importante el abordaje de manera integral, oportuno y multidisciplinario. También es importante tener en cuenta el desarrollo social, familiar, académico con el fin de detectar los estresores que puedan desencadenar ideación y conducta suicida.
- Según este estudio la muerte por suicidio es prevenible por ello se debe crear guías de prevención desde la infancia, trabajando a nivel familiar y a nivel educativo, ya que estos dos núcleos promueven el desarrollo cognitivo y emocional, por lo tanto es importante capacitar a los docentes y que a su vez ellos sensibilicen también a los padres de familia y generen importancia de los agentes promotores de conductas suicidas y así facilitar la tarea preventiva.

- Por último este estudio nos indica que pacientes con intentos autolíticos previos lo vuelven a intentar lo que quiere decir que la intervención en crisis es el momento fundamental para disminuir la sintomatología positiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chang K, Y. Y. (2009). *Study Of Suicide And Socioeconomic Factors. Suicide Life Threat Behav.*
2. Oquendo M, B.-G. E. (2001). *Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale. Eur J Psychiatry.*
3. - Posner K, O. M. *Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. Am J Psychiatry. 2007;164:1035–104*
2. Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta 691 *Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 39 / No. 4 / 2010 R, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. JBIBLIOGRAFÍA 195 Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998*
3. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, et al. *Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry 1964.*
4. Zahl DL, Hawton K. (2004). *Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11583.*
5. *Instituto Nacional de Estadística y Censos Del Ecuador (INEC), Encuesta de hogares, Ecuador, 2011.*
6. *Organización Mundial de la Salud (OMS). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS [internet]. Ginebra: OMS; 2014 [citado: 26 de agosto del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>. 20.*
- 7.- *Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud; 2000 [citado 10 may 2010].*

Disponible en:

www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf * 53.

8. Organización Mundial de la Salud: *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS* [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 [Citado 17 julio 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html> 6.

9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. (DSM-IV). Washington, DC. World Health Organization. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en.

11. Gómez A, Barrera A, Jaar E, Lolas F, Núñez C. Apoyo social en el intento suicida. *Psicopatología* 1995; 16: 54-58.

12. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MA, López-Ibor JJ, et al. Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2010;3(1):13-8. * 72.

13. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Edición 2012. España.2012.

14. Durkheim, E. (Edición de 1992). *El suicidio* (Vol. 37). Madrid: Ediciones Akal. Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., Bardallo-Porras, D., & Monforte-Royo, C. (2014). The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), 3501-3512. doi:10.1111/jocn.12602

15. Durkheim, Émile. *El Suicidio*. Ed. Akal. España. 2008. Pág. V – XXXI.

16. Shah A. The relationship between suicide rates and age: an analysis of multinational data from the World Health Organization. *Int Psychogeriatr*. 2007; 19:1141-1152.

17. Aláez M., *Tipos de Suicidio, España, 2013*, Disponible en: https://suite101.net/article/tipos-de-suicidio-a42492#.VN1Se_l5Pgs

- Hawton K, van Heeringen K. *Suicide. Lancet.* 2009;373(9672):1372-81.
18. Henri Ey, "Estudios psiquiátricos". Volumen I. Editorial Polemos. Bs. As. 2008
19. Porot A, Día J.L, "Diccionario de Psiquiatría. Clínica y Terapéutica", Barcelona-España, 1962, 1era edición, Editorial labor, S.A. Disponible en: <https://sites.google.com/site/jldiasahun2/elsuicidioseg%C3%BAndiccionariodea.porot>
20. Organización Mundial de la Salud. *World Health Organization*; 2000. [citado 9 dic 2011]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/.
21. Valenzuela D. *Suicidio. Colombia, 2009: Epidemiología del suicidio. Forensis: Datos para la vida. [Boletín anual en Internet] [acceso 11 junio de 2011].* Disponible en: <http://medicinallegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2009/Suicidios.pdf>
22. Ortega, R. y Del Rey, R. (2007). *Afrontar la conflictividad proyectando la convivencia. La Violencia Escolar: Estrategias de Prevención*, 25.
23. Roy, A. (1983). *Family history of suicide. Archives of General Psychiatry*, 40(9), 971-974.
24. Contreras, C., y Gutiérrez, A. (2007). *Bases biológicas del suicidio. Revista de divulgación científica y tecnológica de la Universidad Veracruzana*, 20.
25. Deakin, J. F. (1996). *5-HT, antidepressant drugs and the psychosocial origins of depression. Journal of Psychopharmacology*.
26. Van Heeringer, C., Portzki, G. y Audenaert, K. (2004). *The Psychobiology of suicidal behaviour. En D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof y A. Schmidtke (Eds.) Suicidal Behaviour: Theories and research findings (pp. 61-66). Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber.*
27. Chopin, E., Kerkhof, A., y Arensman, E. (2004). *Psychological dimensions of attempted suicide: Theories and data. En D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof y A. Schimdtke (dirs.).*

Suicidal behaviour: Theories and research findings (pp. 41- 60). Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber.

28. Freud S. (1917). *Traner und melancholie*. *Int Z Psychoanal*, 4(6), 288-301. González, B., & Rego, E. (2006). *Problemas emergentes en la salud mental de la juventud*.

29. Henry, C., Stephenson, A., Hanson, M., y Hargett, W. (1993). *Adolescent suicide and families: An ecological approach*. *Adolescence*, 28, 291- 308.

30. Menninger, K. (1966). *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace & World.

31. Litman, R.E. (Ed.). (1967). *Freud on suicide. Essays in self-destruction*. Editado por Edwin S. Shneidman, 324-244.

32. Stengel, E. (1962). *Recent Research into suicide and attempted suicide*. *American Journal of Psychiatric*, 118, 725-727.

33. Maris, R. (2002). *Suicide (Seminar)*. *The Lancet*, 360 (9329), 319-326.

34. Schneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale, NJ, Jason Aronson.

35. Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.

36. Beck, A., Rusch, A., Shaw, B., y Emery, G (1980). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

37. Beck, A., Kovacks, M., y Weissman, A. (1996). *Hopelessness and suicidal behaviour*. En J.Maltsberger y M. Goldblatt (dirs.), *Essential pappers on suicide* (pp. 331-341). Nueva York: University Press.

38. Beck, A. T., Steer R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-Fast Screen for medical patients, Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

39. Abramsom, L., Alloy, L., Hogan, M., Whitehouse, W., Gibb, B., y Hankin, B. (2000). *The hopelessness theory of suicidality*. En T. Joiner y D. Rudd (dirs.), *Suicide science. Expanding the boundaries* (pp. 17-32). Boston: Kluver Academic.
40. Neimeyer, R.A., & Stewart, A. E. (1998). *Trauma, healing, and the narrative emplotment of loss*. In C. Franklin & P.S. Nurius (Eds.), *Constructivism in practice* (pp. 165-184). Milwaukee, WI: Families International.
41. Lester, D. (1994) *A comparison of 15 theories of suicide*. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 24, 80-88.
42. Michel, K. y Valach, L. (1997). *Suicide as goal-directed action*. En K. Van Heeringen(dir.), *Understanding suicidal behaviour* (pp. 230- 251). Chichester: Wiley.
43. Bille-Brahe, U. (2000). *Sociology and suicidal behaviour*. En K. Hawton y K. Van Heeringer (dirs.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 193-207). Chichester: Wiley.
44. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal* American Psychiatric Association; 2003 [citado 02 mar 2010]. Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx *68.
45. Mingote, J., Jiménez, M., Osorio, R., y Palomo, T. 2004. *Suicidio asistencia Clínica. Guía práctica de psiquiatría Médica*. Madrid: ediciones Díaz de santos S.A.
46. Spirito, A. y Donaldson, D. (1998). *Suicide and suicide attempts during adolescence*. En A.S. Bellack y M. Hersen (eds.). *Comprehensive Clinical Psychology* (vol. 5) (pp. 463-485). Amsterdam: Elsevier.
47. Värnik, P. (2012). *Suicide in the World»* (pdf). *International Journal of Environmental Research and Public Health* (9, 760-771).

48. Echeburúa, E., González-Ortega, I., Corral, P. y Polo-López, R. (2011). *Clinical gender differences among adult pathological gamblers seeking treatment. Journal of Gambling Studies*, 27, 215-227.

49. Ortiz -Hernández, L. & García Torres, M.I. (2005). *Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. Cad. Saude Pública*, 21(3), 913-925.

50. Niezen R. *The Durkheim-Tarde debate and the social study of aboriginal youth suicide. Transcult Psychiatry*. 2014;52(1):96–114.),

51. Mackenzie S, Wiegel J, Mundt M, Brown D, Saewyc E, Heiligenstein E, et al. *Depression and suicide ideation among students accessing campus health care. Am J Orthopsychiatry*. 2011;81(1):101–7.

52. Ministerio de Salud Pública (2007a). *Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2007. MSP, UNICEF, INEC, OPS, UNFPA: Quito. (2007b), Proceso de Control y Mejoramiento de la Salud Pública: Enfermedades y eventos de notificación obligatorio sujetas a vigilancia epidemiológica Ecuador 1998-2007. MSP: Ecuador.*

53. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural. Quito; MSP: 2013.*

54. López-Cevallos D, Chi C, Ortega F. *Consideraciones para la transformación del sistema de salud del Ecuador desde una perspectiva de equidad. Rev Salud Pública*. 2014;16(3):347–59.

55. Sakinofsky I. *Treating Suicidality in Depressive Illness. Part I: Current Controversies. Can J Psychiatry*. 2007;52(6S1):71S-84S

56. *World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002 [citado 18 ene 2010]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap7_eng.pdf*

57. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completes suicide: metaanalyses based on psychological studies. *Environ Health Prev Med.* 2008;13:243-56.
58. National Collaborating Centre for Mental Health. *Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care.* London: National Institute for Clinical Excellence; 2004. Informe No.: 16.
59. López P, González-Pinto A, Mosquera F, Aldama A, González C, Fernández de Corres B, et al. *Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes hospitalizados.*
60. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. *Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses.* Geneva: World Health Organization; 2005.
61. Baca-García E, Vaquero-Lorenzo C, Pérez-Rodríguez MM, Gratacòs M, Bayés M, Santiago-Mozos R, et al. Nucleotide variation in central nervous system genes among male suicide attempters. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2010;153B(1):208-13.
62. Giner L. *Diferencias en la conducta suicida.* Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2011.
63. Crisafulli C, Calati R, De Ronchi D, Sidoti A, D'Angelo R, Amato A, et al. Genetics of suicide, from genes to behavior. *Clin Neuropsychiatry.* 2010;7(4/5):141-8.
64. Hawton, K. & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet* 373, 1372-81. Instituto Nacional de Estadística. Consultado el 21/12/2017. Disponible en <http://www.ine>
65. Kann L, Kinchen SA, Williams BL, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, et al. (2000). Youth risk behavior surveillance-United States, 1999. State and local YRBSS Coordinators. *J Sch Health.*70:271-85.

66. Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health.

67. Forman E.M., Berk M.S., Henriquez G.R., Brown G.K., Beck A.T. History of multiple suicide attempts is a behavioral marker of severe psychopathology *Am J Psychiatry*, 161 (2004), pp. 437-443 <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.437>.

68. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S (2008). *Suicide and Suicidal Behavior*. *Epidemiol Rev.*;30(1):133-54.

69. Catalan J, Harding R, Sibley E, Clucas C, Croome N, Sherr L. *HIV infection and mental health: suicidal behaviour--systematic review*. *Psychol Health Med*. 2011;16(5):588-611.

70. Keiser O, Spoerri A, Brinkhof MW, Hasse B, Gayet-Ageron A, Tissot F, et al. *Suicide in HIVinfected individuals and the general population in Switzerland, 1988-2008*. *Am J Psychiatry*. 2010;167(2):143-50

71. Harris Ec, BARRACLOUGH, B. (1997). *Suicide as an outcome for mental disorders. A analysis*. *Br. J. Psychiatry*, 170, 205-228.

72. Sarason, I., & Sarason, B. (2006). *Psicopatología, Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación de México SA.

73. Bertolote, J. M.; Fleischmann, A.; De Leo, D. et al. (2005): "Suicide at- ; Fleischmann, A.; De Leo, D. et al. (2005): "Suicide at- Fleischmann, A.; De Leo, D. et al. (2005): "Suicide at- ; De Leo, D. et al. (2005): "Suicide at- De Leo, D. et al. (2005): "Suicide at- tempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SU- PRE-MISS community survey", *Psychol*

74. Foster T. *Adverse life events proximal to adult suicides: a synthesis of findings from psychological autopsy studies*. *Archives of Suicide Research* 2011; 15: 1-15.

75. Gómez A, Barrera A, Jaar E, Lolas F, Núñez C. *Apoyo social en el intento suicida*. *Psicopatología* 1995; 16: 54-58.

76. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 1990;147:190-5. • 83
78. Gómez A, Orellana G, Jaar E, Núñez C, Montino O, Lolas F. La desesperanza como rasgo predictor del intento de suicidio. *Psicopatología* 1998; 18: 113-116.
79. Golding JM. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *J Fam Violence*. 1999;14(2):99-132. • 60.
80. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005. • 59. Golding JM.
81. Pollock LR. The psychology of suicidal behaviour. En: Hawton K, van Heeringen K, eds. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley; 2000.
82. American Psychiatric Association (2010). *Practice Guideline for The Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2003:31.
83. Judge B, Billick SB. Suicidality in Adolescence: Review and Legal Considerations. *Behav Sci Law*. 2004;22:681-95.
84. Guo B, Harstall C. Efficacy of suicide prevention programs for children and youth. Edmonton (AB): Alberta Heritage Foundation for Medical Research. *Health Technology Assessment*; 2002. Informe No.: 26.
85. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry* 2010; 15: 868-876. Doi: 10.10038/mp.2009.29.
86. González, B., & Rego, E. (2006). *Problemas emergentes en la salud mental de la juventud*.

87. Sullivan GR, Bongar B. *Assessing suicide risk in the adult patient*. En: Kleespies PM, ed. *Behavioral Emergencies An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization*. Washington (DC): American Psychological Association; 2009.
88. Hernández, Q. y Lucio, E. (2003). *Inventario de riesgo suicida para adolescentes IRIS, primera versión. Reporte del examen de postulación al doctorado*. Facultad de psicología, UNAM, México.
89. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio, un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Ginebra:OMS/00.3; 2001. 5.
90. Betancourt, O. D. & Andrade, P. (2012) *Las prácticas parentales como recursos familiares que modulan la sintomatología depresiva en adolescentes*. *Uaricha Revista de Psicología*, 9(19), 34 - 45
91. Bautista & Barahona, .. (2013). *Características Y RESPUESTA FAMILIAR FRENTE A LOS PACIENTES CON INTENTO AUTOLÍTICO QUE LLEGAN A LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL "PEDRO VICENTE MALDONADO" DESDE ENERO 2009 HASTA DICIEMBRE 2012*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5893/T-PUCE6051.pdf?sequence=1>
92. MINSAL (2014). *Sistema de salud mental de Chile. Segundo Informe*. Chile: Ministerio de Salud.
93. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. *Adolescent suicide and suicidal behavior*. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47(3-4):372-94. 7
94. Salvo L, Melipillán R & Castro A. (2009). *Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes*. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2009; 47 (1): 16-23. 17

95. Kashden J, Fremouw WJ, Callahan TS & Franzen MD. (1993). *Impulsivity in suicidal and nonsuicidal adolescents. J Abnorm Child Psychol* 21, 339-353.

96. Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F. *The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. Psychooncology*, 2010;

97. Ramos, R., Rosales, J.C., Córdova, (2012). *Ideación suicida en estudiantes mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. Psicología y Salud*, 22(1), 63-74

98. González, B., & Rego, E. (2006). *Problemas emergentes en la salud mental de la juventud.*

99. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). *Public Health Action for the Prevention of suicide. Suiza: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf.*

100. Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. *Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. J Psychosom Res.* 2009;66:477-93..

101. Ochoa Roca TZ, Vásquez Concepción ML, Carrasco Fera MA. *Epidemiología de la conducta suicida en la Policlínica Docente René Ávila Reyes. CCM [Internet].* 2009 [citada: 11 agosto 2011]; 13(1):0-0. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no131/pdf/n131ori9.pdf>

102. Wenzel A, Brown GK, Beck AT, editors. *Cognitive Therapy for Suicidal Patients. Scientific and Clinical Applications. Washington: American Psychological Association;* 2009.

103. Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). *Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year followup. Child and adolescent psychiatry and mental health*, 5(1), 1.

104. Pérez Barrero SA, Mosquera D. *El suicidio: prevención y manejo. Memorias de un curso necesario. Madrid: Ediciones Pléyades;* 2006.

105. Tarrier N, Taylor K, Gooding P. *Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. Behavior modification. 2008;32(1):77-108.*

106. Linehan, M.M. Heard, H.L & Armstrong, H.E. (1993). *Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. The Archives of General Psychiatry, 50(12), 971-974.*

107. Katz HM. *Multivariable Analysis: A Practical Guide for Clinicians. Cambridge: Cambridge University Press NYC, 2000.*

108. Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual. Minneapolis: National Computer System.*

ANEXOS**Anexo 1**

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFIA
ESCUELA DE PSICOLOGIA CLINICA
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este trabajo tiene por objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados a la presencia de suicidabilidad entre depresión y núcleo familiar funcional en adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 26 años, dentro del Hospital Vicente Corral Moscoso y del Instituto de Neurociencias de Guayaquil.

A través de la siguiente encuesta usted colaborará para la obtención de datos que ayudará a determinar si padece o no de los trastornos mencionados con la finalidad de obtener datos reales sobre el problema en esta institución.

La información que contiene este documento es anónima y confidencial, por lo que no requiere anotar su nombre. Este cuestionario tiene la finalidad de recolectar la información para un estudio de “Factores asociados a la presencia de suicidabilidad entre depresión y núcleo familiar funcional en adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 26 años, dentro del Hospital Vicente Corral Moscoso y del Instituto de Neurociencias de Guayaquil”.

Declaro que acepto participar de manera voluntaria en este estudio luego de haber recibido información necesaria del mismo, además de los beneficios que este proyecto antes mencionado pudiere aportar para prevenir la suicidabilidad.

He sido también informado/a de la confidencialidad de mis datos personales, los cuales serán incluidos en un fichero y protegidos con las garantías de la ley, en la encuesta no es necesario anotar mi nombre por lo que esta será anónima. Además de que no tiene ningún costo

y no voy a recibir ningún tipo de remuneración. Tengo el derecho de retirarme el momento que yo desee.

Por ello, otorgo mi consentimiento para la participación en el estudio de “Factores asociados a la presencia de suicidabilidad entre depresión y núcleo familiar funcional en adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 26 años, dentro del Hospital Vicente Corral Moscoso y del Instituto de Neurociencias de Guayaquil” y para que la información provista por mi persona sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

FIRMA DEL PACIENTE

Nombre:

CI:

ANEXO 2

**Escala de Intención suicida de Pierce
(Pierce, 1977).**

CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS AL INTENTO DE SUICIDIO.

1. *Aislamiento*
 - 0 Alguien presente.
 - 1 Alguien cerca o en contacto.
 - 2 Nadie cerca o en contacto.
2. *Momento*
 - 0 Escogido de tal manera que la intervención es probable.
 - 1 Escogido de tal manera que la intervención no es probable.
 - 2 Escogido de tal manera que la intervención es altamente improbable.
3. *Precauciones contra el descubrimiento y/o la intervención*
 - 0 No tomó precauciones
 - 1 Precauciones pasivas, evitación de otros, pero sin hacer nada para prevenir su intervención (estar solo en su pieza, puertas sin llave).
 - 2 Activas precauciones, como el poner llave en la puerta.
4. *Actuación para obtener ayuda durante o después del intento.*
 - 0 Notificó a auxiliador potencial respecto al intento.
 - 1 Contactó pero específicamente no notificó al auxiliador potencial respecto al intento.
 - 2 No contactó ni notificó a auxiliador potencial.
5. *Actos finales en anticipación de la muerte.*
 - 0 Ninguno.
 - 1 Preparación parcial o ideación.
 - 2 Planes definidos realizados (v. gr. Cambios en un testamento, tomar un seguro).
6. *Nota suicida*
 - 0 Ausencia de nota.
 - 1 Nota escrita pero destruida.
 - 2 Presencia de nota.

AUTOINFORME

1. *Calificación de letalidad por parte del paciente.*
 - 0 Pensó que lo afectado no le provocaría la muerte.
 - 1 Inseguro acerca de que lo efectuado la provocaría la muerte.
 - 2 Creyó que lo efectuado le provocaría la muerte.
2. *Intento establecido.*
 - 0 No quiso morir.
 - 1 Incierto o no se preocupó de si viviría o moriría.
 - 2 Quiso morir.

3. *Premeditación*

- 0 Impulsivo, consideró acto por menos de una hora.
- 1 Consideró acto por menos de una hora.
- 2 Consideró acto por lo menos de un día.
- 3 Consideró acto por más de un día.

4. *Reacción frente al acto*

- 0 Paciente contento de haberse recuperado.
- 1 Paciente inseguro de estar contento o descontento.
- 2 Paciente descontento de haberse recuperado.

RIESGO

1. *Resultado predecibles en términos de la letalidad del acto del paciente y de las circunstancias.*

- 0 Sobrevida segura.
- 1 Muerte improbable.
- 2 Muerte probable o segura.

2. *Habría ocurrido la muerte sin tratamiento médico.*

- 0 No.
- 1 Incierto.
- 2 Si.

Resultados.

- 0 – 3 Baja Intención suicida.
- 4 – 10 Mediana intención suicida.
- 10 ó más Alta intención suicida.