



**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

**Facultad de Psicología**

**Carrera de Psicología Clínica**

**“PREVALENCIA DE RIESGO DE SUICIDIO Y VARIABLES  
SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS EN LOS ADOLESCENTES DEL CANTÓN  
NABÓN.”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de:

Psicólogo/a Clínico

**Autoras:**

Olga Daniela Barrera Vidal y Nathaly Silvana Coll Palacios

**Director:**

Mg. Sebastián Herrera

**Cuenca-Ecuador**

**2022**

**DEDICATORIA I**

A mi padre Telmo Barrera y a mi madre Olga Vidal, quienes han forjado en mi valores y principios, que me han permitido llegar a culminar una meta más en mi vida. Gracias por la paciencia, amor, comprensión y confianza que me han brindado y por ser mis guías y mi apoyo siempre.

Olga Daniela Barrera Vidal

**DEDICATORIA II**

A mi familia que siempre ha estado ahí para mí,  
guiándome y motivándome a ser una persona  
ejemplar con valores y sobre todo a cumplir mis  
sueños y nunca darme por vencida. Por todo el  
amor, la paciencia y por ser mi pilar fundamental  
en todas las etapas de mi vida.

Nathaly Silvana Coll Palacios

### **AGRADECIMIENTO I**

Agradezco a Dios por guiar mi vida en todo momento, a mis padres y hermanos por apoyarme

incondicionalmente y ser mi ejemplo de

superación y responsabilidad.

Finalmente, mi imperecedero agradecimiento a cada docente que ha sido parte de mi formación

integral.

Olga Daniela Barrera Vidal

**AGRADECIMIENTO II**

Doy gracias a todas las personas que me han acompañado a lo largo de este camino de crecimiento profesional y personal. A mi familia por siempre brindarme su apoyo y cariño, mis amigos por las experiencias y momentos compartidos y a mi universidad y maestros por las oportunidades, esfuerzo y conocimientos impartidos, tanto para el ámbito académico como para la vida misma.

A todas esas personas que me permitieron crecer y aprender mucho de ellas, gracias por ayudarme a cumplir este sueño.

Nathaly Silvana Coll Palacios

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la prevalencia de riesgo de suicidio y las variables sociodemográficas asociadas en los adolescentes del cantón Nabón de la provincia del Azuay (Zhiña, Rañas, Cochapata, El Progreso, Morasloma y Nabón centro). Se realizó un estudio de campo con una muestra de adolescentes en un rango de edad de 10 a 19 años, a quienes se les aplicó la entrevista neuropsiquiátrica internacional para adultos (MINI), y una ficha sociodemográfica. Los resultados obtenidos revelaron que de los 214 entrevistados, 11 participantes (5.14%) tienen riesgo suicida, mientras que los 203 participantes restantes (94.86%) no presentaron riesgo suicida. Además, se identificó la discriminación y la disfuncionalidad familiar como los factores sociodemográficos que tuvieron mayor correlación con el riesgo de suicidio.

**Palabras clave:** riesgo suicidio, trastornos mentales, adolescentes.

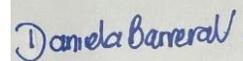
## ABSTRACT

This research sought to identify the prevalence of suicide risk and the associated sociodemographic variables in adolescents from Nabon in the province of Azuay (Zhiña, Rañas, Cochapata, El Progreso, Morasloma and Nabon center). Field research was carried out with a sample of adolescents in an age range of 10 to 19, to whom the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) and a sociodemographic profile were applied. The results revealed that, out of the 214 interviewees, 11 participants (5.14%) had a suicide risk, while the remaining 203 participants (94.86%) did not present a suicide risk. In addition, discrimination, and family dysfunction were identified as the sociodemographic factors that had the highest correlation with the risk of suicide.

**Keywords:** suicide risk, mental disorders, adolescents.



Translated by:



Daniela Barrera



Nathaly Coll

**ÍNDICE**

DEDICATORIA I.....	I
DEDICATORIA II.....	II
AGRADECIMIENTO I.....	III
AGRADECIMIENTO II.....	IV
RESUMEN .....	V
ABSTRACT.....	VI
Planteamiento Del Problema.....	XIV
Introducción .....	XVI
Capítulo 1.....	17
1. Definición Del Suicidio .....	17
1.1. Características.....	18
1.2. Causas.....	19
1.3. Consecuencias .....	21
2. Adolescencia.....	22
3. Epidemiología.....	24
4. Modelos Explicativos.....	27
5. Trastornos Clínicos Asociados .....	28
5.1. Depresión.....	28
5.2. Ansiedad .....	28

5.3.	Esquizofrenia .....	29
5.4.	Trastornos De Personalidad.....	29
5.5.	Trastornos Médicos Diagnosticados.....	29
5.6.	Consumo De Alcohol .....	30
5.7.	Consumo De Drogas.....	30
6.	Factores De Riesgo .....	30
7.	Prevención.....	34
	Conclusiones .....	37
	Capítulo 2.....	39
2.	Metodología .....	39
2.1.	Pregunta De Investigación.....	39
2.2.	Objetivos De La Investigación .....	39
2.2.1	Objetivo General .....	39
2.2.2	Objetivos Específicos.....	40
2.3.	Muestra .....	40
2.4.	Instrumentos .....	40
2.4.1	Test MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Para Adultos.....	40
2.4.2	Ficha Sociodemográfica.....	42
2.4.3	Consentimiento Informado.....	42
2.5.	Procedimiento.....	42

Capítulo 3.....	44
3. Análisis De Resultados .....	44
3.1. Análisis Descriptivo De Las Variables Sociodemográficas Generales De Los Adolescentes Del Cantón Nabón .....	47
3.2. Análisis De Resultados Sociodemográficos Relacionados Al Riesgo Suicida	59
Capítulo 4.....	69
Discusión.....	69
Conclusiones.....	73
Recomendaciones .....	74
Bibliografía .....	75
Anexos .....	83

**ÍNDICE DE ANEXOS**

<b>Anexo 1</b> Instrumento test mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI) .....	83
<b>Anexo 2</b> Modelo de ficha sociodemográfica .....	84
<b>Anexo 3</b> Consentimiento informado.....	86

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Gráfico de barras con las frecuencias de la muestra por género .....	47
<b>Figura 2</b> Gráfico de barras con las frecuencias de la muestra por etnia .....	48
<b>Figura 3</b> Gráfico de barras con las frecuencias de la muestra por instrucción .....	49
<b>Figura 4</b> Gráfico de barras con distribución de frecuencias de las personas con las que viven los participantes evaluados .....	50
<b>Figura 5</b> Gráfico de barras con las frecuencias del estado civil de los participantes.....	51
<b>Figura 6</b> Gráfico de barras con las frecuencias de la situación laboral de los participantes.....	52
<b>Figura 7</b> Gráfico de barras con las frecuencias de ejercicio programado de los evaluados .....	53
<b>Figura 8</b> Gráfico de barras con las frecuencias de familiares de los participantes que reciben tratamiento por una enfermedad mental .....	54
<b>Figura 9</b> Gráfico de barras respecto a si los participantes han presentado alguna afección psicológica por pandemia .....	55
<b>Figura 10</b> Gráfico de barras con las frecuencias de los familiares que han migrado .....	56
<b>Figura 11</b> Gráfico de barras respecto a si los participantes han sufrido discriminación .....	57
<b>Figura 12</b> Gráfico de barras de deuda familiar .....	58
<b>Figura 13</b> Gráfico de barras de etnia.....	60
<b>Figura 14</b> Gráfico de barras de género.....	61
<b>Figura 15</b> Gráfico de barras de instrucción.....	62
<b>Figura 16</b> Gráfico de barras de migración .....	63
<b>Figura 17</b> Gráfico de barras de familiar con tratamiento de enfermedad mental .....	64
<b>Figura 18</b> Gráfico de barras de discriminación.....	65

<b>Figura 19</b> Gráfico de barras de estado psicológico afectado por la pandemia .....	66
<b>Figura 20</b> Gráfico de barras de disfuncionalidad familiar .....	67

**ÍNDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 1</b> Variables sociodemográficas generales en los adolescentes del cantón Nabón .....	44
<b>Tabla 2</b> Prevalencia del suicidio .....	59
<b>Tabla 3</b> Relación entre el suicidio y factores sociodemográficos asociados .....	68

## Planteamiento Del Problema

En Ecuador, el suicidio es un problema importante de salud pública, con más de 1.000 ecuatorianos que se suicidan cada año, y aproximadamente la mitad de todos los suicidios involucran a jóvenes y adolescentes menores de 30 años, especialmente hombres (Ministerio de salud pública del Ecuador, 2021).

Estudios realizados en Ecuador muestran que diferentes factores psicológicos, sociales y culturales influyen en los intentos de suicidio por región, grupo de edad y etnia. Es importante recalcar que los programas de prevención universal en la mayor proporción de los centros educativos pueden ayudar a reducir el suicidio de los jóvenes en el Ecuador. Además, en algunas regiones, como la Amazonía, están surgiendo vulnerabilidades y desigualdades, razón por la que los programas de salud mental necesitan adaptarse a los pueblos indígenas que habitan en esta zona (Gerstner et al. 2018).

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2021), revela que uno de los elementos más importantes de la prevención del suicidio es el tratamiento oportuno de las personas que tienen pensamientos o intenciones suicidas, pues se sabe que del 50 al 80 % de los suicidios tienen antecedentes, siendo el intento de suicidio el factor de riesgo más fuerte para la muerte posterior por suicidio. La evidencia también sugiere que el seguimiento rápido de tales casos puede ayudar a prevenir más intentos de suicidio.

Si se logra identificar los síntomas y se puede visualizar al suicidio como un problema de seguridad y salud pública, entonces se puede definir una línea de intervención, ayuda y prevención para frenar el aumento de las tasas de suicidio (Betancourt, 2009).

Por esta razón, como aspirantes a obtener la titulación en Psicología Clínica, consideramos importante realizar esta investigación en un contexto rural, debido a la falta de ejecución de estudios y la vulnerabilidad que existe en estas comunidades. Nuestro objetivo es identificar la prevalencia de riesgo de suicidio y las variables sociodemográficas asociadas en la población adolescente del cantón Nabón, 2021. Consideramos que este estudio contribuirá de manera significativa a la población, ya que por medio de los test aplicados se podrá determinar si existe riesgo de conductas suicidas en los adolescentes del cantón, lo que permitirá tomar medidas de prevención necesarias.

## Introducción

La conducta suicida es un fenómeno complejo y multicausal que se ha dado en todas las épocas históricas y sociedades, se manifiesta por una variedad de conductas, que va desde la ideación en sus diversas expresiones, a través de amenazas, gestos e intentos, hasta llegar en ocasiones al suicidio (Mansilla, 2010).

En el suicidio se detectan: el suicidio letal o consumado; los intentos de suicidio altamente letales pero fallidos con intenciones y planes suicidas, y los intentos mínimamente letales, que se asocian con frecuencia a una situación psicosocial grave (Gutiérrez et al. 2006).

La adolescencia es el período comprendido entre los 10 y los 19 años de edad, es la transición de la infancia al estado adulto, se generan cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales, se clasifica en la primera edad juvenil, que comprende de 10 a 14 años, y el segundo grupo de edad, que comprende de 15 a 19 años (Borrás, 2014).

“El suicidio es un problema a nivel mundial con una gran carga económica, social y psicológica para las personas, las familias, las comunidades y toda la sociedad” (Dávila & Contreras, 2019). Al ser un problema de salud pública importante consideramos que es necesario exponer puntos significativos, como las causas más comunes, factores de riesgo, epidemiología, consecuencias, métodos de prevención, entre otros, los cuales serán aclarados en la mayor medida posible en el desarrollo de esta investigación.

## Capítulo 1

### 1. Definición Del Suicidio

El suicidio es el acto deliberado de quitarse la vida y, desde la perspectiva de la salud mental, los adolescentes son particularmente vulnerables, dada su etapa de desarrollo. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud, más de la mitad de los jóvenes en la escuela secundaria informaron haber tenido pensamientos suicidas (UNICEF, 2017).

El suicidio es uno de los temas prioritarios que aborda el Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental, que brinda orientación técnica basada en evidencia para atender servicios en países con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Además, los estados miembros de la OMS se han comprometido, a través del plan de acción de salud mental de la OMS 2013 - 2020, a trabajar hacia el objetivo mundial de reducir las tasas de suicidio para el año 2030 (OMS, 2021).

Castellvi & Piqueras (2018), exponen que dentro de las conductas suicidas se encuentran las siguientes:

Ideación suicida: Pensamientos pasivos de querer morir o pensamientos activos de suicidio, sin el apoyo de una conducta preparatoria.

Actos preparatorios hacia una conducta suicida: El individuo toma medidas para autolesionarse, pero él mismo u otros le impiden hacerlo antes de que comience el peligro potencial.

Intento de suicidio: Un comportamiento potencialmente autoinfligido, que implica al menos alguna intención de morir después del acto. Evidencia de que la intención suicida de un individuo puede, al menos hasta cierto punto, declararse o inferirse del comportamiento o las circunstancias. El intento de suicidio puede o no resultar en una lesión real.

Intento de suicidio interrumpido: Implica una acción similar a un intento de suicidio real, excepto que el intento de suicidio no tiene éxito porque alguien lo previene o lo interrumpe, el comportamiento se detiene antes de que la conducta potencial cause daño real.

Suicidio consumado: Comportamiento autoinfligido que resulta en la muerte y está asociado con al menos alguna intención de morir como resultado del acto.

Dávila & Contreras (2019), exponen que el suicidio es un problema a nivel mundial con una carga económica, social y psicológica para las personas, las familias, las comunidades y toda la sociedad. La mayoría de los suicidios ocurren en países en desarrollo, donde la identificación temprana se complica debido a que los recursos y servicios son escasos y limitados; y los tratamientos y el apoyo son insuficientes.

### **1.1. Características**

Hernández & Villareal (2015), plantean que las características de riesgo suicida, serán según su gravedad:

Leve: Pensamientos suicidas, sin planes específicos para hacerse daño, modificación del comportamiento, autocrítica.

Moderado: Intentos de suicidio, posible historial de intentos previos y factores de riesgo adicionales.

Grave: Ideas específicas de autolesión; tener antecedentes de intentos de suicidio previos; tienen más de 2 factores de riesgo, pero ningún plan de suicidio claro. Expresa desesperación, rechaza al apoyo social y no rectifica su ideación suicida.

Extremo: Múltiples intentos de suicidio con varios factores de riesgo y posible autolesión.

## **1.2. Causas**

Según Hernández & Villareal (2015), mencionan que el comportamiento suicida se debe a una variedad de causas complejas, tales como: pobreza, desempleo, duelo, controversias, ruptura de relaciones y problemas legales o profesionales; también hay otros factores que tienen una marcada influencia, entre ellos esta: el género, la edad, antecedentes familiares de suicidio, abuso de alcohol y drogas, abuso infantil, aislamiento social y ciertos trastornos mentales, así como las enfermedades orgánicas y el dolor incapacitante.

La literatura sobre el suicidio indica que muchos de estos ocurren impulsivamente; como respuesta a las crisis que enfrentan las personas, dentro de la familia y la sociedad; también al no saber solucionar sus problemas económicos, rupturas de relaciones y enfermedades optan por el suicidio como una salida para aliviar sus conflictos (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Tamayo et al. (2022), manifiesta que existen diversas causas que pueden generar un intento de suicidio entre ellas se encuentran:

Las causas psicológicas más comunes del suicidio son los trastornos psicológicos, la ansiedad, la depresión, la falta de concentración, el consumo de alcohol y drogas, problemas de salud continuos, que son causados por la genética, los antecedentes familiares y abusos sufridos en la infancia.

Las causas familiares comprenden conflictos familiares, abuso sexual, ausencia de uno o ambos padres, separación por divorcio o migración, abandono y aislamiento familiar y social, falta de cuidado y comunicación, factores derivados de hogares desorganizados, en los que existe violencia física.

Las causas sociales incluyen la falta de oportunidades laborales, el desempleo, los problemas socioeconómicos sociales, la desintegración social, el bajo nivel educativo, la pobreza, el acceso deficiente a los servicios de salud, la discriminación, la violencia, entre otras.

En las causas culturales de la ideación suicida, influyen varios factores como el origen del individuo, raza, color, etnia, creencias, orientación sexual, inseguridad, que se basan en las relaciones interpersonales de la persona.

Dávila & Contreras (2019), concluyeron que el intento de suicidio es un factor de riesgo importante para el suicidio consumado; constituye una gran carga social y económica debido a la utilización de servicios médicos para el tratamiento de lesiones, el impacto psicológico y social que en ocasiones conducen a una discapacidad a largo plazo. Los factores asociados con el riesgo

de suicidio en la población, especialmente entre los adolescentes, son los intentos previos de suicidio.

### **1.3. Consecuencias**

Moutier (2021), plantea que las personas que luchan contra las ideas suicidas y no reciben la ayuda de un profesional de salud mental son más propensas a una conducta suicida. El intento de suicidio de un adolescente puede generar graves consecuencias, ya que al ser un intento fallido puede dejar lesiones a nivel cerebral, cicatrices o daños permanentes en tejidos, autolesiones recurrentes, daños cerebrales, parálisis, entrar en estado de coma, sangrados, fracturas, daños o fallas en los órganos, muerte prematura por suicidio. Estos efectos pueden prevenirse a través de un tratamiento eficaz de salud mental, dependiendo del método suicida.

Asimismo, debido a las lesiones físicas después de un intento de suicidio, pueden generarse traumas mentales, hospitalizaciones y alta inversión, lo que implica un tratamiento para una recuperación integral. Además, el suicidio genera un gran impacto económico debido a la pérdida de población en edades productivas (Rodríguez, 2007).

Como otro aspecto tiene un marcado efecto emocional sobre las personas de su entorno, ya que los individuos que han pasado por el suicidio de un familiar son más propensos a presentar un trastorno de estrés postraumático, ansiedad, depresión y otros trastornos del estado de ánimo. Los cónyuges sobrevivientes también tienen un mayor riesgo de hacerse daño ellos mismos o suicidarse (Díaz, 2017).

## 2. Adolescencia

La adolescencia es un período especial de desarrollo y crecimiento para la vida de cada individuo. Es una etapa en la que se elabora la identidad definitiva de cada sujeto, que se verá reflejada en su individualización adulta (Lillo, 2004).

Según Martínez (2007), cada transición requiere un cierto cambio de rol en los adolescentes, cambia la forma en cómo se ven a sí mismos, su autoconcepto, su identidad, como ven el mundo, sus actitudes, sus valores y como son vistos por los demás.

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y 19 años, es una etapa compleja que marca la transición de la niñez a la edad adulta, con cambios físicos, mentales, biológicos, intelectuales y sociales. Se divide en adolescencia temprana de 10-14 años y adolescencia tardía 15-19 años (Borrás, 2014).

La adolescencia se produce con la aparición de los primeros signos de la transición puberal. Es el comienzo de cambios hormonales que inducen el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, con destaque para el dimorfismo sexual, cambios en la composición corporal y la transformación gradual en el desarrollo psicosocial. Todos estos cambios son más tardíos en los hombres que en las mujeres (Iglesias, 2013).

Según Güemes et al. (2017), exponen que la adolescencia no es un proceso continuo, sincronizado y uniforme. Diferentes aspectos biológicos, intelectuales, emocionales y sociales pueden no seguir el mismo ritmo de maduración, y puede presentarse frustración o estancamiento, especialmente en momentos de estrés.

De acuerdo con Ruiz (2013), mencionan que las metas de la adolescencia son adaptarse a los cambios corporales, afrontar el desarrollo sexual, establecer y confirmar el sentido de identidad, solidar la personalidad, independizarse de la familia, y adquirir un sistema de valores para respetar las opiniones propias y ajenas.

Sin embargo, cada adolescente responde a las situaciones y desafíos de la vida de manera individual y única, influenciado por los diferentes factores de riesgo y protección que existen en su vida (Güemes et al. 2017).

Por consiguiente, la adolescencia es una etapa de opciones y de tomar decisiones que conllevan tanto oportunidades como riesgos. Estos se dan por las experiencias previas en la historia de vida de los adolescentes, y también influye el ciclo evolutivo de sus respectivas familias (Martínez, 2007).

Los adolescentes entran en un importante período de cambio que les permite desarrollar y reafirmar su personalidad, autoestima, sentido de sí mismos e identidad. Los jóvenes también experimentan cambios sociales a medida que se amplían sus relaciones con familiares y amistades. Además, sus relaciones de liderazgo y la competencia con sus compañeros, aumenta

la necesidad de aprobación y reconocimiento de los demás, pueden desarrollar sentimientos de interés en otra persona. Los adolescentes se encuentran bajo una mayor presión académica, teniendo que tomar decisiones que afectan positiva o negativamente su futuro (Viejo & Ortega, 2015).

Es por esto que, con el fin de entender la conducta de los adolescentes y ejercer influencia en ella, es importante comprender el entorno en el que viven y cómo afecta el ambiente en el que se desarrollan. Este período es considerado vulnerable para la aparición de conductas de riesgo, las cuales pueden traer consecuencias para la salud, económicas y sociales (Borrás, 2014).

### **3. Epidemiología**

Según la OMS, 800 mil personas se suicidan cada año, con una tasa de mortalidad estimada de 11,4 muertes por cada 100 mil habitantes. Las muertes por voluntad propia son la segunda causa de muerte de jóvenes entre 15 y 29 años, después de los accidentes de tráfico. Se estima que solo alrededor del 25% de las personas que intentan suicidarse buscan atención psicológica (UNICEF, 2017).

En Ecuador se registraron datos de mortalidad por suicidio desde el año 2001 al 2014, en el que se registraron aproximadamente 4.855 muertes. La mayoría de los muertos eran hombres entre 15 y 24 años. El riesgo de suicidio es mayor en la Amazonía y Sierra que en la Costa. En términos de etnia, la tasa de suicidio más alta fue para los mestizos, seguidos por los indígenas.

En cuanto a los métodos de suicidio, el envenenamiento femenino es el más común, seguido del ahorcamiento. La proporción de envenenamiento masculino en las zonas rurales es mayor que en las zonas urbanas. Por ello, la OMS recomienda el seguimiento regular de las personas afectadas, durante al menos un año para hacer sostenible el sistema de salud del país (Gerstner et al. 2018).

Guarnizo & Romero (2021), comentan que durante el estado de excepción en Ecuador el 2020, se registraron 97 suicidios entre adolescentes de 10 a 19 años. El mayor número de estimaciones correspondió a hombres entre 15 y 19 años, siendo la edad más común los 19 años. El día con mayor frecuencia de levantamiento de cadáveres fue el lunes, y el método preferido de suicidio fue el ahorcamiento, con 81 casos reportados, seguido del envenenamiento e intoxicación.

La Organización Mundial de la Salud hace una preocupante alerta sobre el suicidio en Ecuador, ya que está aumentando un 2% anualmente, reflejando que el país necesita desarrollar de manera urgente programas efectivos de prevención y control, a través de campañas de concientización que involucren a los municipios, gobiernos, instituciones educativas, y en general, a todos los actores sociales que puedan involucrarse, con el objetivo de dar a conocer los principales factores de riesgo de suicidio (Tamayo et al. 2022).

Las estadísticas nacionales del suicidio e intentos autolíticos en el Ecuador, revelan que en el año 2021 los suicidios aumentaron, según cifras registradas las provincias con mayor índice de suicidios son Guayas con el 24%; Azuay con 11%; El Oro con 8%, Pichincha y Manabi con el 6%, respectivamente. En los primeros 8 meses del 2021, se registraon más de 500 llamadas al

servicio de emergencia por intentos autolíticos en el país (Ministerio de salud pública del Ecuador, 2021).

En un estudio se comparó el riesgo de suicidio de adolescentes de enseñanza media, residentes de localidades urbanas y rurales por género, en el que se reflejó que existen diversidad de factores que influyen en el riesgo suicida, el factor asociado al género femenino presentó un mayor riesgo; mientras que la ubicación geográfica de residencia no registró riesgo (Ardiles et al. 2018).

Por otra parte, en un estudio observacional descriptivo, referente a caracterizar el comportamiento del intento suicida, se encontró que existe una mayor incidencia de intentos suicidas en adolescentes de 15 años; se constató que existe una mayor procedencia de pacientes de áreas urbanas que de rurales, la mayoría de los adolescentes intentaron suicidarse mediante la ingesta de fármacos y se comprobaron antecedentes previos de suicidio en la mayoría de los pacientes estudiados (Pérez et al. 2014).

En otro artículo relacionado con las características de los suicidios de áreas rurales y urbanas, se determinó que las características más frecuentes en el área urbana fueron el intentar suicidarse bajo los efectos de sustancias psicoactivas durante la noche y vivir solo, a diferencia de la zona rural que lo más común fue el envenenarse con pesticidas. Los individuos provenientes de estas zonas, tenían características diferentes en cuanto al método empleado y particularidades del acto suicida, variables sociodemográficas y psicopatológicas. Esto puede

tener implicaciones para el diseño de las estrategias de prevención en cada una de las zonas (García et al. 2011).

Finalmente, en otra investigación se encontró que la depresión aparece asociada significativamente con los comportamientos suicidas, siendo más frecuentes en las mujeres, esto se debe a que la juventud experimenta sentimientos de decepción por las contradicciones que enfrentan, ocultan sentimientos de desánimo e incompreensión y son más vulnerables ante los problemas, lo que repercute en su salud emocional y puede desencadenar un intento de suicidio (Cubillas et al. 2012).

#### **4. Modelos Explicativos**

Aranguren (2009), relata que el modelo basado en el estrés diátesis hace referencia a una multicausalidad del riesgo suicida, el cual se da por la interacción de los genes y el ambiente. Para este modelo, el aspecto genético tiene una particular relevancia. Se sostiene la suposición de una transmisión familiar de cierta tendencia a tener conductas suicidas. Por otro lado, así como destacan la presencia de un patrón de comportamiento caracterizado por la impulsividad y la agresividad, también puede haber la presencia de otros factores riesgo asociados a la conducta suicida como un traumatismo craneal, abuso de sustancias, entre otros.

Describe que, en el modelo del suicidio como proceso, intervienen las características propias del sujeto y su interacción con el medio ambiente. No hay una secuencia determinada, si no una aproximación a algunas de las etapas que aparecen antes del intento suicida o suicidio

consumado. Es apropiado identificar conductas de riesgo, evaluar el potencial suicida de cada sujeto y prevenir un desenlace evitable (Aranguren, 2009).

## **5. Trastornos Clínicos Asociados**

Bedoya & Montaña (2016), mencionan que los trastornos mentales son un importante factor de riesgo, ya que el 90% de personas que se suicidan presentan un diagnóstico psiquiátrico, cuando los trastornos se agravan puede presentarse mayor mortalidad por suicidio.

### **5.1. Depresión**

Está involucrada en más del 50% de los intentos de suicidio y en un porcentaje mayor de suicidios consumados. La depresión puede ocurrir de forma inesperada, estar desencadenada por varios factores como la pérdida de un familiar, algún evento doloroso por el que la persona está pasando, entre otros. El riesgo de suicidio es mayor si las personas con depresión también sufren de ansiedad (Moutier, 2021).

### **5.2. Ansiedad**

Gutiérrez et al. (2006), relatan que la ansiedad es otro trastorno asociado de manera relevante con el suicidio, refieren que la comorbilidad de ansiedad con depresión multiplica el riesgo. Todo ello implica una alerta que debe ser tratada con un buen manejo terapéutico y farmacológico, se debe vigilar a la paciente para evitar intenciones suicidas.

### **5.3. Esquizofrenia**

En las personas que padecen esquizofrenia, el riesgo suicida es de 20 a 50 veces mayor que entre la población general. Diversos estudios han demostrado que los pacientes con esquizofrenia tienen mayor riesgo de muerte prematura, ya que entre ellos la frecuencia de suicidio es cinco veces más alta (Rascón, 2004).

### **5.4. Trastornos De Personalidad**

Presentan también un mayor riesgo de suicidio las personas con trastornos de personalidad, como el trastorno límite y el trastorno antisocial, ya que tienden a mostrar una baja tolerancia a la frustración y suelen reaccionar ante el estrés de manera impulsiva, lo que a veces conlleva autolesiones o comportamientos agresivos (Marco et al. 2006).

### **5.5. Trastornos Médicos Diagnosticados**

Moutier (2021), describe que los trastornos médicos diagnosticados, como la diabetes, la esclerosis múltiple, el cáncer y la infección también pueden aumentar el riesgo de suicidio. Algunas enfermedades, como el sida, la epilepsia del lóbulo temporal y los traumatismos craneoencefálicos pueden afectar directamente el funcionamiento cerebral de las personas y, por lo tanto, aumentar el riesgo de suicidio.

## **5.6. Consumo De Alcohol**

Varios estudios concuerdan en que el suicidio es una de las causas más comunes de muerte entre los alcohólicos, después de los trastornos del estado del ánimo. Los mecanismos de autodestrucción, sobre todo el manejo de la agresión interna y externa, pueden estar influidos por el consumo de bebidas alcohólicas, lo que puede generar conductas suicidas (Terroba et al. 1987).

## **5.7. Consumo De Drogas**

Se cree que el consumo de drogas es un factor que contribuye al comportamiento suicida. A medida que aumenta la frecuencia, la intensidad, la duración del consumo y la coexistencia con otros trastornos mentales, también aumenta la probabilidad de violencia contra uno mismo, lo que puede conducir a intentos de suicidio (Valdevila & Figueira, 2021).

## **6. Factores De Riesgo**

Según Lodoño & Cañón (2020), en el fenómeno del suicidio y la conducta suicida se han identificado diversos factores de riesgo y factores asociados, que forman parte de algunas esferas de la persona y están involucrados en los aspectos personales y sociales, que incrementan el nivel de conducta suicida en cada individuo.

Se considera que la ideación suicida en los adolescentes es una manifestación o resultado de la falta de mecanismos de adaptación del sujeto al medio, derivada de estados de estrés emocional y de situaciones de conflicto actuales o de larga duración (Reiner et al. 2020).

Desde la visión de la salud mental, los adolescentes poseen vulnerabilidades particulares dada su etapa del desarrollo, debido a que presentan cambios hormonales, búsqueda de su individualidad, congeniar con sus pares, situaciones como una mala relación familiar, estrés por sus estudios, presión del medio que los rodea, los cuales influyen en las capacidades de un adolescente para resolver problemas y tomar decisiones (Lodoño & Cañón, 2020).

Azúa et al. (2020), comentan que existe una relación significativa entre la exposición al bullying y el desarrollo de depresión e ideación suicida en adolescentes, esto se genera debido a que los adolescentes son violentados de manera física, verbal, exclusión social por personas de edades similares, esto puede desencadenar sentimientos de tristeza, amargura, aislamiento, llevándolos a tener ideas negativas de la vida y optando por hacerse daño ellos mismos.

También se podría decir que el bullying y el ciberbullying que existe en los jóvenes es una problemática que compete a toda la ciudadanía, es necesario crear programas preventivos de apoyo, acompañamiento y bienestar a esta problemática, además se deben implementar estrategias de prevención del suicidio para evitar conductas suicidas por bullying en los jóvenes (Peña et al. 2013).

Según Serrano & Olave (2017), mencionan que cuando los adolescentes no cuentan con los mecanismos de afrontamiento adecuados para superar los cambios y exigencias de su medio, pueden tener ideas p conductas suicidas como una forma de resolver sus conflictos y aliviar las presiones sociales a las que se enfrentan, ya que por la edad en la que se encuentran son más susceptibles a estas.

Los adolescentes con ideación suicida presentan varios factores de riesgo, entre ellos están: el provenir de un entorno familiar, social y educacional complicado, presentar una enfermedad mental, comportamiento antisocial, baja autoestima, impulsividad, desesperación, desilusión amorosa, problemas socioeconómicos, carencia de comunicación con los padres, maltrato, entre otros aspectos, que limitan o inhiben la participación social activa de los adolescentes (Cortés et al. 2011).

En cuanto a la pobreza tanto económica y educacional, como mencionan Serrano & Olave (2017), el bajo nivel socioeconómico y educativo son considerados factores de riesgo para el suicidio en los jóvenes, especialmente si la situación de escasez es prolongada. Los problemas económicos en la familia pueden generar situaciones estresantes y de violencia doméstica, lo que lleva a la ideación suicida, a la conducta suicida y al suicidio consumado. A su vez, el bajo nivel educativo también se relaciona con conductas suicidas debido a que puede estar influenciado por factores como el escaso rendimiento académico y la deserción escolar.

También existen factores familiares asociados a la aparición de la conducta suicida en los adolescentes, como la falta de afecto familiar, altos niveles de control parental, estructura

familiar inestable, antecedentes familiares de conducta suicida y violencia intrafamiliar, son factores que limitan la participación plena de los adolescentes en la sociedad y que dificultan satisfacer sus necesidades (Serrano & Olave, 2017).

Del Campo et al. (2013), señalan que otro factor de riesgo importante es la desesperanza, esta se presenta en la etapa previa al intento de suicidio, se encuentra en adolescentes con sentimientos de soledad y poco apoyo social y familiar. A mayor número de eventos estresantes, incrementa la desesperanza y se correlaciona con la conducta suicida, abuso de alcohol y otras sustancias.

Por otro lado, según Lodoño & Cañón (2020), las personas con trastornos mentales del comportamiento y trastornos por consumo de alcohol o sustancias psicoactivas tienen mayor probabilidad de presentar conductas suicidas.

Según Valdevila et al. (2021), mencionan que estudios sugieren que el consumo de cannabis durante la adolescencia se asocia con un mayor desarrollo de trastorno depresivo mayor, síntomas depresivos, ansiedad e ideación suicida. Ecuador muestra actualmente un aumento en la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente cuando se combina con el abuso de opiáceos y drogas ilícitas.

Es importante reconocer que el suicidio se puede evitar o prevenir, la facilidad de acceso a los medios necesarios para realizarlo, padres que no estén pendientes de sus hijos, malas influencias, falta de adaptación al medio, acontecimientos dolorosos no tratados que puede llevar

a un estado deprimido y la falta de comunicación son factores de riesgo relevantes que pueden determinar un suicidio consumado (Reiner et al. 2020).

## **7. Prevención**

Para prevenir el suicidio en adolescentes, es de fundamental importancia poder identificar cuáles son los factores de riesgo que provocan el desarrollo de estas conductas suicidas. En la adolescencia existe más vulnerabilidad a las situaciones sociales, familiares y culturales a las que los jóvenes se enfrentan (Serrano & Olave, 2017).

De acuerdo con Castellvi & Piqueras (2018) muchos factores de riesgo son potencialmente prevenibles; con una identificación temprana y un tratamiento adecuado se podrían reducir sustancialmente el número de casos de suicidio y mejorar la salud de los individuos que están en riesgo.

La prevención del suicidio va desde el inicio de la sensación de desesperanza hasta la realización del intento suicida, cuanto más rápida y eficaz sea la intervención del personal sanitario, mejor será el pronóstico del paciente y la reducción de la mortalidad por suicidio (Reiner et al. 2020).

Sin embargo, la prevención no es misión exclusiva del sistema sanitario, sino que intervienen muchos más agentes como el ámbito educativo, familiar, social, entre otros, que

deberán ser abordados. Cabe recalcar que existe una corresponsabilidad de toda la sociedad para prevenir el suicidio (Castellvi & Piqueras, 2018).

De hecho, la OMS (2021), enfatiza que, aun tratándose de un grave problema de salud pública, se puede prevenir mediante intervenciones oportunas, basadas en la evidencia y, a menudo, de bajo costo. Para que las iniciativas de prevención de los países sean efectivas, deben adoptar una estrategia integral y multisectorial.

Sin embargo, a pesar de que es una causa principal de muerte en todo el mundo, el suicidio continúa teniendo baja prioridad en las acciones de salud pública. En efecto, la prevención y la investigación sobre el suicidio no ha recibido la inversión financiera adecuada (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

Todavía hay aspectos que complican la prevención y el manejo del suicidio adolescente, como el estigma social asociado con el comportamiento suicida y la incapacidad de los sistemas y servicios de salud para atender a las poblaciones vulnerables (Serrano & Olave, 2017).

Los ministros de salud tienen un papel crucial que desempeñar, debido a que ellos pueden incentivar a la sociedad a colaborar conjuntamente en la coordinación e implementación de las acciones pertinentes, como educación, medios públicos de difusión, justicia, trabajo, bienestar social, a los sacerdotes de distintas religiones, en la agricultura en cuanto al control de los pesticidas, entre otros (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

Tal como mencionan Del Campo et al. (2013), el suicidio afecta a todos los ámbitos del adolescente, por lo que su prevención comienza con la promoción de la salud mental, la creación de programas escolares para padres, la detección de conductas suicidas y la atención multidisciplinaria especializada. Es importante brindar información sobre los registros de conducta suicida en la familia, en la escuela y sobre el uso de la tecnología a la que tienen acceso los adolescentes, esto permitirá la detección temprana por parte de sus docentes, adoptando estrategias de intervención y derivación a psiquiatras o psicólogos.

De acuerdo con varios estudios, la mayoría de programas de prevención del suicidio en niños y adolescentes, incluyen psicoeducación para aumentar los conocimientos generales sobre el suicidio, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, búsqueda de ayuda y resolución de conflictos para reducir el estrés y factores de riesgo del suicidio. Además, exponen la importancia de incluir a los padres en el proceso de tratamiento, ya que ellos también deben educarse sobre el tema (Castellvi & Piqueras, 2018).

A su vez, se ha mencionado que los programas cognitivo conductuales para la crianza de los hijos, el asesoramiento escolar, la psicoterapia y la terapia individual y grupal, ayudan a reducir la ansiedad y la depresión previniendo el comportamiento suicida. Los factores de protección pueden ser promover una alta autoestima, bienestar emocional, buenas relaciones familiares, inclusión en grupos sociales, promover el ejercicio, la dieta y el sueño adecuados y fomentar una vida saludable tanto física como mentalmente (Del Campo et al. 2013).

## Conclusiones

El suicidio constituye un problema de salud pública relevante dentro de nuestro país, debido al aumento del índice de intentos de suicidios se consideró de gran importancia investigar sobre las situaciones de vulnerabilidad que viven los adolescentes, sus causas, factores de riesgo y la prevención más oportuna para cada caso. Los adolescentes poseen vulnerabilidades particulares debido a que su etapa de desarrollo, la cual marca la transición de la infancia al estado adulto, conlleva un sin número de cambios y situaciones nuevas a las que los jóvenes tienen que enfrentarse o adaptarse; cambios físicos, psicológicos, biológicos, y sociales, que pueden generar en ellos mucha incertidumbre, estrés, ansiedad, frustración por no saber cómo enfrentar estos desafíos adecuadamente, lo cual sin la orientación y atención necesaria por parte de sus cuidadores principales, centros educativos, centros de salud y diversos organismos pertinentes, puede incrementar el riesgo de suicidio o intento de suicidio dentro de esta población.

Existen diferentes tipos de conductas suicidas y a su vez diferentes factores y circunstancias que incrementan este fenómeno, las causas pueden ser tanto psicológicas, familiares, sociales y culturales, un nivel socioeconómico bajo, maltrato, aislamiento, disfuncionalidad familiar, pérdida de seres queridos, antecedentes familiares de suicidio, determinados trastornos mentales, discriminación, entre otros. El suicidio o intento de suicidio trae consigo varias consecuencias, tanto si resulto en un suicidio consumado teniendo implicaciones dentro de las personas que lo rodean, como si resulto en un intento fallido puesto que se corre el riesgo de sufrir desde daños físicos permanentes hasta diversos traumas mentales.

Cabe recalcar que este fenómeno y todos sus riesgos se pueden reducir a través de un plan de prevención integral en el cual intervengan tanto el sistema sanitario como educativo, familiar y social, con el fin de promover una buena salud mental.

## Capítulo 2

### 2. Metodología

El diseño de esta investigación será descriptivo, con alcance relacional, de corte transversal, analítico y con enfoque cuantitativo.

El universo está conformado por 15.121 habitantes. La muestra será polietápica. Del total de la población se procederá a obtener una muestra aleatoria, la que será distribuida porcentualmente por conglomerados de acuerdo al número de habitantes de cada comuna.

#### 2.1. Pregunta De Investigación

¿Cuál es la prevalencia de riesgo de suicidio y las variables sociodemográficas asociadas en los adolescentes del cantón Nabón?

#### 2.2. Objetivos De La Investigación

##### 2.2.1 *Objetivo General*

Identificar la prevalencia de riesgo de suicidio y las variables sociodemográficas asociadas en la población adolescente del cantón Nabón, 2021.

### **2.2.2 *Objetivos Específicos***

Evaluar el riesgo de suicidio en los adolescentes del cantón Nabón.

Determinar las variables sociodemográficas presentes en los adolescentes del cantón Nabón.

Relacionar el riesgo de suicidio con las variables sociodemográficas en los adolescentes del cantón Nabón.

### **2.3. Muestra**

La muestra estará formada por adolescentes entre el rango de edad de 10 y 19 años de edad, formarán parte de la investigación todos aquellos que residan en el cantón Nabón y deseen participar voluntariamente.

### **2.4. Instrumentos**

#### ***2.4.1 Test MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Para Adultos.***

**Autores:** Sheehan DV & Lecrubier Y.

El MINI evalúa las siguientes patologías: depresión mayor, distimia, trastorno bipolar, trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, estrés posttraumático, dependencia de sustancias (no alcohol), ansiedad generalizada, psicosis, ideación suicida. Es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos

psiquiátricos del eje 1 de la CIE 10 y DSM IV. Está dividido en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría. Para la investigación se usó el apartado con la letra C, el cual hace referencia al riesgo de suicidio. Alidada internacionalmente para estudios epidemiológicos de la enfermedad mental (Sheehan & Lecrubier, 2000).

Lecrubier (1997) “plantea que en los estudios de validez y de confiabilidad, realizados entre calificadores y test – retest se comprueba que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta para el riesgo de suicidio”.

Existe un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y una proporción esperada del 30%, el tamaño muestral es de 312, más 15% por pérdidas, se obtuvo un total de 359.

Además, se realizó un análisis descriptivo de las variables del estudio; a través del paquete estadístico SPSS 21. Para determinar las prevalencias de los trastornos mentales y sus factores asociados, se utilizó la proporción correspondiente y sus respectivos intervalos de confianza (IC) al 95%; la asociación se obtuvo a través del chi cuadrado y el valor de p de acuerdo al tipo de muestra; se realizó el odds ratio (OR) para definir la fuerza de asociación y se efectuó un análisis multivariado a través de la regresión logística para algunos trastornos.

### **2.4.2 *Ficha Sociodemográfica.***

La ficha sociodemográfica permitirá obtener datos e información personal de cada individuo como el estado civil, el número de integrantes de la familia, años de estudio, actividad laboral, las personas con las que convive la persona, entre otros.

### **2.4.3 *Consentimiento Informado.***

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella, como colaboradores. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. La meta de este estudio es conocer cómo se encuentra la salud mental de la población.

## **2.5. Procedimiento**

El municipio del cantón Nabón junto con el equipo de investigación coordinado por la Dra. Yolanda Dávila profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay se encargarán de seleccionar a las comunidades en las que se llegará a aplicar los test, nos entregarán la ficha sociodemográfica, el consentimiento informado y el test MINI. Al momento de aplicar la entrevista se le explico a cada adolescente que este estudio es voluntario y confidencial, si el adolescente desea participar se le pedirá que firme el consentimiento

informado, en el caso de ser menor de edad, los padres deberán ser quienes lo firmen, seguido de esto, se le aplicará los test mencionados. Posteriormente, calificaremos cada test para obtener la información necesaria. Finalmente, analizaremos los datos obtenidos de acuerdo a las evaluaciones y la ficha sociodemográfica del adolescente, culminando así nuestra investigación.

### Capítulo 3

#### 3. Análisis De Resultados

**Tabla 1**

*Variables sociodemográficas generales en los adolescentes del cantón Nabón*

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Género n = 214 - 100%	Masculino	94	43,9
	Femenino	120	56,1
Etnia n = 214 - 100%	Indígena	55	25,7
	Mestizo	154	72,0
	Blanco	5	2,3
Instrucción n = 214 - 100%	Educación básica incompleta (< 10 años)	67	31,3
	Educación básica completa (10 años y +)	44	20,6
	Bachillerato incompleto (< 3 años bachillerato)	70	32,7
	Bachillerato completo	32	15,0
	Nivel tecnológico	1	0,5
Vive con n = 214 - 100%	Vive con ambos padres y hermanos	110	51,4
	Vive con su esposo / a (pareja)	13	6,1
	Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares	22	10,3
	Vive solo con el padre o la madre	9	4,2
	Vive con su madre o padre y su nueva pareja	1	0,5
	Vive con amigos	35	16,4

	Vive con tíos y o abuelos	6	2,8
	Otros	18	8,4
Estado civil n = 214 - 100%	Soltero	208	97,2
	Unión de hecho	4	1,9
	Casado	2	0,9
Situación laboral n = 214 - 100%	Estudiante	187	87,4
	Labora jornada completa	9	4,2
	Sin actividad laboral	6	2,8
	Trabajo ocasional	4	2,8
	Labora media jornada	2	1,9
	Otro	6	0,9
Ejercicio Programado n = 214 - 100%	Si	138	64,5
	No	76	35,5
Familiar tratamiento enfermedad mental n = 214 - 100%	Si	34	15,9
	No	180	84,1
Estado Psicológico afectado pandemia n = 214 - 100%	Si	64	29,9
	No	150	70,1
Migración Familiar n = 214 - 100%	Si	119	55,6
	No	95	44,4
Ha sufrido discriminación n = 214 - 100%	Si	27	12,6
	No	187	87,4
Deuda familiar	Si	11	5,1

---

n = 214 - 100%	No	203	94,9
-------------------	----	-----	------

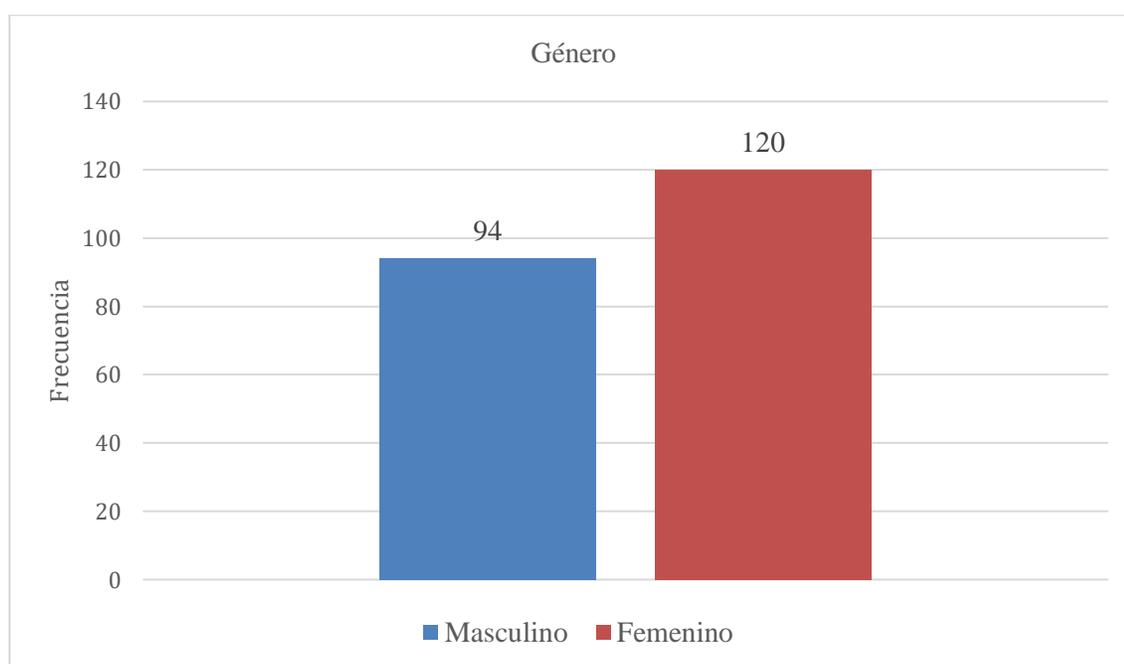
---

Se llevaron a cabo un total de 214 entrevistas de forma presencial con la implementación de las medidas de bioseguridad para evitar el contagio y/o la propagación del Covid-19; a adolescentes de 10 a 19 años, que son residentes de las zonas aledañas del cantón Nabón

### 3.1. Análisis Descriptivo De Las Variables Sociodemográficas Generales De Los Adolescentes Del Cantón Nabón

**Figura 1**

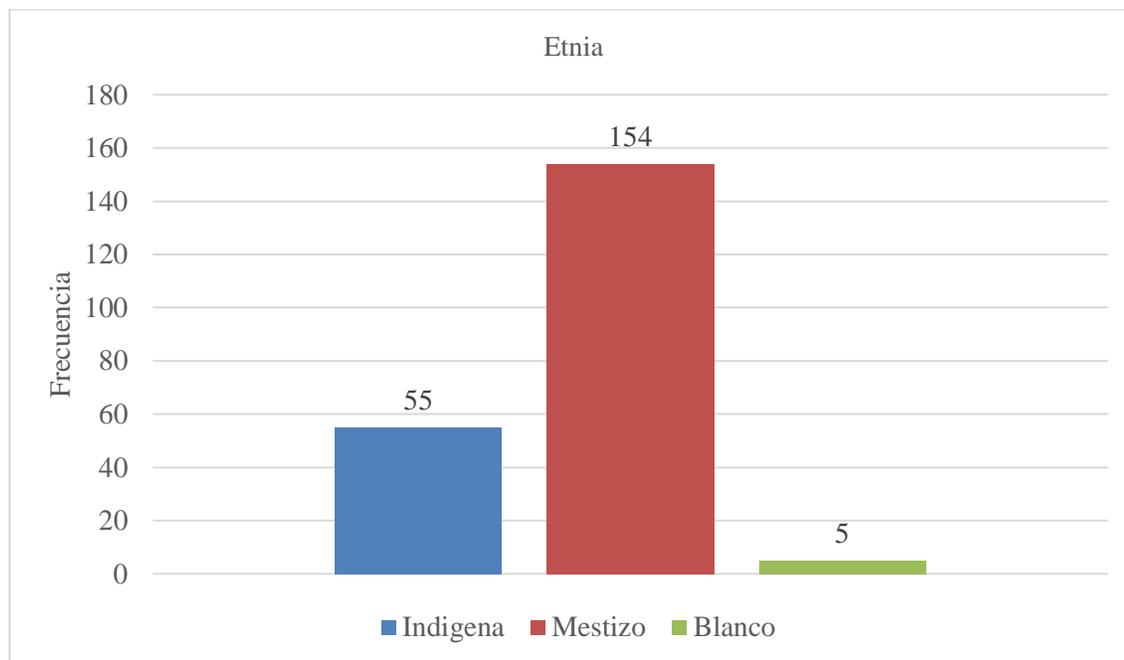
*Gráfico de barras con las frecuencias de la muestra por género*



En la figura 1, se muestra que, de los 214 participantes, 94 eran de género masculino con un porcentaje de (43,93%) y 120 de género femenino (56,07%), lo que refiere que existen más participantes de género femenino.

**Figura 2**

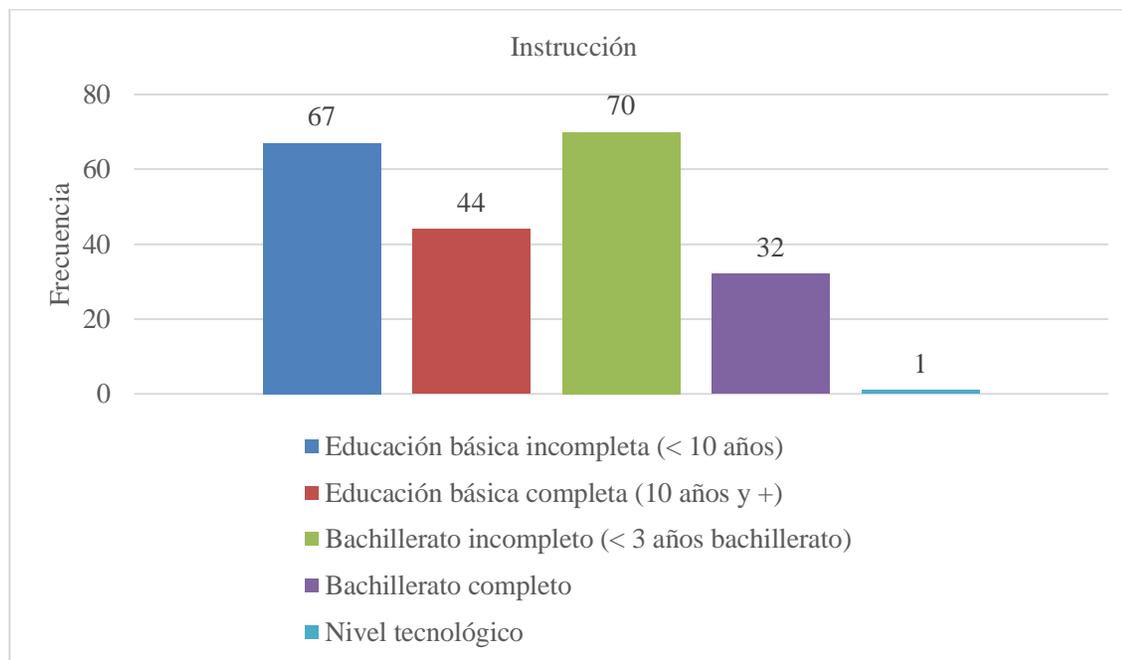
*Gráfico de barras con las frecuencias de la muestra por etnia*



En la figura 2, se observa que, de los 214 participantes, 55 personas se consideraron de etnia indígena, representado el (25,70%), 154 de etnia mestiza (71,97%) y 5 participantes de etnia de blanca (2,33%). Por tanto, se evidencia que existen más personas de la etnia mestiza.

**Figura 3**

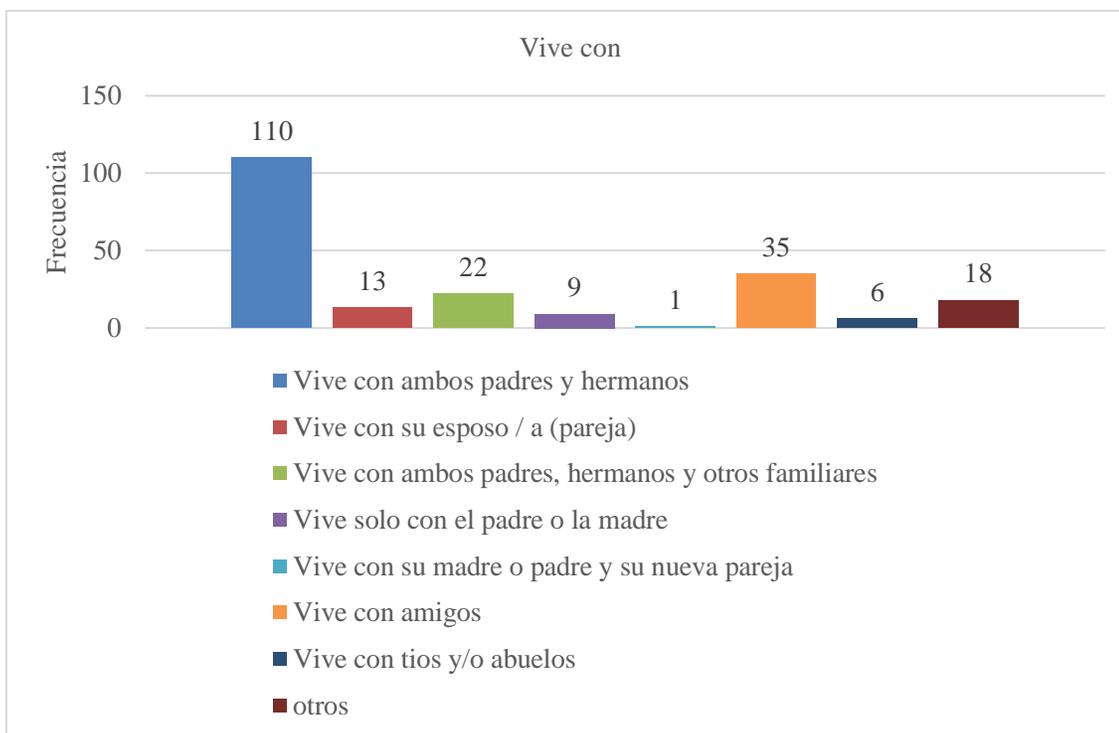
*Gráfico de barras con las frecuencias de la muestra por instrucción*



En la figura 3, se presenta las frecuencias sobre el nivel de instrucción de la muestra: 67 personas con una educación básica incompleta con menos de 10 años de estudio (31,31%), 44 con educación básica completa con más 10 años de estudio (20,56%), 70 con bachillerato incompleto inferior al tercer año de bachillerato (32,71%), 32 con bachillerato completo (14,95%) y finalmente 1 con nivel tecnológico (0,47%).

**Figura 4**

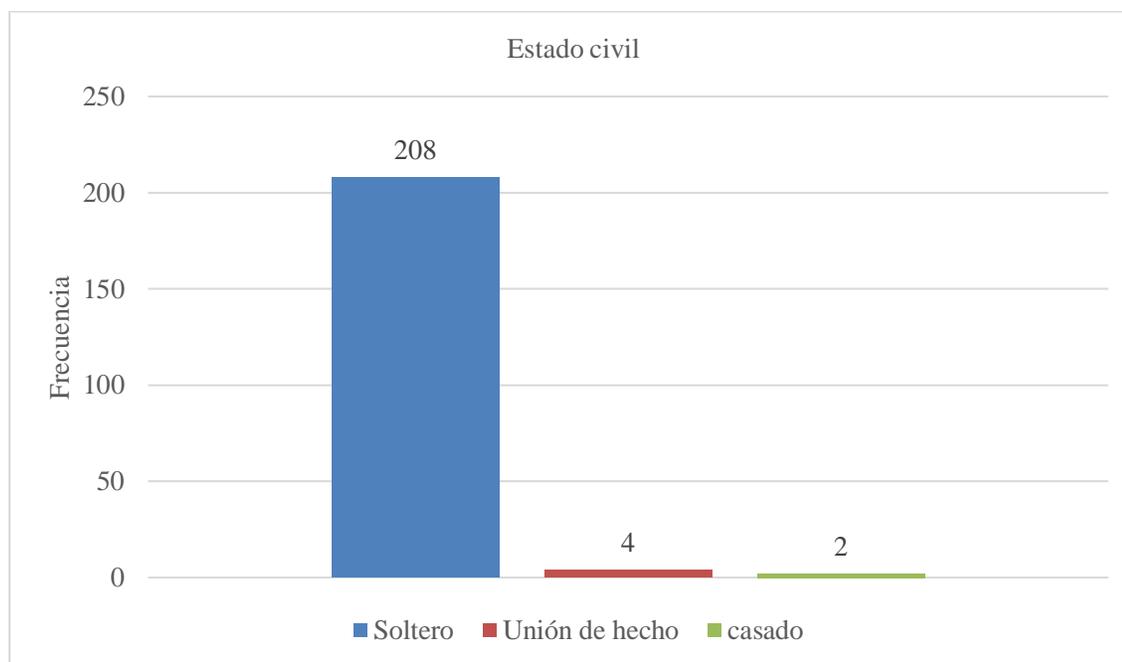
*Gráfico de barras con distribución de frecuencias de las personas con las que viven los participantes evaluados*



En la figura 4, se observa que de la muestra de 214 participantes: 110 personas viven con sus padres y hermanos, representando el (51,40%), 13 con su esposo o pareja (6,07%), 22 con ambos padres, hermanos y otros familiares (10,28%), 9 viven solo con el padre o la madre (4,21%), 1 vive con su padre o madre y su nueva pareja (0,47%), 35 viven con sus amigos (16,36%), 6 viven con tíos y/o abuelos (2,8%) y 18 con otras personas no especificadas (8,41%).

**Figura 5**

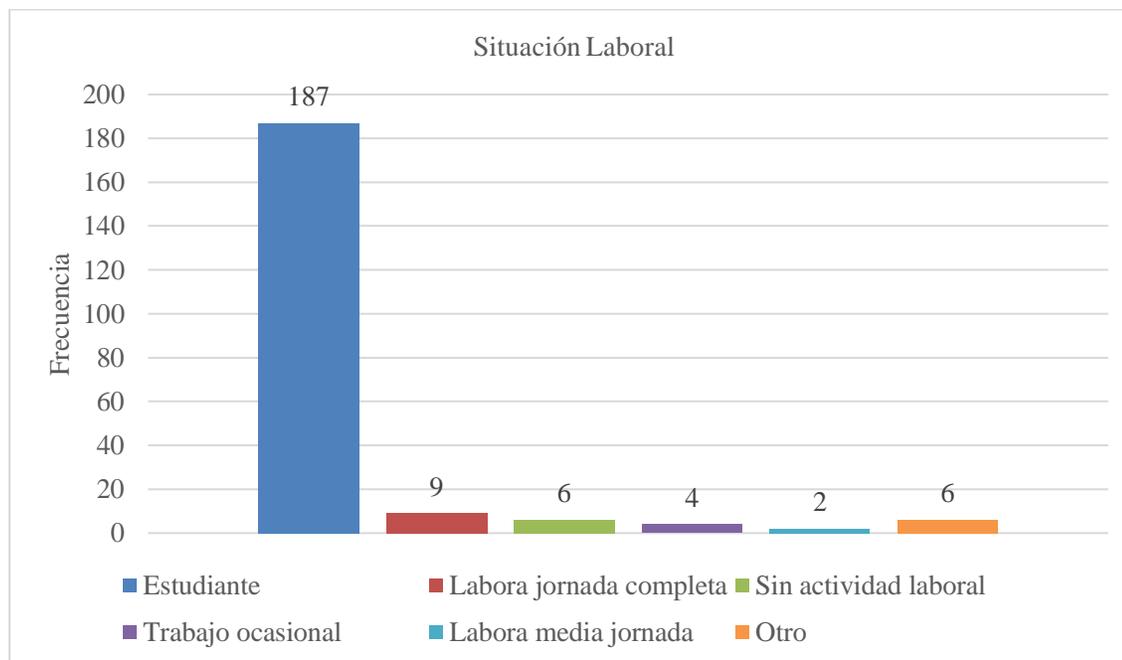
*Gráfico de barras con las frecuencias del estado civil de los participantes*



En la figura 5, se muestra que, de los 214 participantes, 208 son solteros, representa un porcentaje de (97,20%) 4 personas se encuentran en unión de hecho (1,87%) y 2 están casados (0,93%). Se evidencia que la mayoría de los entrevistados son solteros.

**Figura 6**

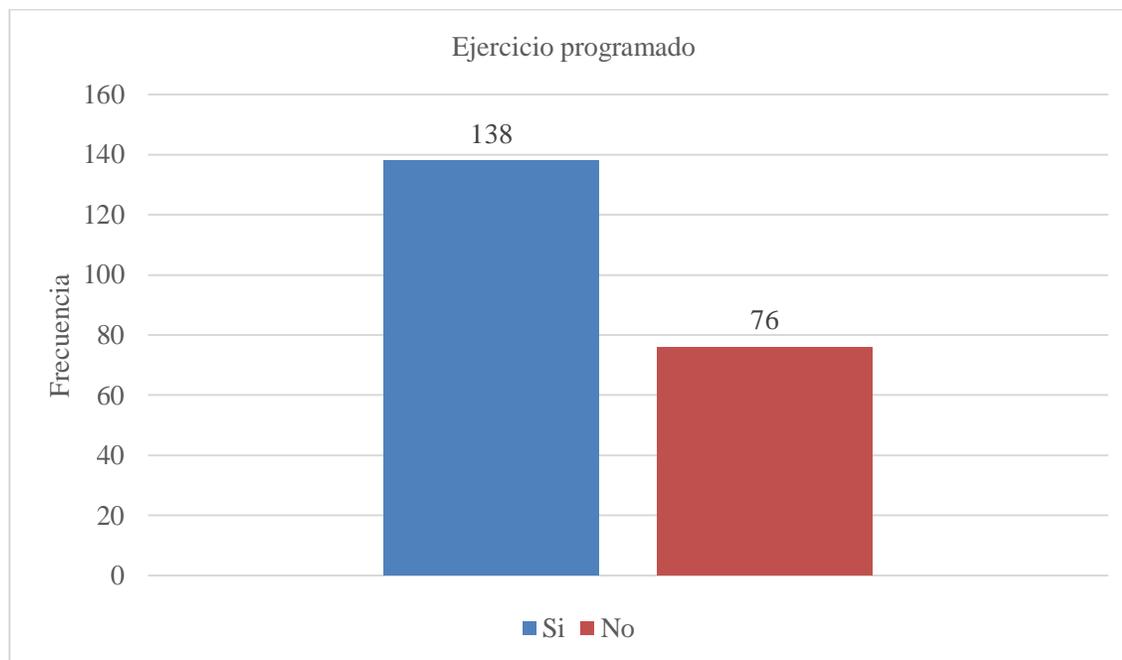
*Gráfico de barras con las frecuencias de la situación laboral de los participantes*



En la figura 6, se muestran las siguientes frecuencias: 187 personas son estudiantes, representando un porcentaje del (87,39%), 9 laboran jornada completa (4,21%), 6 sin actividad laboral (2,80%), 4 trabajan ocasionalmente (1,87%), 2 laboral media jornada (0,93%) y 6 personas no especifican (2,80%).

**Figura 7**

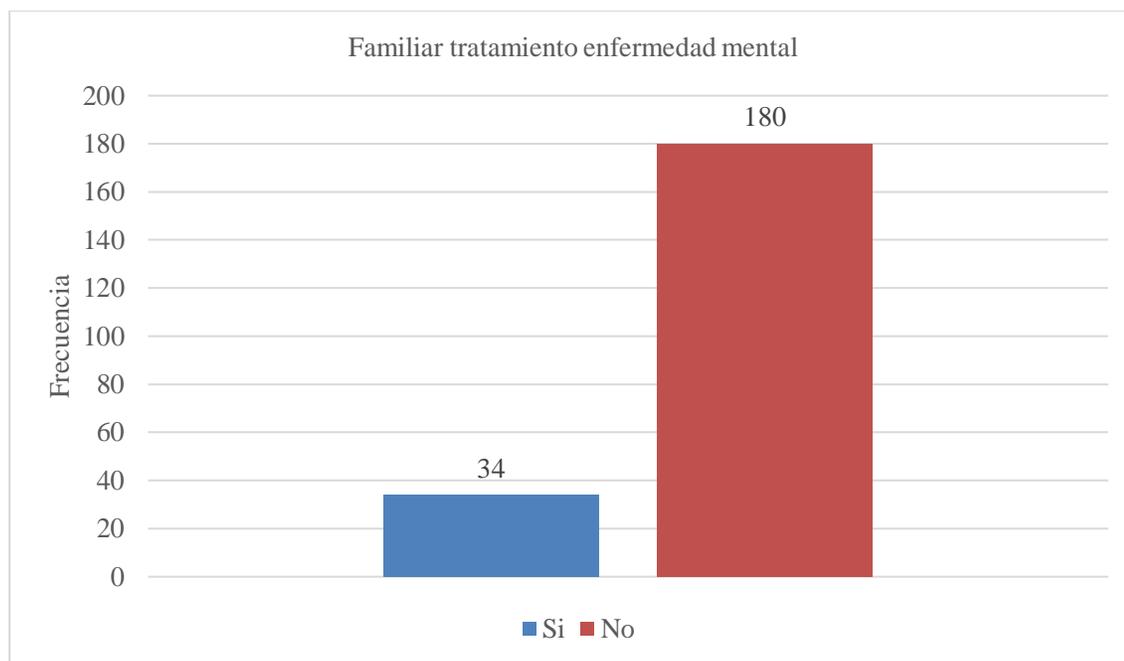
*Gráfico de barras con las frecuencias de ejercicio programado de los evaluados*



En la figura 7, se observa que, de los 214 participantes, 138 realizan ejercicio programado (64,49%) mientras que 76 no lo realizan (35,1%). Por tanto, se evidencia que la mayoría de personas realizan ejercicio programado.

**Figura 8**

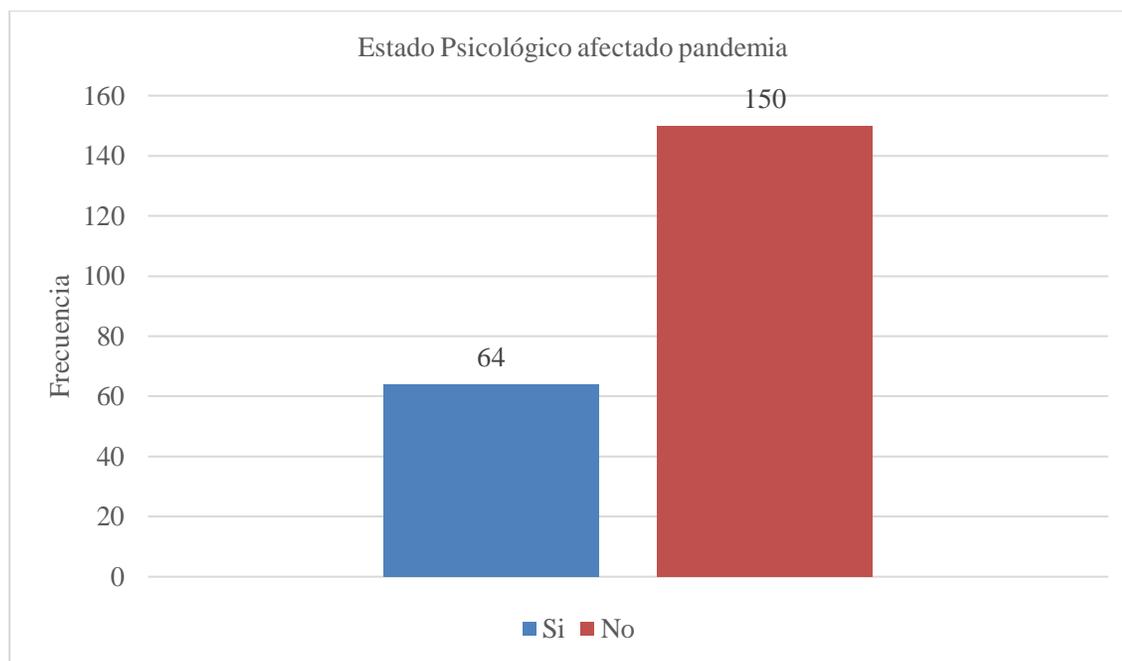
*Gráfico de barras con las frecuencias de familiares de los participantes que reciben tratamiento por una enfermedad mental*



En la figura 8, de 214 participantes 34 personas respondieron afirmativamente (15,89%) y 180 dijeron que no presentan ninguna familiar con alguna enfermedad mental (84,11%). Por tanto, se evidencia que la mayoría de los participantes no tienen un familiar con tratamiento por una enfermedad mental.

**Figura 9**

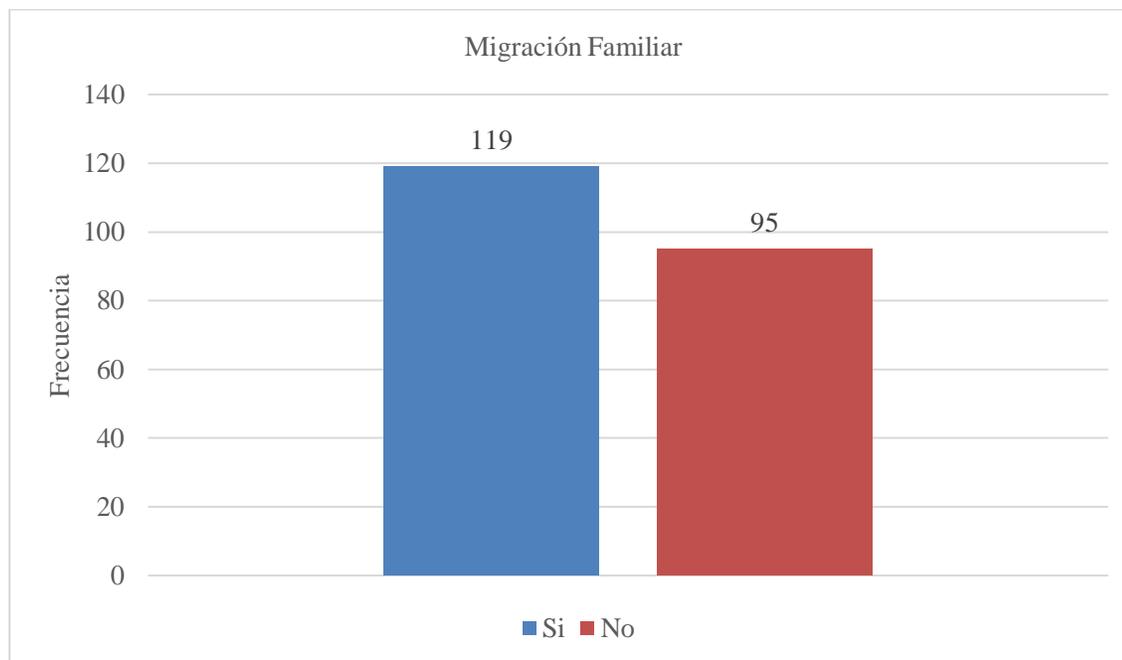
*Gráfico de barras respecto a si los participantes han presentado alguna afección psicológica por pandemia*



En la figura 9, se encontraron 64 personas que manifestaron haber tenido alguna afección psicológica producida por la pandemia (29,90%), mientras que las otras 150 personas no (70,10%). Por tanto, se evidencia que la mayoría de participantes no han presentado alguna afección psicológica por pandemia.

**Figura 10**

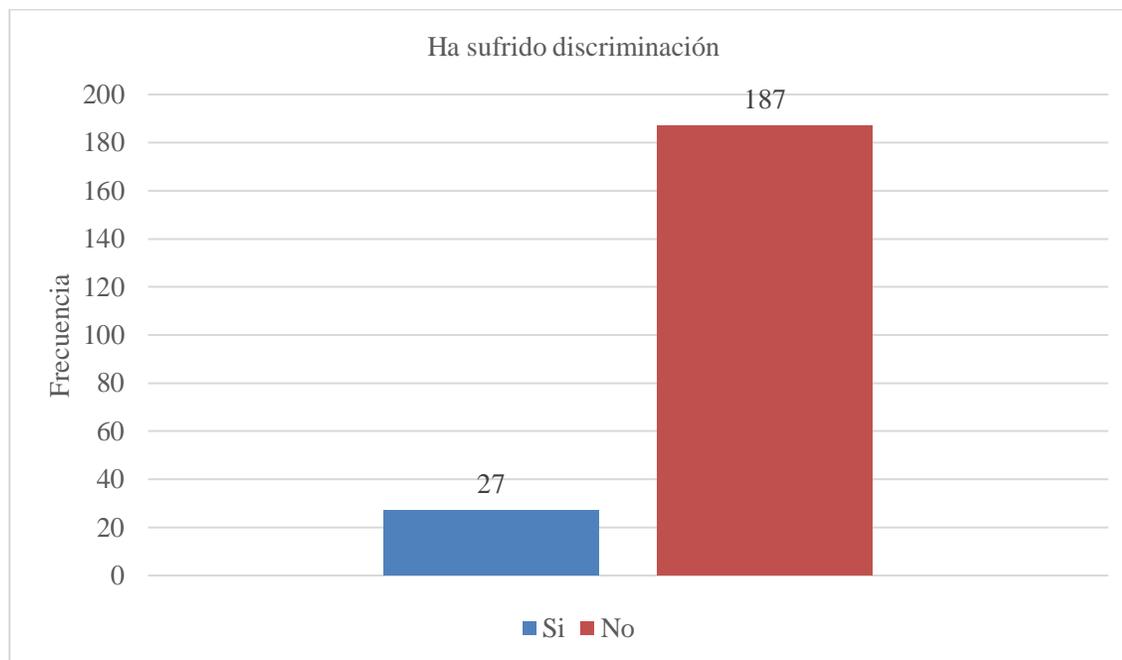
*Gráfico de barras con las frecuencias de los familiares que han migrado*



En la figura 10, se observa que 119 personas manifestaron tener un familiar que ha migrado (55,60%), mientras que 95 participantes indicarlo no tenerlo (44,40%). Por tanto, se evidencia que la mayoría de los participantes si tienen familiares que han migrado.

**Figura 11**

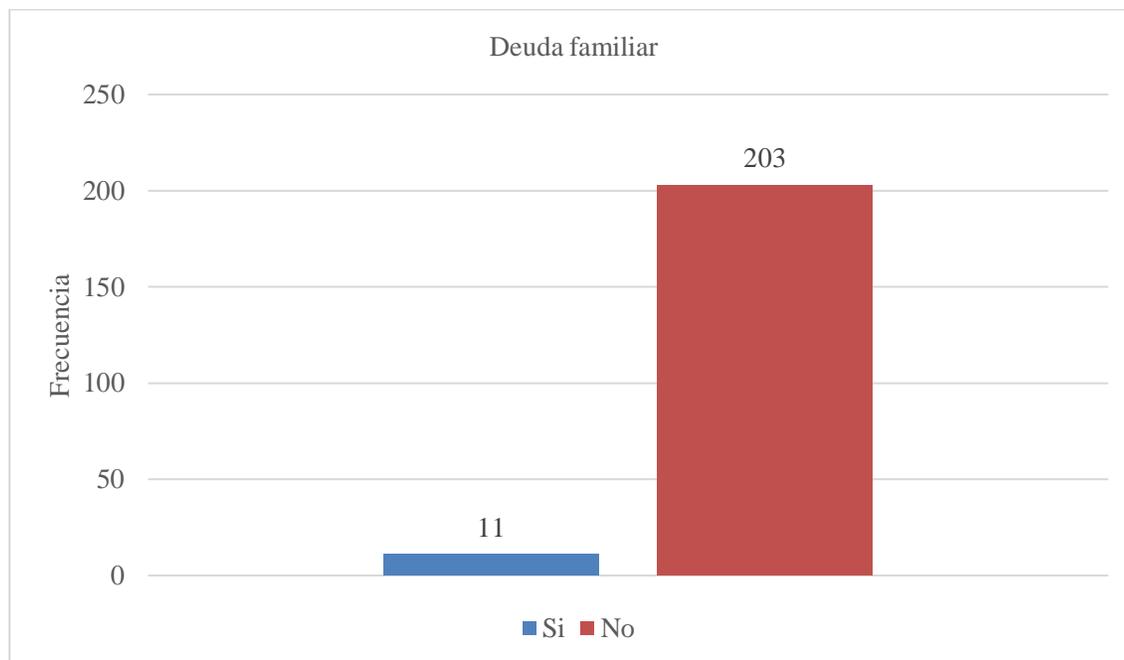
*Gráfico de barras respecto a si los participantes han sufrido discriminación*



En la figura 11, se muestra que 27 personas han sufrido de discriminación (12,61%) y 187 participantes no (87,39%). Por tanto, se evidencia que la mayoría de entrevistados no han sufrido discriminación.

**Figura 12**

*Gráfico de barras de deuda familiar*



En la figura 12, se observa que 11 participantes poseen una deuda familiar (5,14%), mientras que 203 indicaron no tenerla (94,86%). Por tanto, se evidencia que la mayoría de personas no presenta deuda familiar.

### 3.2. Análisis De Resultados Sociodemográficos Relacionados Al Riesgo Suicida

**Tabla 2**

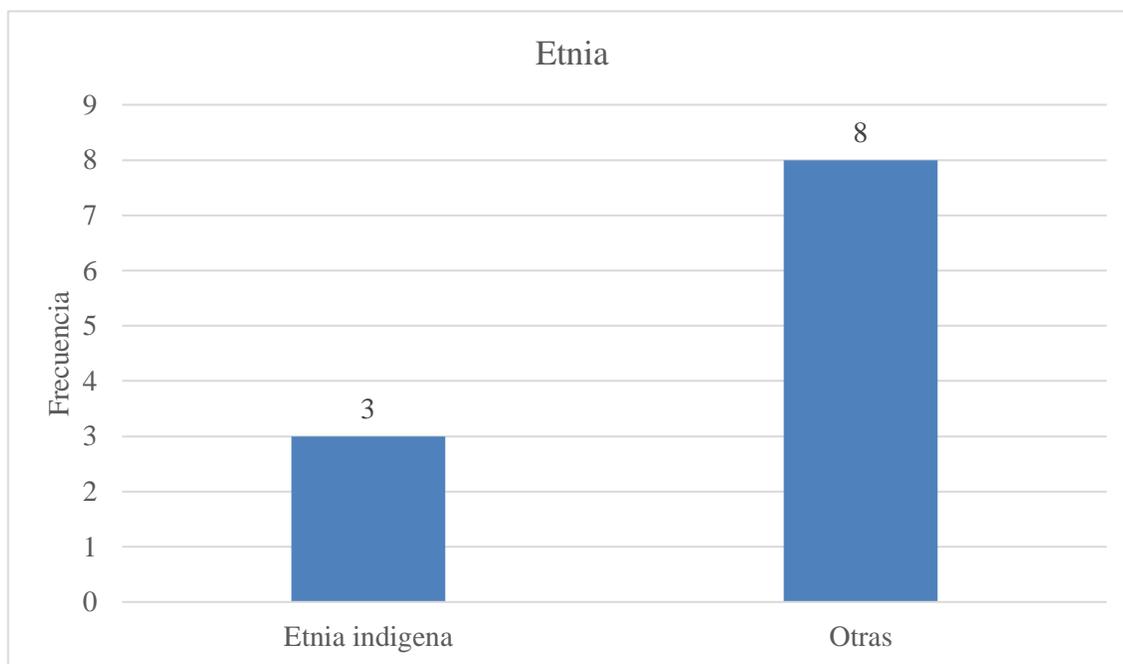
*Prevalencia del suicidio*

	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	5.14
No	203	94.86
Total	214	100.00

De los 214 adolescentes, el 5.14% que corresponde a 11 participantes, tienen riesgo suicida, mientras que el 94.86% que corresponde a 203 participantes, no presentan riesgo suicida.

**Figura 13**

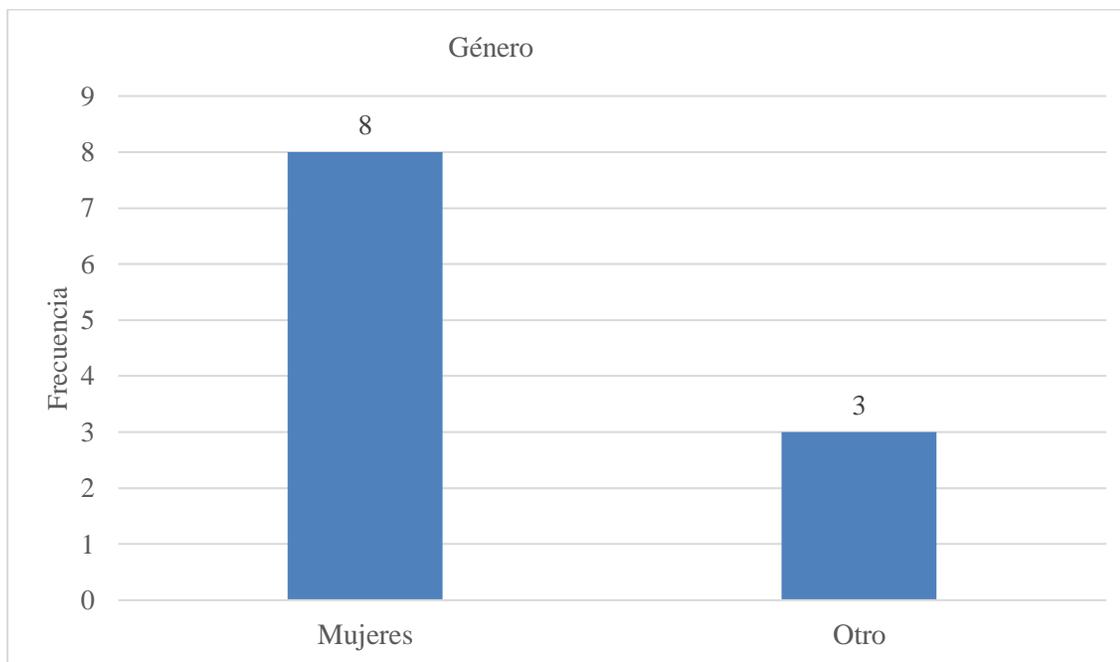
*Gráfico de barras de etnia*



En la figura 13, se evidenció que, de los 11 participantes con trastorno suicida, 3 (27,3%) son de etnia indígena, mientras que 8 (72,2%) pertenecen a otra etnia.

**Figura 14**

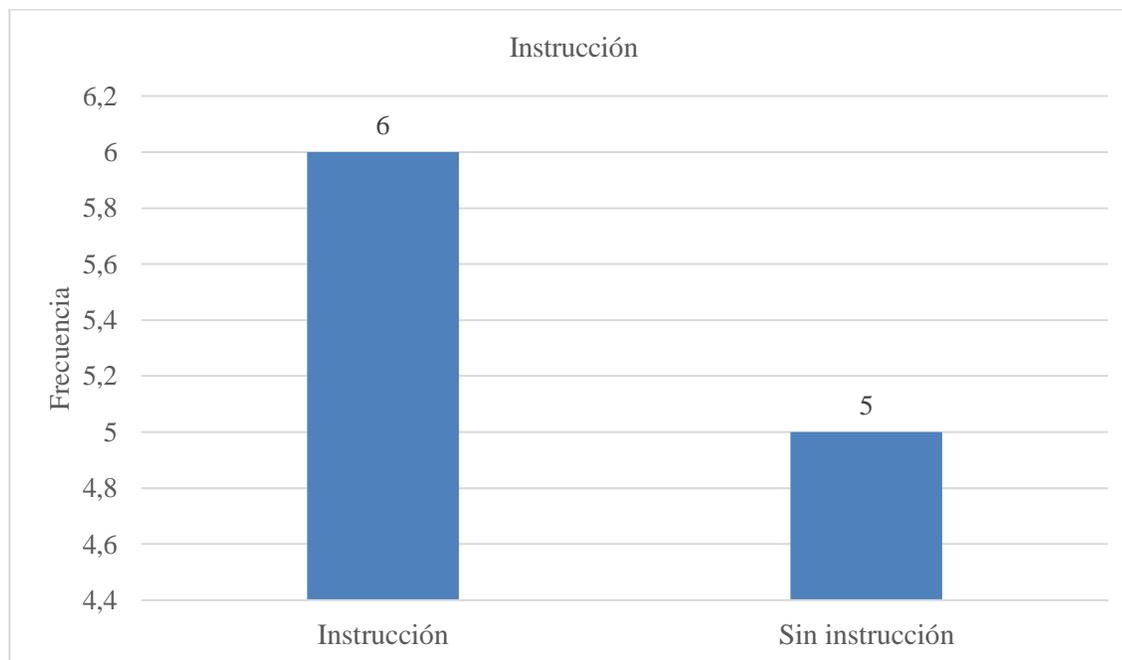
*Gráfico de barras de género*



En la figura 14, se mostró que, de los 11 participantes con trastorno suicida, 8 (72,7%) son mujeres, mientras que las 3 personas restantes (27,3%) no lo son.

**Figura 15**

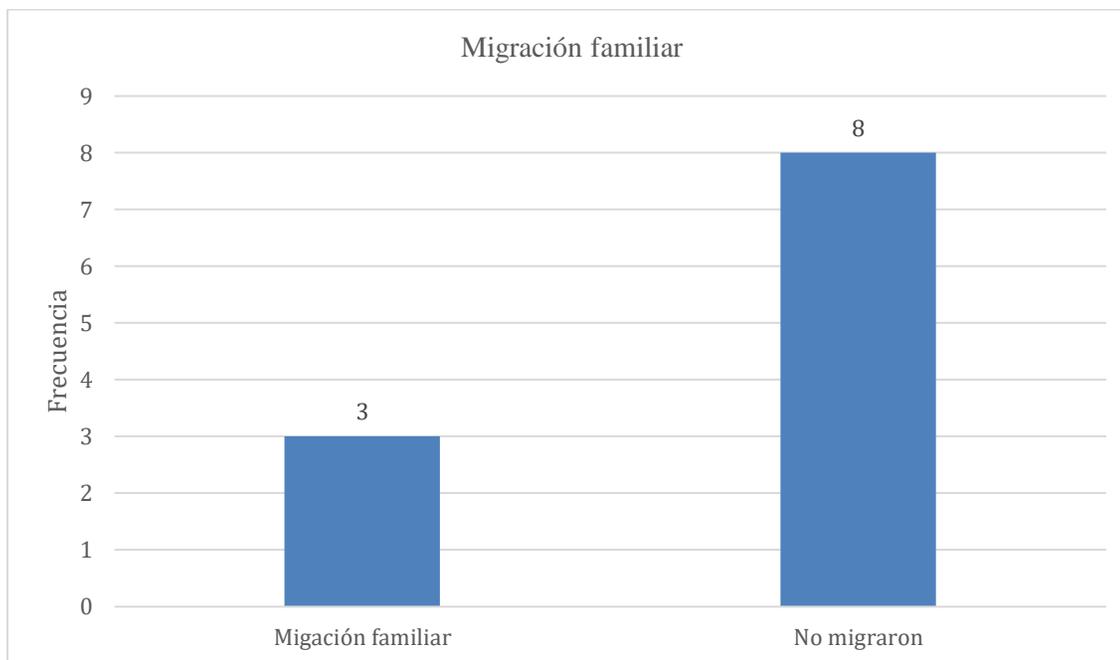
*Gráfico de barras de instrucción*



En la figura 15, se observó que, de los 11 participantes con trastorno suicida, 6 (54,5%) poseen un nivel de instrucción, mientras que las 5 personas restantes (45,5 %) no tienen instrucción.

**Figura 16**

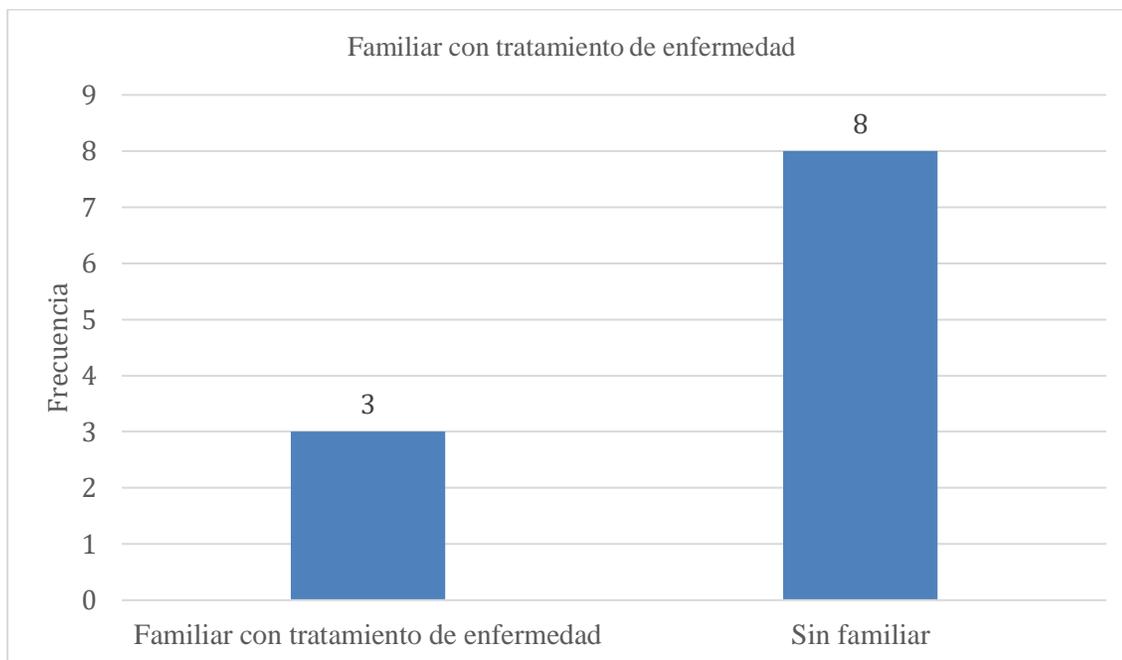
*Gráfico de barras de migración*



En la figura 16, se evidencio que, de los 11 participantes con trastorno suicida, 3 (27,3%) tienen un familiar que ha migrado, mientras que las 8 personas restantes (72,7 %) no lo poseen.

**Figura 17**

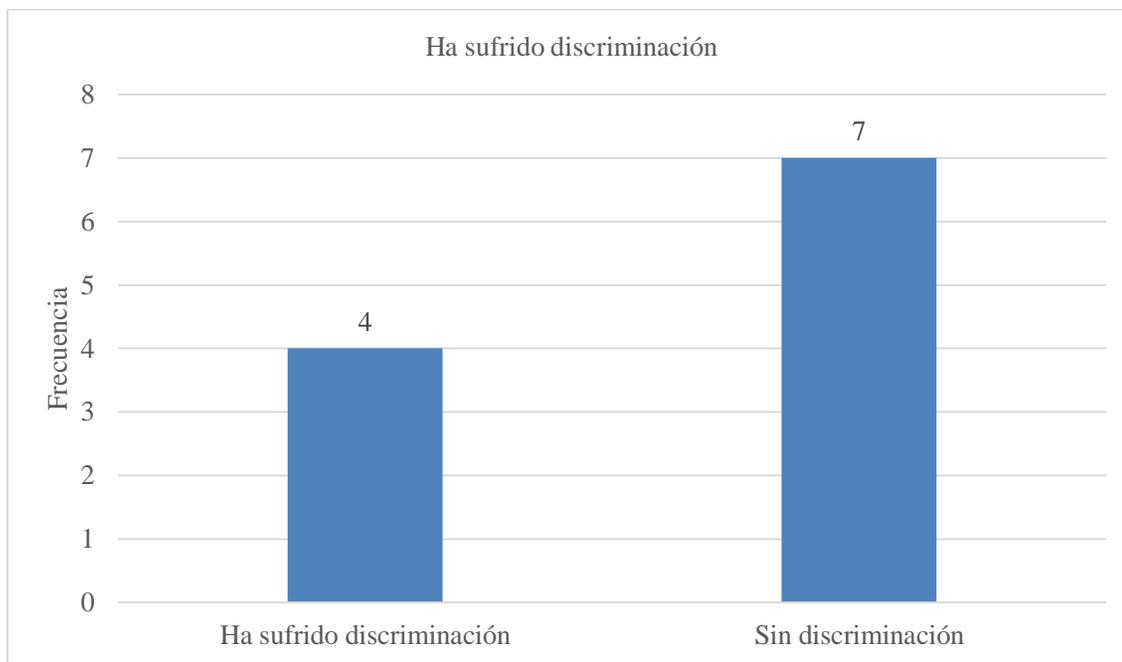
*Gráfico de barras de familiar con tratamiento de enfermedad mental*



En la figura 17, se mostró que, de los 11 participantes con trastorno suicida, 3 (27,3%) tienen un familiar que ha recibido un tratamiento por una enfermedad mental, mientras que las 8 personas restantes (72,7%) no poseen un familiar que lo haya recibido.

**Figura 18**

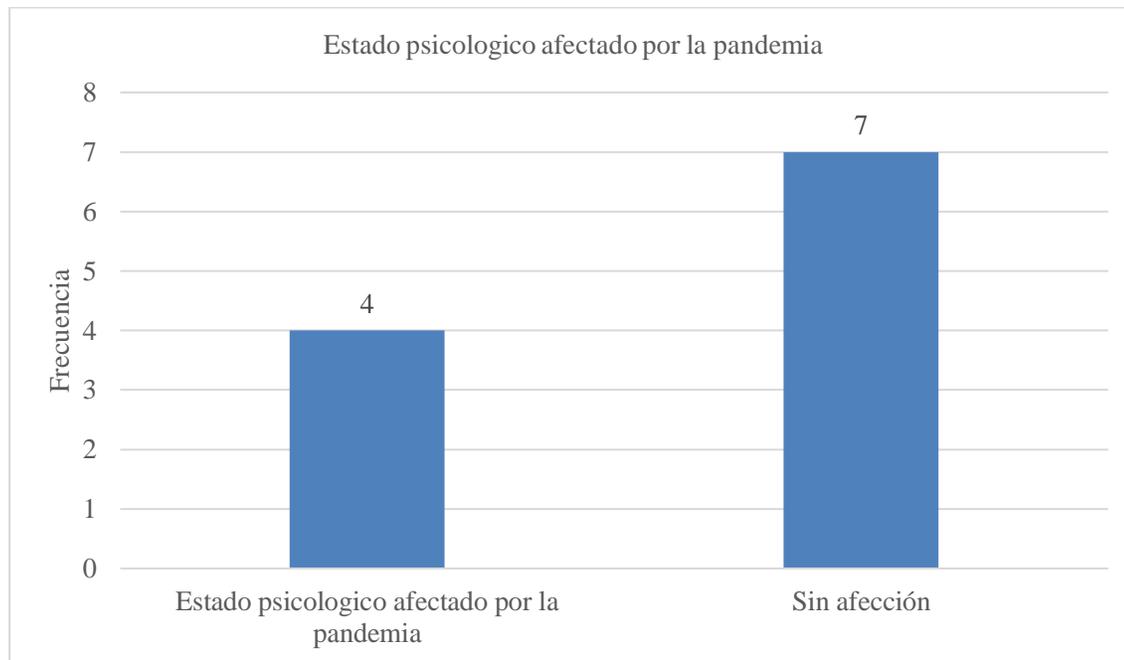
*Gráfico de barras de discriminación*



En la figura 18, se observó que, de los 11 participantes con trastorno suicida, 4 (36,4%) han sufrido discriminación, mientras que los 7 restantes (66,6%) indicaron no haberla sufrido.

**Figura 19**

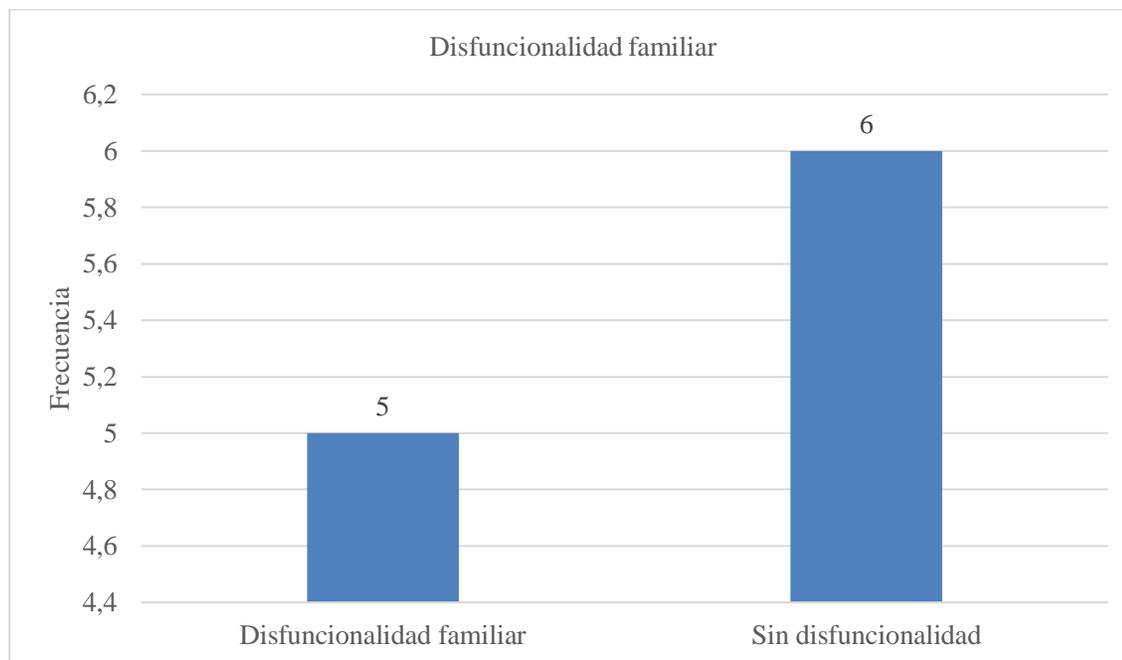
*Gráfico de barras de estado psicológico afectado por la pandemia*



En la figura 19, se evidencio que, de los 11 participantes con trastorno suicida, 4 personas indicaron que su estado psicológico se vio afectado por la pandemia (36,4%), mientras que los 7 restantes (66,6 %) refirieron no tener ninguna afección.

**Figura 20**

*Gráfico de barras de disfuncionalidad familiar*



En la figura 20, se observó que, de los 11 participantes con trastorno suicida, 5 (45,5%) poseen una disfuncionalidad familiar, mientras que en las 6 personas restantes (54,5%) no existe disfuncionalidad.

**Tabla 3**

*Relación entre el suicidio y factores sociodemográficos asociados*

VARIABLE	CH	P	OR	INTERVALO DE CONFIANZA	
Indígena			1,089	0,278	4,259
Mujer		0,354	2,167	0,559	8,403
Edad		1	0,921	0,261	3,254
Sin educación	0,033	0,855	1,12	0,331	3,787
Migración		0,065	0,281	0,072	1,091
Tto Psicológico		0,387	2,081	0,523	8,278
Discriminación		0,036	4,472	1,215	16,457
Pandemia		0,737	1,362	0,384	4,825
Disfuncionalidad	5,293	0,021	3,939	1,135	13,679

Se realizó la recolección de datos del riesgo de suicidio en adolescentes del cantón

Nabón. Se identificaron dos factores de riesgo: el primer caso fue la discriminación ( $p=0,036$ ), ( $OR=4,472$ ;  $IC=1,215-16,457$ ); y el segundo factor fue la disfuncionalidad familiar ( $p=0,021$ ), ( $OR=3,939$ ;  $IC=1,135-13,679$ ) y presentó un valor del chi cuadrado de 5,293.

## Capítulo 4

### Discusión

Ante la problemática del riesgo de suicidio en los adolescentes, el presente proyecto de investigación se centró en identificar la prevalencia de riesgo de suicidio y las variables sociodemográficas asociadas en la población adolescente del cantón Nabón, con la aplicación del instrumento MINI en su versión original y una ficha sociodemográfica para evidenciar dicha prevalencia.

En la matriz de correlaciones de Pearson, no se evidenció correlaciones significativas ( $p < 0.05$ ) con las siguientes variables sociodemográficas: etnia, género, edad, instrucción, migración, tratamiento psicológico de un familiar y pandemia. Por otro lado, se encontró que si existe una correlación con las variables de discriminación ( $p = 0,036$ ), y disfuncionalidad familiar ( $p = 0,021$ ); es decir que la presencia de estas variables influye significativamente en el riesgo de suicidio adolescente.

Un estudio que respalda estos resultados es el realizado en la ciudad de Mar del Plata, en el cual se aplicó el Inventario Orientado al Suicidio y la Encuesta de Discriminación Percibida a 199 adolescentes, los datos mostraron una correlación positiva significativa entre los aspectos de discriminación y el riesgo de suicidio. Estos resultados confirman la hipótesis de que, a mayor percepción global de discriminación, mayor riesgo de suicidio en la población encuestada (Córdoba et al. 2021).

Los grupos vulnerables o las personas pertenecientes a minorías étnicas en la sociedad corren un mayor riesgo de sufrir problemas debido a su posición de desventaja que otros grupos dominantes. Por ejemplo, los migrantes pueden encontrar problemas de aculturación en el país de acogida, además de problemas socioeconómicos mayores y una mayor carencia de sus necesidades básicas. Otros grupos vulnerables son los LGBTI, las personas que viven con VIH, presentan un mayor riesgo de ser discriminadas, estigmatizadas y victimizadas (Castellvi & Piqueras, 2018).

Por otro lado, otros estudios han demostrado que los jóvenes de minorías con identidades étnicas en relación con su cultura de origen muestran una disminución en el número de suicidios; Por el contrario, existe evidencia de que el estrés inducido por la aculturación puede ser un factor de riesgo para la ideación suicida. Sin embargo, hay poca investigación que vincule directa o indirectamente los componentes de la identidad étnica con la ideación suicida (Angulo et al. 2017).

En cuanto a la segunda variable identificada, que fue disfuncionalidad familiar, se puede mencionar que esta influye significativamente en la incidencia de riesgo suicida en adolescentes. Como mencionan Larraguibel et al. (2000), la ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres, discordia familiar y un divorcio hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos estresantes.

A su vez, en una investigación en la que se exploraron tres dimensiones: estructura familiar, percepción de ideación suicida y la escala de desesperanza de Beck. Los resultados indicaron que la relación con el padre se asocia con la ideación suicida, y la relación con la madre en considerar el suicidio como una forma de solucionar los problemas de los adolescentes. Se concluyó que la estructura familiar de los adolescentes y factores de riesgo como antecedentes de violencia, consumo de alcohol y drogas en la familia se asociaron a la ideación suicida (Garza et al. 2019).

Además, en el ámbito familiar, se ha estudiado la relación de su funcionamiento con el intento suicida, se ha demostrado que la capacidad de adaptación de los adolescentes a la familia tiene un valor predictivo para la ideación suicida e intento de suicidio. Por otro lado, al tratar la ideación suicida como variable dependiente y cada estresor en la familia de forma independiente, se encontró una correlación positiva significativa con la variable intento de suicidio de un familiar. En la mayoría de los casos, fue la madre del adolescente quien llevó a cabo este comportamiento. Los principales resultados obtenidos del estudio se relacionan con el hecho de que la ideación suicida en adolescentes se correlaciona moderadamente con la intención suicida de un familiar y la capacidad de adaptación familiar adolescente (Paveza et al. 2009).

Es importante recalcar que entre las limitaciones que se presentaron en la investigación realizada en el cantón Nabón se pudo observar que probablemente en algunas preguntas no existió una adecuada comprensión por parte de los encuestados. Además, es posible que los participantes no deseaban expresar algunas variables que influían en su vida, debido a que por ser adolescentes tenían temor de que sus padres se enteraran de cómo se sentían en realidad. Como se pudo verificar

en varios estudios tanto la variable de discriminación como la de disfuncionalidad familiar son significativas en el riesgo suicida adolescente; sin embargo, se puede decir que no solo estas influyen en la vida de los participantes, ya que existen otros factores como la edad, el género, etnia, educación, migración familiar, problemas por la pandemia, que son de igual importancia para los mismos y pueden ser detonantes de un intento o ideación suicida.

## Conclusiones

El desarrollo del presente estudio permitió identificar la prevalencia de riesgo de suicidio y las variables sociodemográficas asociadas en los adolescentes del cantón Nabón de la provincia del Azuay (Zhiña, Rañas, Cochapata, El Progreso, Morasloma y Nabón centro). El análisis estadístico de la muestra reflejó que, de los 214 adolescentes, el 5.14% que corresponde a 11 participantes, tienen riesgo suicida, mientras que el 94.86% que corresponde a 203 participantes, no presentan riesgo suicida.

Al relacionar el riesgo de suicidio con los factores sociodemográficos, se encontró una asociación estadística significativa para la discriminación ( $p=0,036$ ), y la disfuncionalidad familiar ( $p=0,021$ ). Por lo que se concluye que para los adolescentes del cantón Nabón el ser o sentirse discriminados y el no tener una adecuada relación con sus familiares puede generar un riesgo suicida. Sin embargo, de acuerdo a la revisión bibliográfica se pudo evidenciar que existen otras variables sociodemográficas que también se relacionan con este fenómeno y que pueden influir en esta población, debido a esto, se plantea la necesidad de otros estudios que corroboren las variables identificadas en los adolescentes del cantón Nabón.

## Recomendaciones

El riesgo de suicidio o prevalencia de conductas suicidas en adolescentes es un fenómeno social, que necesita acción inmediata por parte de diversos sectores de la sociedad, los cuales puedan trabajar de manera integral en pro de mejorar la calidad de vida y salud mental de los adolescentes. La detección temprana de los factores de riesgo que incrementan la aparición de conductas suicidas en los adolescentes es de suma importancia puesto que de esta manera se puede tratar el problema desde su origen.

Realizar talleres, campañas y programas de intervención con el fin de fomentar una cultura acerca de la salud mental, instruir a las familias brindándoles psicoeducación y herramientas para mejorar su funcionalidad y el entorno en el que se desarrollan los adolescentes, ya que es de fundamental importancia para disminuir el riesgo de intentos suicidas.

A su vez, realizar campañas para disminuir las brechas de discriminación las cuales se han identificado como un factor causante del malestar y riesgo de intento suicida en adolescentes. Capacitar al personal sanitario y educativo del cantón Nabón para que puedan instruir a los adolescentes sobre la importancia de la salud mental y mecanismos de afrontamiento adecuados frente a situaciones de estrés o malestar para evitar que recurran a conductas autodestructivas. Además, se recomienda que se sigan haciendo investigaciones de este tipo, sobre todo en zonas rurales, las cuales generalmente suelen ser olvidadas.

## Bibliografía

- Angulo, Briceño, Gálvez, & Hauri. (2017). Identidad étnica e ideación suicida en adolescentes indígenas. *Vol. 59*. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342017000100007](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000100007)
- Aranguren, M. (2009). Modelos teóricos de comprensión del suicidio. 25. Obtenido de <https://www.aacademica.org/000-020/155.pdf>
- Ardiles, R., Alfaro, P., Díaz, I., & Martínez, V. (2018). Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo, Chile. *Redalyc*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/741/74156437004/html/?fbclid=IwAR06mr1sBZ83QoSrpYklzVKV5FcIto49xpc3ymVjHad-K4jijyvDQYZMUgs>
- Azúa, E., Rojas, P., & Ruíz, S. (2020). *Scielo, Vol.91 (No.3)*. Obtenido de [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062020000300432](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000300432)
- Bedoya, E., & Montaña, L. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *Revista CES, Vol. 9(núm. 2)*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/4235/423548400012/html/>
- Betancourt, A. (16 de 03 de 2009). *El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso*. Obtenido de <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2350/1/BFLACSO-CS26-04-Betancourt.pdf>
- Borrás, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Scielo, Vol. 18(No. 1)*. Obtenido de Scielo: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812014000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002)

- Castellvi, P., & Piqueras, J. (2018). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. 47. Obtenido de [http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el\\_suicidio\\_en\\_la\\_adolescencia\\_un\\_problema\\_de\\_salud\\_publica\\_que\\_se\\_puede\\_y\\_debe\\_prevenir.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf)
- Cordoba, P., Oliva, C., & Galarza, A. (2021). Riesgo suicida y discriminación en adolescentes y jóvenes. *Vol. 21*. Obtenido de <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/4595>
- Cortés, A., Aguilar, J., Suárez, R., Rodríguez, E., & Durán, J. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Scielo, Vol. 27*(No. 1). Obtenido de Scielo: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004)
- Cubillas, M., Román, R., Abril, E., & Galaviz, A. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Scielo*. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100007](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100007)
- Dávila, C., & Contreras, M. (2019). Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados. *Scielo, Vol.90* (No.6 ). Obtenido de [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062019000600606](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000600606)
- Del Campo, A., González, C., & Bustamante, J. (2013). El suicidio en adolescentes. *Revista Médica del Hospital General de México, Vol. 76*(No. 4), 203. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-el-suicidio-adolescentes-X0185106313687322>

- Díaz, M. (2017). *Association Between Spousal Suicide and Mental, Physical, and Social Health Outcomes*. Obtenido de <http://diazsibaja.casosclnicosensaludmental.es/index.php/suicidio-en-los-familiares-y-amigos/>
- García, J., Montoya, G., López, C., López, M., Montoya, P., Arango, J., & Palacio, C. (2011). Características de los suicidios de áreas rurales y urbanas de Antioquia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 40(No. 2), 212. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n2/v40n2a02.pdf>
- Garza, Castro, & Calderón. (2019). Estructura familiar, ideación suicida y desesperanza en el adolescente. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/213/21363396005/html/>
- Gerstner, Soriano, Sanhueza, Caffé, & Kestel. (2018). *Pan American Journal of Public Health Salud Publica*. Obtenido de Epidemiología del suicidio de adolescentes y jóvenes en Ecuador: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49163/v42e1002018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Guarnizo, A., & Romero, N. (2021). Estadística epidemiológica del suicidio adolescente durante el confinamiento por pandemia de Covid-19 en Ecuador. *Metrociencia*, Vol. 29, 48. Obtenido de <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/233/299>
- Güemes, M., Ceñal, M., & Hidalgo, M. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. 234. Obtenido de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>

Gutiérrez, Contreras, Orozco, & Rosselli. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Redalyc, Vol. 29*(No 5), 67. Obtenido de El suicidio, conceptos actuales:

<https://www.redalyc.org/pdf/582/58229510.pdf>

Hernández, P., & Villareal, R. (2015). Algunas especificidades entorno a la conducta suicida.

*Scielo*. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san14198.pdf>

Iglesias, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. 89.

Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>

Larraguibel, M., González, P., Martínez, V., & Valenzuela, R. (2000). Obtenido de Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes:

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062000000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

Lillo, J. L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. (No. 90). Obtenido de

Scielo: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000200005#:~:text=Es%20una%20fase%20de%20transici%C3%B3n,plasmarm%C3%A1%20en%20su%20individuaci%C3%B3n%20adulta.](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200005#:~:text=Es%20una%20fase%20de%20transici%C3%B3n,plasmarm%C3%A1%20en%20su%20individuaci%C3%B3n%20adulta.)

Lodoño, V., & Cañón, S. (2020). Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes

escolarizados: revisión de tema. *Redalyc, Vol. 20*(No. 2). Obtenido de Universidad de Manizales:

[https://www.redalyc.org/journal/2738/273863770018/html/#redalyc\\_273863770018\\_ref2](https://www.redalyc.org/journal/2738/273863770018/html/#redalyc_273863770018_ref2)

3

Mansilla, F. (2010). *Suicidio y prevención*. Obtenido de <http://www.psicodoc.org/edoc/E-531.pdf>

- Marco, Benítez, & Morera. (2006). *Conducta suicida en trastornos de personalidad*, Vol. 8 (No. 3 ). Obtenido de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/123/290>
- Martínez, M. L. (2007). Mirando al Futuro: Desafíos y Oportunidades Para el Desarrollo de los Adolescentes en Chile. *Scielo*, Vol. 16(No. 1), 4. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v16n1/art01.pdf>
- Ministerio de salud pública del Ecuador. (19 de 02 de 2021). *Lineamientos Operativos para la atención a personas con intención o intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de salud pública del Ecuador*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-intencion-e-intentos-de-suicidio.pdf>
- Moutier. (2021). *American Foundation For Suicide Prevention*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>
- Núñez, A., Reyes, L., Sánchez, M., Carmona, F., Acosta, J., & Moya, E. (Febrero de 2020). *Ideación suicida y funcionalidad familiar en adolescentes del caribe colombiano*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/559/55969798013/55969798013.pdf>
- OMS. (2021). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud . (2021). *Suicidio*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Obtenido de Suicidio : <https://www.who.int/es/news-room/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). Prevención de la conducta suicida. 6. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Paveza, Santandera, Carranza, & Vera. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Scielo*. Obtenido de [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000200006](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000200006)
- Peña, G., Ortiz, M., & Gil, Q. (2013). EL BULLYING Y EL SUICIDIO EN EL ESCENARIO UNIVERSITARIO. *Redalyc*, Vol. 4(No. 2). Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4978/497856283009.pdf>
- Pérez, J., Pérez, T., Azcuy, M., & Miraball, G. (2014). Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. *Scielo*, Vol.33(No.1). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002014000100008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000100008)
- Rascón, M. (2004). Percepción de los familiares del intento e indecisión suicidas de pacientes con esquizofrenia. Vol. 27(No. 5). Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1087769>
- Reiner, L., Cruz, B., González, Y., Moya, C., Borges, M., & Sánchez, M. (31 de Marzo de 2020). Factores de riesgo y tipificación de la conducta suicida en la adolescencia, su enfoque comunitario. *Scielo*, Vol. 14(No. 1). Obtenido de Scielo: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2709-79272020000100053](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272020000100053)
- Rodríguez, A. (2007). *Instituto Nacional de Medicina Legal Medicina Legal y Ciencias Forenses*. Obtenido de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/33850/8+Suicidios.pdf/088bf4a4-b9d5-4246-a4e7-3298e9c0f05d>
- Ruiz, P. (2013). PSICOLOGÍA DEL ADOLESCENTE Y SU ENTORNO. 2. Obtenido de <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Psicolog%C3%ADa%20del%20Adolescente%20y%20su%20entorno%20P.J.Ruiz%20L%C3%A1zaro.pdf>

- Serrano, C., & Olave, J. (2017). Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. *MedUNAB*, Vol. 20(No.2), 140. Obtenido de MedUNAB: <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Factores%20de%20riesgo%20asociados%20con%20la%20aparici%C3%B3n%20de%20conductas%20suicidas%20en%20adolescentes.pdf>
- Sheehan, & Lecrubier. (01 de 01 de 2000). *MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW*. Obtenido de [https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/escala\\_1.1.1.pdf](https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/escala_1.1.1.pdf)
- Tamayo, J., Perez, V., Molina, I., & Arroba, E. (2022). Caracterización del suicidio y su incidencia. *Uisrael*, Vol. 9(No.1), 95.
- Terroba, Saltijeral, & Corral. (1987). El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. Vol. 10 ( No. 4). Obtenido de [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/322](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/322)
- UNICEF. (2012). *SUICIDIO ADOLESCENTE EN PUEBLOS INDIGENAS* . Obtenido de [https://repositories.lib.utexas.edu/bitstream/handle/2152/15666/0575\\_suicidios-unesf.pdf](https://repositories.lib.utexas.edu/bitstream/handle/2152/15666/0575_suicidios-unesf.pdf)
- UNICEF. (mayo de 2017). Obtenido de <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
- UNICEF. (junio de 2017). *COMUNICACIÓN, INFANCIA Y ADOLESCENCIA GUÍA PARA PERIODISTAS: SUICIDIO* . Obtenido de <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
- Valdevila, & Figueira. (2021). Conducta suicida y dualidad en trastornos por consumo de sustancias en drogodependientes ecuatorianos. *Revista información científica*, Vol. 100(No. 5). Obtenido de

<http://www.revincientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3516/4879#:~:text=El%20consumo%20de%20drogas%20es,comportamiento%20violento%20hacia%20s%C3%AD%20mismo.>

Valdevila, J., Ruiz, O., Orellana, C., Valdevila, R., Fabelo, J., & Iglesias, S. (2021). Conducta suicida y dualidad en trastornos por consumo de sustancias en drogodependientes ecuatorianos. *Revista Información Científica, Vol. 100*(No. 5). Obtenido de <http://www.revincientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3516/4879>

Viejo, C., & Ortega, R. (2015). Cambios y riesgos asociados a la adolescencia. *Dialnet, Vol. 7*(No. 2), 110. Obtenido de file:///C:/Users/DELL/Downloads/Dialnet-CambiosYRiesgosAsociadosALaAdolescencia-6360213.pdf

## Anexos

## Anexo 1

*Instrumento test mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI)***C. Riesgo de suicidio**

Durante este último mes:				Puntos:
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
<b>A lo largo de su vida:</b>				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)  
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

NO	SÍ
<b>RIESGO DE SUICIDIO</b>	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

## Anexo 2

### Modelo de ficha sociodemográfica

#### INFORMACIÓN GENERAL.

Ficha

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

Nombre del entrevistador.....

Comuna .....

#### 1.- Etnia

1  indígena      2  mestiza.      3  blanca.      4  otra

#### 2.- Género

1  masculino      2  femenino

3.- Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos

#### 4.- Años de estudio

- |                                                               |                                                                             |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Sin escolaridad                    | 6 <input type="checkbox"/> nivel tecnológico (años aprobados)               |
| 2 <input type="checkbox"/> < 10 - educación básica incompleta | 7 <input type="checkbox"/> nivel superior completo (años aprobados – compl) |
| 3 <input type="checkbox"/> 10 - educación básica incompleta   | 8 <input type="checkbox"/> nivel postgrado                                  |
| 4 <input type="checkbox"/> < 3 bachillerato incompleto        |                                                                             |
| 5 <input type="checkbox"/> 3 - bachillerato completo          |                                                                             |

5.- ¿Quiénes viven con usted? Pueden señalar todos los que están en la lista y poner en otros si falta alguien.

- |                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Vive con ambos padres y hermanos                                          |
| 2 <input type="checkbox"/> Vive con su esposo (a) pareja                                             |
| 2 <input type="checkbox"/> Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.) |
| 3 <input type="checkbox"/> Vive sólo con el padre o la madre                                         |
| 4 <input type="checkbox"/> Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos                   |
| 3 <input type="checkbox"/> Vive solo                                                                 |
| 6 <input type="checkbox"/> Vive con amigos (as)                                                      |
| 7 <input type="checkbox"/> Otros indicar con quienes.....                                            |

6.- ¿Tiene un familiar directo que ha migrado?

En el caso que la respuesta sea Sí, elija si esta es interna o externa

Sí       No       Migración interna       Migración externa

## 7.- Identifique quien migro y el tiempo

- 1  Padre  
 2  Madre  
 3  Ambos padres  
 6  Esposo (a) pareja  
 7  Hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.)  
 8  Otros indicar quienes.....

- 1  < de un año  
 2  1 a 5 años  
 3  6 a 10 años  
 4  > de 10 años

8.- Algún miembro de la familia ha presentado una enfermedad mental (¿ha sufrido de los nervios?, ¿ha recibido tratamiento psiquiátrico?)

Si  No

9.- ¿Se ha sentido rechazado o marginado?

Si  No

## INDIQUE DEBIDO A QUE CONDICIÓN

- 1  Etnia  
 2  Discapacidad  
 3  Urbano – rural  
 4  Religión  
 5  Otros Especifique .....

10.- Realización de actividad física o ejercicio programados  
 TIEMPO DE ACTIVIDAD FÍSICA

Si  No

- 1  Inferior a 30 minutos al día  
 2  Superior a 30 minutos al día de intensidad moderada  
 3  Superior a 30 minutos al día de intensidad alta

## INTENSIDAD DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

1  Leve                      2  Moderado                      3  Intensa

11.- ¿Ha sentido que su estado psicológico se ha afectado por la pandemia?

Si  No

### Anexo 3

#### *Consentimiento informado*

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **“Salud mental en el Cantón Nabón”**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como colaboradores.

La presente investigación es conducida por el PHD. Yolanda Dávila Pontón profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es conocer cómo se encuentra la salud mental de la población.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contesta una entrevista que le tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dra. Yolanda Dávila Pontón. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer.

Me han indicado también que tendré que responderá a una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Yolanda Dávila directora de la investigación a al teléfono 0995888021.

---

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(en letras de imprenta)