



Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

Suicidio en niños, niñas y adolescentes en Ecuador

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de

Licenciado/a en Psicología Clínica

Autor/es:

Paula Sofía Manzano Fernández

Director/a:

Ana Lucía Pacurucu Pacurucu

Cuenca - Ecuador

2026

Dedicatoria

A mis abuelitos, porque sin ustedes este camino no habría sido posible. Me sostuvieron en cada etapa, creyeron en mí y me dieron la oportunidad de llegar hasta aquí.

A mi papito que está en el cielo. Empecé este camino sin tu presencia, me tocó aprender a continuarlo y ahora lo culmino con tu recuerdo en mi corazón.

Finalmente, a mí misma. Por no haber soltado este sueño aún en los momentos más difíciles.

Me dedico este logro como un recordatorio de valentía y perseverancia.

Agradecimiento

A mi mamita, por estar presente en cada etapa de este proceso. Gracias por caminar a mi lado, por escucharme, por contenerme y por hacerme sentir acompañada incluso en los momentos de mayor cansancio e incertidumbre.

A mi pareja, por ser mi soporte y compañía en los momentos en los que sentía que ya no podía continuar. Gracias por animarme cuando pensé en abandonarlo todo y por recordarme una y otra vez que sí era capaz de lograrlo.

A mis profesores y directora de tesis. Gracias por compartir sus enseñanzas, aportar a mi crecimiento académico y por dejar huellas importantes en este proceso.

A mi familia y compañeros. Gracias por regalarme momentos inolvidables y recordarme que no estaba sola en este camino.

Resumen

El suicidio en niños, niñas y adolescentes constituye una problemática de salud pública creciente en Ecuador ya que se evidencia un aumento de defunciones y conductas autolíticas registradas en los últimos años. El presente trabajo tuvo como objetivo determinar la situación actual del suicidio infantojuvenil en el país, describiendo su prevalencia e identificando factores de riesgo y protección. La investigación fue cualitativa con alcance descriptivo, se realizó una revisión bibliográfica de la literatura publicada entre 2016 y 2025, se consultó en las siguientes bases de datos: SciELO, Dialnet, PsycINFO y motor de búsqueda Google Académico. Para la selección de artículos se utilizó la guía PRISMA 2020. Los resultados fueron 6 estudios de Ecuador que sugieren que el suicidio infantojuvenil es una crisis de salud pública ya que su prevalencia en el 2024 fue del 8,5%. Los factores de riesgo encontrados fueron: depresión, violencia, desesperanza, negligencia, pobreza, bullying, aislamiento geográfico y limitaciones en el acceso a servicios de salud mental especialmente en contextos rurales y amazónicos. Como factores protectores se resaltó la cohesión familiar, apoyo de cuidadores, redes comunitarias y programas escolares orientados a fortalecer habilidades socioemocionales. Se concluyó que la prevención del suicidio en la población infantojuvenil requiere intervenciones integrales, tempranas e interculturales que estén enfocadas en contextos familiares, escolares, de la comunidad y sistemas de salud.

Palabras clave: suicidio, Ecuador, niños y adolescentes, factores de riesgo, factores protectores.

Abstract

Suicide among children and adolescents is a growing public health problem in Ecuador, as evidenced by the increase in deaths and self-harm behaviors recorded in recent years. This study aimed to determine the current situation of child suicide in the country, describing its prevalence and identifying risk and protective factors. The research was qualitative and descriptive, involving a literature review of articles published between 2016 and 2025. The following databases were consulted: SciELO, Dialnet, PsycINFO, and the Google Scholar search engine. The PRISMA 2020 guidelines were used for article selection. The results included six studies from Ecuador that suggest child and adolescent suicide as a public health crisis, with a prevalence of 8.5% in 2024. The risk factors identified were depression, violence, hopelessness, neglect, poverty, bullying, geographic isolation, and limited access to mental health services, especially in rural and Amazonian contexts. Protective factors highlighted included family cohesion, caregiver support, community networks, and school programs aimed at strengthening socio-emotional skills. It is concluded that suicide prevention among children and adolescents requires comprehensive, early, and intercultural interventions focused on family, school, community, and health system contexts.

Keywords: suicide, Ecuador, children and adolescents, risk factors, protective factors.

Contenido

Resumen	4
Abstract.....	5
Introducción.....	9
Capítulo 1	11
Conceptos de la etapa infantojuvenil	11
Edades de niños y adolescentes.....	11
Qué es un niño y un adolescente	13
Desarrollo cognitivo y emocional	14
Conceptos y generalidades del suicidio infantojuvenil.....	15
Diferencias entre los tipos: ideación, planificación, intento y consumación	16
Particularidades del suicidio infantojuvenil	17
Modelos teóricos explicativos del suicidio	18
Neurobiología del suicidio	19
Bases psicológicas y psicopatológicas asociadas al suicidio infantojuvenil	20
Trastornos mentales de mayor asociación al suicidio infantojuvenil.....	21
Factores emocionales y cognitivos.....	23
Factores de riesgo del suicidio infantojuvenil	24
Niveles: individual, social y familiar	24
Factores protectores del suicidio infantojuvenil	25
Niveles: individual, social y familiar	25
Programas que han mostrado fortalecer estos factores	27
Consecuencias del suicidio infantojuvenil.....	28
Impacto en la familia.....	28
Consecuencias psicosociales	29
Efecto contagio en las escuelas/colegios.....	29
Síntesis y brechas de investigación.....	30
Capítulo 2	32
Metodología.....	32
Tipo de investigación.....	32
Preguntas de investigación.....	32
Objetivos.....	32
Objetivo general	32

Objetivos específicos.....	32
Criterios de elegibilidad.....	33
Criterios de inclusión	33
Criterios de exclusión.....	33
Fuentes de información.....	33
Estrategia de búsqueda.....	34
Proceso de selección de estudios	36
Proceso y estrategia de extracción de datos	37
Variables de información a extraer.....	37
Criterios de extracción	37
Extracción de datos	38
Evaluación de la calidad de los datos.....	38
Proceso de verificación	38
Síntesis de resultados	39
Capítulo 3	40
Resultados.....	40
Estadísticas de suicidio en niños, niñas y adolescentes en el Ecuador	43
Factores de riesgo de la conducta suicida en la población infantojuvenil de Ecuador ..	44
Factores protectores que se han identificado para mitigar el riesgo de suicidio en la población infantojuvenil en el Ecuador	46
Discusión	47
Magnitud del suicidio infantojuvenil en el Ecuador	47
Factores de riesgo y particularidades del contexto amazónico.....	47
Factores protectores y estrategias de prevención.....	48
Intervenciones psicológicas y terapéuticas	50
Conclusiones.....	52
Limitaciones	54
Referencias	55

Índice de figuras y tablas

Figura 1. Diagrama de Flujo PRISMA 2020	40
Tabla 1. Características de los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica	41

Introducción

El suicidio en niños, niñas y adolescentes constituye una de las problemáticas más graves de salud pública a nivel mundial y nacional. De acuerdo con el Boletín Técnico del Registro Estadístico de Defunciones Generales 2022, las lesiones autoinfligidas de manera intencional ocuparon el tercer lugar entre las principales causas de muerte en el grupo de 5 a 17 años, con 120 defunciones que representa al 7,7% (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2023). En el Boletín Técnico del año 2024, esta causa se mantuvo entre las principales en el mismo grupo etario con 155 defunciones, que dan el 8,5% (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2025).

En el ámbito educativo, el Ministerio de Educación reporta que en 2019 el suicidio fue la principal causa de muerte en adolescentes de 12 a 17 años con un total de 148 defunciones que equivalen al 17,8% del total de muertes en ese grupo. Según datos del INEC, en Ecuador esta realidad resulta alarmante ya que el suicidio se ha posicionado como la principal causa de muerte en el grupo de 10 a 14 años con 60 casos que son el 36,6%, y la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 19 años con 167 casos representando el 26,4%. Desde 2020 se registraron 775 intentos de suicidio y 211 suicidios consumados de niñas, niños y adolescentes a nivel nacional, evidenciando un incremento del 24% en las conductas autolíticas y el 74% en los suicidios consumados entre 2020 y 2021 (Ministerio de Educación, 2023).

Estas cifras evidencian no solo la magnitud del problema, sino también la persistencia de factores estructurales como la pobreza, violencia, acoso escolar, dificultades familiares y el limitado acceso a servicios de salud mental oportunos. A pesar de la magnitud del problema, la respuesta institucional sigue siendo insuficiente. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador reconoce al suicidio como un problema de salud pública y señala

que en 2018 se registraron 1228 suicidios de los cuales 576 correspondían a personas menores de 30 años. En esta misma línea el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 informó que en 2023 se registran 373 llamadas de alerta por suicidio y 722 por intento autolítico.

La presente revisión bibliográfica plantea las siguientes preguntas de investigación: ¿cuáles son las estadísticas sobre el suicidio en niños, niñas y adolescentes en el Ecuador?, ¿cuáles son los principales factores de riesgo asociados a las conductas suicidas en la población infantojuvenil en Ecuador? y ¿cuáles son los principales factores protectores que se han identificado para mitigar el riesgo de suicidio en la población infantojuvenil en el Ecuador? Estas interrogantes orientan el desarrollo de la tesis y permiten delimitar el análisis del fenómeno desde una perspectiva integral.

El documento se estructura en tres capítulos. El primero presenta el marco teórico que es donde se revisan los conceptos principales, modelos explicativos y estudios relevantes sobre el suicidio infantojuvenil. El segundo describe la metodología empleada a detalle como el tipo de investigación, criterios de selección, procedimiento y otros. Finalmente, el tercero expone resultados de la revisión bibliográfica ya que aborda estadísticas, factores de riesgo y factores protectores. Todo esto con el fin de aportar evidencia útil para el diseño de estrategias de prevención e intervención en el contexto ecuatoriano.

Capítulo 1

Conceptos de la etapa infantojuvenil

La etapa infantojuvenil es un periodo clave del desarrollo humano, caracterizado por cambios profundos a nivel cognitivo, emocional, social y neurobiológico. Estos procesos están influenciados por concepciones legales, culturales y psicológicas que definen la comprensión social de niños, niñas y adolescentes. Organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas, reconocen a la infancia y la adolescencia como fases críticas para el desarrollo integral, ya que en ellas se establecen las bases del bienestar psicológico y social para el ciclo vital (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1989). Asimismo, se reconoce que la población infantojuvenil posee necesidades específicas, capacidad de evolución, formas particulares de relacionarse y comprender el entorno que lo rodea (ONU, 1989; Congreso Nacional, 2003).

Desde la psicología clínica, el análisis de esta etapa resulta indispensable para comprender las manifestaciones del malestar psicológico y particularmente para contextualizar fenómenos complejos como la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes. La Organización Mundial de la Salud señala que los problemas de salud mental en etapas tempranas de la vida tienden a tener trayectorias persistentes si no se abordan de manera oportuna ya que las experiencias vividas en esta etapa de desarrollo influye en la manera de construir la identidad, la capacidad de regulación emocional y la forma de buscar solución ante adversidades de la vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Edades de niños y adolescentes

La delimitación de las edades en la etapa infantojuvenil varía según los contextos legales, psicológicos y culturales. Sin embargo, existe un consenso internacional en

considerar a la infancia y la adolescencia como fases previas a la mayoría de edad y caracterizadas por procesos intensos de desarrollo. La Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la ONU, establece que niño o niña es toda persona menor de 18 años salvo que la legislación nacional establezca una mayoría de edad anterior (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989).

En el contexto ecuatoriano, la Constitución de la República del Ecuador incluye a los niños, niñas y adolescentes dentro de los grupos de atención prioritaria, y el Código de la Niñez y Adolescencia reconoce como niño o niña a toda persona desde el nacimiento hasta los 12 años, y como adolescente a quienes tienen entre 12 y 18 años (Constitución de la República del Ecuador, 2008). De acuerdo con la OMS, la infancia comprende el periodo que va desde el nacimiento hasta los 9 años, mientras que la adolescencia se extiende desde los 10 hasta los 19 años, subdividiéndose en adolescencia temprana, media y tardía (OMS, 2021).

Desde el campo de la psicología del desarrollo, la adolescencia se concibe como una etapa compleja y heterogénea que puede subdividirse en diferentes etapas:

Adolescencia temprana (10 – 14 años): Predominan los cambios puberales, variabilidad emocional y aumento de la influencia de pares.

Adolescencia media (15 a 17 años): Mayor independencia cognitiva, desarrollo del pensamiento abstracto y exploración activa de la identidad.

Adolescencia tardía (18 a 21 años): Consolidación de la identidad personal, establecimiento de metas y primeros roles adultos (Spano, 2004).

No obstante, estos rangos no son universales ni rígidos porque algunos factores individuales, sociales y culturales influyen en los procesos madurativos. Las concepciones de la infancia y adolescencia han cambiado a lo largo del tiempo pasando de visiones

adulto céntricas a enfoques que reconocen a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos con participación progresiva en la sociedad (Jaramillo, 2007). Estas transformaciones repercuten en la manera en que se delimitan las edades de transición y la forma en que abordan sus necesidades psicológicas.

Desde una perspectiva clínica, es relevante diferenciar la niñez y adolescencia ya que las manifestaciones del malestar psicológico y las formas de expresión de la conducta suicida varían según la edad. En Ecuador, los registros estadísticos evidencian un incremento progresivo de problemáticas de salud mental durante la adolescencia, considerándolo como un periodo de riesgo específico. En la niñez las conductas autolesivas o los pensamientos relacionados con la muerte suelen presentarse de manera menos estructurada y más simbólica, mientras que, en la adolescencia se observa una mayor capacidad de planificación y comprensión de la irreversibilidad de la muerte (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2022).

Que es un niño y un adolescente

La definición de niño y adolescente integra dimensiones legales, psicológicas y sociales que destacan su condición de personas en desarrollo con necesidades particulares de protección, acompañamiento y participación.

La Convención sobre los Derechos del Niño entiende al niño o niña como un ser humano en proceso de crecimiento que requiere un entorno de bienestar, afecto y comprensión que favorezca un desarrollo pleno y armonioso, reconociendo su dignidad intrínseca y derechos fundamentales para prepararlo a una vida independiente en la sociedad (Organización de las Naciones Unidas, 1989). En concordancia, el Código de la Niñez y Adolescencia caracteriza al niño o niña como una persona en etapa de supervivencia y desarrollo integral, mientras que al adolescente se lo reconoce como

alguien en transición hacia la autonomía, con capacidad progresiva para ejercer responsabilidades y participar activamente en decisiones que afectan su vida (Congreso Nacional, 2003).

Desde el enfoque clínico, resulta fundamental comprender que tanto niños como adolescentes interpretan y procesan las experiencias adversas de manera distinta a los adultos. Estudios en salud pública indican que esta diferencia en la percepción de malestar y de las alternativas disponibles puede incrementar la vulnerabilidad frente a conductas de riesgo, especialmente cuando no existen redes de apoyo suficientes. La emergencia de la ideación suicida en etapas tempranas de vida se comprende por la limitada experiencia vital junto con recursos emocionales aún en desarrollo, y que pueden llevar a que las situaciones vistas como transitorias sean muy abrumadoras o insuperables para los niños, niñas y adolescentes (OMS, 2021).

Desarrollo cognitivo y emocional

El desarrollo cognitivo durante la etapa infantojuvenil ha sido estudiado desde distintas perspectivas teóricas. Piaget describe una progresión desde el pensamiento concreto hasta el pensamiento formal influyendo directamente en la forma en que los niños, niñas y adolescentes comprenden la muerte, manejan sus emociones y procesan situaciones traumáticas. La comprensión parcial o inmadura en los niños puede llevar a subestimar sus consecuencias, mientras que, en los adolescentes al poseer un pensamiento abstracto pueden desarrollar rumiación, desesperanza o pensamientos autodestructivos más elaborados que estructuran a la ideación suicida y planificación de la misma (Piaget y Inhelder, 1984).

En paralelo al desarrollo cognitivo, el desarrollo emocional cumple un rol central en la etapa infantojuvenil. Desde la teoría de apego, Bowlby destaca la importancia de los

vínculos tempranos en la regulación emocional y en la construcción de la seguridad afectiva. Los vínculos inseguros o las experiencias de pérdida y negligencia pueden dificultar el desarrollo de estrategias adaptativas de afrontamiento y así incrementar la vulnerabilidad emocional frente a situaciones de adversidad (Corral Proaño y Díaz Mosquera, 2019).

Durante la infancia los niños dependen ampliamente de sus cuidadores para modular estados afectivos y aprender estrategias de afrontamiento, por eso, la calidad de apego y el ambiente familiar cumplen un rol crucial. En la adolescencia este desarrollo se vuelve más complicado debido a los cambios hormonales, cognitivos y sociales lo que puede generar conflictos internos y crisis propias de la etapa evolutiva. Las dificultades en el desarrollo emocional se asocian con un mayor riesgo de ideación e intentos suicidas (Spano, 2004).

El desarrollo cognitivo y emocional no ocurre de manera aislada, su interacción moldea la forma en que los niños y adolescentes evalúan situaciones, tomen decisiones y enfrenten problemas. La combinación entre pensamiento que aún está en desarrollo, una alta reactividad emocional y dependencia del entorno, convierte a la etapa infantojuvenil en un periodo de especial vulnerabilidad, pero también de alta plasticidad, lo que refuerza la importancia de intervenciones tempranas y contextualizadas (Spano, 2004).

Conceptos y generalidades del suicidio infantojuvenil

El suicidio constituye un fenómeno complejo y multifactorial que ha sido abordado desde distintas disciplinas como la psicología clínica, psiquiatría, sociología y la salud pública. El suicidio infantojuvenil no se entiende como un acto aislado ni repentino, sino como el resultado de un proceso progresivo de sufrimiento psicológico que desborda los

mecanismos de afrontamiento ya que interactúan factores individuales, contextuales, comunitarios y relacionales (Paredes Lascano et al., 2022).

En el ámbito mundial, el suicidio es una de las principales causas de muerte, siendo la segunda causa de muerte entre adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años. Su impacto es especialmente elevado en poblaciones vulnerables y en países de ingresos bajos y medianos, donde existen menos recursos para la prevención y la intervención en salud mental (Cañón y Carmona, 2018). La OMS reconoce el suicidio como un problema prioritario de salud pública y enfatiza la necesidad de comprender sus conductas y causantes para diseñar estrategias de prevención eficaz. Para la población infantojuvenil se requiere una especial sensibilidad debido a las particularidades del desarrollo cognitivo y emocional propias de estas etapas. No puede analizarse únicamente de modelos explicativos diseñados para adultos sino considerar las características de cada individuo, así como las del desarrollo temprano (OMS, 2021).

Diferencias entre los tipos: ideación, planificación, intento y consumación

La conducta suicida abarca diferentes manifestaciones las cuales varían en intensidad, intencionalidad y riesgo. El espectro suicida suele evolucionar iniciando con la ideación, luego con la planificación, siguiendo con el intento y llegando a la consumación. La ideación suicida se caracteriza por pensamientos recurrentes relacionados con la muerte propia, puede ser pasiva manifestándose como deseos de no existir o creer que la vida carece de valor, puede ser activa cuando el individuo contempla posibles métodos para hacerse daño (Cañón y Carmona, 2018). La ideación, especialmente en adolescentes, es un predictor significativo de conductas consecutivas más graves y suele verse intensificada por factores como la desesperanza, el bullying, el aislamiento y la presencia de emociones intensas (Baños-Chaparro, 2023).

La planificación suicida implica ya un nivel mayor de organización, ya que el individuo determina el método, el momento y los recursos necesarios para ejecutar el acto. Este paso marca una transición de lo cognitivo a lo táctico, incrementando el riesgo de letalidad, especialmente cuando coexisten la impulsividad y eventos vitales dolorosos (Sarfo et al., 2023). El intento suicida corresponde a una acción autolesiva con intención clara de morir pero que no culmina en la muerte. En los individuos que pertenecen a la etapa infantojuvenil, los intentos suelen ser más impulsivos y emplear métodos de menor letalidad como sobredosis o cortes superficiales (Bella et al., 2010).

Finalmente, la consumación o suicidio completado es el acto que culmina en la muerte del individuo. Se constituye como la cuarta causa de mortalidad en adolescentes de 15 – 19 años, con métodos violentos como ahorcamiento o armas de fuego predominantes en hombres y sobredosis en mujeres, destacando diferencias de género en la letalidad (Mosquera, 2017). La ideación es cognitiva y ambivalente, la planificación añade logística preparatoria, el intento implica ejecución no exitosa con potencial de intervención y la consumación es irreversible. Estas etapas evidencian una progresión en intencionalidad y letalidad que requiere de intervenciones preventivas escalonadas y diferenciadas (Toapanta Yugcha et al., 2023).

Particularidades del suicidio infantojuvenil

Una de las principales particularidades radica en el nivel de desarrollo cognitivo y emocional que influyen en la comprensión de la muerte y la capacidad para evaluar consecuencias a largo plazo. El suicidio infantojuvenil se distingue por su alta impulsividad y fuerte vinculación con estresores interpersonales inmediatos tales como conflictos familiares, acoso escolar, rupturas afectivas o dificultades en la regulación emocional. Esto contrasta con los adultos, donde el suicidio suele estar asociado a trastornos mentales

crónicos como depresión mayor o esquizofrenia, comorbilidades médicas o factores socioeconómicos persistentes (Mosquera, 2017).

En adolescentes, las tasas de ideación suicida alcanzan el 10% y el 35% y de los intentos el 5% y el 15%, con variaciones por edad. Antes de los 15 años predominan los conflictos parentales y escolares, mientras que mayores de 15 años enfrentan desafíos como el desempleo, relaciones sentimentales y abuso de sustancias (Cañón y Carmona, 2018). Los métodos empleados en la infancia y adolescencia suelen ser menos letales debido a la menor disponibilidad de armas o sustancias peligrosas, pero la vulnerabilidad emocional es mayor debido a la plasticidad cerebral en desarrollo y la influencia profunda de traumas tempranos (Lee et al., 2019).

Las diferencias de género también tienen relevancia clínica ya que se ha observado que los varones presentan mayores tasas de suicidio consumado, mientras que las mujeres registran mayores niveles de ideación e intentos autolesivos. Estas diferencias se encuentran mediadas por factores socioculturales relacionados con los roles de género, la expresión emocional y la elección de métodos. Esto subraya la necesidad de intervenciones preventivas escolares y comunitarias enfocadas en la resiliencia emocional, enfoque de género y detección temprana (Behaine Ruiz, 2023).

Modelos teóricos explicativos del suicidio

Diversos modelos han intentado explicar la complejidad del suicidio desde perspectivas complementarias. La Teoría Interpersonal del Suicidio (Joiner), plantea que el comportamiento suicida se produce cuando convergen tres elementos: la percepción de ser una carga para los demás, la frustración de la necesidad de pertenencia social y la capacidad adquirida para el suicidio producto de la habituación al dolor. Esta teoría explica de manera precisa la transición de ideación al intento letal (Trejo-Cruz et al., 2023). Por otro lado, la

teoría cognitiva de Beck sostiene que la desesperanza, rigidez mental y los esquemas negativos amplifican el dolor psíquico, induciendo al individuo a percibir el suicidio como la única solución posible ante un sufrimiento emocional intenso (García Galindo y Bahamón M., 2017).

Complementariamente, teorías socioculturales como la de Durkheim clasifican el suicidio en tipos egoísta por la falta de integración social, altruista por un exceso de integración, anómico por una disrupción normativa y fatalista por regulación excesiva, estos son aplicables a contextos juveniles con inestabilidad social y cultural que prolongan la adolescencia (Lozano, 2014). Modelos contemporáneos como los de red, analizan y muestran como los síntomas de ideación pasiva y activa funcionan como nodos centrales que conectan con pensamientos letales, diferenciándose por género y contexto (Baños-Chaparro, 2023).

Estos enfoques teóricos no solo explican la etiología multifactorial del suicidio, sino que guían estrategias integrales de prevención, enfatizando la identificación de riesgos en entornos familiares y educativos para mitigar impactos en poblaciones vulnerables. Además, integran perspectivas evolutivas que consideran cambios en la adolescencia como períodos de mayor vulnerabilidad debido a transiciones biológicas y sociales. Todo esto proporciona un marco holístico para entender y prevenir el suicidio, combinando elementos psicológicos, biológicos y socioculturales (García Galindo y Bahamón M., 2017).

Neurobiología del suicidio

Los estudios neurobiológicos han identificado alteraciones específicas en sistemas cerebrales asociados al comportamiento suicida. Las investigaciones destacan disfunciones en el sistema serotoninérgico donde reducciones en el metabolito 5 – hidroxindoláctico en el líquido cefalorraquídeo es asociado a la impulsividad y agresión autodirigida

independientemente de diagnósticos psiquiátricos, esto se convierte en un predictor de riesgos futuros de consumación (Gutiérrez-García y Contreras, 2008). Estudios posmortem revelan menor densidad de receptores presinápticos 5 – HT1A y una regulación compensatoria de receptores postsinápticos 5 – HT2A en la corteza prefrontal ventromedial, lo cual afecta al control inhibitorio y a toma de decisiones. Factores genéticos como polimorfismos en la triptófano hidroxilasa interactúan con experiencias adversas tempranas, disminuyendo la biosíntesis de serotonina y aumentando la vulnerabilidad en circuitos prefrontales e hipocampales (Carballo et al., 2008).

Otros hallazgos señalan que el hipocampo presenta anomalías estructurales inducidas por estrés crónico, asociadas a menor plasticidad neuronal y atrofia en suicidas con depresión, por ello algunos antidepresivos modulan estos niveles con fines terapéuticos. La amígdala muestra hiperactividad en personas con intentos suicidas, incrementando respuestas de miedo, agresión y ansiedad que elevan el riesgo suicida. Asimismo, la corteza prefrontal presenta hipofunción proporcional a la letalidad y frecuencia de los intentos suicidas (Gutiérrez-García y Contreras, 2008). En conjunto, la neurobiología del suicidio integra alteraciones monoaminérgicas y neurotróficas que sustentan enfoques terapéuticos personalizados y orientan farmacoterapias dirigidas a restaurar el equilibrio neuroquímico y la detección temprana en poblaciones de riesgo (Dajas, 2016).

Bases psicológicas y psicopatológicas asociadas al suicidio infantojuvenil

Las bases psicológicas y psicopatológicas del suicidio infantojuvenil constituyen un eje central para comprender las dinámicas internas que predisponen, precipitan y mantienen la conducta suicida. En niños, niñas y adolescentes estas vulnerabilidades se entrelazan con procesos de desarrollo emocional y cognitivo que está aún en consolidación, lo que

incrementa la susceptibilidad frente a estresores familiares, sociales o escolares (Sanchis Cordellat y Domènech-Llaberia, 2012). La presencia de trastornos mentales como la depresión, ansiedad y trastornos de la conducta, representa uno de los factores de riesgo más significativos, donde la comorbilidad aumenta la gravedad clínica y la letalidad de actos. Algunos factores emocionales como la desesperanza, impulsividad, culpa o dolor psíquico intolerable interactúan con distorsiones cognitivas de inutilidad, fracaso o visión rígida del futuro y configuran un terreno fértil para la aparición de todo el espectro suicida (Echeburúa, 2015).

Trastornos mentales de mayor asociación al suicidio infantojuvenil

Los trastornos mentales constituyen uno de los predictores más fuertes de la conducta suicida en la población infantojuvenil, más del 90% de los jóvenes que mueren por suicidio presentan al menos un diagnóstico psiquiátrico, siendo la depresión mayor y los trastornos de conducta las patologías más relevantes (Fonseca Pedrero et al., 2022). La depresión está presente en alrededor del 29% de los intentos suicidas infantojuveniles (Bella et al., 2010).

En este grupo etario la depresión suele manifestarse con irritabilidad, anhedonia, desesperanza y retraimiento social, elementos que facilitan el tránsito de la ideación a la planificación. La rigidez cognitiva, el sentimiento de inutilidad y los patrones de pensamiento dicotómico refuerzan la percepción de que el suicidio constituye la única salida posible (Sanchis Cordellat y Domènech-Llaberia, 2010).

El trastorno de conducta disocial presenta una prevalencia cercana al 24% en adolescentes con intentos suicidas. La impulsividad, la baja tolerancia a la frustración y la presencia de comportamientos agresivos se combinan con factores ambientales como violencia intrafamiliar o consumo de sustancias, aumentando la probabilidad de actos

autodestructivos impulsivos, este perfil es especialmente visible en adolescentes (Bella et al., 2010). El trastorno bipolar, aunque es menos frecuente en la infancia, incrementa significativamente el riesgo suicida. Entre el 20% y el 30% de los adolescentes bipolares han presentado intentos suicidas, especialmente durante episodios depresivos mixtos o fases de agitación maníaca (Echávarri, 2010).

Los trastornos ansiosos son comunes en la adolescencia, especialmente en mujeres, y contribuyen al riesgo suicida a través de ansiedad generalizada, ataques de pánico, fobias sociales y preocupación excesiva. La ansiedad se asocia a ideación persistente motivada por miedo al fracaso, rechazo o incapacidad percibida (Gerstner et al., 2018). El consumo de alcohol y otras sustancias está presente en 15 % a 20% de los adolescentes con intentos suicidas, estas sustancias reducen el control inhibitorio, aumentan la impulsividad y exacerbaban síntomas depresivos o ansiosos (Vargas y Saavedra, 2012).

Trastornos como la esquizofrenia o psicosis presentan ideas delirantes, alucinaciones y desorganización del pensamiento, lo cual genera altos niveles de temor y desesperanza lo cual a su vez aumenta la probabilidad de un suicidio consumado (Echávarri, 2010). Los trastornos del espectro autista (TEA) y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), se han visto asociados con los intentos no planificados debido a su condición hiperactiva e impulsiva en el TDAH y la incomprensión social, bullying o frustración emocional del TEA aumentan la autolesión en los individuos que poseen uno de estos diagnósticos (Behaine Ruiz, 2023).

En comunidades indígenas amazónicas en Ecuador, predominan los trastornos adaptativos debido a la marginación cultural, pobreza, pérdida de territorios ancestrales, discriminación, migración y rupturas familiares. Mientras que, en áreas urbanas predominan los trastornos de depresión y ansiedad por las elevadas presiones académicas o

laborales, estilos de crianza, exposición a redes sociales, comparación social. Además, las ciudades presentan mayores índices de violencia, inseguridad, desintegración del tejido social, ritmo de vida acelerado, saturación de estímulos, competitividad y todos estos factores aumentan los estados de ansiedad y depresión por el desarrollo de sentimientos de fracaso, soledad, desesperanza, vulnerabilidad emocional, etc (Gerstner et al., 2018).

Factores emocionales y cognitivos

Más allá de los diagnósticos psicopatológicos, existen factores emocionales y cognitivos que desempeñan un rol central en la comprensión del suicidio infantojuvenil. Entre ellos, la desesperanza ha sido identificada como uno de los predictores de la ideación suicida. Desde el modelo cognitivo de Beck, la desesperanza se vincula con una visión negativa del futuro y una creencia de que el sufrimiento psicológico es permanente e inmodificable (García Galindo y Bahamón M., 2017).

La inmadurez en la regulación emocional y en el pensamiento abstracto en los niños, niñas y adolescentes hacen que el riesgo suicida se acentúe. El dolor emocional y cognitivo percibido en la población infantojuvenil se modula con traumas tempranos y estresores actuales, generando estados persistentes de desesperanza y anhedonia (Gómez Chamorro, 2021).

En la población ecuatoriana, los factores emocionales como la soledad, preocupación por problemas vitales y la ausencia de apoyo parental se han identificado como predictores directos de ideación suicida, alcanzando tasas aproximadas del 26% en regiones más vulnerables. En estos contextos, la frustración de pertenencia y la percepción de falta de amparo incrementan significativamente el malestar emocional. Desde la teoría interpersonal, la percepción de ser una carga y el intento de pertenencia frustrada actúan como motores emocionales del suicidio, asociándose con mayores niveles de desesperanza

en adolescentes con apego inseguro derivado de la negligencia o invalidación personal (Mosquera, 2017).

A nivel cognitivo, la rumiación ocasiona ciclos que van desde la ideación pasiva hasta la ideación activa, generando pensamientos letales de forma creciente. En los niños y niñas, emociones como la ira reprimida, culpa o tristeza se manifiestan en conductas autodestructivas, diferenciándose de los adolescentes donde predomina la desesperación o desesperanza que son factores internos. Factores cognitivos como la baja resiliencia a cambios y los estilos familiares disfuncionales elevan el riesgo suicida (Fonseca Pedrero et al., 2022).

Factores de riesgo del suicidio infantojuvenil

Los factores de riesgo para el suicidio infantojuvenil constituyen un fenómeno multifactorial que se manifiesta en los niveles individual, familiar y social. La interacción de todos estos factores incrementa significativamente la vulnerabilidad de niños y adolescentes ante conductas autodestructivas.

Niveles: Individual, social y familiar

A nivel individual los factores de riesgo incluyen aspectos psicológicos, biológicos y conductuales que predisponen a la aparición de todo el espectro suicida. La depresión mayor se constituye como uno de los predictores centrales, presente hasta en el 29,27% de intentos suicidas en poblaciones pediátricas y caracterizada por tristeza persistente, anhedonia y desesperanza. En adolescentes de 16 a 19 años, existen rasgos de personalidad vinculados a la baja autoeficacia y rigidez cognitiva se relacionan con mayores niveles de desesperanza, especialmente en varones (Cortina et al., 2009).

Los factores de riesgo son condiciones que elevan la probabilidad de conductas suicidas. A nivel individual se incluyen alteraciones neuroquímicas, trastornos mentales como

depresión o ansiedad, características psicológicas como desesperanza, impulsividad y escasas habilidades de afrontamiento (Casas Muñoz et al., 2024). En el ámbito familiar destacan las dinámicas disfuncionales como violencia, abuso, negligencia, conflictos parentales y antecedentes familiares de suicidio (Martínez Tamayo et al., 2023). A nivel social los factores como pobreza, barreras educativas, estigmatización de la salud mental, acceso a medios letales y exposición a la violencia, aumentan la vulnerabilidad (Paredes Lascano et al., 2022).

Factores protectores del suicidio infantojuvenil

Los factores protectores frente al suicidio infantojuvenil constituyen un sistema con multicapas que amortigua los riesgos asociados a la vulnerabilidad emocional, social y cultural, especialmente en Ecuador donde persisten desigualdades estructurales que modulan la salud mental (Vargas y Saavedra, 2013). Estos elementos funcionan como recursos internos y externos que permiten enfrentar el malestar psicológico promoviendo resiliencia, apoyo y sentido de pertenencia (Castro Jalca et al., 2023).

Fortalecer estos factores tiene efectos directos sobre la reducción de reintentos y el alivio de la desesperanza, particularmente en la población infantojuvenil quienes son los que presentan indicadores elevados de impulsividad emocional en contextos de abuso o negligencia (Paredes Lascano et al., 2022). Así mismo, en Ecuador, donde la depresión infantil alcanza prevalencias del 32,7% la potenciación de estos factores se convierte en una prioridad para intervenir de manera inmediata y mitigar el impacto de la pobreza, violencia y la migración (Iza Llamuca, 2023).

Niveles: Individual, social y familiar

Los factores protectores pueden organizarse en tres grandes niveles que interactúan entre sí, estos son: individual, familiar y social. Estos ámbitos determinan la capacidad del

niño, niña o adolescente para enfrentar situaciones adversas sin recurrir a estrategias autodestructivas.

A nivel individual se presentan factores como: buena autoestima, resiliencia emocional, regulación afectiva, resolución de problemas, orientación hacia el futuro (Marco Ramo, 2024). Estos factores descritos fortalecen la capacidad de afrontamiento y reducen la probabilidad de ideación suicida. En adolescentes de 16 a 25 años, la autoeficacia elevada disminuye entre 10% y 35% las probabilidades de ideación suicida y facilita respuestas adaptativas incluso en presencia de traumas tempranos (Cortina et al., 2009).

En niños con depresión mayor, la regulación emocional funciona como una barrera protectora y las intervenciones cognitivas pueden incrementar la resiliencia (García et al., 2006). En menores de 12 años, la autovaloración positiva y el manejo emocional adecuado reducen significativamente los reintentos suicidas, siendo especialmente protectores en niños sin historia de abuso o negligencia, ya que son quienes muestran mayor innovación cognitiva y sociabilidad (González y Martínez Cárdenas, 2024). Estas características individuales se potencian con factores biológicos, como la plasticidad neuronal temprana ya que esta actúa como amortiguador frente al trauma acumulativo (Paredes Lascano et al., 2022).

El entorno familiar constituye uno de los factores protectores más determinantes. La comunicación abierta, el apoyo emocional y la cohesión familiar reducen significativamente la ideación y riesgo suicida. En hogares unidos, los adolescentes presentan posibilidades más bajas dentro de todo el espectro suicida. Las familias funcionales favorecen procesos de resiliencia y reducen impulsividad, especialmente en los adolescentes con antecedentes de negligencia (Iza Llamuca, 2023).

En grupos indígenas, la cohesión cultural y los valores comunitarios fortalecen la contención familiar disminuyendo las tasas de ideación suicida asociadas a la marginación y pobreza (Caballero Díaz, 2023). Asimismo, el apoyo parental se vuelve esencial en adolescentes con TDAH o conductas disociales, donde la supervisión reduce comorbilidades y estabiliza el entorno. En varones, los roles familiares positivos reducen la adopción de métodos violentos, mientras que en mujeres el empoderamiento dentro del sistema familiar disminuye el riesgo de conductas suicidas (Dávila-Cervantes y Luna-Contreras, 2019).

Finalmente, a nivel social intervienen factores protectores estructurales como las redes comunitarias, los servicios de salud mental accesibles, la participación social y los entornos educativos inclusivos (MSP, 2021).

Programas que han mostrado fortalecer estos factores

Diversos programas e intervenciones han demostrado fortalecer los factores protectores en la población infantojuvenil, actuando de forma simultánea sobre el nivel individual, familiar y social.

A nivel familiar, las terapias sistémicas aplicadas en cuidadores han potenciado la comunicación parental, reduciendo los efectos del maltrato y reintento de suicidio. Estas intervenciones fortalecen el apego, la unión y la capacidad de resolución de conflictos en familias de situación vulnerable (González y Martínez, 2024).

A nivel social, las campañas anti bullying han disminuido el aislamiento en adolescentes, especialmente en mujeres. Programas comunitarios basados en resiliencia cultural, han reforzado el sentido de pertenencia en etnias indígenas y reducen la desesperanza en adolescentes al igual que el consumo de sustancias. (Paredes Lascano et al., 2022).

Intervenciones educativas con enfoque de género han contribuido a disminuir métodos violentos en varones y a prevenir abusos en mujeres, reduciendo así los factores de riesgo para el espectro suicida. Programas de prevención primaria, implementados en grupos con TDAH han demostrado disminuir comorbilidades y mejorar habilidades socioemocionales en más del 24% de adolescentes. Todas estas iniciativas se complementan con campañas, programas o proyectos nacionales de inclusión y salud mental basadas en lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, favoreciendo el acceso educativo y de promoción a las zonas rurales (Dávila-Cervantes y Luna-Contreras, 2019).

Consecuencias del suicidio infantojuvenil

El suicidio infantojuvenil produce consecuencias profundas y multifactoriales que van más allá del individuo, afectando de manera significativa a los entornos familiares, educativos y comunitarios. Sus impactos emocionales, sociales y psicológicos generan efectos duraderos que pueden mantener ciclos de vulnerabilidad (Sosa Zambrano et al., 2023).

Impacto en la familia

El impacto en la familia tras un suicidio infantojuvenil suele manifestarse con sentimientos de culpa, vergüenza, estigma, pesimismo, miedo, etc. Estos factores se convierten en riesgo y contribuyen a mantener la vulnerabilidad y desesperanza. En Ecuador, las familias con antecedentes de intentos enfrentan encamamiento materno y abandono de responsabilidades, en los hermanos en cambio, se experimenta miedo y abandono debido a la falta de afecto y comunicación parental (Arias Mera, 2022).

La superación de la pérdida requiere una influencia familiar positiva que fomente la comunicación interpersonal evitando el silencio y la irritabilidad. Esto favorece a que toda

la familia encuentre la resiliencia para disminuir la anhedonia y la rumiación tras un evento fatal como es el suicidio en uno de sus integrantes familiares (Sosa Zambrano et al., 2023). En comunidades indígenas, la marginación cultural agrava el duelo complicado ya que se aumenta los factores de riesgo como el aislamiento, estigma, culpa, vergüenza y se requiere de intervenciones sistémicas para reconstruir vínculos, procesar la vergüenza, fomentar un afrontamiento adaptativo y disminuir los síntomas (Arias Mera, 2022).

El duelo por suicidio puede generar ciclos transgeneracionales marcados por la culpa, depresión, ira, entre otras. Esto subraya la necesidad de intervenciones narrativas orientadas a reconstruir el significado colectivo de la pérdida sufrida, favoreciendo la superación y aceptación de la pérdida (Sosa Zambrano et al., 2023).

Consecuencias psicosociales

Cuando ocurre un suicidio o un intento suicida en la población infantojuvenil, el impacto se extiende más allá del individuo porque afecta conjuntamente a familiares, compañeros de escuela o colegio y a comunidades cercanas.

En Ecuador, las consecuencias incluyen duelos complicados ya que atraviesan por estigma cultural, intensificando los síntomas depresivos en los cercanos al individuo y eleva los riesgos de intento suicida entre los pares expuestos al suceso (Arias Mera, 2022). Los familiares suelen enfrentarse a sentimientos de culpa y vergüenza, mientras que patologías parentales como la depresión materna y la ansiedad, incrementan la inseguridad en la familia. En el ámbito escolar, los estudiantes cercanos quedan expuestos al espectro suicida, ya que es producto de la imitación y el trauma compartido (Pérez Barrero, 2005).

Efecto contagio en las escuelas/colegios

El efecto contagio en instituciones educativas tras un suicidio infantojuvenil puede desencadenar ideaciones imitativas entre compañeros debido a la exposición a traumas

compartidos o la romantización del acto. Este fenómeno se profundiza en entornos educativos donde coinciden factores como bullying y rechazo escolar ya que generan baja autoestima, miedo, incompreensión, rumiación, ansiedad, entre otra sintomatología que hacen que el suicidio se vea como la única alternativa de calma (Pérez Barrero, 2005).

Una comunicación deficiente en el entorno escolar tras el evento ocurrido, mantiene el silencio y temor en los estudiantes, aumentando la culpa, enojo, tristeza e impulsando a las imitaciones de los más cercanos (Sosa Zambrano et al., 2023). El efecto contagio también provoca inestabilidad académica, con mayores índices de ausentismo y bajo rendimiento debido al trauma compartido. En contextos urbanos como Quito, el consumo de sustancias aparece como estrategia de afrontamiento tras una pérdida, resaltando la urgencia de protocolos de intervención en crisis para romper el círculo de la vulnerabilidad al suicidio infantojuvenil (Arias Mera, 2022).

Los programas educativos que promueven la empatía y la comunicación pueden mitigar ese efecto contagio ya que se orienta a los compañeros a comprender y reconstruir el significado tras la pérdida de uno de ellos. Por ello, es necesario las intervenciones en diferentes ámbitos para que se logre fortalecer la resiliencia y afrontamiento saludable ante adversidades de la vida (Pérez Barrero, 2005).

Síntesis y brechas de investigación

Los estudios revisados coinciden en señalar que la infancia y la adolescencia representan etapas vulnerables debido al desarrollo y la maduración, por eso, el suicidio infantojuvenil es un fenómeno de alto impacto y no es atribuible a una única causa (OMS, 2021). La literatura revisada muestra avances significativos en la identificación de factores de riesgo y factores protectores asociados al suicidio infantojuvenil. Se ha hecho énfasis en variables individuales, familiares y sociales, al igual que dar importancia al fortalecimiento

de habilidades socioemocionales, vínculos afectivos seguros y redes de apoyo permitiendo así el diseño de programas preventivos orientados a la promoción de la salud mental en distintos contextos.

No obstante, una de las principales brechas identificadas es la falta de estudios cualitativos que exploren en profundidad las experiencias subjetivas de niños, niñas y adolescentes de riesgo suicida. Se observa una escasez de investigaciones que evalúen la efectividad de programas de prevención e intervención adaptados al contexto sociocultural ecuatoriano. Abordar estas brechas contribuiría no solo al avance de conocimiento científico, sino también al diseño de políticas públicas y estrategias de intervención más pertinentes.

Capítulo 2

Metodología

Tipo de investigación

El presente estudio corresponde a una investigación cualitativa de alcance descriptivo, basada en una revisión bibliográfica de la literatura sobre el suicidio en la población infantojuvenil en Ecuador. Se centró en sintetizar tendencias estadísticas, factores de riesgo, factores protectores y brechas en la literatura publicada entre 2016 y 2025. El enfoque es transversal, ya que se analizó la evidencia disponible en un período temporal definido, proporcionando una visión integral del estado actual del fenómeno en el contexto ecuatoriano desde una perspectiva clínica.

Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son las estadísticas sobre suicidio en niños, niñas y adolescentes en el Ecuador?
2. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo asociados a las conductas suicidas en la población infantojuvenil en Ecuador?
3. ¿Cuáles son los principales factores protectores que se han identificado para mitigar el riesgo de suicidio en la población infantojuvenil en el Ecuador?

Objetivos

Objetivo general

Determinar la situación actual del suicidio infantojuvenil en el Ecuador.

Objetivos específicos

1. Describir la prevalencia del suicidio en niños, niñas y adolescentes
2. Conocer las causas asociadas al suicidio infantojuvenil

3. Identificar los factores protectores y de riesgo en el suicidio infantojuvenil

Criterios de elegibilidad

Se establecieron criterios de elegibilidad para delimitar los estudios incluidos en la revisión bibliográfica, considerando aspectos relacionados con el período de publicación, enfoque, población y disponibilidad de información.

Criterios de inclusión

1. Estudios y reportes publicados entre los años 2016 y 2025
2. Estudios realizados en Ecuador o con relevancia directa para el contexto ecuatoriano
3. Publicaciones en idioma español e inglés
4. Estudios centrados en la población infantojuvenil (0 – 19 años de edad)
5. Publicaciones con enfoque cualitativo, cuantitativo o mixto de fuentes oficiales

Criterios de exclusión

1. Estudios enfocados en la población adulta.
2. Artículos que no aborden conductas suicidas, factores de riesgo, factores protectores, tasas de suicidio en población infantojuvenil.

Fuentes de información

La búsqueda de información se realizó en bases de datos académicas como SciELO, Dialnet y PsycINFO ya que son relevantes en el ámbito de la salud mental y las ciencias sociales. Estas bases de datos permitieron acceder a artículos científicos mediante filtros por palabras clave, autor y año de publicación.

También se obtuvo información de repositorios institucionales oficiales del Ecuador como el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Servicio Integrado de Seguridad (ECU – 911), con el fin de obtener información

estadística y normativa relacionada con el suicidio en la población infantojuvenil en el Ecuador.

De manera complementaria se utilizó Google Académico como fuente de literatura gris, debido a la limitada disponibilidad de estudios nacionales en bases de datos indexadas. Este motor de búsqueda permitió identificar trabajos de titulación, informes técnicos y documentos institucionales relevantes para el contexto ecuatoriano.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda se diseñó de manera sistemática y diferenciada para cada base de datos con el objetivo de identificar estudios relevantes sobre el suicidio en niños, niñas y adolescentes en el Ecuador. Se ocupó operadores booleanos como: AND, OR y NOT, se aplicó filtros por idioma, período de publicación y disponibilidad de texto completo.

El operador booleano OR se empleó para agrupar términos sinónimos o conceptos relacionados y ampliar los resultados de búsqueda. El operador booleano AND se usó para combinar los principales conceptos de estudio y delimitar los resultados a documentos pertinentes. Finalmente, el operador NOT se aplicó para excluir estudios centrados en otras temáticas o población.

SciELO: La búsqueda se realizó en los campos de título, resumen y palabras clave, usando la siguiente combinación

("suicidio" OR "conducta suicida" OR "ideación suicida" OR "intento de suicidio")
AND ("niños" OR "niñas" OR "adolescentes" OR "infantojuvenil") AND ("factores de riesgo" OR "factores protectores" OR "depresión" OR "violencia" OR "abuso" OR "bullying" OR "salud mental") AND ("Ecuador") NOT ("adultos")

Dialnet: La búsqueda se hizo en los campos de título y resumen de la siguiente forma

("suicidio infantil" OR "suicidio adolescente" OR "conducta suicida" OR "ideación suicida") AND ("factores de riesgo" OR "factores protectores" OR "depresión" OR "violencia familiar" OR "violencia escolar" OR "bullying" OR "abuso sexual") AND ("Ecuador") NOT ("población adulta")

PsycINFO: La búsqueda se manejó en los campos de título (Title), resumen (Abstract) y palabras clave (Keywords) incorporando términos en inglés con la siguiente combinación

("suicide" OR "suicidal behavior" OR "suicidal ideation" OR "suicide attempt") AND ("children" OR "adolescents" OR "youth") AND ("risk factors" OR "protective factors" OR "depression" OR "violence" OR "abuse" OR "bullying" OR "mental health") AND ("Ecuador") NOT ("adults")

Google Académico: Se ocupó una búsqueda complementaria en una fuente de literatura gris debido a la limitada disponibilidad de estudios nacionales registrados en las bases de datos tradicionales. Las combinaciones ocupadas fueron:

1. “suicidio infantojuvenil en Ecuador”
2. “conducta suicida en niños y adolescentes en Ecuador”
3. “suicidio infantil en Ecuador”
4. “factores de riesgo frente al suicidio infantojuvenil en Ecuador”
5. “factores protectores frente al suicidio infantojuvenil en Ecuador”
6. “consecuencias en los cuidadores tras un suicidio infantojuvenil”
7. “lineamientos o protocolos del suicidio infantojuvenil en Ecuador”
8. “modelos explicativos del suicidio infantil o adolescente”

En todos los motores de búsqueda se aplicaron los siguientes filtros:

1. Período de publicación: 2016 – 2025
2. Idioma: español e inglés
3. Acceso: Texto completo
4. Población: 0 – 19 años
5. Temática: Suicidio infantojuvenil
6. Tipos de documentos: Artículos científicos, revistas de impacto y literatura gris

Proceso de selección de estudios

Se siguió las fases del diagrama de flujo del modelo PRISMA 2020

1. Identificación: Se realizó una búsqueda sistematizada en bases de datos y repositorios institucionales. Se utilizaron palabras clave, operadores booleanos y filtros previamente definidos. Se ejecutaron los filtros de manera manual.
2. Cribado: Se eliminaron duplicados mediante el software de Zotero. Posterior a ello, se evaluaron títulos y resúmenes según los criterios de inclusión y exclusión para descartar los que no eran relevantes.
3. Elegibilidad: Se revisaron los textos completos de los estudios preseleccionados para verificar el cumplimiento de criterios y se registraron las razones de exclusión en caso de existir.
4. Inclusión: Se seleccionaron los estudios que cumplan todos los criterios y se documentó en el gráfico del diagrama PRISMA 2020.
5. Extracción: Mediante tablas se extrajeron datos clave (autores, año, metodología, brechas, estadísticas, etc).
6. Síntesis: Se integraron los hallazgos organizándose en categorías alineadas a los objetivos para identificar patrones y discrepancias.

7. Redacción: Se elaboró el informe final. Se presentaron resultados narrativos, tablas, matrices y diagrama PRISMA 2020.

Proceso y estrategia de extracción de datos

La estrategia de extracción de datos se estableció con el fin de recopilar de manera ordenada la información relevante de los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica para asegurar coherencia con los objetivos y facilitar el análisis.

Variables de información a extraer

De cada estudio seleccionado se extrajo la siguiente información:

1. Autor o autores
2. Año de publicación
3. País o contexto del estudio
4. Tipo de documento
5. Población estudiada
6. Hallazgos relacionados al suicidio infantojuvenil en Ecuador
7. Factores de riesgo
8. Factores protectores
9. Datos estadísticos relevantes

Criterios de extracción

La extracción de datos se realizó únicamente de aquellos estudios que cumplieron con todos los criterios de inclusión establecidos anteriormente. Se priorizó la información directamente relacionada con el suicidio y la conducta suicida en la población infantojuvenil. Se excluyeron datos secundarios que no guardaban relación con la problemática analizada o que no aportaban información relevante para el contexto ecuatoriano.

Extracción de datos

El proceso de extracción de datos se llevó a cabo mediante la lectura completa y detallada de cada documento incluido en esta revisión bibliográfica. La información fue registrada de forma manual en tablas permitiendo organizar de forma homogénea los datos obtenidos evitando omisiones y mostrando consistencia.

Evaluación de la calidad de los datos

La calidad de los datos extraídos fue evaluada de forma descriptiva considerando aspectos como la actualidad del estudio, la claridad en la presentación de los resultados, la correspondencia entre los objetivos y hallazgos reportados. En el caso de documentos institucionales y de literatura gris se valoró la procedencia de la fuente y su relevancia para el contexto ecuatoriano.

Proceso de verificación

El proceso de verificación de los datos tuvo el propósito de asegurar exactitud, coherencia y confiabilidad de la información extraída de los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica. Primero los datos fueron registrados en tablas para ser revisados de manera detallada comprobando la correspondencia con la información original de cada documento.

Luego, existió una comparación interna entre los estudios analizados para identificar inconsistencias, errores de transcripción o interpretaciones ambiguas, permitiendo así depurar información y asegurar que los datos utilizados reflejen los hallazgos reportados.

También se revisó que las variables extraídas mantuvieran coherencia con los objetivos de la revisión bibliográfica, al igual que con las categorías establecidas. Finalmente, la información verificada fue contrastada con fuentes institucionales y estadísticas para minimizar los posibles sesgos derivados del proceso de extracción.

Síntesis de resultados

Se realizó la síntesis de resultados mediante un enfoque descriptivo y comparativo. La información fue agrupada en categorías temáticas: estadísticas, factores de riesgo y factores protectores encontrados permitiendo identificar patrones recurrentes, similitudes y diferencias entre las investigaciones, así como reconocer vacíos en la literatura nacional. Se distinguió en dos niveles de evidencia: los estudios académicos incluidos tras el procedimiento PRISMA 2020, y los documentos institucionales o de literatura gris utilizados exclusivamente para contextualizar la situación y normativa de Ecuador. Estas fuentes complementarias no se incorporaron como parte del cuerpo final de los seis estudios analizados, sino como apoyo contextual para la interpretación de los hallazgos. Todo se estructuró de forma coherente y alineada con los objetivos de la investigación.

Capítulo 3

Resultados

Como resultado de la búsqueda realizada en las siguientes bases de datos: SciELO, Dialnet, PsycINFO y Google Académico. Se identificaron un total de 64 registros, de los cuales se eliminaron 2 duplicados mediante la herramienta de Zotero, quedando 62 estudios para la fase de cribado. Durante la revisión de títulos y resúmenes se excluyeron 32 registros por no cumplir con los criterios de inclusión anteriormente establecidos, principalmente por no estar centrados en la población infantojuvenil ecuatoriana o no abordar la conducta suicida. En la fase de elegibilidad se analizaron 30 artículos por completo, de los cuales se excluyeron 24 estudios por las siguientes razones: 12 no eran de contexto ecuatoriano, 5 no cumplían con la población específica, 4 no abordaban directamente el suicidio y 3 correspondían a diseños no empíricos. Dejando como resultado a la inclusión de 6 artículos para los resultados finales.

Figura 1

Diagrama de Flujo PRISMA 2020

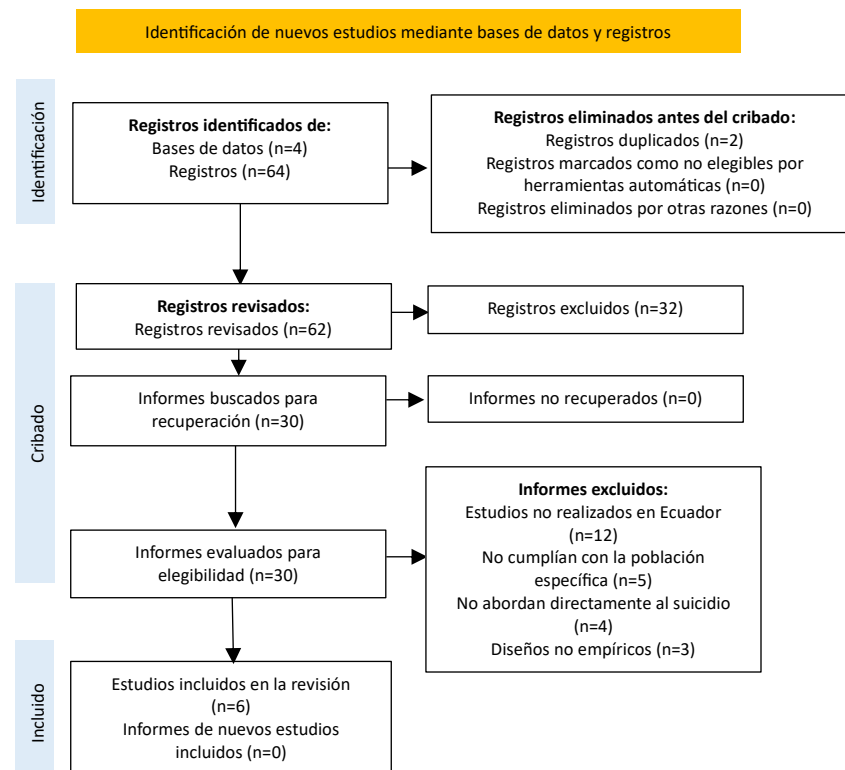


Tabla 1*Características de los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica*

N	Autor/ Año	País	Muestra	Método y procedimiento	Objetivo	Resultados encontrados
1	Carrillo Romero, 2021	Ecuador	50 niños entre 8 y 12 años	Entrevistas clínicas semiestructuradas y aplicación de pruebas psicológicas emocionales	Identificar factores de riesgo y de protección	El apoyo familiar, la comunicación afectiva y la supervisión parental adecuada son factores que protegen a la población infantojuvenil
2	Corral y Díaz, 2019	Ecuador	Casos clínicos infantiles atendidos en consulta psicológica	Análisis clínico desde el enfoque de apego y trauma	Analizar la relación entre apego y conducta suicida	El apego inseguro y el trauma temprano incrementan la vulnerabilidad suicida El suicidio se posiciona como una de las principales causas de muerte en adolescentes, con mayor prevalencia en varones y aumentando el riesgo a partir de los 15 años
3	Gerstner et al., 2018	Ecuador	Registros nacionales de mortalidad de población entre 10 y 24 años	Análisis de bases de datos oficiales del INEC y del Ministerio de Salud Pública, considerando variables de edad, sexo y región geográfica	Analizar la epidemiología del suicidio en población joven	El suicidio se posiciona como una de las principales causas de muerte en adolescentes, con mayor prevalencia en varones y aumentando el riesgo a partir de los 15 años
4	Iza Llamuca, 2023	Ecuador	60 adolescentes entre 13 y 18 años con antecedentes de intentos autolíticos	Evaluación psicológica clínica mediante entrevistas semiestructuradas y aplicación de pruebas psicométricas de personalidad y regulación emocional	Analizar el perfil psicológico de adolescentes con intentos suicidas	Altos niveles de impulsividad, dificultades en el control emocional, baja tolerancia a la frustración y estrategias de enfrentamiento poco adaptativas

5	Paredes et al., 2022	Ecuador	400 adolescentes entre 13 y 18 años	Aplicación de encuestas estructuradas sobre intento suicida, violencia familiar y consumo de sustancias	Analizar factores asociados al intento suicida	La violencia intrafamiliar, el consumo de alcohol y los conflictos escolares incrementan significativamente la probabilidad de intento suicida Las señales frecuentes del riesgo suicida son: aislamiento social, verbalizaciones de muerte, irritabilidad y cambios conductuales abruptos
6	Ramírez et al., 2024	Ecuador	300 adolescentes de instituciones educativas públicas	Encuestas y entrevistas semiestructuradas para identificar señales de alerta	Identificar señales de riesgo suicida	

Los seis estudios incluidos en la revisión bibliográfica presentan diversidad metodológica predominando diseños descriptivos y analíticos centrados en población adolescente. Los hallazgos extraídos fueron organizados en función de los objetivos planteados en la investigación y agrupados en tres ejes temáticos principales:

- 1) Estadísticas del suicidio en niños, niñas y adolescentes en Ecuador
- 2) Factores de riesgo asociados a la conducta suicida
- 3) Factores protectores identificados en la literatura nacional

A continuación, se diferencian dos niveles de evidencia: los hallazgos obtenidos de los seis estudios incluidos tras el proceso de búsqueda, cribado y elegibilidad. Y por otro lado, datos provenientes de documentos institucionales y estadísticas oficiales como apoyo contextual para la comprensión de la magnitud del problema en el Ecuador. Se presentan los resultados organizados según cada una de las preguntas de investigación planteadas:

Estadísticas de suicidio en niños, niñas y adolescentes en el Ecuador

El suicidio en niños, niñas y adolescentes constituye una crisis de salud pública urgente y en aumento en Ecuador. En el Registro Estadístico de Defunciones Generales del Instituto Nacional de Estadística y Censos, las lesiones autoinfligidas ocuparon el tercer lugar entre las principales causas de muerte en el grupo de 5 a 17 años en 2022 con 120 defunciones que equivale al 7,7% del total de defunciones registradas en este grupo etario. En 2023 las lesiones autolíticas se posicionaron en el tercer lugar de causas de muerte, con 180 defunciones que representan al 9,7% de defunciones. Los datos más recientes del año 2024 indican 155 defunciones por suicidio en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años, representando el 8.5% de las muertes en este rango etario. (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2023, 2024, 2025).

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública en 2018 el grupo de 10 a 14 años registró 49 suicidios en hombres y 37 en mujeres, mientras que el grupo de 15 a 19 años registró 119 suicidios en hombres y 67 en mujeres. En las mujeres el 52% de los suicidios rurales recae en la edad de 9 a 19 años frente al área urbana que fue del 27%. En los hombres esta proporción corresponde al 34% en el área rural y al 14% en el área urbana (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2021).

El protocolo de actuación frente a situaciones de suicidio e intentos autolíticos detectados en el Sistema Nacional de Educación señala que, para 2019 la muerte autoinfligida fue la principal causa en adolescentes de 12 a 17 años con 148 defunciones que equivalen al 17,8% del total de muertes en este grupo. El mismo documento indica que existieron 60 casos entre las edades de 10 a 14 años representando al 36,6% y para el grupo de 15 a 19 años existieron 167 casos que significan el 26,4%. También, desde 2020 se registraron 775 intentos de suicidio y 211 suicidios consumados de niñas, niños y

adolescentes en el ámbito educativo, con un incremento de 24% en las conductas autolíticas y un 74% en los suicidios consumados (Ministerio de Educación del Ecuador, 2023).

Factores de riesgo de la conducta suicida en la población infantojuvenil de Ecuador

En Ecuador, el suicidio se ve agravado por desigualdades socioeconómicas, barreras culturales y brechas en atención de salud mental. Las tasas de ideación suicida en población joven alcanzan cifras entre 10% y 35%, influenciadas por experiencias de trauma temprano y comorbilidades psiquiátricas como depresión o trastorno de conducta disocial (Dávila-Cervantes y Luna-Contreras, 2019).

En Ecuador, la soledad, la falta de apoyo parental y la marginalidad cultural incrementan los niveles de vulnerabilidad en poblaciones donde el acceso limitado a servicios de salud mental agrava el fenómeno (Gerstner et al., 2018). La implementación de mecanismos de detección temprana y el uso de escalas adaptadas culturalmente se vuelven esenciales para reconocer perfiles clínicos específicos, esto resulta relevante en zonas amazónicas y serranas donde se registran prevalencias preocupantes y limitada cobertura de servicios de salud mental (Caballero Díaz, 2023).

Al mismo tiempo, los factores de riesgo adquieren características particulares vinculadas a la estructura socioeconómica, diversidad cultural y las brechas en el acceso a servicios de salud. La pobreza y desigualdad regional incrementan la prevalencia de depresión infantil, que alcanza el 32,7% tras la pandemia en escuelas amazónicas y serranas, estrechamente relacionada con violencia doméstica y negligencia parental que favorecen ideación suicida en niños, niñas y adolescentes de zonas rurales (Vargas y Saavedra, 2013). El acceso sin control a pesticidas en provincias como Ambato y Machala constituye uno de los medios letales más frecuentes, representando el 34,29% de los intentos registrados en 2017, especialmente en pueblos indígenas donde el aislamiento

geográfico y el estigma cultural obstaculizan la búsqueda de ayuda. (Iza Llamuca, 2023). Durante la pandemia del COVID – 19, el confinamiento y las dificultades económicas desencadenaron síntomas depresivos del 20% al 30% de niños ecuatorianos, con bullying cibernético como un factor agravante en escuelas públicas de regiones como Chimborazo (Carrillo Romero, 2021).

Normas culturales marcadas por dinámicas de machismo favorecen que los varones adolescentes utilicen métodos más violentos como el ahorcamiento, mientras que mujeres presentan ideación asociada a roles de género opresivos y abuso sexual, con un 82,8% de intentos femeninos en provincias urbanas como Guayas (González et al., 2021). La ausencia crónica de servicios de salud mental en la Amazonía profundiza comorbilidades como TDAH y depresión reactiva, presentes en un 24,39% de casos relacionados con violencia intrafamiliar sobre comunidades indígenas (García et al., 2006). En áreas urbanas como Quito o Guayaquil, el consumo de sustancias influenciado por pandillas y desempleo, genera un incremento de la impulsividad en un 15% a 20% con particular gravedad en menores de 12 años con historial de traumas repetidos (Caballero Díaz, 2023). Factores educativos como fracaso escolar por pobreza y falta de recursos se relacionan con la aparición de baja autoestima en los jóvenes con ideación suicida, mientras que el estigma cultural limita la búsqueda de apoyo, especialmente en comunidades shuar y kichwa donde persiste desconfianza hacia los servicios formales de salud mental.

En provincias como Pichincha, la migración rural aumenta la exposición a violencia urbana y aislamiento social (Cabra et al., 2010). Finalmente, la escasez de recursos humanos especializados, con solo un 2% del presupuesto nacional destinado a salud mental, limita la detección temprana y resalta la necesidad de adaptar herramientas diagnósticas al

contexto cultural ecuatoriano y expandir programas comunitarios que protejan a grupos indígenas y regiones rurales con mayor vulnerabilidad (Vargas Rivera, 2025).

Factores protectores que se han identificado para mitigar el riesgo de suicidio en la población infantojuvenil en el Ecuador

En comunidades amazónicas, los programas educativos interculturales reducen el aislamiento y mitigan el bullying, disminuyendo el 26% de la ideación suicida en zonas vulnerables (Casas Muñoz et al., 2024). En contextos urbanos como Guayaquil, programas comunitarios de prevención de violencia reducen la impulsividad y fortalecen la sociabilidad, especialmente en adolescentes con antecedentes de abuso. En provincias como Pichincha, redes de apoyo cultural y comunitario disminuyen el consumo de alcohol en adolescentes migrantes, viéndose como un factor protector (Cabra, 2010). Las campañas anti estigma en escuelas e instituciones de salud también potencian el acceso a la ayuda profesional, reduciendo barreras culturales en etnias como el shuar. Estas condiciones sociales, sumadas a la cohesión familiar y resiliencia individual, conforman una barrera protectora que mitiga la desesperanza y previene reintentos en grupos de alta vulnerabilidad (Díaz, 2023).

En el ámbito educativo, los programas de resiliencia escolar implementados en Ecuador tras la pandemia han mostrado mejoras significativas en la autoestima y regulación emocional en el 32,7% de niños con depresión, reduciendo ideación entre el 10% y el 35% de los casos. Estas intervenciones incluyen a talleres cognitivos que culturalmente son adaptados para impulsar a las habilidades de afrontamiento (Vargas y Saavedra, 2013).

Discusión

Magnitud del suicidio infantojuvenil en el Ecuador

Los resultados de esta revisión bibliográfica evidencian que el suicidio en niños, niñas y adolescentes en Ecuador representan una problemática que es multicausal en el que intervienen factores individuales, familiares, sociales y culturales que interactúan entre sí generando diferentes niveles de vulnerabilidad.

La literatura revisada coincide en señalar que la conducta suicida en la población infantojuvenil se relaciona con condiciones de malestar psicológico, dificultades en la regulación emocional y diferentes contextos sociales (OMS, 2021; Paredes Lascano et al., 2022; Gerstner et al., 2018). En el caso ecuatoriano estos elementos se ven influenciados por desigualdades socioeconómicas, limitaciones a los servicios de salud mental y presencia de problemáticas sociales como violencia o bullying.

Los resultados ponen en evidencia una brecha importante en la atención de salud mental dirigida a niños, niñas y adolescentes porque a pesar del incremento de conductas suicidas reportadas en estudios y registros institucionales, la cobertura de servicios especializados sigue siendo limitantes sobre todo en zonas rurales. Esto indica una necesidad de fortalecer estrategias de detección temprana y acompañamiento psicológico para que la población infantojuvenil desarrolle su vida cotidiana en diferentes contextos.

Factores de riesgo y particularidades del contexto amazónico

Entre los factores de riesgo más frecuentes se encuentran la depresión, desesperanza, violencia, negligencia y desregulación emocional (Dávila-Cervantes y Luna-Contreras, 2019; Iza Llamuca, 2023). Estos factores aumentan la vulnerabilidad cuando interactúan con condiciones sociales más amplias como pobreza, desigualdad o limitado acceso a servicios de salud mental. Dentro de los aspectos más importantes encontrados en

el Ecuador, son las diferencias contextuales entre las distintas regiones del país, en particular la región amazónica ya que muestra características socioculturales y geográficas que influyen de manera significativa en la aparición y mantenimiento de conductas suicidas en la población infantojuvenil.

Los resultados de la presente investigación muestran que, los factores como el aislamiento geográfico, limitada presencia de servicios especializados, barreras y estigmas culturales para la búsqueda de ayuda profesional, disponibilidad de medios letales y la poca información sobre este tipo de temas incrementan la vulnerabilidad de cometer actos relacionados con el suicidio. Se suman las dinámicas de marginación histórica, pobreza estructural y pérdida de territorios ancestrales como factores de riesgo en pueblos indígenas que crean escenarios de estrés social impactando el bienestar psicológico. Por eso, este contexto no puede ser visto como homogéneo para el resto del país y necesita de enfoques interculturales que consideren las propias formas de organización comunitaria, sistemas de apoyo tradicional y la cosmovisión de los pueblos para abordar el suicidio.

Factores protectores y estrategias de prevención

Entre los factores protectores encontrados en el Ecuador se destacan la cohesión familiar, el apoyo emocional de los cuidadores, la presencia de redes comunitarias y los programas escolares orientados al fortalecimiento de habilidades socioemocionales (Vargas y Saavedra, 2013; Díaz, 2023). Los programas de prevención de bullying y programas de habilidades de afrontamiento han presentado resultados positivos en la reducción de ideación suicida en adolescentes. Este contexto es importante ya que es donde se puede observar señales de alerta y poder brindar acompañamiento a estudiantes que atraviesen situaciones de malestar emocional.

Finalmente, se considera que la prevención del suicidio infantojuvenil constituye una prioridad de salud pública en Ecuador, debido a que las cifras preocupantes afectan a adolescentes y se intensificaron tras la pandemia. Este escenario demanda estrategias integrales capaces de abordar factores multifactoriales priorizando la detección temprana del espectro suicida y la promoción de resiliencia (González et al., 2021). En esta línea, los protocolos del Ministerio de Salud Pública (MSP) orientan las intervenciones tanto en urgencias como en entornos comunitarios, incorporando enfoques contextuales y existenciales que entienden al suicidio como el conjunto de influencias culturales y ambientales (MSP, 2021). En Quito, los planes metropolitanos enfatizan la prevención comunitaria, mientras que los manuales del MSP capacitan a los cuidadores en la detección temprana, contribuyendo a una reducción de la letalidad en contextos vulnerables. Estos esfuerzos buscan interrumpir ciclos de vulnerabilidad y fomentar esperanza mediante la acción coordinada de sistemas educativos, comunitarios y sanitarios.

Los protocolos y lineamientos del MSP para la prevención del suicidio infantojuvenil en Ecuador, proponen un abordaje integral que inicia en los servicios de urgencia con la estabilización médica y la evaluación psicosocial inmediata. Estos protocolos priorizan la identificación de la ideación suicida persistente y el uso de métodos letales como instrumentos cortopunzantes en niños menores de 12 años, integrando además factores contextuales como el maltrato familiar (MSP, 2021). Alineados con la Política Nacional de Salud Mental, estos lineamientos enfatizan intervenciones comunitarias que fortalezcan redes de apoyo, especialmente en provincias amazónicas donde la prevalencia indígena exige enfoques interculturales que consideren el aislamiento cultural y la disponibilidad de pesticidas (MSP, 2021).

En el ámbito educativo, los protocolos de actuación establecen respuestas inmediatas frente a conductas autolíticas, estas incluyen a la derivación de equipos multidisciplinarios o líneas de atención como la del Servicio Integrado de Seguridad (ECU – 911), ya que estas se encargan de las evaluaciones, acompañamiento y estabilización de carácter existencial y reconociendo que el suicidio es un fenómeno que está en crecimiento (Ministerio de Educación del Ecuador, 2023).

Intervenciones psicológicas y terapéuticas

La terapia e intervenciones destinadas a prevenir el suicidio infantojuvenil en Ecuador integran enfoques cognitivo conductuales y familiares. Estas intervenciones muchas veces son terapias breves focalizadas en trauma para estabilizar a niños y adolescentes en situaciones de urgencia, reduciendo sintomatología del espectro suicida, todo esto mediante técnicas de reestructuración cognitiva y la elaboración de planes de seguridad (MSP, 2021). En entornos comunitarios los talleres de resiliencia han logrado fortalecer la autoestima de los niños, niñas y adolescentes, orientándolos a reconstruir narrativas desde la esperanza ante adversidades culturales, sociales y económicas. Este tipo de intervenciones han mostrado impacto particular en etnias indígenas donde la vulnerabilidad y desesperanza se intensifica por desigualdades estructurales (Sistema Nacional de Educación, 2024).

Por su parte, las terapias familiares sistémicas, alineadas al Código de la Niñez y Adolescencia, abordan disfunciones parentales presentes, fortaleciendo la comunicación para prevenir reintentos suicida y que no exista mayor letalidad (Registro Oficial 737, 2003). El Manual de Prevención del Ministerio de Salud Pública también capacita a cuidadores en intervenciones tempranas, incluyendo técnicas de mindfulness para la

regulación emocional. En el sistema educativo, las terapias grupales dirigidas a combatir el bullying han reducido ideaciones suicidas entre un 10% y 35% (MSP, 2021).

Conclusiones

La información analizada en esta revisión bibliográfica permite concluir que el suicidio en niños, niñas y adolescentes en el Ecuador constituye una problemática de salud pública compleja que es creciente y multifactorial. La evidencia encontrada muestra que la conducta suicida en la población infantojuvenil emerge de la interacción entre el malestar psicológico, condiciones familiares adversas, violencia, exclusión social, pobreza, bullying y limitaciones estructurales en el acceso a servicios oportunos de salud mental. Debido a esto se debe dar un abordaje integral que incluya dimensiones clínicas, familiares, educativas, comunitarias y culturales.

La población adolescente presenta una especial vulnerabilidad, siendo la mayor carga del problema los escenarios de desigualdad social, aislamiento y baja cobertura de atención especializada en zonas rurales y amazónicas del país. Esto permite inferir que la distribución del riesgo no es homogénea y está mediada por condiciones territoriales y socioculturales específicas, por lo que las estrategias de prevención e intervención que se apliquen en comunidades indígenas y sectores excluidos consideren enfoques interculturales para evitar respuestas estandarizadas a las realidades locales.

Por otra parte, la revisión permitió identificar que la cohesión familiar, acompañamiento afectivo de los cuidadores, redes comunitarias y los programas escolares orientados al desarrollo de habilidades socioemocionales constituyen factores protectores relevantes y respaldan la necesidad de fortalecer acciones de prevención primaria y detección temprana en los espacios donde transcurre la vida cotidiana de niños, niñas y adolescentes. La escuela, la familia, la comunidad y los servicios de salud deben operar de manera coordinada para reconocer señales de alerta, reducir el estigma y facilitar el acceso oportuno a la atención psicológica. En este sentido, la prevención del suicidio no debe

limitarse a la respuesta en crisis sino incluir políticas sostenidas de promoción de salud mental, capacitación a cuidadores y docentes, y la construcción de entornos protectores.

El número de estudios incluidos fue reducido y la evidencia disponible presenta heterogeneidad metodológica, diversidad de contextos y escasez de investigaciones centradas específicamente en niños, niñas y adolescentes del Ecuador. A ello se le suma el uso complementario de literatura gris que si bien enriquece la contextualización del suicidio, no posee el mismo nivel de rigurosidad metodológica que estudios científicos. Por lo tanto, los resultados ofrecen una aproximación útil y fundamentada sobre la situación actual, pero debe entenderse como un punto de partida para nuevas investigaciones.

En conclusión, el suicidio infantojuvenil en Ecuador exige una respuesta urgente, coordinada y contextualizada que oriente a los profesionales de salud a brindar condiciones de cuidado en niños, niñas y adolescentes.

Limitaciones

La presente revisión bibliográfica al ser de carácter cualitativo y descriptivo permite identificar tendencias, patrones y vacíos en la literatura, pero en sus resultados no se establecen relaciones causales sobre la conducta suicida en la población infantojuvenil de Ecuador.

Otro aspecto relevante es que el número de estudios incluidos fue reducido debido a que existe limitada producción científica centrada en la población infantojuvenil, ya que la mayoría se ha enfocado tradicionalmente en población adulta o adulta mayor y se generan vacíos importantes para comprender como se manifiesta esta problemática en una población diferente. Los estudios seleccionados presentan heterogeneidad en sus diseños, variables analizadas, instrumentos empleados y contextos de aplicación lo que dificulta la comparación directa entre resultados. Del mismo modo, la escasez de investigaciones dificulta la construcción de intervenciones preventivas ajustadas a características propias del desarrollo infantojuvenil como las necesidades emocionales, familiares, escolares y socioculturales que se atraviesan en estas etapas.

Debido a la escasez de investigaciones nacionales, fue necesario complementar la revisión con literatura gris y documentos institucionales. Aunque estas fuentes aportan información valiosa para contextualizar la situación del suicidio infantojuvenil, no siempre cuentan con el mismo nivel de rigurosidad metodológica que los artículos científicos.

Referencias

- Action for the Rights of Children. (2001). *Child and adolescent development* (Revision version 04/01). <https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/Action-for-the-Rights-of-the-Child---Child-and-Adolescent-Development.pdf>
- Arias Mera, P. S. (2022). *Comunicación interpersonal familiar y la relación con la ideación suicida en adolescentes del cantón Pallatanga* [Proyecto de investigación de maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Ambato] <https://repositorio.puce.edu.ec/items/7c7f766a-72f8-480e-ad64-81182b05c823>
- Baños-Chaparro, J., López-Vega, D. J., y Ynquillay-Lima, P. (2023). *Análisis de red de la ideación suicida pasiva y activa en adolescentes*. *Clínica Contemporánea*, 14(2), e6. <https://doi.org/10.5093/cc2023a6>
- Behaine Ruiz, R. (2023). *Conducta suicida en la niñez, adolescencia y adultos jóvenes: Una problemática social. Revisión sistemática* [Trabajo final de grado, Universitat Oberta de Catalunya]. <https://hdl.handle.net/10609/148380>
- Bella, M. E., Fernández, R. A., y Willington, J. M. (2010). *Intento de suicidio en niños y adolescentes: Depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes*. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 108(2), 124–129. <https://doi.org/10.5546/aap.2010.124>
- Caballero Díaz, A. I. (2023). *Factores de riesgo, factores de protección e intervenciones en el suicidio en adolescentes: Una revisión sistemática* [Trabajo de fin de máster, Universidad Europea de Valencia]. Repositorio institucional de la Universidad Europea de Valencia. <https://hdl.handle.net/20.500.12880/7181>

- Cabra, O. L., Infante, D. C., y Sossa, F. N. (2010). *El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes*. Revista Médica Sanitas, 13(2), 28–35.
<https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/rms/article/view/268>
- Cañón Buitrago, S. C., y Carmona Parra, J. A. (2018). *Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes*. Revista de Pediatría de Atención Primaria, 20, 387–395.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014
- Carballo, J. J., Akamnonu, C. P., y Oquendo, M. A. (2008). *Neurobiology of suicidal behavior: An integration of biological and clinical findings*. Archives of Suicide Research, 12(2), 93–110. <https://doi.org/10.1080/13811110701857004>
- Carrillo Romero, K. V. (2021). *Factores protectores y de riesgo asociados a conducta suicida en niños: Su importancia en el diseño de programas de prevención* [Tesis de grado, Universidad Técnica de Machala].
<https://repositorio.utmachala.edu.ec/items/d47c6693-5a9d-461b-a3aa-3a87ebb06cd2>
- Casas Muñoz, A., Velasco Rojano, Á. E., Rodríguez Caballero, A., Gallardo Pérez, N. P., Sánchez Olivera, K., García Piña, C., y Molina Valdespino, D. (2024). *Factores de riesgo de las conductas suicidas en adolescentes, revisión de la literatura*. Acta Pediátrica de México, 45(Supl. 1), S60–S72.
<https://doi.org/10.18233/apm.v45i1S.2753>
- Castro Jalca, A. D., Matute Uloa, G. H., Morales Pin, N. J., y Zambrano Arauz P.E. (2023). *Problemas emergentes de salud mental en adolescentes ecuatorianos: una revisión bibliográfica*. Polo del Conocimiento, 8(9), 976 – 1020.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9152588>

- Corral Proaño, V., y Díaz Mosquera, E. (2019). *Entender la conducta suicida desde los vínculos de apego inseguro y el trauma infantil*. *CienciAmérica*, 8(1), 204–215.
<https://doi.org/10.33210/ca.v8i1.204>
- Cortina, E., Peña, M., y Gómez, Y. (2009). *Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre 16-25 años del Valle de Aburrá*. Dialnet.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4865205.pdf>
- Dajas, F. (2012). *Psicobiología del suicidio y las ideas suicidas*. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 76(1), 29–56. http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/01/02_REVI_01.pdf
- Dávila-Cervantes, C. A., y Luna-Contreras, M. (2019). Suicide attempt in teenagers: Associated factors. *Revista Chilena de Pediatría*, 90(6), 606–616.
<https://doi.org/10.32641/rchped.v90i6.1012>
- Echávarri Gorricho, A. (2010). *Tema 1: Concepto y clasificación de la conducta suicida* [Material didáctico]. <https://capsmanizales.com/files/3b.-Clasificacion-conducta-suicida.pdf>
- Echeburúa, E. (2015). *Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica*. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117–126. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200003>
- Registro Oficial 737. (2003). *Código de la niñez y adolescencia*.
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9503.pdf>
- Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 449.
https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf

- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., y Al-Halabí, S. (2022). *Conducta suicida en adolescentes a revisión: Creando esperanza a través de la acción*. Papeles del Psicólogo, 43(3), 173–184. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3000>
- García Galindo, C., y Bahamón M., M. J. (2017). *Teoría cognitiva y teoría interpersonal psicológica del comportamiento suicida*. Psicología y Salud. <https://libros.unad.edu.co/index.php/selloeditorial/catalog/download/128/122/842?inline=1>
- Gerstner, R. M. F., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffè, S., y Kestel, D. (2018). *Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador*. Revista Panamericana de Salud Pública, 42, e100. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>
- Gómez Chamorro, A. (2021). *La conducta suicida como proceso*. Mutatis Mutandis: Revista Internacional de Filosofía, 16, 119–128. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5205198>
- González, C. D., y Martínez Cárdenas, C. F. (2024). *Factores de riesgo y perfiles del reintento suicida en niños menores de 12 años*. Anales de Pediatría. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.07.014>
- García Gracia, P., Barrera Francés, A., y Bel Aguado, M. J. (2006). *Factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes: Una revisión bibliográfica*. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 1-3-4, 33–38. <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/43>
- Gutiérrez-García, A. G., y Contreras, C. M. (2008). *El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos*. Primera parte. Salud Mental, 31(4), 301–309. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000400009

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Boletín técnico: Registro Estadístico de Defunciones Generales*. Año 2022.

https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2022/Boletin_EDG_2022.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). *Presentación: Principales resultados del Registro Estadístico de Defunciones Generales 2023*.

https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales/2023/Principales_resultados_EDG_2023.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2025). *Presentación: Principales resultados del Registro Estadístico de Defunciones Generales 2024*.

https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales/2024/Principales_resultados_EDG_2024.pdf

Iza Llamuca, Lilian Lisbeth. (2023). *Factores de riesgo asociados al perfil psicológico de adolescentes ecuatorianos con intentos autolíticos* [Trabajo de titulación, Universidad Nacional de Chimborazo]. <https://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/10979>

Lee, S., Dwyer, J., Paul, E., Clarke, D., Treleaven, S., y Roseby, R. (2019). *Differences by age and sex in adolescent suicide*. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 43(3), 248–253. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12877>

Lozano Vicente, A. (2014). *Teoría de teorías sobre la adolescencia*. Última Década, 40, 11–36. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19531682002>

- Marco Ramo, E. (2024). *El duelo por suicidio en los familiares. Necesidades e intervenciones*. NPunto, 7(73), 29–53. <https://www.npunto.es/revista/73/el-duelo-por-suicidio-en-los-familiares-necesidades-e-intervenciones>
- Martínez Tamayo, I., Martínez Tamayo, F., y Rodríguez Rodríguez, L. V. (2023). *Factores protectores y de riesgo en la conducta suicida de los adolescentes*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8849801>
- Ministerio de Educación del Ecuador. (2023). *Protocolo de actuación frente a situaciones de suicidio e intentos autolíticos detectadas en el Sistema Nacional de Educación*. <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2023/11/situaciones-de-suicidios.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). *Lineamientos operativos para la atención a personas con intención y/o intentos suicidas en establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-intencion-e-intentos-de-suicidio.pdf>
- Mosquera, L. (2017). *Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica*. *Clínica y Salud*, 28(2), 87–95. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>
- Organización de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Asamblea General de las Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Una de cada 100 muertes es por suicidio*. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson,

E., McDonald, S., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71.

<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Paredes Lascano, P. L., Bravo Paredes, L. A., Posso López, G. P., y Quelal Zurita, A. D. (2022). *Factores asociados al intento de suicidio en adolescentes*. *CAMBios*, 21(1), e848. <https://doi.org/10.36015/cambios.v21.n1.2022.848>

Pérez Barrero, S. A. (2005). Los padres y el suicidio. *BSCP Can Ped*, 29(3), 39 – 46. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2358866.pdf>

Piaget, J., e Inhelder, B. (1984). *Psicología del niño*. Editorial Morata.

<https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina38882.pdf>

Ramírez Jaramillo, N. S., Salcedo Maldonado, C. E., y Villavicencio-Aguilar, C. E. (2024). *Identificación temprana de las señales de alerta del riesgo suicida en adolescentes*. *Fides et Ratio*, 27, 95–113.

<https://fidesetratio.ulasalle.edu.bo/index.php/fidesetratio/es/article/view/13>

Rodríguez Cosío, O., y Pérez Sainero, M. (2024). *Depresión y suicidio en la población infanto-juvenil*. *NPunto*, 7(73), 54–79. <https://www.npunto.es/revista/73/depresion-y-suicidio-en-la-poblacion-infanto-juvenil>

Sanchis Cordellat, F., y Domènech-Llaberia, E. (2012). *Ideación y conducta suicida en los jóvenes*. *Revista de Psicología de la Salud y Psicología Social*, 1–14.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3739302.pdf>

Sarfo, J. O., Obeng, P., Debrah, T. P., Gbordzoe, N. I., y Fosu Jr., A. K. (2023). *Suicidal behaviours (ideation, plan and attempt) among school-going adolescents: A study of prevalence, predisposing, and protective factors in Saint Vincent and the Grenadines*. *Asian Journal of Psychiatry*, 81, 103434. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103434>

- Sosa Zambrano, M. B., Mendoza Zambrano, M. M., Bernal Álava, M. del C., y Bernal Álava, J. M. (2023). *La familia y su influencia en la superación de la pérdida de un ser amado*. *Revista Ciencia y Líderes*, 2 (1), 55 – 73.
<https://doi.org/10.47230/revista.ciencia-lideres.v2.n1.2023.55-73>
- Spano, S. (2004). *Stages of adolescent development*. ACT for Youth Upstate Center of Excellence. https://actforyouth.org/resources/rf/rf_stages_0504.pdf
- Toapanta Yugcha, I. G., Toapanta Paredes, X. E., Marín Marcano, C. J., y Flores Melo, S. P. (2023). *Abordaje del adolescente con ideación suicida*. *Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias*, 2, 597. <https://doi.org/10.56294/sctconf2023597>
- Trejo-Cruz, V. H., González Betanzos, F., y Hermosillo de la Torre, A. E. (2023). *Teoría psicológica interpersonal del suicidio: Relación con intento suicida, impulsividad y desesperanza*. *Salud Frontera y Innovación en Humanidades*, 4(1), 002.
<https://doi.org/10.46981/sfihv4n1-002>
- Vargas, H. B., y Saavedra, J. E. (2013). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 75(1), 19–28.
<https://www.redalyc.org/pdf/3720/372036937004.pdf>