



**UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**“ENRIQUE ORTEGA MOREIRA”**

TEMA

CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES PREDISPONENTES EN  
ADOLESCENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS CON IDEAS Y  
COMPORTAMIENTO SUICIDA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIA DE  
GUAYAQUIL, PERIODO JUNIO 2015 – JUNIO 2019

AUTORA

JOHANNA CAROLINA POLO ARIOPAJAS

TUTOR

DR. CARLOS ORELLANA

SAMBORONDÓN, JULIO 2019

## APROBACIÓN DEL TUTOR

Guayaquil, 22 de Junio del 2020

### Carta de Aceptación del Tutor Académico

Yo, Dr. **Carlos Orellana Román**, Doctor en Medicina y Cirugía Especialista en Psiquiatría, Psicólogo Clínico, Director Técnico del Instituto de Neurociencias, en calidad de tutor del trabajo de investigación del tema "CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES PREDISPONENTES EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS CON IDEAS Y COMPORTAMIENTO SUICIDA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIA DE GUAYAQUIL, PERIODO JUNIO 2015 – JUNIO 2019" presentada por la alumna Johanna Carolina Polo Ariopajas, egresado de la carrera de medicina

Por medio de la presentecertifico mi compromiso y disposición en calidad de tutor del trabajo de investigación. Testigo que el trabajo ha sido revisado de acuerdo a los lineamientos establecidos y reúnen los criterios científicos y técnicos de un trabajo de investigación científica, así como los requisitos y méritos suficientes para ser cometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. consejo de la facultad "Enrique Ortega Moreira" de medicina, de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo.

CARLOS ORELLANA

Dr. Carlos Orellana Román

## DEDICATORIA

A nuestro creador y padre celestial, Dios, que ha sido fundamental en mi vida, por mantener a mis padres con vida, darme la fuerza y los conocimientos necesarios en esta larga carrera.

A los mentores de mi vida, mis padres quienes desde lejos me han apoyado en cada paso que doy, por brindarme su motivación, sus capacidades. Especialmente, por su sacrificio y esfuerzo que les ha tocado hacer por darme una carrera digna y una profesión humanista para mi futuro.

A mi hermana Pierina y mi hermano Paco, dos personas con las que he vivido toda mi vida y a pesar de la distancia, siempre han estado en todo momento brindándome seguridad y dándome aliento para llegar hacer una profesional. Con altos y bajos, me han enseñado a luchar por lo que quiero y nunca darme por vencida para conseguir la meta deseada.

A mi familia, mis tíos, mis primos, mis abuelos, por haber compartidos momentos muy especiales durante mi camino, por comprender que no podía asistir a los días festivos por mi compromiso en el trabajo, por haber confiado en mí, sobre todo por estar ahí con mis padres mientras yo no podía.

A mis amigos incondicionales de toda la vida, quienes sin ningún interés compartieron la esperanza, conocimiento, que alentaron mi trabajo durante este tiempo del proceso. A todas esas personas que durante estos últimos 6 años estuvieron junto a mí apoyándome e hicieron que este gran sueño se haga realidad.

## **AGRADECIMIENTO**

Sin lugar a dudas el reconocimiento va dirigido hacia mi tutor, Dr. Carlos Orellana, DIRECTOR TÉCNICO DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS, por su dedicación, y disposición en una de cada revisión mensual de estudio, y más que nada entusiasmo en apoyar mi investigación de estudio.

Al establecimiento que me permitió realizar la investigación para mi trabajo de titulación, El Instituto de Neurociencias de Guayaquil de la Junta de Beneficencia.

A mis padres, mis hermanos, mis maestros, mis amigos, a cada uno de ellos mi más sincero agradecimiento a los que lograron que este sueño de muchos años se convierta en realidad. Por creer en mis capacidades y darme el apoyo que necesitaba frente a mi gran miedo a fracasar.

Gracias a Dios, hoy estoy cumpliendo una de mis metas más importantes.

## **INDICE GENERAL**

APROBACIÓN DEL TUTOR .....	2
DEDICATORIA .....	3
AGRADECIMIENTO .....	4
INTRODUCCIÓN .....	7
<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>8</b>
<b>1. Antecedentes</b> .....	<b>8</b>
<b>1.2 Descripción del problema</b> .....	<b>9</b>
<b>1.3 Justificación</b> .....	<b>11</b>
<b>1.4 Objetivo General</b> .....	<b>13</b>
<b>1.5 Objetivos Específicos</b> .....	<b>13</b>
<b>1.6 Hipótesis</b> .....	<b>13</b>
<b>CAPITULO 2</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1 Conceptualización</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1.1 Suicidio</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1.2 Comportamiento Suicida</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1.3 Intento suicida</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1.4 Ideación suicida</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2 Conducta suicida en adolescentes</b> .....	<b>17</b>
<b>2.3 Comportamiento suicida en adolescentes</b> .....	<b>18</b>
<b>2.4 Signos y síntomas indicadores del comportamiento suicida</b> .....	<b>19</b>
<b>2.5 Confidencialidad médico-paciente</b> .....	<b>20</b>
<b>2.6 Factores de Riesgo</b> .....	<b>21</b>
<b>2.6.1 Factores sociales</b> .....	<b>23</b>
<b>2.6.2 Factores Demográficos</b> .....	<b>24</b>
<b>2.6.3 Factores Personales</b> .....	<b>24</b>
<b>2.6.4 Factores Biológicos</b> .....	<b>24</b>
<b>2.6.5 Factores Familiares</b> .....	<b>25</b>
<b>2.6.6 Factores Psicopatológicos</b> .....	<b>25</b>
<b>2.7 Escala de ideación suicida</b> .....	<b>26</b>
<b>2.8 Asociación de ideas suicidas y trastornos mentales</b> .....	<b>27</b>
<b>2.9 Epidemiología del comportamiento suicida</b> .....	<b>28</b>

2.10 Aspecto Legal .....	29
<b>CAPÍTULO 3.....</b>	<b>31</b>
3.1 Diseño de la investigación .....	31
3.2 Lugar de estudio .....	31
3.3 Población y muestra .....	31
3.4 Operacionalización de variables.....	32
3.5 Descripción de instrumentos, herramientas y procedimientos de la investigación.....	32
3.6 Aspectos éticos .....	33
<b>CAPÍTULO 4.....</b>	<b>34</b>
4.1 Descripción de la muestra .....	34
4.2 Datos estadísticos consolidados según características demográficas .	34
4.4 Datos estadísticos consolidados según manifestaciones clínicas.....	37
4.5 Datos estadísticos según características sociales. ....	39
4.6 Datos estadísticos por objetivos .....	42
4.7 Datos estadísticos de ideación suicida.....	43
4.8 Resultado de Escalas realizadas en las Historias clínicas .....	45
4.9 Discusión.....	47
<b>CAPÍTULO 5.....</b>	<b>51</b>
5.1 Conclusión .....	51
5.2 Recomendaciones .....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	55
<b>CAPÍTULO 6.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>59</b>

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el hablar o amenazar con hacerse daño así mismo es considerado como un problema de salud pública que abarca a nivel mundial y a nivel nacional; (1) En nuestro país y especialmente la ciudad de Guayaquil, se ve afectada la sociedad y las víctimas que cometen el acto suicida, ocasionando daños irreparables a nivel social, físico, mental, poniendo en riesgo a sus familiares, amigos y conocidos.

El trabajo de investigación intentará revelar los factores de riesgos asociados que tiene la población adolescente con trastornos psiquiátricos en tener ideas suicidas que permiten ocasionar su comportamiento y así atentar contra su vida. Está circunscrito a la población juvenil de ideas suicidas que acude al Área de vida del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. De la misma manera se calculará la prevalencia de ideas suicidas en los últimos 4 años.

Se evaluará las ideas suicidas de los adolescentes mediante la revisión de las historias clínicas en donde existen pruebas de detección de depresión; este enfoque es consistente con las pautas de práctica de la Academia Americana de Pediatría. Este método se lo realiza en la atención primaria de Salud, no hay evidencia de que la detección de rutina para la ideación suicida en pacientes adolescentes de atención primaria reduzca los intentos de suicidio o la mortalidad.(1)

El trabajo de investigación se basa en revisiones sistemáticas de los datos y de evidencia científica disponible, junto con aportaciones de asociados como psiquiatras del Instituto de neurociencias de la ciudad de Guayaquil y de interesados directos.

Gracias a la ayuda y guía del tutor encargado, el Dr. Carlos Orellana Román y a la jefa de docencia del instituto, la dra. Adelaida Alvear, y la revisión a cargo del Dr. Juan Carlos Fernández, este trabajo de investigación se llevó a cabo. Realizando un análisis respectivo del fenómeno global para que a futuro pueda ayudar a nuevas investigaciones, casos y de la misma manera ampliar información acerca del tema que afecta a los adolescentes y a las personas que los rodean.

## **CAPÍTULO 1**

### **1. Antecedentes**

Según la Organización Mundial de la salud (OMS) cada 40 segundos una persona se suicida a nivel mundial. Por lo que se ha otorgado como una causa grave de problema de salud pública especialmente en grupos etarios más jóvenes.(2) Últimamente se han realizado investigaciones más a fondo para llegar con la causa de estos suicidios, se otorga a diversas causas y en cuanto sus resultados solo se menciona que lo principal es que las tasas de suicidio en adolescentes han incrementado significativamente en este periodo, especialmente en las zonas rurales.(2)

Las tasas de suicidio en adolescentes han aumentado durante un período de estudio de 20 años; los análisis indican la presencia de agrupaciones de alta ocurrencia en las regiones del Amazonas y las tierras altas del sur del Ecuador.(1) Este fenómeno creciente puede ser un reflejo de la falta de políticas dentro del país; con la falta de interés de las diversas entidades públicas a nivel nacional, las pocas estrategias centradas en la salud mental del adolescente, sumado a factores como la disfunción familiar, el fracaso escolar, la depresión y trastornos psiquiátricos asociados, se observa un incremento de la enfermedad.

Cada año, por cada suicidio cometido hay muchos más intentos de suicidio. Significativamente, un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general.(2) La ideación suicida, el intento y el comportamiento suicida, todos forman parte de una auto agresión, el solo hecho de pensar en suicidarse, lo que se define como idea suicida hasta el momento de la agresión engloba el suicidio y un trastorno mental.

Los suicidios y las muertes accidentales debidos a conductas autolesivas fueron la tercera causa de muerte entre los adolescentes en 2015, con cerca de 67 000 muertes en países de ingresos medianos y bajos de África y Asia Sudoriental.(3) Así incrementan las muertes y se suma como la segunda causa de muerte actualmente. En Europa y Asia Sudoriental, esta es la primera o la segunda causa



de muerte entre los adolescentes.(3) Por lo tanto, este se considera un fenómeno global que afecta tanto a países desarrollados como subdesarrollados.

En países cercanos al Ecuador como lo es el Perú, se han realizado estudios en la población peruana donde se calcula personas entre 15 y 24 años, que constituyen una población heterogénea, género femenino y masculino, conformada por estudiantes de los últimos años de secundaria, estudiantes preuniversitarios y estudiantes universitarios; cada uno sometido a situaciones estresantes de diversa índole, dio como resultado que la prevalencia de vida de ideación suicida fue mayor en mujeres que en varones, una de cada tres mujeres y uno de cada cuatro varones ha presentado ideación suicida en algún momento de su vida. Varios factores influyeron en este acto, pero el que ellos consideran el más importante es la inexistencia de un instrumento estandarizado que evalúe la presencia de ideación suicida.(4) Si países como Perú logro hacer gran estudio sobre la ideación suicida, el Ecuador tiene la oportunidad de hacerlo en su población, no solo a pacientes que tengan antecedentes de trastornos psiquiátricos sino a toda la población adolescente.

## **1.2 Descripción del problema**

Sobre todo en este siglo, el comportamiento suicida tanto el pensamiento como el acto suicida se ha convertido en un gran problema que afecta a la salud mental pública de la mayoría de jóvenes en todo el mundo y especialmente en el Ecuador, por sus efectos negativos y nocivos para la sociedad. Lo que también trae aparejado, en estos jóvenes en desarrollo, la conducta de producirse auto lesiones que perjudican su integridad. (3)

El Dr. Hugo D´Alessandro, psiquiatra argentino definió el manejo del intento autolítico en el año 2008 menciona que existe dos tipos de personajes en el acto suicida: El Suicidario quien expresa verbalmente y/o en su comportamiento el peligro de un pasaje al acto suicida y El suicidante quien es el sujeto que sobrevive a su gesto auto destructor.(5)

La adolescencia se considera una etapa crucial ya que se desarrollan diversos cambios a nivel físico, social y psicológico.(6) Es la etapa en el cual el ser humano

experimenta nuevos conflictos, relaciones, desamores, comportamientos y diversas emociones principalmente a nivel social, por lo tanto, la salud mental de este grupo etario se ve afectada.

Se manifiesta que es fundamental evaluar la prevalencia de ideación suicida en adolescentes, ya que forma parte del proceso a un suicidio. Generalmente al principio se inicia con una idea o un simple pensamiento alejado de la realidad, luego pasa por una etapa de intento suicida, que significa tener la intención en hacerse daño a sí mismo, por ejemplo, en este paso se utilizan los métodos para suicidarse como envenenamiento o ahorcamiento y al final se consume en el acto suicida, en sí, una lesión auto infligida. Por lo que se considera a la ideación suicida como un factor predictor para llegar a la autolesión. Lo que permite darnos cuenta de que, es de vital importancia identificarlas acertadamente para evitar suicidios e identificar tratamientos precoces.(7)

La ideación suicida es infravalorada, es un tema poco tratado por sus tabús o por cuestión de sistema familiar o la sociedad, pero se debe considerar de gran importancia, muchas veces se suele evadir y más aún en el Ecuador por ser un país subdesarrollado, sin embargo, es de vital importancia conocer las causas que llevan a un adolescente cometer un daño a sí mismo.

El Ecuador no es la excepción de muertes por suicidio, en los últimos años, las lesiones auto infligidas representaron la cuarta causa de mortalidad en adolescentes. Con relación a las conductas suicidas se calcula que por cada suicidio consumado hay 8 a 10 intentos, por cada intento hubo de 5 a 8 ideas suicidas.(3) Su prevalencia es y será difícil de conocer ya que no todos los adolescentes con ideas suicidas lo manifiestan, la ventaja de aquello es que podemos analizar su conducta, lo que es relevante en esta investigación para detectar paso a paso a los jóvenes en riesgo.

A nivel mundial, acerca del comportamiento suicida, la ideación y el suicidio en sí, existen numerosas investigaciones, en América Latina, en Norte América, en el continente asiático y en Europa, éstas mencionan que se ha ido incrementando sucesos como este fenómeno en los últimos años. En un estudio que se realizó en España, que dio como resultado, al analizar las comorbilidades como trastornos mentales, de las diferentes conductas auto agresivas, se encontró que la ideación

suicida había estado presente en todos aquellos adolescentes que habían intentado suicidarse, siendo este dato coherente con resultados previo.(8)

Los trastornos psiquiátricos o mentales son enfermedades con alteraciones en el proceso del razonamiento, comportamiento, emociones y relación con el entorno. Tienen múltiples características dependiendo cual sea la afectación. Entre ellos existen: los trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, trastornos afectivos, depresión, esquizofrenia, entre otros, estas enfermedades guardan relación con el paciente que tiene ideas suicidas ya que afecta a su salud mental por lo que la mayoría de estas personas a lo largo de sus vidas tienen por lo menos una idea suicida e intentan y cometen el acto suicida. Por lo que es relevante investigar a este grupo de personas para identificar factores asociados aparte de su trastorno mental de base.

Una de las entidades encargadas de asistir a estos jóvenes que padecen estas ideas y comportamiento suicida en la ciudad de Guayaquil, es el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, lugar al cual acuden niños, adultos y adolescentes en casos de emergencia o por compañía de familiares en consulta, para ser asistidos con ayuda del personal que se encuentra en el Área de vida, en donde cada día se realizan actividades para mejorar su depresión o estado de ánimo del paciente así mejorando su integridad mental y física. Para luego seguir con un tratamiento de rehabilitación en sus hogares, que les permita superar su estado de ánimo, sus problemas, y así disminuyendo las ideas suicidas, mejorando su desarrollo y su comportamiento como adolescentes dentro de la sociedad.

### **1.3 Justificación**

La investigación que se realizará propone caracterizar los factores predisponentes de las ideas y el comportamiento suicida en adolescentes con trastornos psiquiátricos. Se dará a conocer características personales, familiares y sociales de los adolescentes con criterios de inclusión involucrados en el estudio de las ideas suicidas y su comportamiento que contribuyen al planeamiento y ejecución de las autolesiones infligidas

Se presentará el resultado de la prevalencia de la ideación y comportamiento suicida según la edad y género en la población adolescente del Instituto de Neurociencias en el Área de vida en los últimos cinco años para demostrar el incremento o descenso de este fenómeno, con el propósito de desarrollar programas preventivos y terapéuticos para los adolescentes y los familiares que los rodean. Se señalará las manifestaciones clínicas más frecuentes registrados en las historias clínicas de los pacientes con ideación suicida del instituto, mediante estos signos y síntomas poder identificar precozmente a un adolescente que se encuentre en riesgo.

Según las Prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) del año 2013-2017: La ideación y comportamiento suicida se localiza en el Área de: lesiones auto-infligidas y violencia interpersonal, que ocupa el décimo lugar en el listado de áreas de investigación de salud.

Con ayuda del Ministerio de Salud Pública en sus lineamientos propuestos en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual tiene cuatro componentes principales que son: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación en la comunidad, poder ayudar a la comunidad mediante acciones intersectoriales con materiales de información, capacitación sectorial para familias y jóvenes de la sociedad, campañas y diversas actividades para mejorar la salud mental en el Ecuador.

El tema propuesto finalmente se justifica además por su gran relevancia social ya que permitirá la identificación de adolescente que se encuentran en riesgo a cometer autolesión y la incorporación de programas preventivos dentro del Instituto de Neurociencias de Guayaquil, para lograr resultados beneficiosos en cuanto a disminuir la tasa de suicidios o erradicar este fenómeno en nuestra ciudad promoviendo una vida saludable y productiva en la población juvenil.

#### **1.4 Objetivo General**

- Caracterizar los factores predisponentes de las ideas y el comportamiento suicida en adolescentes con trastornos psiquiátricos del instituto de neurociencias de la ciudad de Guayaquil.

#### **1.5 Objetivos Específicos**

- Determinar la prevalencia de ideación suicida según la edad y género en la población adolescente del Instituto de Neurociencias en el Área de vida, en el periodo junio 2015 – 2019.
- Señalar las manifestaciones clínicas más frecuentes registrados en las historias clínicas en los adolescentes con ideas suicidas con trastornos psiquiátricos del Instituto de Neurociencias.
- Detectar los trastornos psiquiátricos asociados a la ideación suicida en los adolescentes del Instituto de Neurociencias
- Conocer los métodos suicidas más frecuentes utilizados por los adolescentes del Instituto de Neurociencias.

#### **1.6 Hipótesis**

Las ideas y el comportamiento suicida en adolescentes están asociados a múltiples factores predisponentes tales como; genéticos, biológicos, sociales, familiares, socioeconómicos, personales, demográficos y trastornos mentales.

## CAPÍTULO 2

### 2.1 Conceptualización

El suicidio se considera un evento de impacto muy lamentable, doloroso y desfavorable, bastante frecuente entre los adolescentes de 12 a 21 años de edad a nivel mundial. Se posiciona entre las primeras cinco causas de muerte en todo el mundo. El comportamiento suicida tiene dos aspectos, el comportamiento manifiesta y el pensamiento, se diferencian tanto que el comportamiento manifiesta el paciente intenta y comete un acto de autolesión como cortarse las venas, envenenarse u otros métodos, mientras que el pensamiento solo es una idea de hacerse daño, como planes para suicidarse.

La palabra Suicidio e intento de suicidio en los últimos años se han considerado como parte de un mismo acto, la diferencia entre estas dos es su resultado que se define como muerte. Muchos autores en varios estudios consideraban el intento suicida como conducta suicida de ellas se subdivide diferentes términos como: autolesiones, para suicidio, comportamiento suicida.

Parasuicidio: Es una autolesión acompañada con conductas impulsivas donde el paciente voluntariamente se autolesiona tanto psicológica y físicamente cuyo resultado es sentir dolor, sin la intención de terminar con su vida. Por ejemplo cortada de estilete o arma blanca en los brazos.(9)

A lo largo de la historia se ha establecido diferentes conceptos y significados sobre el suicidio, los intentos han llevado a unificar la terminología y definir los términos relacionados, la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) clasifica las lesiones auto infligidas intencionales entre los códigos x60-x84. Se conoce de algunos conceptos que engloba las autolesiones infligidas las cuales se las presenta a continuación.

- Suicidio: Lesión auto infligida con resultado de muerte.
- Acto suicida: acción que ejecuta la victima así mismo provocando una lesión.

- Idea Suicida: Son las ideas, pensamientos o elaboración de planes frecuentes sobre la finalización de la vida propia que lleva a muerte. Paso previo de la conducta suicida. (9)
- Conducta suicida: Cualquier tipo de comportamiento de autoagresión con intencionalidad y conocimiento de lo que se realiza. Hay evidencia implícita o explícita de un deseo aparente de morir por alguna causa. (9)
- Intento de suicidio: lesión auto infligida con intención de provocarse la muerte pero sin su resultado. Puede ocasionar lesiones o trastornos a futuro. (9)

### **2.1.1 Suicidio**

Es la Lesión auto infligida más frecuente en hombres de género masculino en edad mayor a 45 años, utilizando un método suicida útil, efectivo, breve, planeado y aislado de personas como familiares, vecinos, etc. Entre los métodos suicidas principales se destacan los traumáticos entre ellos armas de fuego o armas blancas, precedida de los envenenamientos o tóxicos (medicamentos o insecticidas) y en el último lugar de la lista la asfixia como ahorcamiento. Es desencadenado por causas como razones afectivas, económicas o profesionales. La mayor parte de los casos tienen antecedentes de depresión o de alguna enfermedad mental asociada. (10)

### **2.1.2 Comportamiento Suicida**

Existen teorías que explican el comportamiento suicida desde un enfoque sociológico, psicológico y psiquiátrico. Desde el enfoque social está la teoría de Morselli y la de Durkeim. La primera menciona que el suicidio es consecuencia de la ausencia de recursos de los miembros que conforman la sociedad, mientras que la teoría de Durkeim propone que es por vigor del control de la sociedad sobre la víctima.

Desde el punto vista psicológico están las teorías psicoanalíticas y cognitivas, entre las iniciales están las teorías de Freud. Por otra parte, las teorías de Menninger que menciona que el suicidio es por rabia o por sentir la culpa de alguna situación

estresante a lo largo de la vida. Estas tres teorías concluyen que es por falta de amor a sí mismo. Mientras que la teoría de Beck plantea el trastorno depresivo en todo paciente con comportamiento suicida. Y finalmente las teorías psiquiátricas estudian, personas suicidas que tienen de base un trastorno mental, que involucra un comportamiento inadecuado a consecuencia de una enfermedad mental. (9)

### **2.1.3 Intento suicida**

Acto que se realiza de carácter violento, impulsivo, desafiante y notorio, sin intención de muerte. Predominante en mujeres menores de 35 años. Suele no tener relación con trastornos psiquiátricos de importancia pero si se ve afectada la estabilidad emocional, la afectividad, los pensamientos, las expresiones, la ansiedad. Y se expresan con un comportamiento grosero y problemático. Se desencadena por situaciones como desilusión, decepción, tristeza, y furia.(10)

Sin duda, a mayor repetición de los intentos el riesgo letal se incrementa, suele ser un acto repetitivo hasta llegar al suicidio, sobre todo a los que están sin ninguna ayuda psicológica. Por lo que es de gran importancia, para este tipo de víctimas, el recibir ayuda profesional, cuya asistencia por lo general les salva sus vidas. Entre las causas poco frecuentes de riesgo son las personas que viven solas, tienen un nivel socioeconómico alto y abusan de droga y alcohol. Métodos en estos casos utilizados, por las víctimas de intento suicida, es el envenenamiento o ingesta de tóxico, principal medicamentoso, seguidos de insecticidas o sustancias lesivas.

### **2.1.4 Ideación suicida**

Es cuando la víctima tiene pensamientos, planes o deseo de cometer suicidio. Se considera el modo más común de conducta suicida. Se podría calcular que cerca de un tercio de la población podría tener alguna vez en su vida un tipo de episodio de ideación suicida, que se define por ideas persistentes de suicidio que suelen durar horas, días o hasta semanas, sin lograr su objetivo. Al contrario en estos casos no existe aún autolesión física pero si mental. (10)



## 2.2 Conducta suicida en adolescentes

Un estudio realizado en el Ecuador describió que el grupo de edad con mayor incidencia de suicidio entre los adolescentes fue de 15 a 24 años de sexo masculino en la región amazónica del país de raza mestiza. El método más frecuente utilizado fue ahorcamiento.(11)Se han registrado intentos autolíticos en menores de 10 años considerando un grupo de edad diferente pero en esta edad temprana de la vida no se ha apreciado mayor incidencia, sin embargo se relaciona con violencia intrafamiliar y violencia sexual.(12)

Como factores predisponentes que pueden favorecer las conductas suicidas se asocian algunos, con frecuencia las familias con constantes conflictos como divorció de los padres, migración o cambios de residencia, padres ausentes, comunicación insuficientes, etc. Forman parte de la vida de un adolescente con características de conducta suicida.

La manera de manifestar las conductas se relaciona con amenazas dichas días anteriores a cometer un suicidio, los adolescentes días posteriores comienzan a expresar sus dolencias mediante advertencias como “yo voy a matarme”, “quiero morir”, “deseo estar muerto”, “me ahorcaré” entre otras. En otros casos escogen una conducta suicida de actuar en contra de ellos administrarse píldoras, veneno, etc. O psicofármacos tóxicos que pueden provocar su muerte.

Sin embargo, sin presentar los factores mencionados, el hecho de ser adolescentes ya amenaza a convivir con una conducta suicida relacionado a los problemas normales y cotidianos de día a día de la vida de un adolescentes. Esta etapa de la vida no es fácil, todos hemos pasado por ella y los cambios que presenta son amenazadores. Así mismo puede facilitar la conducta suicida debido a:

- Son propensos a presentar síntomas depresivos y cuadro de decaimientos agudos y aislados sin supervisión de un adulto.
- Desarrollo fisiológico de la pubertad, por ejemplo, cambios corporales como aumento de mamas en mujeres o crecimiento de vello corporal en hombres.
- Cambios emocionales de la adolescencia.(10)

### **2.3 Comportamiento suicida en adolescentes**

El comportamiento suicida incluye el espectro desde pensamientos o ideas que giran en torno al suicidio o la muerte hasta la finalización fatal de la vida.(13) Se presenta el comportamiento manifestante que es cuando la víctima se produce autolesión sin llegar a suicidarse, y el otro espectro del comportamiento es el que no podemos deducir u observar a simple vista, porque la víctima no la manifiesta, es el que se conoce como ideación suicida, donde solo existen pensamientos suicidas o planes para terminar con la vida, por lo tanto, este tipo de comportamiento es mucho más complicado diagnosticar.

La adolescencia es una etapa de la vida que se considera emocionante, fascinante y más que todo compleja, es una época en que los jóvenes adquieren nuevas experiencias, oportunidades y asume responsabilidades más fuertes y en algunos casos tienden a experimentar libertad e independencia. (14)

Los niños y adolescentes que se presentan en las consultas para recibir atención médica por comportamiento suicida, requieren una cantidad variable de intervención médica, social y psiquiátrica, según la gravedad de su intento, sus factores de riesgo subyacentes y su sistema de apoyo emocional.

Cualquier evento que afecte o altere el comportamiento normal de un adolescente como exponerse a violaciones tanto físicas, sociales, emocionales, psicológicas, ambientales y culturales, puede conducir al suicidio de los adolescentes.

El comportamiento de estos jóvenes cambia brutalmente, se tornan deprimidos, retraídos, no quieren salir de la habitación, se encierran, se ponen muy sensibles, no quieren hablar, pierden el apetito, todo el día lloran, no quieren asistir al colegio, se tornan resabiados y malcriados, en pocas palabras abandonan totalmente sus actividades diarias y comienzan a mencionar que se quieren morir, que se van a matar, que el mundo sería mejor si ellos no están, por lo tanto hablan de asuntos relacionados a la muerte. (15)

La ideación suicida no necesariamente conduce a un acto suicida, pero es un factor de riesgo. No siendo el único factor que afecta este fenómeno existen algunos que serán mencionados, los principales son situaciones que alteran el estado de las

personas, entre ellos, por causa de la pérdida de un familiar cercano, fracaso de una relación, falta de personalidad, cambio de costumbres, sufrir bullying, ser humillado, violado físicamente y mentalmente, problemas legales, todos estos eventos estresantes hacen que la víctima empiece a cometer errores en su vida. (13)(15)

## **2.4 Signos y síntomas indicadores del comportamiento suicida**

Según Gutiérrez con respecto a la sintomatología manifiesta que la depresión, la tristeza y separarse del resto de las personas son como evidencias primordial. Menciona también otros tipos de comportamiento como: sentirse solo, estar en silencio sin hablar, comportarse agresivamente, no salir, desvincularse de sus actividades diarias. (16)

Otros estudios mencionan que la sintomatología depresiva y el deseo de no existir se asociaron a la ideación suicida.(5) La distimia que se considera un tipo de depresión moderada y prolongada junto el síntoma de desesperanza, ambos se pueden considerar como síntomas de alto riesgo, siendo la desesperanza, el síntoma perjudicial que aumenta la muerte por suicidio.(17)

La ideación suicida se divide en pasiva y activa dependiendo de esta clasificación se pueden observar la sintomatología, en caso de la ideación pasiva es cuando el paciente refiere que le gustaría y/o daría todo porque le atropéllese un camión, un carro o cualquier vehículo. Por lo tanto, la ideación suicida pasiva puede evolucionar a una ideación suicida activa, la cual se relaciona con los actos, con planear que hacer para poder alcanzar su objetivo y su deseo de morir como por ejemplo, ir hacia la carretera donde se encuentra el camión. (18)

Entre los signos con mayor validez se encuentran: cicatriz por cortes, hematomas por ahorcamiento, abuso físico o sexual por trauma genital, en caso de uso de drogas, si es inhalada, signos de hemorragia nasal y marcas de uso de drogas intravenosas. (18)(19) En cuanto a la evaluación de estos pacientes, no se debe pasar por alto, el examen físico, este se debe realizar con atención, primero siempre tomar signos vitales, evaluar el estado de conciencia y orientación, y confirmar manifestaciones de síndromes tóxicos, en caso de que este envenenado. (19)

Luego de realizarle la historia clínica, el examen físico, observar signos y síntomas, si sospechamos de un paciente con ideación y comportamiento suicida, se debe de realizar una evaluación psiquiátrica, realizada por un especialista en este caso, el psiquiatra. Los objetivos de esta evaluación son: (20)

- Determinar el riesgo de intento de suicidio.
- Identificar cualquier factor predisponente y precipitante.
- Recomendar el nivel de atención

Identificar rápidamente una idea suicida es poco probable ya que el paciente no lo manifiesta expresamente, pero sin duda esta idea en la mayoría de los casos va acompañada de la conducta suicida, la cual es observable y mensurable en cuanto al entorno. Existen síntomas de comportamiento, somáticos y cognitivos que nos puede señalar la presencia subyacente de una ideación suicida. Por consiguiente, los síntomas comportamentales se presentan como amenazas de conductas autoagresión, hablar sobre muerte, escribir cartas de despido, retraimiento social, abandono escolar, cambios en el estado de ánimo, uso continuo de sustancias como droga y alcohol.

Entre los signos somáticos se encuentra el insomnio, no logra captar el sueño para nada, mal higiene, anorexia u obesidad, se busca rasgos de autolesión en todo el cuerpo, como cicatrices por cortadas. Los síntomas cognitivos son los que van relacionados al pensamiento, en este caso el paciente presenta incapacidad para concentrarse, falta de memoria, distraído, retraído, no cumple con deberes del colegio.(20)

## **2.5 Confidencialidad médico-paciente**

De acuerdo a la confidencialidad del médico sobre un paciente adolescente con ideación o intento suicida, que acude a la consulta por patologías relacionadas a la depresión o por otro trastorno mental, y si asiste sin compañía de sus padres presente, el médico encargado debe de violar la confidencialidad que existe entre médico-paciente, debido que se considera un gran problema de salud no solo para el paciente si no para la familia, amigos, profesores, entre otros; están involucrados porque forman parte de la vida de la víctima. Más aun esta patología no se trata sola,

si no junto a las personas que rodean al paciente. Cuando un adolescente corre el riesgo de hacerse daño a sí mismo, así sea cualquier método para suicidarse sin llegar a la muerte, la confidencialidad siempre debe violarse por respeto a la seguridad del paciente. (21)

El pronóstico del paciente con antecedentes de actos suicidas -el sujeto suicidante- es más grave en comparación con aquel que no ha cometido intentos suicidas. En su mayor parte, esto conlleva a trabajar de la mano y con la familia, personas en su entorno y personal de salud de apoyo que brinden seguridad al paciente y que estén presto a mantenerse junto al adolescente. Sin duda siempre que llegue a la consulta, así sea un centro de salud, un hospital básico, público o privado, un paciente de esta índole, no olvidar referirlo al servicio de psiquiatría.(21)(22) En caso de que los padres no tomen importancia a gran fenómeno que su hijo está cursando, el médico de todas maneras debe de advertir el acto a las autoridades.

## **2.6 Factores de Riesgo**

Uno de los factores importantes se aduce en un artículo de una revista ecuatoriana, del Instituto de neurociencias de la ciudad de Guayaquil, escrito por el Dr. Orellana. Allí se menciona a “la desesperanza” como el factor clave para predecir la conducta suicida, como lo primero que se debería de evaluar en el paciente, dejando aparte los trastornos mentales y enfermedades orgánicas que pueden también causar la autolesión. Menciona que la desesperanza tiene relación con la triada de Beck que consiste en las ideas o visión negativa sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro. (5)

Un estudio realizado en Houston-Texas, menciona que las características de los que intentan suicidarse y los suicidas son similares, puesto que los factores de riesgo de mayor frecuencia en dicho estudio correspondieron a la exposición y abuso del alcohol y problemas sociales como la migración. En relación a la representación de las enfermedades mentales, la depresión y otras afecciones mentales se encontraron relacionadas. (23)

En el 2011 se realizó un estudio acerca de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en niños y adolescentes, donde descubrieron que los principales factores que se asociaba para las ideas suicidas era la depresión debida en su gran parte al inconveniente para afrontar el fracaso, se relacionaba también con la disfunción familiar, el haber estado expuesto a abuso sexual, de la misma manera a la violencia física considerada como maltrato infantil y la escasas de servicios básicos. (24)

En Colombia en un estudio realizado a estudiantes de colegio se evidenciaron factores asociados a ideación y conducta suicida los cuales mencionaron al género, la disfuncionalidad familiar, depresión, ansiedad, consumo de sustancias específicamente droga y tabaco, fracasos amorosos y antecedentes familiares de intento suicida.(25) El adolescente que se considera alto riesgo de autolisis puede presentar gestos como: retirado, ermitaño, insociable, de muy pocos amigos, desfavorablemente no confía en nadie, no tiene mejor amigo ni amiga y se siente automáticamente retraído y rechazado por la sociedad.(26)

Los factores de riesgo para el comportamiento suicida en niños y adolescentes tanto intento como ideación, se pueden clasificar como factores predisponentes o factores precipitantes. Los factores predisponentes incrementan el riesgo de autolisis entre ellos engloban: trastornos mentales, antecedente de intento suicida, antecedentes familiares de comportamiento suicida, historia de abuso físico, exposición a violencia. Mientras que los factores precipitantes o potenciadores no aportan al suicidio por sí solos si no es acompañados de alguna actividad que favorezca el suicidio, entre ellos se encuentra: el consumo de sustancias como droga y alcohol, la tensión social, retraimiento y factores emocionales.(27)

La academia americana de psiquiatría de niñez y la adolescencia registra como factores de riesgo para femenino y masculino a: Los trastornos del humor, una afectación psiquiátrica; La pobre comunicación entre padres e hijos, en este caso falta de comunicación, y la existencia de intentos suicidas previos, en pocas palabras lo que se entiende como antecedente de una ideación o intento suicida, de la misma manera el uso de sustancias psicoactivas y/o alcohol aumenta el riesgo en adolescentes a partir de los 16 años.(28)

Existen diferentes factores de riesgo, modificables y no modificables. Entre uno de ellos que no se puede modificar es padecer un trastorno mental de base o antecedentes familiares psiquiátricos. Otros factores de tipo biológico, personal, social, demográficos, psicológico, cada uno tienen su subclase y un valor importante. Sin embargo no son suficientes para predecir una conducta suicida.

### **2.6.1 Factores sociales**

La sociedad es muy influyente en los adolescentes, induciendo a ideas y comportamientos suicidas ante situaciones, especialmente de fracaso, desengaño amoroso, infidelidad y pobreza.

- Edad: Diversos estudios publicados han dado como resultado que la edad que abarcan los adolescentes es la más frecuente para cometer intentos suicidas. Mientras la edad incrementa, aumenta la tasa de suicidios.
- Género: El ser de género femenino incrementa la incidencia de intento suicida. El género masculino tiene una alta tasa de suicidio a nivel mundial. En el rango de edad entre 15 a 24 años.
- Estado civil: Estar divorciado, viudo y soltero son causas más frecuentes en cometer suicidio entre las personas adultas. Cuando se trata de un adolescente joven, el estado civil donde se ha demostrado que estar casado puede perjudicar, debido a que el matrimonio pudo ser realizado sin consentimiento o por factores externos obligados.
- Ámbito laboral: Los jóvenes no se ven afectados en este factor a menos que presente un nivel social bajo que amerite que desde muy pequeño haya trabajado. Por lo tanto el desempleo, es el principal factor social que conlleva a suicidios. Si no hay ingresos con que mantenerse, su estabilidad emocional juega un papel muy importante y lleva a cometer intentos que perjudican su vida.

- Nivel social: La clase social que es frecuente para intentos suicidas es el nivel social bajo. Tienen más factores sociales que involucran su intento como desempleo, falta de dinero, deudas, pagos de vivienda, etc. (29)

### **2.6.2 Factores Demográficos**

- Distribución geográfica: entre el medio rural y urbano, donde se registran un mayor número de intentos suicidas es en la ciudad. Probablemente se debe a que en este medio hay un mejor acceso a medios sanitarios en comparación con el medio rural o en el campo.

### **2.6.3 Factores Personales**

- Estrés: Los acontecimientos estresantes de tipo negativo está relacionado con el intento de suicidio. El nivel de estrés elevado y prolongado afecta a la personalidad y a la estabilidad emocional de la persona afectada.(30)

### **2.6.4 Factores Biológicos**

Se valora todos los neurotransmisores relacionados directa o indirectamente con el comportamiento suicida. El principal neurotransmisor vinculado es la serotonina, existe numerosas evidencias con manifestaciones de tipo suicida.

- Niveles de 17-hidroxycorticoides: los valores normales de la hormona en un periodo de 24 horas oscilan en hombres hasta 9 mg/24h y en mujeres hasta 8mg/24h.
- Niveles de serotonina: Los niveles de serotonina en sangre se encuentran disminuidos en víctimas que cometen suicidio, se relaciona por el estado de depresión que presentan algunos pacientes. (31)



### **2.6.5 Factores Familiares**

Antecedentes familiares de suicidios incrementa significativamente el riesgo de cometer suicidio en su descendencia. Por ejemplo papá o mamá que presente la historia familiar de intento suicidio a repetición, sus hijos tienen mayor probabilidad de presentar una idea o un intento en su vida. El fundamento por el cual se demuestra el factor familiar se debe a factores genéticos de transmisión de conductas y comportamiento de padres a hijos y/o el ambiente en que se encuentra implicada la familia.

Con respecto al carácter hereditario de comportamiento suicida se debe a la transmisión genética de un trastorno psiquiátrico de tipo afectivo en la mayoría de los casos. Se puede producir por una incapacidad para controlar las conductas impulsivas relacionadas o no con un trastorno psiquiátrico. (32)

En cuanto al factor implicado en el ambiente familiar, la influencia, el carácter y el comportamiento que tengan los padres hacia los hijos influyen en su conducta. O en algunos casos la ausencia de figuras paternas durante la infancia, ya sea por fallecimiento de alguno de ellos, o por separación matrimonial, en la etapa de la adolescencia se desata los sentimientos y cometen intentos de suicidio. (33)

### **2.6.6 Factores Psicopatológicos**

Hay varios tipos de trastornos mentales relacionados con el comportamiento suicida. Los factores psicopatológicos más importantes que determinan el comportamiento son: la desesperanza, depresión, soledad, psicosis, impulsividad y drogadicción, entre otros. Sin embargo el factor de riesgo más importante de suicidio es la enfermedad psiquiátrica de base del paciente. Los trastornos psiquiátricos más relacionados son los trastornos afectivos, seguidos por trastornos de personalidad y los trastornos de conducta. (34)

- Trastornos afectivos: Los pacientes que presentan trastornos afectivos representan a un grupo con mayor riesgo de conductas suicidas. Dentro de la clasificación de trastornos afectivos se encuentran los trastornos bipolares, trastornos depresivos y el trastorno distímico. Siendo el trastorno bipolar el

que alcanza el mayor número de suicidios consumados. Cuando el riesgo suicida es menor, aparece el intento suicidio en caso de pacientes con trastornos depresivos. El paciente en un estado depresivo crónico da numerosos avisos de su ideación suicida, muchos de ellos dan aviso a su autolesión meses anteriores a realizarla, por ejemplo con amenazas, videos de culpa o despido entre otros. Por tal razón para el medico es obligación evaluar el estado del paciente depresivo con ideas e intentos de suicidio. (35)

- Trastornos de personalidad: Los trastornos de personalidad se caracterizan por un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía de las expectativas de la cultura de la víctima. Se manifiesta en dos o más de los siguientes ámbitos: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos. Causa deterioro a nivel social, laboral y en áreas importantes del funcionamiento. Es un comportamiento estable y de larga duración, puede iniciar en la adolescencia o en primeras etapas de la adultez. No se contribuye gracias a efectos de sustancias como drogas, es una afección netamente psicológica. (36) Relacionado con la conducta suicida se encuentran los trastornos de personalidad límite y antisocial, los que tienen una mayor evidencia.

Finalmente, Los factores emocionales y cognitivos que desarrollan el comportamiento suicida es la desesperanza, el factor que en la mayoría de los estudios lo tienen como la clave del suicidio. Los adolescentes por su edad y su inmadurez cognitiva y del pensamiento creen que, ya tanto su presente como su futuro, no tiene más esperanza, no hay solución, no encuentran alternativas para la resolución de conflictos y se ahogan en un vaso de agua.(27)

## **2.7 Escala de ideación suicida**

Beck, Steer y Ranieri en 1988 certifican que los personas suicidas tienen un estilo cognoscitivo peculiar, muy distinto de los individuos sin intención suicida. Como mencionó Beck: "La ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes

y conductas posiblemente relacionados con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros trastornos; sin embargo, la ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero que están interrelacionados” (37)

La ideación suicida se evalúa por medio de la Escala de ideación suicida de Beck, la escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia de pensamientos suicidas o deseos de suicidarse. Consta de diecinueve ítems en relación a una entrevista clínica semiestructurada para un paciente con estas características. Los ítems determinan la intensidad de las actitudes, conductas e intenciones para suicidarse, cada ítem tiene 3 opciones con un rango de 0 a 2, donde cero “0” corresponde a moderado a fuerte, “1” a débil y “2” a ninguno. El rango del puntaje es de cero a treinta y ocho, considerando treinta y ocho como un alto riesgo de ideación suicida.

La escala de ideación suicidad de Beck fue diseñada como un instrumento de uso para tamizaje, que simula identificar de manera correcta casos probables de ideación suicida para diferenciarlo de los que no son. (38)

## **2.8 Asociación de ideas suicidas y trastornos mentales**

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en adolescentes que se detectan son los trastornos de conducta, trastorno de depresión, fobias simples y trastorno de ansiedad generalizada. (39) A diferencia de los adultos donde se encuentran relacionado más tipos de trastornos por lo tanto se puede considerar que en los adultos hay una mayor asociación de trastornos mentales como riesgo de suicidio.

En caso de las mujeres en etapa juvenil, los trastornos de alimentación se asocia a ideas suicidas. Esto se refiere que, por el hecho de ser mujer, ellas tienen un trauma psicológico con su peso y cambian su alimentación, algunas se ven muy gorditas otras muy delgadas, por lo que estos cambios influyen en las adolescentes y es un alto riesgo de cometer suicidio. En un estudio realizado en México refiere que el diagnóstico principal en los hombres adolescentes son los trastornos del impulso, mientras que en las mujeres adolescentes fueron los trastornos de ansiedad, (40) que sin duda se involucra con los trastornos de alimentación.

Después de ser diagnosticado de algún trastorno afectivo como trastorno bipolar o depresivo, los pacientes tienden a deprimirse con facilidad y esto pasa a hacer un mayor riesgo de suicidio dentro de los primeros meses dado su diagnóstico.(41)

Se ha demostrado que en cuanto mayor sea el número de trastornos mentales se padezca mayor es el riesgo de suicidio entre los principales trastornos mentales se encuentran: La depresión, trastornos de ansiedad, trastorno bipolar este trastorno incluye episodios maníacos junto a depresión y usualmente al inicio de la enfermedad la mayoría de estos pacientes fallecen por causa de suicidio. Otro trastorno es el abuso de sustancias psicoactivas y los trastornos de personalidad.(39)

Un estudio realizado en Bogotá, Colombia indica que los trastornos adaptativos, la disfunción familiar y los trastornos afectivos fueron los principales diagnósticos psiquiátricos asociados a intento suicida.(25)

## **2.9 Epidemiología del comportamiento suicida**

El suicidio es un importante problema de salud pública para los adolescentes de todo el mundo. En países desarrollados como Estados Unidos, la tasa de suicidio se incrementó en adolescentes con edad de 15 a 19 años ya que se postuló como la segunda causa de muerte en 2014.(42) A nivel mundial se conduce entre la mayoría de los países como consenso, que el suicidio representa la segunda causa de muerte en jóvenes con edades tempranas de la vida. (3)

Respecto a Latinoamérica se muestran registros inferiores a los del resto del mundo, América hispana registró entre el año 2005 y el 2006 alrededor de sesenta y cinco mil suicidios con una tasa de mortalidad de 7,3 por cada 100.000 habitantes. Países vecinos como Chile, se estableció una prevalencia del intento suicida en un 14.3% por ciento, asociado a factores de riesgos.(43)

Cerca de un millón de personas se quitan la vida al año lo que significa que alrededor de tres mil personas se suicidan al día. En los últimos años el grupo más vulnerable es el de jóvenes de entre 15 y 24 años.(44) Representa que el suicidio afecta cada año a 800 mil personas en todo el mundo. Hay un aumento en el índice

de suicidio conforme pasan los años, un incremento en la población adolescente. (45) La incidencia es elevada y está en función de los diversos factores predisponentes.

Desde el punto de vista nacional, Ecuador presenta una tasa de suicidios establecida en el 2004 de 6,1 por cada 100.000 habitantes, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), relativamente baja con respecto al resto del mundo, como Estados Unidos o en Europa, donde se ubica en el 15,74 por cada 100.000 habitantes, No obstante, para el año 2005 aumento a 7,1 y aunque continua baja respecto a otras regiones su incremento llamó la atención de las autoridades sanitarias, quienes ubican en su registro al suicidio, como lesión auto infligida intencionalmente en el número 14 de 67 causas de muerte en el país, muy baja pero se convierte en un problema de salud pública. De alguna u otra manera se trata de un grave problema de salud que se encuentra aumentando día a día a nivel nacional.(46) Según El INEC para el año 2015 en el Ecuador, se registraron más de mil muertes por suicidio en la población general no solo adolescentes. Por lo que, ha sido evidentemente acertado, ya que actualmente en el 2019 se encuentra entre la lista de las primeras causas de muerte en los adolescentes. (47)

Un estudio realizado por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, indicó que las provincias del Ecuador con la tasa elevada de autolesiones infligidas son en las provincias del Azuay, Cañar, Carchi, Imbabura, Pichincha y Morona Santiago, su gran mayoría provincias de la zona andina del Ecuador. Las estadísticas de la facultad latinoamericana de ciencias sociales muestran también que diciembre es el mes con más suicidios por depresión. (46)

## **2.10 Aspecto Legal**

La república del Ecuador debe crear leyes, normas políticas que apoyen y ayuden a enfrentar los diversos problemas de salud emocional que presentan los adolescentes diariamente en nuestro país, pero al revisar la constitución de la república del Ecuador, esta no ampara a los pacientes que padecen comportamiento suicida. Sin embargo, el ministerio de salud pública junto con la organización mundial de la salud (OMS) presenta lineamientos que ayudan a estabilizar el problema. Uno de los lineamientos utilizados en el Ecuador es: Lineamientos para la atención del

intento de suicidio en adolescentes, donde menciona la detección del suicidio, las medidas de cuidado, la estabilización de los síntomas entre otros planes para un correcto resultado.

La Constitución Estrategia del Ecuador según el Artículo 3 inciso 32, tiene una serie de disposiciones orientadas a garantizar la salud, el Buen Vivir y el desarrollo integral de todos los habitantes del territorio nacional, de manera particular cabe mencionar la responsabilidad que tiene el Estado de garantizar el derecho a la salud. El Artículo 66 inciso 2 y 3, determina aspectos íntimamente relacionados con la salud mental. (48)

En el Artículo 35 de la constitución menciona también que el estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad, en el caso de este trabajo de investigación se encuentran los adolescentes como población vulnerable.

No obstante, el estado como un organismo autónomo, soberano y republicano posee la obligación de proteger y cuidar el bienestar de las personas tanto físicas como mentalmente, y comprometerse con los derechos de los individuos. Con ayuda de toda la ciudadanía, de instituciones, convenio de empresas, ayudar a mejorar la calidad de vida de la persona afecta. (48)

## CAPÍTULO 3

### 3.1 Diseño de la investigación

La investigación tiene un diseño no experimental de tipo observacional, corte transversal con alcance analítico y descriptivo, retrospectivo de enfoque cualitativo.

### 3.2 Lugar de estudio

La investigación se llevará a cabo en la zona “Área de Vida” del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

### 3.3 Población y muestra

**Universo:** El universo de trabajo estuvo constituido por todos los pacientes que realizaron Ideación Suicida en el Área de vida en el período de Junio del 2015 a Junio del 2019, pertenecientes a las áreas de salud, recogidos en las historias clínicas del Instituto de Neurociencias de Guayaquil

**Muestra:** Compuesta por todos los pacientes adolescentes entre 12 a 21 años que cumplan con los criterios de inclusión y de exclusión, con diagnóstico confirmado de ideación y comportamiento suicida que han estado hospitalizados en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil.

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes con comportamiento suicida.
- Datos completos referente a las variables de estudio en las historias clínicas.
- Pacientes que tengan un rango de edad entre 12 a 21 años.
- Paciente que presente diagnóstico de trastorno psiquiátrico que influya en la ideación suicida.

- Paciente con ideación suicida persistente con intento y sin intento.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con ideas suicidas que no consignen datos sobre la variable de estudio.
- Pacientes con datos incompletos en historia clínica.
- Pacientes que no cumplan con el rango de edad específico.

### **3.4 Operacionalización de variables**

El cuadro de la operacionalización de variables se encuentra en el capítulo 5 la parte de anexos. Tabla. 3

### **3.5 Descripción de instrumentos, herramientas y procedimientos de la investigación**

El instrumento que se utilizará para llevar a cabo la investigación presente consistirá en la elaboración de un tabla de recolección de datos en Microsoft Excel 2018 con las siguientes variables: Edad, género, antecedentes familiares, antecedente de ideación suicida, ideación suicida, comportamiento suicida, consumo de drogas, depresión, disfunción familiar, exposición de violencia y trastornos mentales asociados, los cuales serán obtenidos mediante las historias clínicas adquiridas de la base de datos del Instituto de Neurociencias de Guayaquil dentro del periodo 2015 – 2019.

La herramienta utilizada será la historia clínica, que se encuentra en el sistema del instituto de neurociencias, la cual contiene las variables mencionadas. Se solicitará la autorización por parte del director técnico del instituto de neurociencia el Dr. Carlos Orellana mediante una carta donde se menciona la investigación a realizar, y por parte de la Dra. Adelaida Alvear, jefa de docencia del instituto de neurociencia, la cual será la encargada de supervisar la investigación.

Por medio de un análisis de estadística descriptiva por ser un estudio de tipo transversal para organizar y sintetizar información, ver las características más



relevantes. Con el objetivo de describir las variables de interés en tiempo, persona y espacio. Para el análisis y tabulación de los datos se utilizará el programa SPSS. Los resultados finales serán presentados en gráficas y tablas dependiendo del caso, se utilizará porcentajes, Odds ratio, valor P e índice de confianza, para variables cualitativas y media aritmética y mediana para variables cuantitativas.

### **3.6 Aspectos éticos**

Para este trabajo de investigación, se envió una carta de aprobación al área de docencia e investigación del Instituto de neurociencia, se adjuntó la carta de aprobación del director técnico, Dr. Carlos Orellana, para realizar el estudio en la instalación, recolectando información de la base de datos donde se encuentran el número de historias clínicas a investigar. La investigación a realizar precisa información de las diferentes historias clínicas de los pacientes proporcionadas por el Instituto de Neurociencias, en las cuales los datos de filiación como el nombre, número de cédula, dirección o números de teléfonos no serán evidenciados por ningún motivo a ninguna persona en particular. Respecto a las condiciones éticas, se presentará las recomendaciones de la declaración de Helsinki.

## CAPÍTULO 4

### 4.1 Descripción de la muestra

La muestra está constituida por un total de 100 pacientes que fueron admitidos en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil en la unidad de Área de vida entre Junio del 2015 a Junio del 2019 y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

### 4.2 Datos estadísticos consolidados según características demográficas

**Tabla 1.** Datos demográficos de los pacientes analizados

Características		N= 100
Sexo, n (%)	Masculino	85 (85%)
	Femenino	15 (15%)
Edad (años), media $\pm$ DE		16 $\pm$ 1
Antecedentes familiares de intento suicida, n (%)	Si	11 (11%)
	No	89 (89%)
Primera crisis, n (%)	Si	37 (37%)
	No	63 (63%)

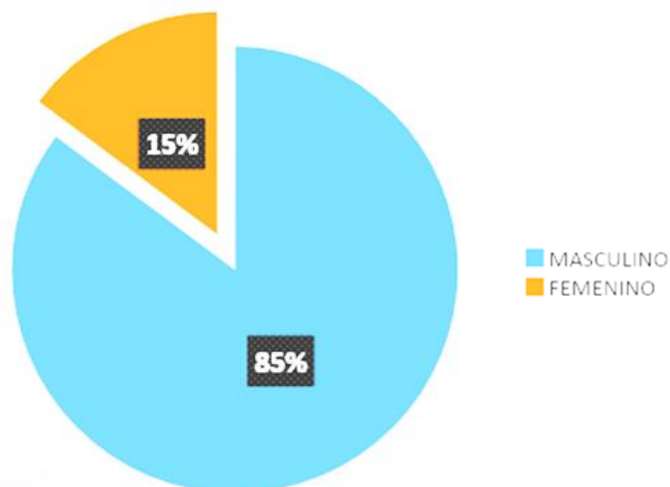
En la tabla 1 se presenta las frecuencias y el porcentaje correspondiente a las variables demográficas obtenidas en la historia clínica de los pacientes internados en el Área de vida del Instituto de neurociencias.

Se demuestra la predominancia en varones siendo el 85% de la muestra, en comparación con un 15% del sexo femenino. En cuanto a la edad promedio de adolescentes que se internan en el Área de vida por riesgo suicida es de 16 años.

En cuanto a los antecedentes familiares, padres que han presentado ideas suicidas, el 11% de estos padres de los pacientes han intentado suicidarse una o más veces en su vida en comparación al 89% de los demás padres sin ningún antecedente. Además, un 63 % de los pacientes estudiados ha presentado más de

dos veces crisis de intento suicida, a diferencia del 37% de la muestra que ha presentado su primer cuadro de intento suicida.

### 4.3 Interpretación de resultados

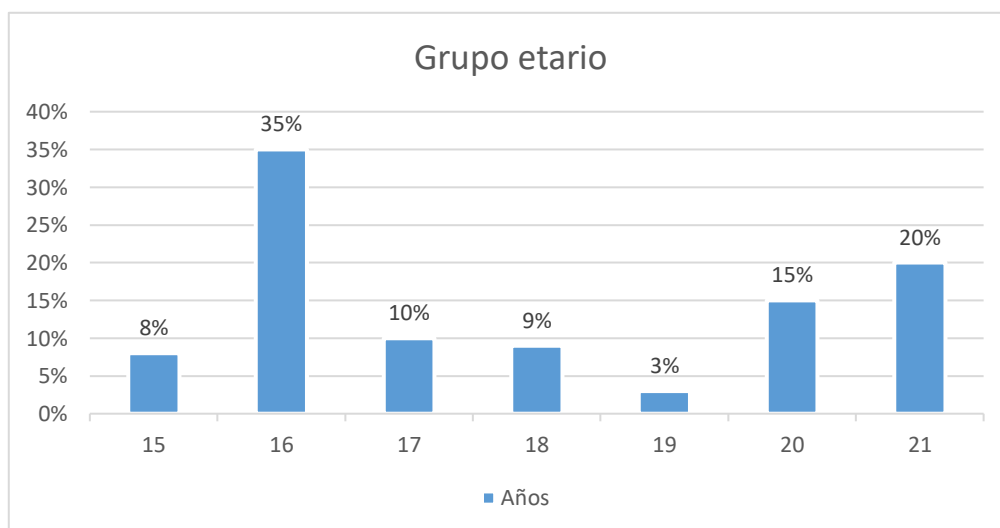


**Gráfico 1.** Prevalencia de ideación suicida según el género en adolescentes del Instituto de Neurociencias.

**Fuente:** Área de vida – Instituto de Neurociencias

**Elaborado por:** Carolina Polo

Se analizaron un total de 100 pacientes con caracterización de ideas y comportamiento suicida y trastornos psiquiátricos asociadas el cual 85% fueron de sexo masculino y el 15% de sexo femenino. Se puede observar en el gráfico 1.

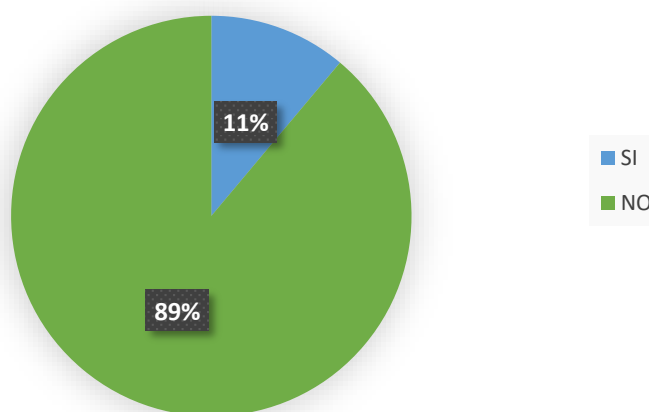


**Tabla 2. .** Prevalencia de ideación suicida según la edad en adolescentes del Instituto de Neurociencias.

**Fuente:** Área de vida – Instituto de Neurociencias  
**Elaborado por:** Carolina Polo

Debido a la información recopilada por la base de datos del instituto de neurociencias, en la tabla 2, se observa que dentro de la muestra estudiada la edad promedio de mayor tendencia de intentos suicida es de 16 años de edad con un 35%, seguido con un 20% en la edad de 21 años, independientemente del género del paciente.

### APF (PADRES CON IDEACION SUICIDA)

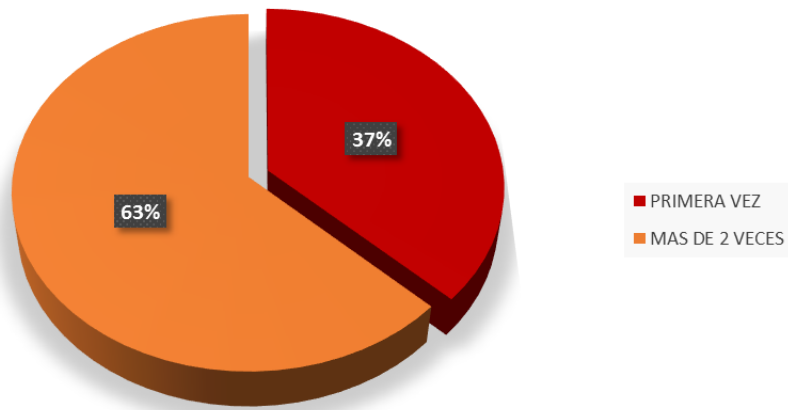


**Gráfico 2.** Prevalencia de Antecedentes de padres con ideación suicida de los pacientes del Instituto de neurociencias

**Fuente:** Área de vida – Instituto de Neurociencias  
**Elaborado por:** Carolina Polo

Según los datos obtenidos en las historias clínicas de los adolescentes entre 12 a 21 años de edad que fueron estudiados, 11 pacientes presentaron antecedentes familiares de ideación suicida, dentro de la anamnesis mencionaban a padres con ideación suicida en algún momento de sus vidas.

### PRIMERA CRISIS



**Gráfico 3.** Presentación de crisis, primera vez o más de 2 veces.

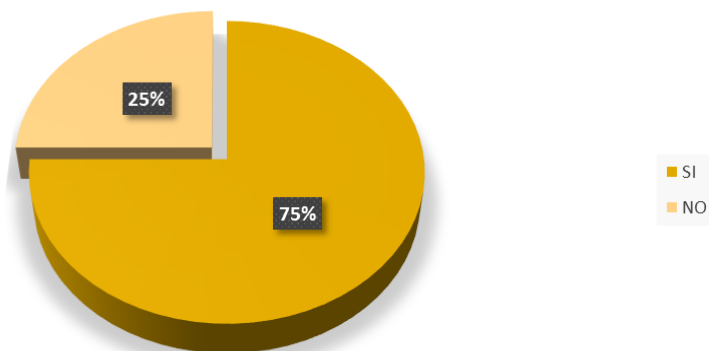
**Fuente:** Área de vida – Instituto de Neurociencias

**Elaborado por:** Carolina Polo

En el gráfico 3, se presenta las crisis de intento suicida cometidas por los adolescentes, representa el 63% a pacientes que han cometido el intento suicida más de 2 veces. Mientras que un 37% presento primera vez la crisis, dando como resultado que los pacientes hospitalizados en la aérea de vida del instituto de neurociencias, son pacientes con más de 2 ocasiones de ideas suicidas a lo largo de su vida.

#### 4.4 Datos estadísticos consolidados según manifestaciones clínicas

### DEPRESION



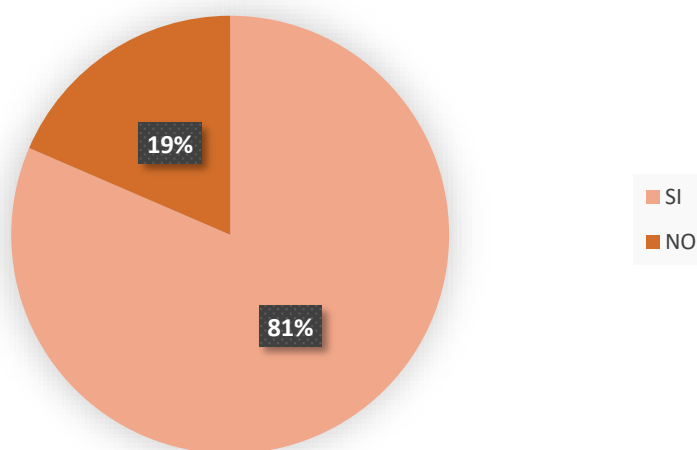
**Gráfico 4.** Representación del síntoma principal, depresión.

**Fuente:** Área de vida – Instituto de Neurociencias

**Elaborado por:** Carolina Polo

El gráfico 4 representa la prevalencia de depresión como una manifestación clínica principal en los pacientes con ideas y comportamiento suicida. El total del 75% de adolescentes evaluados presentó depresión como sintomatología primordial.

### CAMBIOS DRÁSTICOS DE HUMOR



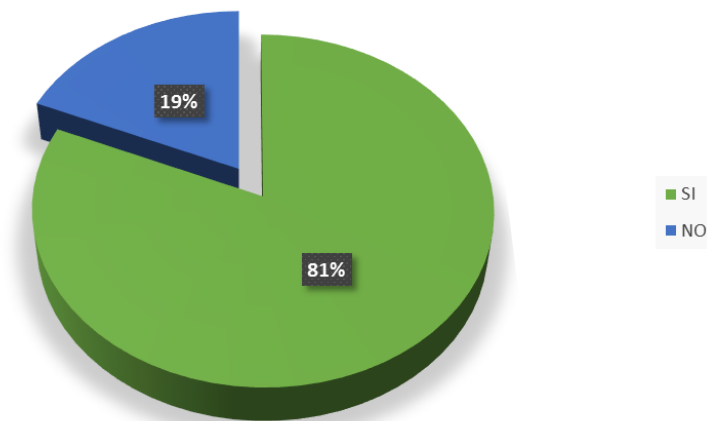
**Gráfico 5.** Porcentaje de prevalencia de Cambios de humor en los pacientes del instituto de Neurociencias

**Fuente:** Área de vida – Instituto de Neurociencias

**Elaborado por:** Carolina Polo

Dentro de la sintomatología en general existe los cambios de humor, el gráfico 5 representa los datos de los adolescentes que han presentado cambios de humor durante su crisis de intento suicida, el 81% de los adolescentes presentan cambios de humor, independientemente del tiempo de la crisis. Mientras que el 19% de ellos no presentan ni un cambio de humor.

## IDEACION SUICIDA



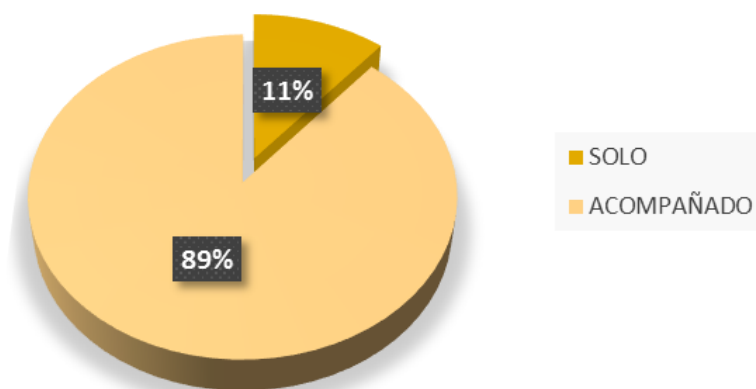
**Gráfico 6.** Prevalencia de Ideación Suicida en adolescentes del IN.

**Fuente:** Área de vida – Instituto de Neurociencias  
**Elaborado por:** Carolina Polo

En el gráfico 6, se muestra el porcentaje de pacientes con ideación suicida asociado a trastornos psiquiátricos. El 81% de los adolescentes evaluados independientemente del género y la edad, presentan ideación suicida. En comparación con el 19% restante de la muestra que no presenta ideación suicida como manifestación clínica principal. El incremento de crisis suicidas investigadas en el estudio fueron por razones como cambios de humor, principalmente depresión relacionado también trastornos afectivos de dichos pacientes psiquiátricos.

### 4.5 Datos estadísticos según características sociales.

## INDEPENDENCIA

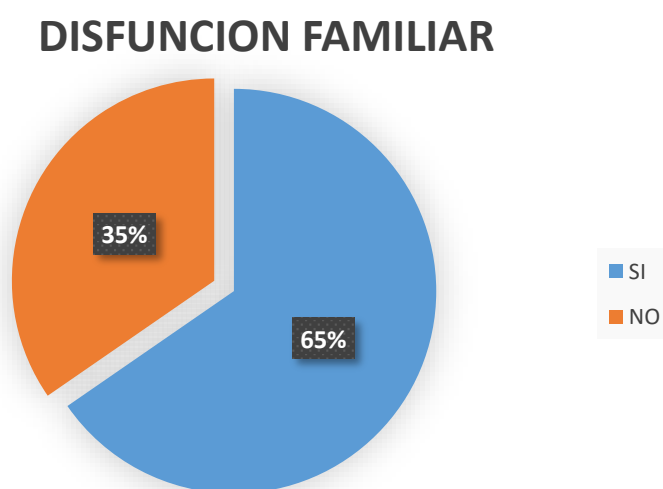


**Gráfico 7.** Características de independencia

**Fuente:** Área de vida – Instituto de Neurociencias  
**Elaborado por:** Carolina Polo

En el gráfico 7 según las características sociales, se estudió la independencia del paciente, si vivía solo o acompañado dependientemente sea un familiar, como sus padres, tíos o hermanos, cónyuge e hijos.

Por lo tanto se determinó que el 89% de los adolescentes en el estudio viven acompañados. Mientras que el 11% de los pacientes viven una vida solitaria e independiente.



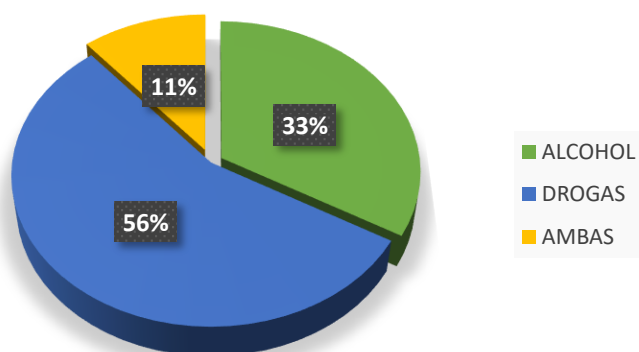
**Gráfico 8.** Porcentaje de Disfunción familiar presentada en pacientes del instituto de Neurociencias.

**Fuente:** Área de vida – Instituto de Neurociencias  
**Elaborado por:** Carolina Polo

En cuanto el gráfico 8 se observa una de las causas por las cuales los adolescentes presentan ideación y comportamiento suicida, dentro de la historia clínica de los pacientes se demuestra si existen problemas familiares, si existe o no disfunción familiar para que estos cometan el intento suicida, y resulta que el 65% de los adolescentes presenta algún tipo de disfunción familiar y el 35% llevan un vida familiar estable.



## CONSUMO DE SUSTANCIA

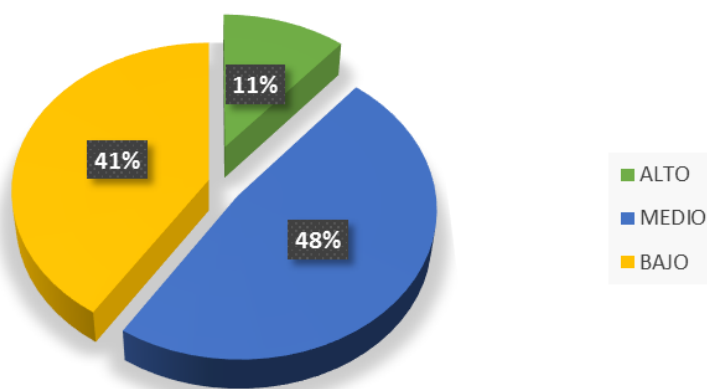


**Gráfico 9.** Porcentaje de Consumo de sustancias (alcohol, drogas o ambas) en los pacientes del IN.

**Fuente:** Área de vida – Instituto de Neurociencias  
**Elaborado por:** Carolina Polo

En el gráfico 9 se presenta el consumo de sustancias como drogas y alcohol o ambas, en el caso del estudio el 56% de los adolescentes consumen drogas como marihuana, el 33% consume derivados de alcohol y el 11% consume ambas sustancias tanto droga como alcohol.

## ESTATUS SOCIAL



**Gráfico 10.** Presentación de porcentaje del estatus social en los adolescentes del IN.

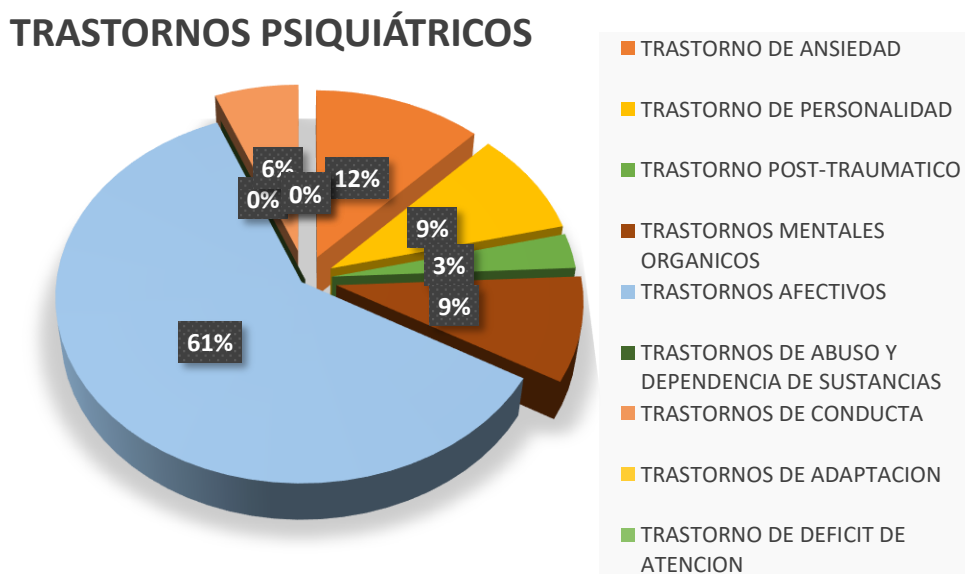
**Fuente:** Área de vida – Instituto de Neurociencias  
**Elaborado por:** Carolina Polo

Según el gráfico 10 se muestra el estatus o nivel social como alto, medio y bajo. El nivel social alto se define como grupo de personas con más riquezas, pertenencias y con menos carencias y más posibilidades. Dentro del ámbito psiquiátrico es frecuente preguntar dentro del interrogatorio acerca del estatus social ya que se asocia mucho con estas enfermedades. El nivel social o clase alta representa en el estudio el 11% de los pacientes.

El nivel social medio es aquel que se aplica a las personas o grupo de personas con un nivel socioeconómico medio que sitúa entre la clase obrera y la clase de nivel alta, en pocas palabras no tiene carencias pero tampoco riquezas. Según el estudio realizado de acuerdo a la muestra tomada el 48% representa clase media.

El nivel social bajo son aquellas personas con clase socioeconómicas con mayor nivel de pobreza y con carencias y limitaciones excesivas. Representa la clase obrera. En el estudio se mostró el 41% de los pacientes con nivel social bajo.

#### 4.6 Datos estadísticos de trastornos psiquiátricos

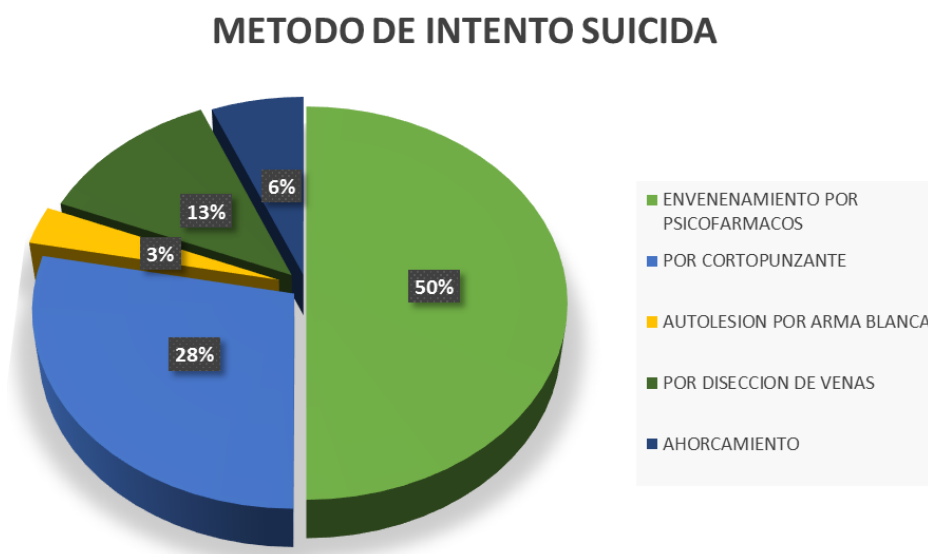


**Gráfico 11.** Trastornos psiquiátricos asociados en los adolescentes del instituto de Neurociencia con ideación suicida.

**Fuente:** Área de vida – Instituto de Neurociencias  
**Elaborado por:** Carolina Polo

Según el gráfico 11 de acuerdo al estudio realizado, se presenta los principales trastornos psiquiátricos asociados en los pacientes, el 61% de los adolescentes presentan trastornos afectivos con diagnóstico de depresión con y sin síntomas maniáticos. Existen un gran número de trastornos pero en segundo lugar en el estudio realizado, con el 12% se encuentra el trastorno de Ansiedad, le sigue con 9% los trastornos de personalidad y trastornos mentales orgánicos. Mientras que con el 6% se encuentra los trastornos de conducta y con un resultado mínimo pero significativo los trastornos post-traumáticos.

#### 4.7 Datos estadísticos de ideación suicida



**Gráfico 12.** Método utilizado como intento suicida

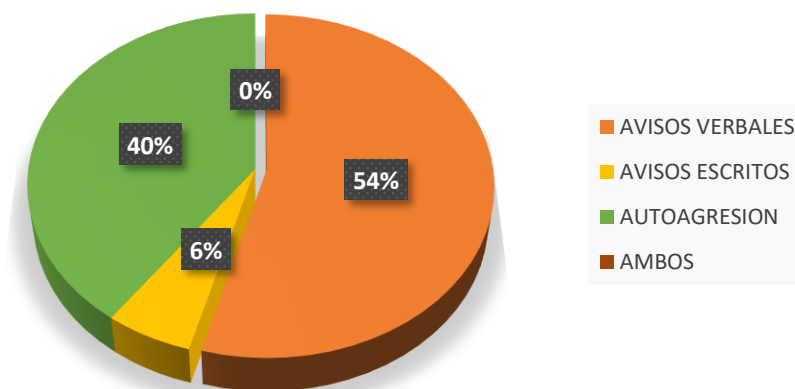
**Fuente:** Área de vida – Instituto de Neurociencias

**Elaborado por:** Carolina Polo

En el gráfico 12 se describen los métodos de intento suicida realizados por los pacientes ingresados en el instituto en el área de vida, los datos que arrojaron las historias clínicas se menciona que el 50% de los adolescentes intenta suicidio por envenenamiento por psicofármacos como el consumo de exceso de pastillas o consumo de sustancias tóxicas. El 28% de los adolescentes utiliza el método de corte de piel por algún objeto corto punzante. Se evidenció que el 13% por disección de

venas. En menos porcentaje, el 6% realizan ahorcamiento y en un mínimo porcentaje del 3% autolesión por arma blanca como cuchillo.

## AVISOS VERBALES Y ESCRITOS



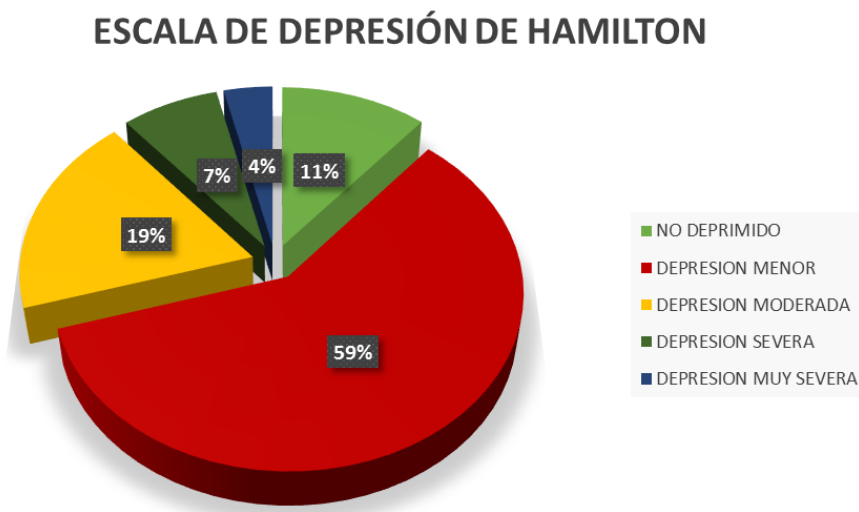
**Gráfico 13.** Porcentaje de prevalencia en avisos verbales y escritos por los adolescentes del instituto de neurociencias

**Fuente:** Área de vida – Instituto de Neurociencias

**Elaborado por:** Carolina Polo

Los avisos verbales, representa a las personas que mencionan que se quieren matar, y los avisos escritos se refiere a cartas suicidas o publicaciones en redes sociales. Según el gráfico 13 en el estudio se representó que el 54% de adolescentes realizo avisos verbales mientras el 40% presentaba autoagresión o los famosos nombrados cutting, que es un practica que consiste realizarse lesiones con material cortante en brazos, piernas, abdomen o alguna parte del cuerpo con el fin de aliviar su dolor. Y finalmente con el 6% de adolescentes realizan avisos escritos como cartas suicidas.

#### 4.8 Resultado de Escalas realizadas en las Historias clínicas

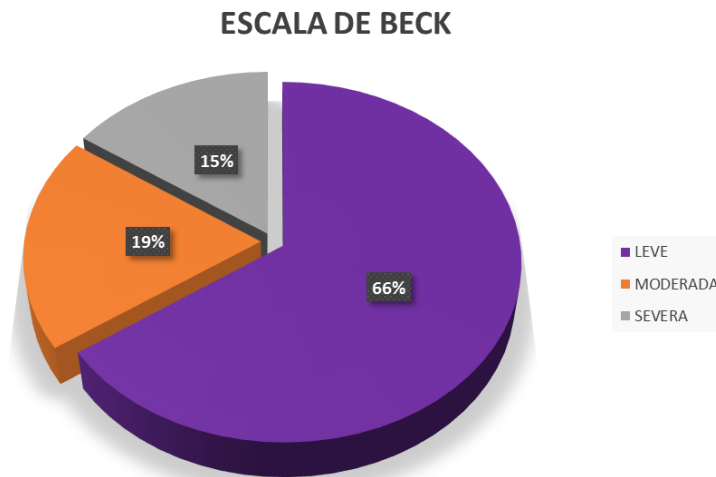


#### Gráfico

**14.** Porcentaje de presentación de Escala de Depresión de Hamilton en los adolescentes evaluados.

**Fuente:** Área de vida – Instituto de Neurociencias  
**Elaborado por:** Carolina Polo

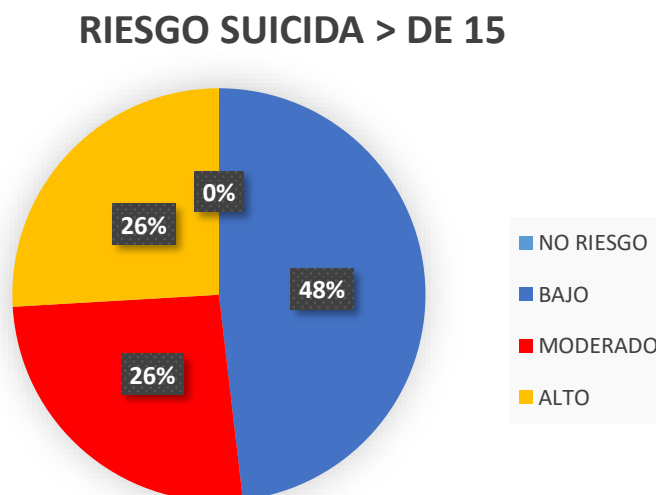
La escala de valoración de Hamilton para evaluar la depresión es una escala diseñada para evaluar a los pacientes previamente diagnosticados de depresión. Cuenta con 17 ítems y clasifica la depresión en no deprimido, depresión menor, Depresión moderada, depresión severa y depresión muy severa las cuales tienen punto de corte en cada categoría. Según el estudio realizado el 59% de los pacientes presento depresión menor al realizar la escala. Se determinó que el 19% representa depresión moderada, tanto que el 11% de los pacientes no se encontraban deprimidos. Mientras que el 7% representa una depresión severa, y el 4% restantes de pacientes representa depresión muy severa.



**Gráfico 15.** Porcentaje de presentación de Escala de depresión de Beck en los adolescentes evaluados.

**Fuente:** Área de vida – Instituto de Neurociencias  
**Elaborado por:** Carolina Polo

El inventario de depresión de Beck consta de 21 preguntas y es utilizado para medir la severidad de depresión, se clasifica en leve, moderada y severa. El gráfico 15 nos presenta que en el estudio realizado el 66% de los pacientes presentan una depresión leve, el 19% depresión moderada y el 15% presentan depresión severa. Lo que se puede deducir que según la escala de depresión de Beck realizada durante la estancia en el instituto los pacientes presentan mayor depresión leve como causa de intento suicida.



**Gráfico 16.** Porcentaje de presentación de escala de riesgo suicida > de 15 puntos en los adolescentes evaluados.

**Fuente:** Área de vida – Instituto de Neurociencias  
**Elaborado por:** Carolina Polo

La escala de la evaluación de riesgo suicida consta de ítems que representan el riesgo suicida que valora desde bajo hasta alto riesgo. Y se lo realiza a los pacientes al momento de que acuden a la emergencia del instituto. En el estudio se registró que el 48% de los paciente presentan riesgo bajo de suicidio siendo este riesgo de mayor población. Y el 26% se considera riesgo moderado y alto. Los que se considera de mayor peligro contra la vida.

#### **4.9 Discusión**

El presente estudio ofrece una caracterización de los factores predisponentes de la ideación y el comportamiento suicida en jóvenes institucionalizados en un hospital psiquiátrico con antecedentes psicopatológicos. En relación a las características demográficas, los resultados son comparables con otras poblaciones evaluadas en diversos estudios. En un meta-análisis la prevalencia estimada en 8 estudios conducidos en China de ideación suicida fue de 3,9% y de intento suicida fue de 0,8%.(49) Sin embargo, un estudio en niños y adolescentes entre 5 y 7 años determinó que luego de un seguimiento de 5 años, la ideación suicida y los intentos de suicidio representaron el 1,2% de todas las admisiones a urgencias en este grupo etario, siendo ligeramente más frecuente que en adultos (1,1%). (50) Además, se determinó que particularmente en el grupo etario de 12 a 14 años, la prevalencia de ingresos relacionados al comportamiento suicida aumentó de 1,4% en el 2010 a 2,5% en el 2014, lo que representa un aumento en el 82% de aumento en los años de seguimiento.

En el presente estudio se mostró una predominancia marcada del sexo masculino (85% vs. 15%). Sin embargo, las tasas de suicidio en algunas series muestran una proporción 1:1, e incluso, proponen predominio en niñas y adolescentes mujeres (4,1%) en comparación con los niños y adolescentes varones (2,2%) (51)

El antecedente familiar de comportamiento suicida, sobre todo en los padres, es un factor muy estudiado en este grupo de pacientes. En nuestro estudio encontramos este antecedente en el 11%. Un estudio que evaluó el riesgo suicida en adolescentes comparando los ámbitos rural y urbano, determinó que existe un antecedente familiar de comportamiento suicida en el 4,6% de los pacientes en área rural y 3,6% en área urbana. (52) Otro estudio, intentó determinar si los diferentes tipos de antecedentes familiares de ideación suicida tienen un impacto diferente en el comportamiento suicida del adolescente. Se evaluaron 157 pacientes de sexo femenino ingresadas por ideación suicida o intento de suicidio. De las pacientes encuestadas, el 83% tuvieron antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas y aproximadamente la mitad de ellas, tuvieron un antecedente de comportamiento suicida familiar. (53) Sin embargo, a diferencia del presente estudio que se basa solo en los padres, el estudio en mención no limita los antecedentes familiares solo a los padres, lo que puede explicar la diferencia de los porcentajes.

Al explorar las comorbilidades de nuestro estudio, notamos que el 75% de los pacientes evaluados presentaron depresión. La depresión es una comorbilidad muy frecuentemente asociada al comportamiento suicida en adolescentes. Un estudio con 1430 pacientes con ideación suicida demostró que los trastornos de depresión y ansiedad fueron reportados por aproximadamente el 8% de los pacientes. El perfil de estado emocional que combinaba alta irritabilidad y un estado grave depresivo y ansioso estuvo presente en el 8,6% de pacientes con ideación suicida y en el 7,9% de intento suicida lo que representaba un aumento de riesgo de cometer suicidio de 2.2 veces más que un bajo perfil de irritabilidad y estadio depresivo ausente. (54)

Otro estudio asoció de forma significativa la sola presencia de anhedonia (como síntoma) con la ideación suicida independientemente del diagnóstico clínico de depresión. No así, con el intento suicida ya que la presencia de depresión difumina el efecto de la anhedonia como síntoma. (55) En este estudio se evaluó también, los cambios de humor drásticos, los cuales estaban presentes en el 81% de los pacientes. Aunque dicho resultado no es directamente comparable con el diagnóstico de bipolaridad, un meta-análisis mostró que la bipolaridad tipo I en niños y adolescentes se asocia a intento suicida, aunque la relación con la ideación suicida no es tan robusta. (56)



En los estudios identificados, al menos uno de cada dos jóvenes con bipolaridad tenía historia de ideación suicida en el pasado, y uno de cada cuatro o cinco jóvenes bipolares tenía historia de intento suicida. Dichos hallazgos son compatibles con resultados obtenidos en otras series, en las cuales un "perfil de disregulación", caracterizado por puntajes simultáneamente elevados en las subescalas Ansiedad / Depresión, Problemas de Atención y Comportamiento Agresivo de la Autoinforme de la Juventud (YSR) y la Lista de Verificación del Comportamiento Infantil (CBCL), muestran mayor riesgo de ideación suicida entre pacientes admitidos por intentos de suicidio. (57)

Un estudio con 233 estudiantes con una media de edad de  $15 \pm 1,8$  años originarios de Puerto Rico fueron sometidos a encuestas sobre ideación suicida y se evaluaron los factores de riesgo. (58) El 66% fueron varones y el 34% fueron mujeres. Como antecedente de interés solo el 31% de los pacientes contaban con un núcleo familiar que los autores denominaron "intacto". Treinta y tres por ciento de los pacientes tenían padres divorciados, 23% padres separados y 12% definió el estado de sus padres como "otro". De entre toda la muestra, el 9% presentó ideación suicida severa (5% sexo masculino, 11% sexo femenino).

El porcentaje de núcleo familiar funcional fue similar a nuestro estudio (65%). En un estudio de adolescentes con intento de suicidio el 40% reportó tener una relación distante con los padres y el 66% reportó que la causa del intento de suicidio fue problemas con los padres. (59)

Más allá de la confrontación intrafamiliar, la disfunción familiar representa porcentajes tan altos como el 89,5% en ideación suicida y 85,1% en intento suicida. La diferencia de porcentajes con nuestro estudio es esperable ya que el estudio del que se obtuvo fue un estudio poblacional de niños y jóvenes en las escuelas y colegios. (60)

Se evaluó el abuso de sustancias (alcohol y drogas ilegales) en estos pacientes. Dicha asociación se ha demostrado bastante en otros estudios en los cuales la prevalencia de abuso de sustancia ha sido muy heterogénea apareciendo en el 17%, según un estudio. (61) Otro estudio presenta prevalencias de abuso de alcohol tan altas como 70% entre jóvenes suicidas y de cannabis de 28%. (62)

El patrón de abuso fue descrito en un estudio transversal con 1026 niños y adolescentes. De los encuestados, 10% presentaba consumo de alcohol y el 8% el abuso de drogas. Sin embargo, al dividir a la muestra entre aquellos con ideación suicida y aquellos sin comportamiento suicida; el abuso de alcohol y drogas fue tan alto en el grupo de riesgo suicida como 32,5% y 19,5%; respectivamente. (63) Dichos resultados son similares a los datos encontrados en el presente estudio. El abuso de alcohol se relaciona directamente con el incremento de riesgo de intento suicidio en adolescentes. (64)

En cuanto a las patologías psiquiátricas de base en pacientes con comportamiento suicida hay resultados variados. En comparación con sus padres con un desarrollo normal, los pacientes de alguna psicopatología muestran más riesgo de intento suicida. (65)(66) En nuestro estudio la comorbilidad más prevalente fueron los trastornos afectivos (61%). Se ha descrito prevalencias de 49% de trastornos afectivos. (67) En nuestro estudio el segundo más prevalente fue el trastorno de ansiedad (12%). Coincidentemente se han descrito prevalencias de 11% de este trastorno en pacientes adolescentes. (67)

Un estudio longitudinal de cohorte nacional en Estados Unidos investigó los métodos suicidas entre adolescentes. Se determinó que el método más frecuente fue el de sofocación en el 66%, seguido de envenenamientos en el 13,8%. En el presente estudio, se determinó que el envenenamiento por psicofármacos se presentó con mayor frecuencia seguido del ahorcamiento.

El presente estudio es una de las primeras descripciones del comportamiento suicida en adolescentes en un Hospital de Guayaquil, según la revisión de literatura local. Sin embargo, presenta limitaciones. La limitación principal es la relativamente pequeña muestra obtenida de un único centro con lo cual podría estar presente el sesgo de selección, además del sesgo inherente al carácter retrospectivo del diseño.

Se recomienda realizar más estudios prospectivos que recluten una muestra representativa de la población y sus resultados puedan así ser extrapolables. Se recomienda la inclusión de factores definidos de riesgo para determinar la asociación independiente con el riesgo suicida en pacientes con trastornos psiquiátricos y poder evitar el suicidio en este grupo etario.

## **CAPÍTULO 5**

### **5.1 Conclusión**

En este trabajo de investigación, se caracterizaron los factores predisponentes más frecuentes de la ideación y comportamiento suicida en adolescentes que acudieron voluntariamente e involuntariamente al Instituto de Neurociencias de Guayaquil en el periodo de junio 2015 a junio 2019, en los últimos 4 años.

Las teorías que se elabora acerca del suicidio, se recurre a ideas como ideación de suicidio, intento de suicidio y suicidio, por consiguiente, los tratamos como si fueran cosas cualitativamente distintas. Se logró determinar la prevalencia de ideación suicida en los adolescentes registrados en el instituto, independientemente del género y la edad (considerando el rango de edad hasta 21 años), un 81% de ellos presentaron ideación suicida. Por lo tanto, la gran mayoría de los adolescentes con conductas suicidas han presentado previo a suicidio una idea suicida. Se logró determinar la prevalencia de ideación suicida en los adolescentes registrados en el instituto, según el género y la edad, un 85% de adolescentes varones presentaban ideación suicida y un 35% de adolescentes de 16 años presentaron ideación suicida. De los pacientes incluidos en el estudio, un 63 % ha presentado más de dos intentos suicida con uso de métodos suicidas diferentes. El principal método que se demostró en el estudio fue envenenamiento por psicofármacos (50%) como consumo de exceso de pastillas o consumo de sustancias toxicas ocasionando baja mortalidad en los pacientes.

La principal manifestación clínica que se registró en las historias clínicas de los pacientes fue la depresión, sea leve, moderada o grave. La depresión se considera un trastorno mental que se caracteriza por aumento de tristeza, pérdida del interés en las actividades cotidianas, baja de autoestima, pérdida de apetito y sentimiento de odio y culpa. El 75% de los adolescentes estudiados la presentaron junto a otras sintomatologías y en otros, como síntoma aislado. Entre otras manifestaciones clínicas se encontró los cambios drásticos de humor y los pensamientos suicidas. Se registró que habían pacientes que se reponían de su inestabilidad emocional y por algún factor externo recaían inmediatamente, su comportamiento era inadecuado, y

empezaban las ideas, intentos y conductas suicidas. La frecuencia de señales manifiestas previas al intento de suicidio ocurrió en un gran número de pacientes siendo más frecuente el aviso verbal, para los adolescentes fue muy frecuente mencionar, anunciar y advertir a sus familiares el hecho de que se quieren matar o de que en algún momento lo van hacer. Por otra parte, menos de la mitad de los pacientes se mantenían en silencio y tomaban la conducta de auto agredirse así ellos manifestaban su sentimiento de culpa al mundo.

Sobre esta característica clínica de cambio de humor hay que ser muy meticuloso ya que en la adolescencia es muy típico, los adolescentes en esta etapa presentan diversos cambios, su mundo cambia totalmente y se ve afectado su estabilidad, afectividad y salud mental. Sin embargo, los familiares suelen confundir este estado natural con minicrisis maniacas depresivas. Para poder categorizar a un paciente suicida tiene que presentar cambios drásticos de humor más una idea suicida y una depresión ya sea leve, moderada o grave. Así mismo en el estudio, se evaluó la depresión mayor con diferentes escalas, las escalas a nivel mundial del estado de depresión, entre ellas, La escala de Hamilton y la Escala de Beck, se realizó a los pacientes ingresados al instituto y demostró una prevalencia de 30% según la escala de Hamilton y 15% de depresión severa según el cuestionario de Beck. Concluyendo que la depresión es la mayor manifestación clínica de los adolescentes con ideación suicida. Sin embargo, el riesgo suicida global mostró únicamente ausencia de riesgo en 52% de los pacientes.

Los principales trastornos psiquiátricos detectados en los adolescentes con ideación suicida del instituto de neurociencias, entre las comorbilidades más prevalentes que presentaron los pacientes fueron trastornos afectivos, en la gran mayoría, seguido de trastornos de ansiedad, siendo estos dos los más frecuentes. En menor frecuencia pero importante se registra los trastornos de personalidad, trastornos de conducta y trastornos post traumáticos.

Entre los factores personales, familiares y sociales, se identificó que entre todos los factores el principal y el que más afectaba a los adolescentes fue la disfunción familiar. Más de la mitad de los pacientes, tenían una dinámica familiar no saludable, sufrían de falta de comprensión, sensibilidad, empatía, falta de respeto y discriminación. Padres en conflictos permanentes o separados de casa, comportamiento anormal como peleas familiares muy habituales. En el ámbito social,

el carácter que se vio afectado fue por el consumo de sustancias ilícitas especialmente drogas entre ellas cocaína y heroína, mencionado por los pacientes durante su interrogatorio al ingreso al hospital. En el entorno personal lo que más afectaba a un bajo porcentaje de la muestra fue vivir en soledad. Sin duda no hay que sorprenderse es muy evidente en los últimos días, y como dice el tema del libro de un escritor español muy reconocido, Jorge Mesa Morales, “La soledad mata en silencio”.

Finalmente, considero que en este trabajo se ha visto que efectivamente las ideas y el comportamiento suicida en adolescentes están asociados a múltiples factores predisponentes tales como; genéticos, biológicos, sociales, familiares, socioeconómicos, personales, demográficos y especialmente a trastornos mentales. Los adolescentes en su gran mayoría presentaban trastornos psiquiátricos asociados como trastornos de ansiedad y de personalidad ya previamente diagnosticados. Mostraban un comportamiento que formaba parte de una conducta suicida, en su mayoría estos pacientes tomaban una conducta agresiva, muy violenta que afectaba a los padres, a las personas que vivían con ellos y a personas allegadas. Por lo que sin dudar tuvieron la obligación de acudir al instituto en busca de ayuda. Dentro de los últimos 4 años en el instituto de neurociencias de Guayaquil, ha habido un aumento excesivo de adolescentes con ideación suicida e intento suicida. El aumento de factores sociales como desamor, desempleo, entre otros ya mencionados anteriormente ha incrementado a un nivel que logra superar las visitas al psiquiatra más frecuente. Por tal razón el propósito principal del trabajo es lograr prevenir las muertes prematuras de adolescentes suicidas, fomentando que más investigadores contribuyan con el tema de suicidio.

## 5.2 Recomendaciones

Como primera recomendación sería indagar un poco más acerca del tema principal: Suicidio. Al conocer los resultados arrojados del trabajo de investigación acerca de las ideas y comportamiento suicida en los adolescentes se puede confirmar que se considera un verdadero problema de salud que preocupa a los médicos especialistas en el tema, ya que la población no tiene conocimiento de esta enfermedad. Se la considera grave en los últimos años. He ahí el incremento de personas suicidas, suicidantes y suicidarios a nivel mundial. En el Ecuador datos exactos de estudios a dichos pacientes no existen sin embargo en otros países llevan arrojando resultados desde el siglo 21.

Realizar estudios constantemente, ideal sería cada año, para poder identificar nuevos métodos de comportamiento de los pacientes, Las nuevas armas serán las redes sociales en el futuro o seguirá siendo la opresión social.

Una de las recomendaciones más relevantes es la relación médico paciente, la cual se considera llevarla con mucho cuidado, manteniendo una actitud firme y comprensiva ante las dudas y problemas manifestados por el paciente, siempre mantener sus preocupaciones presentes para que se sienta cómodo a la hora de un manejo adecuado.

Entre las recomendaciones y una de las más importantes es crear programas de prevención para estas personas vulnerables que se ven afectadas. Para padres, hermanos y familiares que viven día a día juntos a ellos, brindarles ayuda psicológica. Realizar campañas que incluyan materiales con mucha información acerca de las principales manifestaciones de los jóvenes enfermos, de la misma manera realizar actividades de autoayuda para reforzar el autoestima y el bienestar familiar y social.

Se recomienda por último que, al estar frente a alguna situación como esta, o los factores predisponentes como disfunción familiar, no dude en acudir a un centro de apoyo, tratar de conseguir ayuda profesional o simplemente conversar con un familiar; la comunicación en estos casos es la principal herramienta que se tiene para combatir frente a este problema de salud y no tener suicidantes ni suicidarios y así hacer un cambio en su calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Saxena DS. Prevención del suicidio un imperio global. Washington, DC: Organización mundial de la salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; 2014. Report No.: CH-1211.
2. Phillips M. Epidemiología mundial del suicidio y de los intentos de suicidio. In Shekhar Saxena EK. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OMS; 2014. p. 07.
3. OMdIS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2017 Mayo 16. Available from: <https://www.who.int>.
4. Pérez-Olmos I IPMRFJAFJSDM. Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Revista de Salud Pública. 2008;; p. 374-385.
5. Orellana C. Prevención del suicidio. Instituto de Neurociencias de la junta de beneficencia de Guayaquil. 2012 Septiembre.
6. Jerson Muñoz ea. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2006; 23(4).
7. Sánchez JC, Villareal ME, Musitu E. Ideación suicida. [Online].; 2015 [cited 2012 Agosto 10. Available from: <http://www.uv.es/lisis/sosa/cap13/cap12-ideacion-suic-trillas13.pdf>.
8. PÉREZ-AMEZCUA Bea. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. Salud pública de México. 2010; 52.
9. Universidad Industrial de Santander. [Online].; 2014 [cited 2014 Agosto 5. Available from: [https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar\\_estudiantil/guias/GBE.81.pdf](https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf).
10. Mingote Adán JC, Jiménez Arriero MÁ, Osorio Suárez , Palomo T. Suicidio Asistencia clínica. primera ed. Madrid: Ediciones Días de Santos S.A.; 2004.
11. Rebekka M, Soriano I, Sanhueza A, Caffè S, Kestel D. Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. Rev Pan Am Salud Publica. 2018; 42(100).
12. Gerstner R, Lara Lara F. Análisis de tendencias temporales del suicidio en niños, adolescentes y adultos jóvenes en Ecuador entre 1990 y 2017. In Anales del Sistema sanitario de Navarra. 2019; 42(1).
13. Presione BR KS. Manejo del niño o adolescente suicida en el servicio de urgencias. Curr Opin Pediatr. 1997; 9(3).
14. AAocaap. El suicidio en los Adolescentes. American Academy of child and adolescent psychiatry. 2004 Julio;(10).
15. Kennedy SP BLSRAJ. Gestión de urgencias de adolescentes suicidas. Ann Emerg Med. 2004;(4).
16. A. Parámetro de práctica para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con comportamiento suicida. J Am Acad Child Teen Psychiatry. 2001;(7).
17. Clayton PJ. Conducta suicida. Manual MSD. 2016 Mayo.

18. Elia J. Comportamiento suicida en niños y adolescentes. Manual MSD. 2017 Septiembre.
19. Gutierrez E. Intencionalidad suicida en. CUNORI. 2014.
20. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. Rev Psicol Clín Niños y Adolescentes. 2016; I(3).
21. Kennebeck S. Ideación y comportamiento suicida en niños y adolescentes: evaluación y manejo. UpToDate. 2018 Junio.
22. Kennebeck S. Comportamiento suicida en niños y adolescentes: epidemiología y factores de riesgo. UpToDate. 2017 Noviembre.
23. Kresnow MIRMJPKPLST. An unmatched case– control study of nearly lethal suicide attempts in Houston, Texas: Research methods and measurements. Suicide life-Threatening Behavior. 2001;(32).
24. TUESCA MOLINA R, NAVARRO LECHUGA E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio.. Salud uninorte. 2003;(17).
25. Castro-Díaz S. Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. Rev. Colomb Psiquiat. 2013; 43(1).
26. Turner HA FDSAHS. Reciente exposición a la victimización e ideación suicida en adolescentes. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012 Diciembre;(12).
27. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior mexicana. Salud Pública de México. 2010;(4).
28. AAoCaAP. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2001; 40(7).
29. Kendrick T, Tulee A, Freeling P. The prevention of mental illness in primary care. 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
30. B. B. Suicidio. Lineamientos para el asesoramiento, manejo y tratamiento. New York: Oxford University Press. 1992.
31. I P Lapin GFO. Intensificación de los procesos serotoninérgicos centrales como posible determinantes del efecto timoléptico. Lancet. 1969 Enero; 1(132-136).
32. SEYMOUR S, KETY MD. Genetic Factors in Suicide. In Wilkins W, editor.. USA: Alec Roy; 1986. p. 41-45.
33. Gould MS FPPMFMSD. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. Arch Gen Psychiatry. 1996 diciembre; 53(12).
34. Mingote JC, Jiménez MÁ, Osorio R, Palomo T. SUICIDIO Asistencia clínica, Guía práctica de psiquiatría médica. In Mingote JC.. Madrid: Diaz de Santos S.A; 2004. p. 30-32.
35. Barraclough B BJNBS. A hundred cases of suicide: clinical aspects. Br J Psychiatry. 1974 Octubre; 125.
36. APA. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. In Restrepo DR. Trastornos de personalidad. Chicago: Arlington, VA; 2013. p. 360.



37. BECK AT KMWA. Assessment of suicidal intention: The scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol.* 1979; 47(2).
38. González MS DMOLGFGN. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental.* 2000; 23(2).
39. Cardona EYB, Villalba LEM. Suicidio y Trastorno Mental. *Rev.* 2016; 9(2).
40. González C VJIMMBCBP. Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México 1997 y 2000. *Salud mental.* 2002;(06).
41. Borges G ORBCMMM. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *salud publica mexico.* 2010; 52(4).
42. Pelkonen M,&MM. Child and adolescent suicide. Epidemiology,risk factors, and approaches to prevention. *Pediatr Drugs.* 2003; 5(4).
43. HC Wilcox HKRW. Estrategias de vinculación de datos para avanzar en la prevención de suicidios en los jóvenes: una revisión sistemática para un taller de los institutos nacionales de la salud de vías hacia la prevención. *Ann intern Med.* 2016.
44. Gómez E. Suicidios de jóvenes desconciertan a habitantes de San Juan Evangelista. *La Jornada.* 2014 Julio.
45. Ortega MyPF. Análisis del comportamiento sustitutivo: el caso de las interacciones escritoras. .
46. Betancourt A. El suicidio en el Ecuador: un fenomeno en ascenso. FLACSO SEDE ECUADOR. 2008.
47. Ministerio de Salud Pública. Plan Estratégico Nacional de Salud Mental. Comisión de Salud mental. 2014 Julio.
48. CONSEP. Guía del Ecuador. Implementación de Estrategias de Prevención a través de Municipios.. 2007.
49. Cao X-L ZBLXYTUGLKCH. Prevalence of suicidal ideation and suicide attempts inthe general population of China: A meta-analysis. *Int J Psychiatry Med.* 2015; 49(296-308).
50. Carbone JT HKVM. Chikd and Adolescent Suicidal Ideation and Suicide Attempts: Evidence from the healthcare Cost and Utilization Project. *The Journal of Pediatrics.* 2019; 206(225-231).
51. Cluver L OMBMSL. Child and Adolescent Suicide Attempts, Suicidal Behavior, and adverse childhood experiences in South Africa: A prospective study. *Journal of Adolescent Health.* 2015; 1(52-59).
52. Goldman-Mellor S AkKM. Rural/Urban disparities in adolescent nonfatal suicidal ideation and suicide attempt: A population-based study. *Suicide life threat behav.* 2018; 6(709-719).
53. Rodante D RSFMDCRFTG. Differences between female suicidal patients with family history of suicide attempt and family history of completed suicide. *Comprehensive Psychiatry.* ; 70(25-31).
54. Orri M GCTGFARJBM. Association of childhood irritability and depressive/anxious mood profiles with adolescent suicidal ideatiopn and attempts.. *JAMA Psychiatry.* 2018 Mayo; 5(465).
55. Winer ES DCVJNM. The Association between Anhedonia, suicidal ideation, and suicide attempts in a large student sample. *Archives od suicide research.* 2016; 2(265-272).

56. Hauser M GBCC. Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions.. *Bipolar Disord.* 2013; 15(507-523).
57. Berona J HACEKC. Psychopathology profiles of acutely suicidal adolescents: Associations with post-discharge suicide attempts and rehospitalization. *Journal of Affective Disorders.* 2017; 209(97-104).
58. Duarté-Vélez Y. Understanding Suicidal Ideation in Latino/a Adolescents Living in Puerto Rico. *Archives of Suicide Research.* 2017.
59. Hedeland RL TGJMTLAJ. Study-Associated Pediatric Departments. Risk factors and characteristics of suicide attempts among 381 suicidal adolescents. *Acta Paediatr.* 2016; 10(1231-1238).
60. Sun L ZCXLLSKFCJ. Suicidal ideation, plans and attempts among medical college students in china: The effect of their parental characteristics. *Psychiatry Research.* 2017; 247(139-143).
61. Rosenbaum Asarnow J BMZLWPTL. Emergency Department Youth Patients With Suicidal Ideation or Attempts: Predicting Suicide Attempts Through 18 Months of Follow-Up. *Suicide Life Threat Behav.* 2017; 5(551-566).
62. Sampasa-Kanyinga H DLRR. Prevalence and correlates of suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health.* 2017; 2(29).
63. Bousoño Serrano M AHSBPGMDMEGGea. Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones.* 2017; 2(97).
64. Schilling EA ARGJAJD. Adolescent Alcohol Use, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts. *Journal of Adolescent Health.* 2009 Abril; 4(335-341).
65. Lincoln SH NEGKTSMNGHJea. Suicidal behaviors in children and adolescents with psychotic disorders. *Schizophrenia Research.* 2017; 179(13-16).
66. Dickerson Mayes S CSBRMF. Suicide ideation and attempts in children with psychiatric disorders and typical development. *Crisis.* 2015; 1(55-60).
67. Brent DA PJMGACFARCe. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study.. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1993; 3(521-529).

# CAPÍTULO 6

## ANEXOS

### ANEXO 1: TABLA DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Nivel de medición	Instru- mentac ión	Estadística
Edad	Tiempo de vida de una persona desde que nace.	Tiempo que ha vivido un individuo con ideas suicidas desde su nacimiento	12-21 años	Nominal	Historia Clínica	Frecuencia y porcentaje
Género	Variable biológica que refiere distinción entre el hombre y la mujer.	Características fenotípicas de un hombre y una mujer con ideación suicida.	Masculino  Femenino	Nominal	Historia clínica	Frecuencia y porcentaje
Antecedentes Familiares	Registro de las relaciones médicas y antepasados entre los miembros de la familia	Registro de la relación de salud mental entre el adolescente y su familiar	Padres con ideación suicida / Familiar cercano con ideación suicida.	Nominal	Historia Clínica	Frecuencia y porcentaje
Antecedente de ideación suicida	Registro en la historia clínica de ideas suicidas desde el primer ingreso.	Recopilación de información sobre su salud mental.	Si / No	Nominal	Historia Clínica	Frecuencia y porcentaje
Ideación suicida	Pensamientos o elaboración de planes frecuentes sobre la finalización de la vida propia que lleva a muerte	Se obtienen a través de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck. Rango de puntuación de 0-38. Entre	Si / No	Nominal	Historia Clínica	Frecuencia y porcentaje

		mayor puntaje mayor riesgo				
Comportamiento suicida	Es cualquier tipo de conducta de autoagresión de forma voluntaria. Evidencia de un deseo aparente de morir por alguna causa.	Es cualquier tipo de conducta de autoagresión de forma voluntaria. Evidencia de un deseo aparente de morir por alguna causa.	Cambios drásticos de humor  Avisos verbales y escritos (carta suicidas o frases)	Ordinal	Historia clínica	Frecuencia y porcentaje
Consumo de sustancias	Ingesta inadecuada de medicamentos ilícitos y alcohol	Ingesta de sustancias como drogas y alcohol que perjudican la salud.	Alcohol  Droga	Nominal	Historia Clínica	Frecuencia y porcentaje
Depresión	Trastorno mental caracterizado por profunda tristeza, debilidad, pérdida de interés y falta de autoestima	Trastorno mental caracterizado por tristeza, pérdida de interés, falta de autoestima, disminución de las funciones psíquicas asociado a ideas suicidas	Si / No	Nominal	Historia clínica  HAM-D	Frecuencia y porcentaje

Disfunción familiar	Tipo de familia conflictiva con mala conducta que las hacen no funcionales	Nivel familiar	Sí / No	Nominal	Historia clínica	Frecuencia y porcentaje
Método de intento suicida	Procedimiento por el cual se realiza un daño propio	Método utilizado por los adolescentes para cometer el intento suicida	Envenenamiento por psicofármacos Por cortopunzantes Por armar blanca Por disección de venas ahorcamiento	Nominal	Historia clínica	Frecuencia y porcentaje
Primera crisis	Numero de crisis de intento suicida	Numero de intentos suicidas	Primera vez Más de 2 veces	Nominal	Historia clínica	Frecuencia y porcentaje
Trastornos Mentales	Condición médica que existe simultáneamente, pero con independencia de otra en un paciente.	Trastorno de ansiedad Trastorno de Personalidad Trastorno postraumático Trastornos mentales orgánicos Trastornos afectivos Trastorno de conducta	Presente o Ausente	Nominal	Historia clínica	Frecuencia y porcentaje

**Tabla 3. Tabla de variables utilizadas en el estudio de intento suicida  
Elaborado por: Carolina Polo**

## ANEXO 2: CARTA DE APROBACION DEL TUTOR

### HOJA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Samborondón, 17 de septiembre del 2020

Yo, **Carlos Orellana Román**, en calidad de tutor del trabajo de investigación sobre el tema **“CARACTERIZACION DE LOS FACTORES PREDISPONENTES EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS PSIQUIATRICOS CON IDEAS Y COMPORTAMIENTO SUICIDA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIA DE GUAYAQUIL, PERIODO JUNIO 2015 – JUNIO 2019”** presentado por la alumna **Johanna Carolina Polo Ariopajas** egresada de la carrera de Medicina.

Certifico que el trabajo ha sido revisado de acuerdo a los lineamientos establecidos y reúnen los criterios científicos y técnicos de un trabajo de investigación científica, así como los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo de Facultad “Dr. Enrique Ortega Moreira” de Medicina, de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo.

El trabajo fue realizado durante el periodo marzo-junio del 2019 en el Instituto de Neurociencias de la Junta de beneficencia de Guayaquil.



Dr. Carlos Enrique Orellana Román

Reg. Médico #

Dr. Carlos Orellana Roman, MD, MSc.  
Psiquiatra y Psicólogo Clínico  
Reg. 613 MSP, Libro VI, Folio 203, N° 607  
INH 09-06-237-07, SENESCYT: 1006R-06-1738

### ANEXO 3: DIAGRAMA DE GANTT

Actividades	Año 2019										Año 2020						
	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul
Elaboración de ficha técnica																	
Solicitud de permiso por escrito a la institución para la realización del trabajo de investigación																	
Elaboración del Anteproyecto																	
Elaboración del marco Teórico																	
Entrega de la primera parte del borrador de tesis																	
Aprobación del Anteproyecto																	
Recolección de datos																	
Análisis de datos y resultados																	
Conclusión y Recomendación del primer borrador final																	
Entrega del primer borrador de tesis																	
Revisión y ajustes de tesis																	
Entrega del segundo borrador																	
Ajuste final de tesis																	
Aprobación final de tesis																	
Entrega final de tesis																	

Elaborado por: Johanna Carolina Polo Ariopajas

