



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y FACTORES ASOCIADOS

ORDOÑEZ FERNANDEZ ADRIANA ELIZABETH
MÉDICA

MACHALA
2019



UTMACH

**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD**

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

**CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y FACTORES
ASOCIADOS**

**ORDOÑEZ FERNANDEZ ADRIANA ELIZABETH
MÉDICA**

**MACHALA
2019**



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y FACTORES ASOCIADOS

ORDOÑEZ FERNANDEZ ADRIANA ELIZABETH
MÉDICA

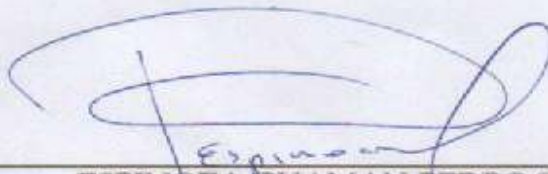
ESPINOZA GUAMAN PEDRO SEBASTIAN

MACHALA, 01 DE FEBRERO DE 2019

MACHALA
01 de febrero de 2019

Nota de aceptación:

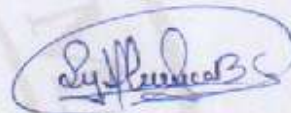
Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y FACTORES ASOCIADOS, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



ESPINOZA GUAMAN PEDRO SEBASTIAN
0102088499
TUTOR - ESPECIALISTA 1



SERPA ANDRADE CARINA ALEXANDRA
0302005913
ESPECIALISTA 2



CUENCA BUELE SYLVANA ALEXANDRA
0702834045
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: jueves 07 de febrero de 2019 - 10:14

Urkund Analysis Result

Analysed Document: SUICIDIO ADRIANA ORDOÑEZ COMPLEXIVO.docx (D46888908)
Submitted: 1/17/2019 1:13:00 AM
Submitted By: aeordonezf_est@utmachala.edu.ec
Significance: 4 %

Sources included in the report:

CAPITULO-1-final-Tania Aucapiña Sinchi.docx (D29461153)
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1381/T-TPMC-Dante%20Eduardo%20Panzer%20Torres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a02v79n1.pdf>

Instances where selected sources appear:

3

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, ORDÓÑEZ FERNANDEZ ADRIANA ELIZABETH, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y FACTORES ASOCIADOS, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

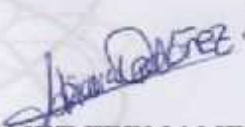
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 01 de febrero de 2019


ORDÓÑEZ FERNANDEZ ADRIANA ELIZABETH
0706346624

RESUMEN

INTRODUCCION: El suicidio a lo largo de la historia se ha interpretado como un hecho inherente a la condición humana, el que ha sido explicado por diferentes enfoques que han determinado su causalidad multifactorial a partir de características biológicas, psicológicas y sociales. La Organización Mundial de la Salud, estima que aproximadamente de 800.000 personas se suicidan cada año. En el Ecuador, se estima una tasa de 13.6 , suicidios adolescentes, por cada 100.000 habitantes.

OBJETIVO: Establecer los factores asociados en la conducta suicida que afectan a los adolescentes.

METODOLOGIA: Se investigaron fuentes bibliográficas científicas, en idioma inglés o español, publicadas desde el año 2014, en bases de datos como COCHRANE IBEROAMÉRICA, PUB MED, IRIS, SCIELO, teniendo en cuenta las publicaciones de revistas de Psiquiatría y Psicología.

CONCLUSIONES: Los factores asociados en la conducta suicida en los adolescentes son: Factores psicológicos como el estado depresivo; sociales como problemas familiares, acoso escolar y la violencia familiar; individuales como la baja autoestima. Y finalmente otros factores de menor relación como el consumo del alcohol, abuso sexual, estrés social, entre otros.

Palabras claves: Suicidio, Jóvenes, Adolescentes, Conducta Suicida, Factores

ABSTRACT

INTRODUCTION: Suicide throughout history has been interpreted as an inherent fact of the human condition, which has been explained by different approaches that have determined its multifactorial causality based on biological, psychological and social characteristics. The World Health Organization estimates that approximately 800,000 people commit suicide each year. In Ecuador, a rate of 13.6 is estimated, adolescent suicides, per 100,000 inhabitants.

OBJECTIVE: To establish the associated factors in suicidal behavior that affect adolescents.

METHODOLOGY: Scientific bibliographic sources were researched, in English or Spanish, published since 2014, in databases such as COCHRANE IBEROAMÉRICA, PUB MED, IRIS, SCIELO, taking into account the publications of Psychiatry and Psychology journals.

CONCLUSIONS: The factors associated with suicidal behavior in adolescents are: Psychological factors such as depression; social problems such as family problems, school bullying and family violence; Individuals such as low self-esteem. And finally other factors of lower relationship such as alcohol consumption, sexual abuse, social stress, among others.

KEYWORDS: Suicide, Youth, Adolescents, Suicide Behavior, Factors

INDICE

TAPA	
CUBIERTA	
PORTADA	
NOTA DE ACEPTACIÓN	
URKUND	
CESION DE DERECHO	
RESUMEN	3
INDICE	5
INDICE DE TABLAS	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. DESARROLLO	8
2.1 Suicidio	8
2.1.1 Definición conducta suicida	8
2.1.2 Antecedentes cronológicos de la conducta suicida	9
2.1.3 Suicidio en adolescentes	10
2.1.4 Factores asociados de la conducta suicida en adolescentes	11
2.1.5 Factores protectores de la conducta suicida	14
2.1.6 Diagnóstico del riesgo de suicidio	15
2.1.6 Manejo de la conducta suicida	16
3. CONCLUSIÓN	18
4. RECOMENDACIONES	20
5. BIBLIOGRAFIA	21
6. ANEXOS	25

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Factores Predisponentes a la Conducta Suicida	12
Tabla 2 Factores Protectores de la Conducta Suicida	15

1. INTRODUCCIÓN

LA Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma edición (CIE-10), define al suicidio como “la muerte ocasionada por lesión autoinfligida informada como intencional”¹.

El suicidio durante la historia de la humanidad se ha interpretado como un hecho inherente a la condición humana, de suma importancia para el análisis científico, siendo explicado por diferentes puntos de vista que han explicado su causalidad multifactorial por parte de las características biológicas, psicológicas y sociales que lo componen².

En la publicación del 24 de agosto de 2018, la Organización Mundial de la Salud, estima que aproximadamente de 800.000 personas se suicidan cada año, siendo el suicidio la segunda causa principal de fallecimiento en el grupo de 15 a 29 años, considerándose un intento de suicidio no consumado como factor individual de riesgo importante³.

Según la Organización Panamericana de la Salud, la incidencia de suicidio en las edades de 10 a 19 años, es de 7.5 por cada 100.000 habitantes. En Colombia fue de 9.4 y Perú de 1.9 por cada 100.000 habitantes. En Chile, en el periodo 1990-2011, la incidencia de suicidio en adolescentes, se incrementó desde 2,7 hasta 6,0 por cada 100.000 habitantes^{4 5}.

En el Ecuador, los suicidios en las últimas décadas ha ido en aumento, se estima que anualmente cerca de 300 adolescentes se quitaron la vida, con una tasa de 13.6 por cada 100.000 habitantes. El suicidio en el Ecuador representa entre el 15 y 20% de los fallecimientos por causa externas en el rango de 10 a 19 años de edad⁴.

El suicidio es un problema complicado y complejo en el que actúan factores biológicos, psicológicos, culturales, ambientales y sociales, Se considera que mundialmente el suicidio establece el 1.8% de la carga global de la mortalidad en el año 1998 y se prevé que en el año 2020 será de 2.4% en los “países con economía de mercado y en los países del antiguo bloque social”⁶.

En la Encuesta de Salud en los Adolescentes del Caribe realizada en el año 2000, nueve países de habla inglesa del Caribe, reveló como factores causantes del suicidio en

adolescentes, a problemas familiares relacionados con: ingestión de bebidas alcohólicas (13%), violencia (9%), y salud mental deficiente (8%). Se encontró también que 1 de cada 6 jóvenes se siente: triste, enojado o irritable⁷.

El suicidio en la adolescencia se ha transformado en un significativo problema de salud pública, siendo un tema de interés por su magnitud y por la presión que ejerce sobre los sistemas de salud⁷, por lo cual, el objetivo del presente trabajo investigativo es determinar la conducta suicida en los adolescentes y los factores asociados que les afectan, mediante la investigación de fuentes bibliográficas científicas, para una mejor comprensión de dicha conducta.

2. DESARROLLO

2.1 Suicidio

Etimológicamente, el “suicidio” es una palabra derivada de “homicidio”, siendo el “acto de matarse voluntariamente”. Definiéndose al suicidio como “la preocupación o acción orientada a causar la propia muerte de manera voluntaria”. Por lo que se llega establecer al suicidio como una idea o pensamiento que lleva a la autoeliminación de una persona, sin que exista presión de una tercera persona⁸.

Durkheim en 1897, define al Suicidio como “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado” Ya con ésta definición no solo determina la idea de auto provocarse la muerte, sino la acción de acabar con su vida, por cualquier medio².

LA Organización Mundial de la Salud (2010) da como definición de suicidio al “acto deliberado de quitarse la vida”. Esta definición pone en manifiesto la premeditación del acto de cesar su vida por parte del individuo que lo ejecuta, ya que el suicidio no es un acto aislado que se comete de un momento a otro, sino una idea que va formándose de a poco hasta llegar a poner fin a la vida³.

2.1.1 Definición conducta suicida

La conducta suicida se puede definir como: “la continuidad que va desde los aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio”. Por lo que la conducta suicida al principio parte de una idea que va tomando forma hasta llegar al acto de cesar con su vida, debiendo tenerse en cuenta los factores que pueden conllevar a formar la idea del suicidio y su implementación⁹.

Según Saraiva 2006, la conducta suicida constituye la “manera para borrar la angustia de dolor psíquico cuando no hay otras herramientas psicológicas para abordar el conflicto, el fracaso y la pérdida”. Llegando a ser una situación de emergencia en los adolescentes,

que requiere su pronta identificación, remisión y tratamiento apropiado de jóvenes con riesgo de suicidio¹⁰.

2.1.2 Antecedentes cronológicos de la conducta suicida

Dentro de los personajes bíblicos que cometieron suicidio se encuentran: Saúl (1ª Samuel 31:4), Ahitofel (2ª Samuel 17:23), Zimri (1ª Reyes 16:18), y Judas (Mateo 27:5), no se hace referencia en el asunto moral en cuanto al suicidio, por el contrario la biblia evaluaría los actos según sus personajes¹¹.

Desde tiempos antiguos, el suicidio se aborda de manera general. En las civilizaciones como la mesopotámica, griega, egipcia, y romana, el suicidio era considerado como “producto de un estado de ánimo melancólico considerándolo como un acto que pone fin a una situación dolorosa”⁸.

En Grecia, el suicidio representaba un delito contra el Estado, siendo los castigos para las personas que cometían suicidio, la mutilación del cadáver, entierros del cadáver en un lugar aislado e incluso la deshonra para los familiares del suicida. En Roma, Tondo 2000, “el suicidio no era extraño, y a veces se consideraba honorable entre los líderes cívicos e intelectuales”¹¹.

En la Edad Media Dante Aligheri (1265-1321), puntualizó al suicidio de dos maneras: el suicidio de “las almas nobles” irían al Limbo, mientras que el resto serían condenados al infierno, haciendo una distinción en los motivos del suicidio. En cambio Erasmo (1466-1536) consideraba al suicidio como “la forma de librarse a uno mismo del agobio de la vida”⁸.

Robert Burton, en el siglo XVII, fue el pionero en estudiar al suicidio con enfoque médico, escribiendo el ensayo “Anatomía de la Melancolía”; tiempo más tarde, Sir Thomas Brown, filósofo inglés, da la primera definición de la palabra suicidio, contenida en la obra de su autoría “Religio Medici”, estando vigente esta definición en el “Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española”¹¹.

A finales del siglo XVIII, Francia, en el año 1790, se erige como el primer país que cambia la ley que consideraba al suicidio como un acto criminal y llega a ser estudiado como un

problema médico y social, consolidándose la Psiquiatría como una especialidad médica e integrando al suicidio a las primeras clasificaciones de enfermedades mentales⁸.

En la edad Moderna, Emile Durkheim en 1897, conceptualizó al suicidio como un fenómeno social, definiendo al acto suicida como el resultado de las perturbaciones de dependencia con la sociedad, cuyo concepto permite identificar las causas determinantes de índole social, psicológico y clínico^{2 8}.

Thomas Joiner 2007, sostiene que “no es suficiente con que la persona desee matarse, lo más importante es hacerlo y esto implica ir en contra de uno de los instintos más fuertes y antiguos en el ser humano, como es el instinto de autopreservación y para esto dos son los caminos tomados, el ensayo error que se justifica en los múltiples intentos o vivir en un estado de sufrimiento continuo”¹²

En la actualidad, el CIE 10, define a la conducta suicida como: “la condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. Se puede originar esta conducta en función a una decisión voluntaria, motivos inconscientes, en estados psicopatológicos que cursan con alteraciones del afecto, del pensamiento, de la conciencia y de los impulsos”¹³.

2.1.3 Suicidio en adolescentes

A nivel mundial la conducta suicida se ha convertido en la segunda causa de mortalidad, con una prevalencia de la ideación suicida de 15 a 25%, en relación a los intentos de suicidio se incrementaron en porcentaje en los hombres de 1.3% a 3.8% y en las mujeres de 1.5% a 10.1% en mujeres, existen múltiples factores de riesgo asociados como: biológicos, psicológicos, familiares, sociales, culturales e inherentes a la persona misma^{14 15}.

En Turquía, el estudio realizado por Mustafa Demir, entre 2007 -2016, donde se estudió el suicidio por edad y género, en donde se estableció que en ese lapso de tiempo 25.696 personas se suicidaron, de los cuales el 60% tenían entre 15 y 24 años, siendo el 69.9% varones. El suicidio en este rango de edad, en los últimos años, ha ido en aumento, superando al grupo de 25 a 44 años, e igualando la tasa de los adultos mayores, con lo que se convierte en una de las tasas de suicidio más altas entre los grupos etarios¹⁶.

En el estudio realizado por Quinlan – Davidson et al, en los años 2001 a 2008, sobre el suicidio en las Américas, se estableció que los países que poseían las tasas más altas de suicidio en la edad de 10 a 24 años fueron Suriname, Guyana, El Salvador, Nicaragua, Chile y Ecuador. Durante este período, hubo un incremento significativo en la mortalidad por suicidio entre los jóvenes de Ecuador, Chile, Argentina, México y Suriname¹⁷.

Según estudio realizado por Medina – Pérez et al, en Antioquia - Colombia, se consumaron 693 suicidios, el 63.2% fueron hombres; 83% edad mayor a catorce años; 80.1% solteros; 42.1% eligió el ahorcamiento, la mayor tasa de suicidios fue 2005 con 11.1%. La tasa del periodo se ubicó en 5.7 por cada cien mil adolescentes (7.1 en hombres y 4.3 en mujeres)¹⁸.

En Ecuador, en estudio realizado por Nuñez et al, donde se estudió la Epidemiología del Suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador, entre 1997 al 2016, se registraron 3,824 suicidios¹⁹. Entre el 2001 y 2014, se registraron 2.738 fallecimientos por suicidio de adolescentes, siendo la mayoría varones. La tasa más alta fue 10,5 suicidios por 100.000 habitantes en el 2007 y la tasa más baja fue de 6.4 en el 2012. En las zonas urbanas se registró el mayor porcentaje, siendo la forma de suicidio más usual, el ahorcamiento⁴.

2.1.4 Factores asociados de la conducta suicida en adolescentes

Los factores de riesgo (acontecimientos de vida negativos y desesperanza) y de protección (tener razones para vivir, autoestima y satisfacción con el soporte social), en conjunto, explican cerca del 40% de la ideación suicida. Los niveles de ideación suicida son directamente influenciados por los acontecimientos de vida negativos, coexistiendo con una influencia mediada por factores psicológicos²⁰.

Los suicidios se relacionan con factores como: abuso de drogas, ingesta de alcohol, depresión, víctimas de la violencia física, sexual y psicológica. Existe una marcada interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales; y, el comportamiento suicida. Los factores de riesgos se los clasifica como: individuales, familiares, Comunitarios e Institucionales en más de 90% de los casos ²¹. Ver tabla 1

En el estudio realizado en la Colonia de Santa Rosa del Municipio de Mérida – México, por Rodríguez et al, sobre “prevención de factores de riesgo en adolescentes”, se identificaron como riesgos principales para el suicidio se encuentra el bullying con un 51%, la violencia familiar 48%, el alcoholismo 47%. Dentro del Bullying, se destacan agresiones físicas y verbales por parte de compañeros, exclusión de personas dentro de un grupo y amenazas de agresión entre compañeros²².

Tabla 1 Factores Predisponentes a la Conducta Suicida

INDIVIDUALES	FAMILIARES
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de salud: enfermedades crónicas, enfermedades graves con hospitalización, dolor crónico, enfermedades transmisibles • Presencia de desórdenes de salud mental: depresión, intento suicida previo, consumo indebido de alcohol y otras drogas, problemas en el aprendizaje, fracaso escolar, no vínculo al estudio y/o trabajo, impulsividad, enfermedades incapacitantes, vulnerabilidad ante los eventos humillantes, internamiento involuntario, alteración de la identidad sexual • Descuido y maltrato de los menores • Aislamiento, separación, divorcio, desesperanza, muerte de la pareja, • Factores socioeconómicos adversos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflictos o desorganización familiar • antecedentes de conducta suicida en la familia • Familias con trastornos mentales graves y persistentes • Violencia Doméstica • Abuso sexual, muerte o separación de familiares, ausencia de los padres • Bajo nivel educativo del grupo familiar; aislamiento social o conducta antisocial; problemas familiares de comunicación • Facilidad de medios que faciliten la conducta suicida, pobreza, desatención familiar
COMUNITARIOS	INSTITUCIONALES
<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro socioeconómico de la comunidad • Falta de acceso a los servicios relacionados con la salud y la educación • Oportunidades limitadas para estudiar, trabajar o realizar actividades extracurriculares (culturales y recreativas) • Vecindario inseguro; exposición a agresiones, violencia; guerras, desastres, pertenencia a una minoría discriminada • Alta incidencia de alcoholismo y otras adicciones y comportamiento suicida aceptado 	<ul style="list-style-type: none"> • Violaciones sistemáticas de los derechos fundamentales de los • pacientes en centros de tratamientos de las adicciones al alcohol y otras drogas; • cárceles • Escuelas desorganizadas con un marcado clima de violencia

Fuente: Corona B, Hernández M, García R. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. Rev Habanera Ciencias Médicas [Internet]. 2016;15(1):90-100.

Elaborado por: Adriana Ordóñez

En el estudio sobre “Factores predisponentes para la ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes”, realizado por Vázquez & De Haro, en México, durante el año 2014, la prevalencia de la “conducta suicida en adolescentes de 10 a 19 años fue de 11.75%, con un porcentaje del 10.5% de ideación suicida y 1.25% intento de suicidio”. La depresión, la

soledad, el acoso escolar, la baja autoestima, el consumo de tabaco y los problemas económicos, tuvieron asociación estadística con el intento de suicidio y la ideación suicida²³.

En Cuba, en estudio sobre la Intervención educativa en adolescentes con intento suicida, desde Enero a Diciembre de 2016, en pacientes adolescentes de 10 a 19 años, que cometieron intento de suicidio, en el área de salud de Gibara, se identificaron como factores de riesgo para la conducta suicida: La depresión con un 35.14%, Maltrato familiar 27.03%, Problemas escolares 16.22%, Consumo de drogas 10.81% Ingestión de alcohol 5.41%, Orientación sexual 5.41%²⁴.

En el artículo realizado sobre “prevención de los factores del riesgo suicida” en estudiantes universitarios, en Colombia, realizado en el 2016, se reconocieron como causas para el suicidio a la ansiedad; el aislamiento social; la depresión, abuso sexual y físico; enfermedades somáticas o discapacitantes; bipolaridad y esquizofrenia no diagnosticada en adultos, entre otras patologías que también pueden ser causantes o factores de riesgo²⁵.

En el metanálisis realizado por Rodríguez et al, sobre la “prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica”, en Ecuador, en el estudio realizado en estudiantes de la carrera de Medicina y Psicología, el riesgo de suicidio se determinó 4.5% de riesgo severo, 19.1 de riesgo moderado y un 76.4% de riesgo leve, observándose que la ansiedad, trastorno depresivo y sexo masculino fueron los principales factores de riesgo de ideación suicida²⁶.

En la investigación realizado por Ortiz – Prado et al, sobre la carga de la enfermedad en Ecuador, estudio geo demográfico, de 15 años, desde el 2001 a 2015, los factores de riesgo para la conducta suicida se encuentran: factores de estrés social, altas tasas de desempleo, aislamiento social, divorcio, abuso de drogas, trabajo excesivo en el área urbana. Los conflictos emocionales ocurren tanto en áreas rurales como urbanas, el divorcio como motivo de suicidio es menos frecuente entre las comunidades rurales²⁷.

Gerstner et al, en su estudio sobre la “Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador”, realizado en los años 2008 a 2014, determina que los factores asociados al suicidio adolescente se encuentran: factores sociales: pobreza estructural, lenta enajenación de la propia cultura, alto uso de alcohol y de drogas, bajo nivel educativo,

problemas de salud mental sin tratar, problemas familiares, “desigualdad en el acceso a los servicios de salud” y la alta prevalencia de síntomas depresivos⁴.

Jhonny Sayay (2018), indica en su tesis sobre incidencia del suicidio en pacientes de 15 - 19 años, atendidos en el Hospital Provincial Docente de Riobamba, en el año 2017, que las causas que llevaron al suicidio fueron: Problemas sentimentales en un 39%, Mala relación intrafamiliar 34%, Trastornos orgánicos secundarios 9%, Abuso sexual 7%, Problemas escolares 4%, Imagen propia deteriorada 2%, entre otros²⁸.

Schaffer et al, en su estudio sobre el suicidio en el trastorno bipolar, realizado en la ciudad de Toronto, desde 1998 a 2010, donde se cotejó los suicidios de personas que padecían Trastorno Bipolar (BP) y personas que no padecían este trastorno. El grupo de personas que padecían BP, tuvo el 5.9% de suicidios (OR = 1.75, 95% intervalo de confianza, p = 0,001), teniendo mayores tasas de auto-envenenamiento involucrando múltiples sustancias letales, incluyendo medicamentos psicotrópicos 86.6%, alcohol 41.1% y medicamentos de venta sin receta el 37.5%²⁹.

Popovic et al, en su estudio sobre los “Factores de riesgo para el suicidio en la esquizofrenia”, establece que existe una estrecha relación entre la esquizofrenia y el suicidio, ocurriendo el mismo en las etapas agudas y crónicas del trastorno, con una tasa de mortalidad por suicidio del 4–6%. Aproximadamente del 2 al 12% de todos los suicidios son atribuibles a la esquizofrenia. Dentro de los 5 años de la enfermedad, se dan el 2.4% de suicidio, con una tasa anual de 0,48% anual³⁰.

2.1.5 Factores protectores de la conducta suicida

Son aquellos factores que disminuye la probabilidad de ocurrencia de actos suicidas, como: elevada existencia de razones para vivir (Gutierrez & Osman), alta autoestima (Dori & Overholser) y percepción favorable del soporte social (Esposito et al) tendiendo a disminuir los actos de suicidio o reducir las ideas suicidas, ²⁰. Los factores protectores pueden clasificarse en: individuales, familiares, Comunitarios e Institucionales²¹. Ver tabla 2

Existen factores que juegan un papel preventivo y protector para el suicidio como lo son los factores sociales y familiares positivos; estar integrado culturalmente, tener relaciones

sociales ricas, contar con el apoyo de la familia y tener hijos pequeños, aumentan la resistencia ante el suicidio. Un factor protector muy importante es recibir tratamiento médico o psicológico cuando la persona padece dolor crónico o trastorno mental grave³¹.

El concepto del valor de la propia vida, alta autoestima, manejo de la ira, habilidades sociales, capacidad de resolución de problemas, cuidado de la salud mental y somática, esperanza y optimismo, autocontrol de la impulsividad, presencia de una red social y familiar adecuada, participación social, accesibilidad a establecimientos de salud, ambiente estable, son parte de los factores protectores de la conducta suicida³².

Tabla 2 Factores Protectores de la Conducta Suicida

INDIVIDUALES	FAMILIARES
<ul style="list-style-type: none"> • Buen estado de salud • Hábitos saludables • Adecuada nutrición • Actitud y carácter positivo • Buena relación con los pares • Apropriadadas aptitudes sociales; sentido de esperanza y optimismo • Autoestima adecuada • Manejo del estrés; adaptabilidad; cociente intelectual elevado • Nivel de educación alto • Sentido de coherencia • Metas profesionales y existencia de proyecto de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción de las necesidades básicas aseguradas mediante el empleo estable y digno • Estabilidad y coherencia del núcleo familiar • Estimulo y refuerzo de actividades y comportamientos positivos • Vida regular en el colectivo • Reconocimiento de logros • Apoyo a metas positivas • Promoción de la amistad, la solidaridad, la tolerancia y la inclusión • Establecimiento de límites sociales apropiados de conducta • Evitar la violencia en todas sus manifestaciones, incrementar la resiliencia
COMUNITARIOS	INSTITUCIONALES
<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades educativas y profesionales • Actividades para niños y adolescentes (deportes y actividades educativas) • Apoyo social • Apoyo a las familias con necesidades especiales; • Legislación protectora de los jóvenes; entorno sin riesgos (ausencia de violencia, uso de drogas o contaminación ambiental) • Construcción de espacios públicos seguros (barrios, parques, plazas, edificios, caminos) • Oportunidades para el desarrollo económico sostenido (capacitación y créditos), redes de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formación de personal de atención primaria que realice la identificación y atención a las personas en riesgo y con trastornos emocionales, crear organizaciones basadas en las necesidades de las personas y que ofrezcan buen trato instituciones proactivas en la defensa del medio ambiente • Instituciones facilitadoras de la atención a personas con desventajas (discapacidades, minorías étnicas) y promotoras de la responsabilidad social por la salud mental de la población.

Fuente: Corona B, Hernández M, García R. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. Rev Habanera Ciencias Médicas [Internet]. 2016;15(1):90–100.

Elaborado por: Adriana Ordóñez

2.1.6 Diagnóstico del riesgo de suicidio

El patrón de oro para establecer la conducta suicida es “la entrevista psiquiátrica semiestructurada”, sin embargo, se han planteado muchas escalas con la finalidad de evaluar el riesgo suicida, en atención primaria, por parte del Médico general. Dentro de estas escalas tenemos: “Escala modificada para la ideación suicida (MSSI)” y “Escala de riesgo de suicidio Plutchik”³³.

La “Modified Scale For Suicide Ideation” (MSSI), puede aplicarse por personal no especialista en psiquiatría. Tiene 18 ítems que se valoran de 0 a 3 evaluando tres factores: “deseo suicida, preparación para el intento suicida y capacidad percibida para realizar el intento suicida”. La ventaja de usar esta escala se encuentra en sus preguntas más puntuales y que puede ser usada por personal médico sin entrenamiento especial³³. Anexo 1

De acuerdo al puntaje obtenido en la Escala modificada para la ideación suicida podemos clasificar de la siguiente manera: 0 – 9 = “baja ideación suicida”; 9 a 20 = “moderada ideación suicida”; 21 o más = “severa ideación suicida”. Para establecer la ideación suicida grave, debe cumplir además todos los siguientes criterios: Puntaje mayor a 20 en el MSSI, valor más de 1 en los ítems 3, 7 y 15³⁴.

Plutchik Suicide Risk Scale, es una escala compuesta de “15 ítems”, que se contestan con un sí o no. Evalúa “intentos suicidas previos, intensidad de ideación suicida actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros factores relacionados con los intentos”. Esta escala es rápida y fácil de realizar, pudiendo la tentativa de suicidio, el intento suicida y los antecedentes de ideación; tiene una sensibilidad y especificidad del 68%³³.

Se valora con 1 punto cada respuesta afirmativa y por cada respuesta negativa 0 puntos, teniendo como riesgo de suicidio cuando es mayor a 6. A mayor el puntaje mayor el riesgo. El punto de corte para la escala de Riesgo Suicida de Plutchik son 6 puntos, con una fiabilidad de 0.90, sensibilidad de 74% y una especificidad de 95% para diferenciar entre individuos con antecedentes de tentativa de suicidio y sin antecedentes³⁵. Anexo 2

2.1.6 Manejo de la conducta suicida

Para determinar la terapéutica a seguir en la conducta suicida, se debe valorar los factores de riesgo que tenga el adolescente. Una vez establecido el riesgo de la conducta suicida, a través del uso de test autoaplicados, se debe elegir el tratamiento de dicho trastorno, en relación a causa o factores predominantes.¹³

La terapéutica que se aplicará en el paciente con conducta suicida, debe estar en relación a tres componentes básicos: “a) a nivel emocional, un sufrimiento intenso; b) a nivel conductual, una carencia de recursos psicológicos para hacerle frente; y c) a nivel cognitivo, una desesperanza profunda ante el futuro, acompañada de la percepción de la muerte como única salida”.³¹

En caso que el intento de suicidio sea reciente, el riesgo de consumación se incrementa en las siguientes semanas, siendo preciso realizar un rígido control dentro de las primeras semanas, dando atención concreta a los problemas psicológicos o trastornos mentales subyacentes. Los objetivos terapéuticos se deben centrar en cambiar o disminuir factores de riesgo modificables para neutralizar los factores inmodificables³¹.

3. CONCLUSIÓN

El suicidio se puede definir como el acto de poner fin a la vida, por parte de la propia persona, sin que exista coacción por parte de una segunda persona. En cambio, la conducta suicida, es el proceso que se da desde la instauración de la idea de suicidarse hasta el acto mismo del suicidio.

El suicidio ha sido perpetrado desde la antigüedad, considerándose como un acto de poner fin a una situación dolorosa. A partir del renacimiento, se hace ya una distinción de los motivos que conllevan al suicidio. En la época moderna ya se conceptualiza el suicidio por parte de Emile Durkheim permitiendo determinar causas que determinan su realización.

El suicidio adolescente en los últimos años se ha posicionado como la segunda causa de mortalidad, siendo mayor su prevalencia en las mujeres. En Ecuador se han registrado hasta el 2016 13024 suicidios y entre el 2001 al 2014 2738 suicidios de adolescentes, siendo el método más utilizado el ahorcamiento.

Los factores protectores al suicidio, son aquellos que hacen que los jóvenes incrementen sus razones para continuar viviendo, creando un concepto de valía en su persona y que proporcionan estabilidad emocional y psicológica al adolescente, con los cuales logran disminuir los factores asociados a la conducta suicida.

No se puede determinar a ciencia cierta cuando un suicidio se va a dar o no, ya que el cometimiento de ésta se da por razones subjetivas a cada persona, por lo que hasta que no se dé el intento de suicidio o llamados de ayuda por parte del paciente, solo se puede determinar el riesgo de suicidio.

Los factores asociados en la conducta suicida en adolescentes, son: Factores psicológicos como el estado depresivo; sociales como problemas familiares, acoso escolar y violencia familiar; individuales como la depresión y baja autoestima; y finalmente otros factores de menor relación como el consumo del alcohol, abuso sexual, estrés social, entre otros.

El Manejo de la conducta suicida, es fortalecer los factores protectores para disminuir los factores asociados al Suicidio. En el caso de enfermedades subyacentes, es necesario supervisar el cumplimiento del tratamiento de estas patologías. Por ser la conducta suicida una patología Psiquiátrica, no siempre el manejo o terapéutica implantada desaparece completamente la conducta suicida, quedando disminuida mientras los factores protectores sean fuertes.

4. RECOMENDACIONES

Realizar seguimiento estricto de los pacientes con patologías que se encuentran asociadas al mayor número de suicidios, comprobando que dichos pacientes no hayan interrumpido la toma de su medicación, con la finalidad de disminuir la tasa de suicidios.

Cuando se dé un intento de suicidio, es primordial realizar un estudio sobre los factores asociados que afecten a dicho paciente y los factores protectores que posea, a fin de establecer la terapéutica adecuada según el caso.

Para disminuir los factores asociados se debe tomar en cuenta los factores protectores que el adolescente tenga a su favor, a fin de implementar proyectos de apoyo juvenil y familiar, reduciendo el impacto de los factores de riesgo modificables como lo son: la depresión, los problemas de familiares, de violencia familiar, baja estima y acoso escolar.

5. BIBLIOGRAFIA

1. Arenas A, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45:68–75.
2. Loba R NJ, Morales O DF. Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados, Villahermosa - Tolima, 2013. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2015;34. Available from: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/19885>
3. Girard G. El suicidio en la adolescencia y en la juventud. *Rev Form Contin la Soc Española Med la Adolesc* [Internet]. 2017;5:22–31. Available from: https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA_ADOLESCERE/vol5num2-2017/22-31.pdf
4. Gerstner RMF, Soriano I, Sanhueza A, Caffé S, Kestel D. Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2018;42:1–7. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49163>
5. Pacheco BE, Peralta Lopez P. La Conducta Suicida en la Adolescencia y sus Condiciones de Riesgo. *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2016;40:47–55. Available from: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/38>
6. Cuesta-Revé D. Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Rev Mex Pediatr.* 2017;84:72–7.
7. Paniagua RE, González CM RS. Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín , Colombia Adolescent suicide orientation in an area of Medellin , Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2014;32:314–21.
8. Martín-Del-Campo A, González C, Bustamante J. El suicidio en adolescentes Adolescent suicide. *Rev Med Hosp Gen Méx* [Internet]. 2013;76:200–9. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-el-suicidio-adolescentes-X0185106313687322>
9. Bazán-López JL, Olórtogui-Malaver VM, Vargas-Murga HB, Huayanay-Falconí L. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. *Rev Neuropsiquiatr.* 2016;76:3.
10. Neves MFBV, Santos JC. Saúde mental e comportamentos da esfera suicidária dos adolescentes numa região insular portuguesa TT - Mental health and suicidal

- behaviors in adolescents from a Portuguese island TT - Salud mental y comportamientos de la esfera suicida de los adolesce. Rev Enferm Ref [Internet]. 2016;serIV:77–84. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000300009&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn10/serIVn10a09.pdf
11. Amador Rivera GH. Suicidio: Consideraciones Históricas. Rev Med La Paz [Internet]. 2015;21:91–8. Available from: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v21n2/v21n2_a12.pdf
 12. Joiner T. ¿Por qué la gente muere por suicidio? Harvard Un. 2007.
 13. MINISTERIO DE SANIDAD PSEI. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [Internet]. 2012th ed. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia avalia-t. C de S, editor. Vol. 10. 2012. 191 p. Available from: <https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia-t2010-02GPC-conducta-suicidaR.pdf>
 14. Trabace L y SS. Suicidal Behaviour in Young Adults: A Literature Overview on Neurobiological, Epidemiological and Psychosocial Aspects [Internet]. 23/12/2018. 2018. p. 1–13. Available from: <https://jacobspublishers.com/suicidal-behaviour-in-young-adults-a-literature-overview-on-neurobiological-epidemiological-and-psychosocial-aspects/?print=pdf>
 15. Correa Díaz EP, Jácome Sánchez EC, Martínez BA. Suicide in adolescents with depression: the need for early diagnosis. Clin Case Reports [Internet]. 2015;3:962–3. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/ccr3.365>
 16. Demir M. Who commits suicide most? Suicide by gender and age. Forensic Res Criminol Int J. 2018;6:505–10.
 17. Quinlan-Davidson M, Sanhueza A, Espinosa I, Escamilla-Cejudo JA, Maddaleno M. Suicide among young people in the Americas. J Adolesc Heal [Internet]. 2014;54:262–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.012>
 18. Medina-Pérez ÓA, Díaz-Téllez ÁS, Rozo-David AJ. Characterization of suicide in antioquia, Colombia adolescents. 2000-2010 . Rev Fac Med [Internet]. 2015;63:431–8. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84940658542&partnerID=40&md5=7b7e7fd6d94ae3b6639663255e65ebfa>
 19. Núñez-González S, Lara-Vinueza AG, Gault C, Delgado-Ron JA. Trends and Spatial Patterns of Suicide Among Adolescent in Ecuador, 1997-2016. Clin Pract Epidemiol

- Ment Heal [Internet]. 2018;14:283–92. Available from: <https://clinical-practice-and-epidemiology-in-mental-health.com/VOLUME/14/PAGE/283/>
20. Brás M, Jesus S, Carmo C. Risk and protective psychological factors associated with suicidal ideation in adolescents. *Psicol saúde doenças*. 2016;17:132–49.
 21. Corona B, Hernández M, García R. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2016;15:90–100. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n1/rhcm11116.pdf>
 22. Rodríguez SGA, Echeverría RE, Alamilla NME, Trujillo CDC. Prevención de Factores de Riesgo en Adolescentes: Intervención para Padres y Madres. *Psicol Esc e Educ* [Internet]. 2018;22:259–69. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572018000200259&lng=es&tlng=es
 23. Vasquez Mostache NJ, de Haro Rodríguez MA. Factores predisponentes para ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes adscritos a un Hospital General de Zona de Irapuato, Guanajuato, México. *Atención Fam* [Internet]. 2018;25:59–64. Available from: www.eerp.usp.br/rlae
 24. Chapman Sánchez M, García Almaguer R, Pérez Rojas K, Fernández Ortega MMA, Rodríguez Ramírez R. Diciembre 2016 Educational intervention in adolescents with intent commits suicide . January - December 2016. *Rev Inf Científica* [Internet]. 2017;96:405–14. Available from: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/285/979>
 25. Castañeda N. Prevención psicológica y neuropsicológica de factores de riesgo suicida en estudiantes universitarios*. *Psicogente* [Internet]. 2016;19:1. Available from: <http://portal.acm.org/citation.cfm?doid=1592700.1592742>
 26. Denis-Rodríguez E, Barradas Alarcón ME, Delgadillo-Castillo R, Denis-Rodríguez PB, Melo-Santiesteban G. Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta análisis / Prevalence of Suicidal Ideation in Medical Students of Latin America: a Meta-analysis. *RIDE Rev Iberoam para la Investig y el Desarro Educ* [Internet]. 2017;8:387. Available from: <http://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/304>
 27. Ortiz-Prado E, Simbaña K, Gómez L, Henríquez-Trujillo AR, Cornejo-Leon F, Vasconez E, et al. The disease burden of suicide in Ecuador, a 15years' geodemographic cross-sectional study (2001-2015). *BMC Psychiatry*. 2017;17:1–11.
 28. Sampedro Guerrero J, y Sayay Herrera J. "INTENTO AUTOLÍTICO: INCIDENCIA DE

- CASOS POR GRUPOS DE EDADES (15-19 AÑOS) ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2017 – DICIEMBRE 2017” [Internet]. Universidad Nacional de Chimborazo UNACH; 1993. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5115>
29. Schaffer A, Sinyor M, Reis C, Goldstein BI, Levitt AJ. Suicide in bipolar disorder: Characteristics and subgroups. *Bipolar Disord*. 2014;16:732–40.
 30. Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, González-Pinto A, Gutiérrez-Rojas L, et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: Systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;130:418–26.
 31. Echeburua E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Ter psicológica* [Internet]. 2015;33:117–26. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082015000200006&script=sci_arttext&tlng=pt
 32. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5:8–23.
 33. Rangel-Garzón CX, Suárez-Beltrán MF, Escobar-Córdoba F. Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Rev la Fac Med* [Internet]. 2015;63:707–16. Available from: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/50849>
 34. IW M, WH N, SB B, MG D. The modified scale for suicidal ideation: Reliability and validity. [Internet]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991. p. 1–9. Available from: http://okmis.com/forms/Charting/20160118183859_Modified_Scale_for_Suicidal_Ideation_20150126.pdf
 35. Duran Martínez Eliana, Romero Romero Marcela, Rey de Cruz Nelly CMW. Riesgo de suicidio en jóvenes universitarios de Bucaramanga en el año 2011. *Cuid Rev Investig Esc Enfermería* [Internet]. 2011;2:182–7. Available from: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/55>

6. ANEXOS

Anexo 1 Escala Modified Scale for Suicidal Ideation MSSI

Item Number	Item Content	Score (0-3)
1	Wish to die	
2	Wish to live	
3	Desire – active attempt	
4	Desire – passive attempt	
5	Duration of thoughts	
6	Frequency	
7	Intensity	
8	Deterrent	
9	Reasons	
10	Method - specificity	
11	Method – availability	
12	Courage	
13	Competence	
14	Expectancy of attempt	
15	Talk of death	
16	Writing of death	
17	Suicide attempt	
18	Actual preparation	
MSSI TOTAL SCORE:		_____

Fuente: The Modified Scale for Suicidal ideation, Miller et al, 1991, p. 8

Anexo 2 Escala de Riesgo Suicida de Plutchin



Ministerio de Salud Pública

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Nombre completo:

N° HCL

Fecha de aplicación:

<i>Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.</i>		
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO
	Puntuación total	

Fuente: Ministerio de Salud Pública