



# POSGRADOS

Maestría en \_\_\_\_\_  
**PSICOLOGÍA,  
MENCIÓN EN INTERVENCIÓN  
PSICOSOCIAL Y COMUNITARIA**

RPC-SO-30-NO.504-2019

Opción de Titulación:

Informe de Investigación

Tema:

Las conductas de riesgo, el riesgo de suicidio y su relación con las características sociodemográficas de adolescentes entre 8vo, 9no y 10mo de Educación General Básica de las Unidades Educativas Municipales del Distrito Metropolitano de Quito

Autora:

Mariuxi Janeth Riofrio Vega

Directora:

María José Boada Suraty

Quito – Ecuador  
2022

***Autora:***



***Mariuxi Janeth Riofrio Vega.***

Psicóloga clínica.

Candidata a Magíster en Psicología, Maestría en Intervención Psicosocial y Comunitaria por la Universidad Politécnica Salesiana – Sede Quito.

[mriofriov1@est.ups.edu.ec](mailto:mriofriov1@est.ups.edu.ec)

***Dirigido por:***



***María José Boada Suraty***

Psicóloga Clínica

Magíster en Intervención Social en las Sociedades del Conocimiento

[mboada@ups.edu.ec](mailto:mboada@ups.edu.ec)

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra para fines comerciales, sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual. Se permite la libre difusión de este texto con fines académicos investigativos por cualquier medio, con la debida notificación a los autores.

**DERECHOS RESERVADOS**

2022 © Universidad Politécnica Salesiana.

QUITO - ECUADOR – SUDAMÉRICA

***LAS CONDUCTAS DE RIESGO, EL RIESGO DE SUICIDIO Y SU RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE ADOLESCENTES ENTRE 8VO, 9NO Y 10MO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS MUNICIPALES DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO***

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a mis padres Ramiro Riofrio y Marcia Vega que siempre me apoyaron incondicionalmente en todos los aspectos de la vida para poder cumplir esta meta planteada.

A mis hermanos, a mi amiga, compañera y jefa la Dra. Fabrizzia Orbe y demás familia universitaria por el apoyo anímico y académico diario en el proceso de aprendizaje en general.

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente, agradezco a Dios por permitirme dar la salud y fuerzas para cumplir un objetivo más que me he planteado en la vida, y la Universidad Politécnica Salesiana del Ecuador por haberme aceptado formar parte de ella y abierto las puertas en seno científico para poder prepararme académicamente y personalmente, así también los docentes que brindaron su conocimiento y su apoyo para superarme día a día.

Agradezco también a mi asesora de tesis Mgs. María José Boada Suraty por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico para así guiarme en todo el proceso de ejecución de tesis.

Del mismo modo agradezco a mis padres, hermanos y amigos quienes fueron los motores y promotores de todo este proceso de enseñanza basado en motivación e inspiración para no rendirme en el objetivo planteado.

Este es un momento muy especial que espero, perdurará en el tiempo, no solo en la mente de las personas a quienes agradecí sino también a todos quienes forman parte de tal prestigiosa institución educativa que luchan diariamente para formar profesionales de alto nivel en beneficio de la sociedad ecuatoriana.

## Tabla de Contenido

|   |    |
|---|----|
| Resumen   | 7  |
| Abstract  | 8  |
| 1. Introducción   | 9  |
| 2. Determinación del Problema   | 10 |
| 3. Marco teórico referencial  | 12 |
| 3.1. Antecedentes   | 12 |
| 3.1.1. Caracterización del suicidio   | 12 |
| 3.1.2. Demografía del suicidio a nivel mundial y en la Región de las Américas                                     | 16 |
| 3.1.3. Datos del suicidio adolescente en Ecuador  | 17 |
| 3.1.4. Marco normativo ecuatoriano e instrumentos internacionales   | 19 |
| 3.1.5. Indicadores de riesgo y grupos de riesgo   | 22 |
| 3.2. Fundamentos Teóricos   | 24 |
| 3.2.1. Abordaje histórico del suicidio  | 24 |
| 3.2.2. Relevancia del suicidio  | 26 |
| 3.2.3. Estrategia nacional para prevenir el suicidio en Ecuador   | 27 |
| 3.2.4. Mesa Técnica para el fortalecimiento y seguimiento de la Política de Prevención del Suicidio en el Ecuador | 28 |
| 3.2.5. Propuesta de Ley Orgánica para la prevención del suicidio en el Ecuador                                    | 29 |
| 3.2.6. Promoción de la salud mental   | 31 |
| 3.2.7. Prevención de problemas de salud mental  | 32 |
| 3.2.8. Definición de Factores de riesgo y de protección   | 33 |
| 3.2.9. Factores de Riesgo y de Protección asociados a la conducta suicida   | 34 |
| 3.3. Definición de términos básicos   | 44 |
| 4. Materiales y metodología   | 48 |
| 5. Resultados y discusión   | 53 |
| 5.1. Análisis Descriptivo   | 53 |
| 5.2. Análisis de relación entre variables   | 56 |
| 5.3. Contraste de hipótesis   | 60 |
| 5.4. Discusión de Resultados  | 60 |
| 6. Conclusiones   | 66 |

Las conductas de riesgo, el  
riesgo de suicidio y su relación  
con las características  
sociodemográficas de  
adolescentes entre 8vo, 9no y  
10mo de Educación General  
Básica de las Unidades  
Educativas Municipales del  
Distrito Metropolitano de  
Quito

**Autora:**

**MARIUXI RIOFRIO**

## Resumen

---

El suicidio es considerado un problema de salud pública, y en adolescentes este fenómeno preocupa por ser una etapa crítica del desarrollo. El objetivo de la presente investigación es determinar la relación entre las características sociodemográficas, conductas de riesgo con el riesgo de suicidio en adolescentes de octavo a décimo de Educación General Básica de las Unidades Educativas Municipales. El trabajo se aborda desde el marco de los factores de riesgo y protección. Se plantea el suicidio adolescente como una problemática vigente en el ámbito de la salud y que sucede constantemente, por lo que requiere ser abordada. La metodología usada es cuantitativa, de alcance correlacional y diseño no experimental transversal. La muestra fue no probabilística intencionada, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión dando un total de 804 estudiantes participantes. Se aplicó la versión en español del Cuestionario de evaluación rápida de servicios preventivos para adolescentes - RAAPS (Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services), así como una encuesta sociodemográfica. Los resultados indican que décimo nivel de escolaridad es el grupo de edad con mayor riesgo de problemas de la conducta alimentaria, falta de autocuidado, consumo de sustancias psicoactivas y conductas sexuales de riesgo; mientras que existe un mayor riesgo para las mujeres en torno a las conductas alimentarias, ser víctima de violencia y problemas emocionales y de riesgo de suicidio. Se concluye que es fundamental contar con una detección temprana de los factores de riesgo en los adolescentes para poder realizar una intervención psicosocial oportuna.

**Palabras clave:**

**Riesgo, Suicidio, Adolescente, Unidades educativas.**

## Abstract

---

Suicide is considered a public health problem, and in adolescents this phenomenon is of concern as it is a critical stage of development. The objective of this research is to determine the relationship between sociodemographic characteristics, risk behaviors and the risk of suicide in adolescents from eighth to tenth of Basic General Education of Municipal Educational Units. The work is approached from the framework of risk and protection factors. Adolescent suicide is considered as a current problem in the field of health and that happens constantly, so it needs to be addressed. The methodology used is quantitative, with a correlational scope and a non-experimental cross-sectional design. The sample was intentionally non-probabilistic, inclusion and exclusion criteria were applied, giving a total of 804 participating students. The Spanish version of the Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services (RAAPS) questionnaire was applied, as well as a sociodemographic survey. The results indicate that the tenth level of schooling is the age group with the highest risk of eating behavior problems, lack of self-care, consumption of psychoactive substances and risky sexual behaviors; while there is a greater risk for women around eating behaviors, being a victim of violence and emotional problems and risk of suicide. It is concluded that it is essential to have an early detection of risk factors in adolescents in order to carry out a timely psychosocial intervention.

Palabras clave:

**Risk, Suicide, Adolescent, Educational Units.**

# 1. Introducción

---

El suicidio, definido por la Organización Mundial de la Salud (OPS, 2017) como el acto deliberativo de quitarse la vida, es considerado por este organismo como un grave problema de salud pública, por ello, recomienda a los países impulsar estrategias orientadas a identificar grupos vulnerables con riesgo de suicidio para su prevención. Las cifras que se reportan a nivel mundial, regional y nacional demuestran su gravedad.

Según estimaciones actuales de la Organización mundial de la salud (2021) a nivel global 703.000 personas mueren por suicidio cada año. Acorde a los datos publicados en el 2019, corresponde a más de una de cada 100 muertes (1,3%). En cuanto al sexo, la tasa de suicidios estandarizada por edad es 2,3 veces mayor en hombres que en mujeres (WHO, 2021).

Respecto a la edad, más de la mitad de los suicidios mundiales (58%) ocurrieron antes de los 50 años. La mayoría de los adolescentes que murieron por suicidio (88%) procedían de países de ingresos bajos y medios. Para mujeres y hombres, respectivamente, el suicidio fue la tercera y cuarta causa principal de muerte en jóvenes de 15 a 29 años. En la Región de las Américas la problemática es aún más relevante. Se evidencia, en los últimos 20 años, un aumento sostenido de la tasa de suicidios estandarizada por edad, alcanzando al 17%, mientras que en el resto del mundo esta tasa presenta una tendencia a la baja (WHO, 2021).

En este escenario, en el caso de Ecuador las cifras de suicidio en adolescentes son preocupantes. Para el 2019, en el grupo etario de 10 a 14 años, el 36,6% (60 casos) de las causas de muerte externa fueron por suicidio, siendo, además, la primera causa de defunciones de este grupo; en cuanto a la variable sexo, el 63,4% fue cometido por hombres y 36,6% por mujeres. Para el grupo etario de 15 a 19 años, el 26,4% (167 casos) de las causas de muerte externa fueron por suicidio, representando la segunda causa de defunciones de este grupo, el 76,9% corresponde a suicidios cometido por hombres y 23,1% por mujeres (INEC, 2020). Mientras que para el año 2020 las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio), son la segunda causa de muerte en

---

adolescentes de 10 a 19 años con 187 defunciones, que corresponde al 13% (INEC, 2021). Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación es determinar la relación entre las características sociodemográficas, conductas de riesgo con el riesgo de suicidio en adolescentes de octavo a décimo de Educación General Básica de las Unidades Educativas Municipales. El trabajo se aborda desde el marco de los factores de riesgo y protección

## 2. Determinación del Problema

Al ser la adolescencia una etapa de cambio y transición del ser humano en el cual se observa una construcción social de indicadores evolutivos como el incremento de autonomía, formación de identidad, desarrollo cognitivo, relaciones interpersonales, y madurez sexual y reproductiva, entre otras; lo que la hace un momento complejo de la vida en el cual se pueden desarrollar crisis, incluso llegando al intento de suicidio y suicidio consumado (Medina, Herazo, Barrios, Rodelo, & Salinas, 2017).

El ser adolescente adquiere diversos significados, desde el territorio, el cual es un concepto utilizado desde la Psicología Comunitaria para dar cuenta de diversos fenómenos en su relación con la espacialidad y su dimensión social, en razón de que los usos y la construcción social del espacio y lugares se produce en contextos de múltiples y complejas tramas sociales, vivencias que van construyendo su identidad y su lugar en la estructura social, aunando en la/el adolescente sentidos e identificaciones. Asimismo, desde el enfoque regional político-cultural, se plantea que no es lo mismo ser un adolescente en la región de Suramérica que en otro lugar del mundo, como lo señalan los datos epidemiológicos con relación al suicidio antes comentados (Conti, 2016).

Diversos estudios evidencian que, en países de bajos y medianos ingresos, las y los adolescentes se enfrentan a un mayor grado de violencia que se expresa en todas sus formas (económica, social, familiar, sexual, cultural, etc.), todos ellos factores de riesgo que afectan su salud mental. De otro lado, la imposibilidad de satisfacer necesidades y demandas, en función de las desigualdades económicas y de género conllevan la consecuente reducción de proyectos de vida en las y los jóvenes, así como situaciones de exclusión y discriminación, lo que les genera conflictos, baja

autoestima, estrés, ansiedad, depresión, etc., considerados estos factores de riesgo ya que afectan la intersubjetividad, a la vez, que pueden ser causales de actuaciones sobredimensionadas como son las conductas impulsivas, los intentos de suicidio y suicidio consumado (Velázquez, Rivera, & Custodio, 2016; García & Rincón, 2020).

Otros elementos de la cultura en que vivimos vinculadas con el fenómeno del suicidio son el individualismo y la competencia, correlacionados a su vez por determinantes estructurales como es la exclusión social antes mencionada, que genera sentimientos de desesperanza, impotencia, desconfianza, destitución y fragmentación identitaria, relacionado con la desconexión y el aislamiento con el contexto y pérdida de los soportes colectivos de socialización (Marraccini & Brier, 2017; Moore, Norman, Suetani, & Thomas, 2017). La sociedad neoliberal en la que estamos inmersos, incentiva al consumismo e individualismo, valores que se contraponen al sentido de comunidad, entendida esta como el espacio de fortaleza, de relaciones entre sus miembros que posibilita sentimientos de pertinencia e identidad social, donde cobra un sentido y acción como elemento cohesionador y potenciador de lo común (Rodríguez & Montenegro, 2016; Narváez-Sánchez, Hernández-Suárez, & et al, 2017).

Por otro lado, el código de la niñez y adolescencia del Ecuador dispone que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar protección de todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el territorio nacional, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad (Gobierno del Ecuador, 2014).

Dada la relevancia de la prevención del suicidio, se requieren conocer los factores de riesgo y protección del riesgo suicida en adolescentes basada en evidencia científica, y contar con estrategias coordinadas e integrales para dar respuesta al mismo y principalmente para su prevención, de forma que no siga afectando a millones de personas que lo comenten y que afecta también la vida de sus familias.

Los/as adolescentes pasan gran parte de su tiempo en el ámbito escolar que junto con la familia y la comunidad que los rodea son los principales lugares de socialización. Por lo que es conveniente conocer lo que sucede en estos espacios y realizar

intervenciones de promoción de la salud mental y prevención de problemas con un enfoque participativo, familiar y comunitario, en este caso del riesgo de suicidio.

## 3. Marco teórico referencial

En este apartado se describirán los antecedentes en relación al suicidio adolescente.

### 3.1. Antecedentes

#### 3.1.1. Caracterización del suicidio

El suicidio es un problema que se muestra como resultante de una crisis subjetiva, sin embargo, las bases del suicidio son multifactoriales y complejas de grandes riesgos y pérdidas de vidas. Al ser una de las principales causas de muerte en todo el mundo es considerado un grave problema de salud pública, en particular de salud mental, por tanto, requiere de un abordaje integral.

La Organización Mundial de la Salud (2017) define el suicidio como “el acto de quitarse la vida deliberadamente” (OMS, 2017, p. 131). Además, especifica que el suicidio es previsible y prevenible.

Con relación al suicidio, la mayoría de los autores coinciden en considerar estas conductas como un continuo donde aparecen otros conceptos asociados como ideación suicida, intento suicida, conducta suicida, ideas suicidas, pensamientos suicidas, comportamientos autodestructivos, que le confieren una complejidad analítica. La sumatoria de estos conceptos conducen a reflexionar al suicidio como un proceso formado por etapas que comprenden una dimensión conductual (dificultades de afrontamiento en la resolución de problemas con el desarrollo de conflictos y crisis) y una dimensión ideacional (incidencia de factores socioculturales y filosóficos).

A decir de Gabriel Guajardo (2017), al ser conceptualizado el suicidio como un proceso y no como un acto, posibilita comprenderlo como un conjunto de subcategorías: ideas – pensamientos - ideación suicida - planificación suicida - intento suicida - riesgo suicida – suicidio, que van construyendo la disposición suicida en el que pueden existir posibilidades para que los actores del entorno puedan intervenir a

tiempo. Algunos autores, también consideran importante ocuparse de los denominados suicidios indirectos, como son los accidentes de tránsito.

Por otro lado, no todo comportamiento autodestructivo termina en suicidio lo cual refiere a la subcategoría de autolesión para describir el daño autoinfligido de manera intencional que puede o no tener un resultado fatal. La autolesión nos lleva al concepto de violencia, definido por la OMS (2002) como el “uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo” (OMS, 2002, p. 10); y, a su vez, a la subcategoría de violencia autoinfligida que es como se define al suicidio desde esta problemática.

Esta incorporación del suicidio desde el concepto de violencia es importante para su abordaje en la comunidad educativa porque en el análisis surgen otras subcategorías vinculantes como el acoso escolar o bullying y el internet, que sitúa el suicidio en un nuevo entorno, el espacio virtual (Guajardo, 2017), así como la violencia sexual (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2020), que pueden tener como consecuencia el suicidio.

Desde la salud mental la prevención integral del suicidio comprende centrar el interés en toda la población orientando la intervención sobre los factores de riesgo y de protección que actúan respectivamente propiciando o impidiendo la aparición del fenómeno (OPS, 2016).

El suicidio es una realidad compleja en el ámbito educativo y muchas veces silenciada. Hablar de la muerte en las instituciones educativas es un tabú porque se piensa como un espacio de educación para la vida donde la muerte no tiene sitio, entonces la irrupción de un fallecimiento a través del suicidio o su tentativa tiene un efecto desestructurante y se recurre a la improvisación, a las respuestas convencionales, a identificar a la autolesión como una patología individual.

Desde el ámbito educativo es necesario pensar las comunidades, las formas de intervenir y de trabajar desde un marco pedagógico en relación con el problema del suicidio adolescente, para reflexionar y profundizar sobre el tema. De la Herrán (2007)

argumenta que si desde la institución educativa se logra superar el tabú de la muerte, que representa el nudo psicológico más grave de la vida, se puede tomar contacto directo con la realidad ya que cuando hablamos de problemas psicosociales y sufrimiento subjetivo siempre está en juego la alteridad, el otro en los diversos contextos y dimensiones de su presencia e influencia. La concientización de los problemas que nos rodean es un proceso complejo y doloroso, porque implica dejar de negar, ver y reconocer la propia situación y la de los demás y, por tanto, tener que enfrentarla.

Desde la comunidad educativa la prevención de suicidio incorpora categorías que crean su sentido en la relación individuo e institución social, donde los adultos poseen roles como docentes y padres de familia. Lo que llama la atención es que, para los no adultos, se omite el rol de estudiante y lo que prima es una perspectiva evolutiva de los sujetos, en cuanto a franja etaria o conducta: niños, niñas, adolescentes, jóvenes. A decir de Guajardo (2017), el tema del suicidio en la institución educativa se vincula en una relación más abstracta con el sistema de salud que con el de educación.

Desde un enfoque de derechos, y en rol de adolescentes (que aprenden, hacen y aportan), implica involucrarlos como actores sociales sujeto de derechos con expresiones y sentidos constituidos en la diversidad, con capacidades y potencialidades para incidir en su entorno. Debido a ello, para delimitar el suicidio en el ámbito educativo y hacer posible su abordaje multidimensional, transdisciplinar, intersectorial y comunitario es necesario reconocerlo como un problema en el que inciden factores biológicos, psicológicos, éticos, sociales y culturales que van construyendo la disposición suicida en sus diferentes estados (Martínez, 2017).

Es necesario tematizar el suicidio como una problemática que es posible de detectar, prevenir y transformar, no solo desde una perspectiva integral de la salud mental, como se lo viene haciendo, sino también desde los actores de la comunidad educativa como copartícipes en la construcción de un enfoque propio de la educación preventiva que en reciprocidad con los dispositivos de salud se orienten a promover en actores y comunidades comportamientos saludables.

La mayoría de los problemas de salud en la adolescencia tiene mayor relación con conductas de riesgo que con problemáticas biológicas. De hecho, un alto porcentaje de las causas de muerte en la adolescencia pueden ser prevenibles, por lo que es importante implementar instrumentos de evaluación encaminados hacia la detección de factores de riesgo e intervención temprana (Darling-Fisher, Salerno, Dahlem, & Martyn, 2014).

Durante la adolescencia, etapa crítica para el proceso de desarrollo, las conductas de riesgo pueden afectar al estado de salud e incidir en la adaptación y desenvolvimiento en las actividades inherentes a este periodo. Varios estudios refieren que los adolescentes presentan conductas de riesgo a temprana edad, y resaltan la importancia de generar instrumentos eficientes y con validez en el ámbito clínico (Salerno, Marshall, & Picken, 2012).

El Rapid Assesment for Adolescent Preventive Services (RAAPS) es una herramienta de cribado que fue desarrollada en la Escuela de enfermería de la Universidad de Michigan, y contiene 21 preguntas referentes a seis conductas de riesgo, cada cual equivale a un dominio, del marco teórico en el que se basó el cuestionario (Suarez-Pinto, Blanco-Gomez, & Diaz-Martinez, 2016).

La herramienta se desarrolló para incidir sobre los niveles de mortalidad, morbilidad y problemas sociales que se presentan en la adolescencia, al igual que, para facilitar un tamizaje rápido y efectivo de conductas de riesgo para los profesionales de salud (Darling-Fisher, Salerno, Dahlem, & Martyn, 2014). Las áreas que mide el RAAPS incluyen factores como alimentación/peso, actividad física, violencia, uso de sustancias, salud sexual, depresión, conductas auto lesivas, y soporte (Salerno, Marshall, & Picken, 2012).

Un estudio realizado a 98 profesionales que realizan cribado en la adolescencia, delimito la eficacia de la herramienta para identificar factores de riesgo y facilitar espacios de dialogo con los adolescentes en torno a los riesgos identificados. Sin embargo, la población que participo en el estudio considera que el RAAPS omite información relevante de la historia vital que podría aportar en la detección e interpretación de las conductas de riesgo (Darling-Fisher, Salerno, Dahlem, & Martyn,

2014). Estudios previos detallan que el uso de RAAPS permite detectar criterios de riesgo alto relacionado con la situación socioeconómica de los adolescentes e implementar estrategias de intervención y prevención centradas en las conductas de riesgo delimitadas (Salerno, Marshall, & Picken, 2012). En cuanto a la validez, la herramienta presenta una validez de constructo relevante (Suarez-Pinto, Blanco-Gomez, & Diaz-Martinez, 2016).

Teniendo en cuenta que, en la adolescencia, la depresión ha sido relacionada con mayor prevalencias de conductas de riesgo, el RAAPS ha sido utilizado para detectar sintomatología depresiva en adolescentes (Salerno & Barnhart, 2014). Un estudio realizado a 286 adolescentes que buscaba reconocer la validez y confiabilidad del uso del RAAPS como herramienta para detección de depresión en adolescentes, delimito que existen 4 preguntas en el cuestionario que se relacionan a sintomatología depresiva. El estudio utilizó métodos psicométricos para analizar la información y concluyó que la herramienta presenta consistencia interna y validez; además, el estudio sugiere ampliar la evaluación si se presenta más de dos respuestas afirmativas a las preguntas referentes a depresión (Salerno & Barnhart, 2014).

La detección temprana de problemáticas asociadas a la salud mental como la depresión puede promover una intervención temprana encaminada a la prevención del comportamiento suicida. Además, el uso de instrumentos validados que permitan detectar factores de riesgo asociados al suicidio puede disminuir su vulnerabilidad (Horowitz, Ballada, & Maryland, 2009). No obstante, a pesar que el RAAPS es un cuestionario de cribado rápido para detección de factores de riesgo, al ser una herramienta que mide varios constructos puede generar falsos positivos, por lo que su aplicación puede tener efectividad si es parte de un programa de prevención del suicidio, mas no si el objetivo de su aplicación es únicamente la detección del riesgo suicida (Salerno & Barnhart, 2014).

### 3.1.2. Demografía del suicidio a nivel mundial y en la Región de las Américas

Un aspecto importante de la prevención es conocer el problema en su magnitud, composición y configuración. La OMS (2021) en su publicación sobre el estado del

suicidio en todo el mundo, presenta datos estimados sobre salud global en relación con este fenómeno que ayudan a entenderlo como un grave problema de salud pública:

-Alrededor de ochocientas mil personas se suicidan cada año siendo una de las principales causas de morbilidad.

- Aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, las tasas de adolescentes y jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son los grupos de mayor riesgo en muchos países (Benatov, 2020).

- En el 2019 la tasa de suicidios estandarizada por edad fue de 9,0 x 100 000 habitantes, en la población masculina la tasa es más elevada (12,6) y en la población femenina tiende a descender (5,4).

- Por cada suicidio consumado hay muchos intentos de suicidio, debido a ello, una intención previa es considerado el factor individual de riesgo más importante en la población en general

### 3.1.3. Datos del suicidio adolescente en Ecuador

El Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador (INEC) para procesar la información establece como adolescentes al rango etario de 10 a 17 años, esta definición difiere de la OMS (2017) que define como personas adolescentes a los que tienen de 10 a 19 años.

Según el Observatorio Social del Ecuador (2019), en lugar de disminuir, los suicidios de adolescentes de 12 a 17 años han aumentado. En el 2010 la tasa por 100.000 fue 8 y en el 2016 se incrementó a 10. Esta tasa corresponde, para el 2016 a 192 suicidios, 83 corresponde a mujeres y 109 a hombres. Acorde a la información arrojada por el Registro Estadístico de Defunciones Generales del INEC (2021), en el año 2020, las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio), son la segunda causa de muerte en adolescentes de 10 a 19 años con 187 defunciones, que corresponde al 13%.

En el año 2019, las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio), son la principal causa de muerte en adolescentes de 12 a 17 años con 148 defunciones, lo que

representa el 17,8% del total de muertes de ese grupo de edad. En jóvenes de 18 a 29 años es la tercera causa con el 12,1% (412 casos) (INEC, 2020). La misma fuente señala que en el año 2018 también la primera causa de defunción en adolescentes es el suicidio con el 26,9% (197 casos). En jóvenes de 18 a 29 años representa la segunda causa con el 11,4% (365 casos) (INEC, 2020).

Igualmente, en el año 2017 la primera causa de defunción en adolescentes son las lesiones autoinfligidas intencionalmente con el 21,6% (161 casos). En jóvenes de 18 a 29 años es la segunda causa con el 13,3% (423 casos) (INEC, 2020).



Elaboración propia Fuente: base en datos de defunciones, 2010 – 2019. INEC

El INEC (2020), en el indicador de causas externas de fallecimiento para el año 2019, señala al suicidio como la primera causa de muerte para el grupo etario de 10 a 14 años con el 36,6% (60 casos); y, que en la franja de 15 a 19 años como la segunda causa con el 26,4% (167 casos). Para el rango de 5 a 9 años, el suicidio fue la quinta causa con el 2,3% (3 casos). Igualmente, en el año 2018, en el grupo de 10 a 14 años el suicidio fue la primera causa de muerte con el 39,8% (88 casos); la segunda causa en el rango de 15 a 19 años con el 28,5% (185 casos); y, la quinta causa en el grupo de 5 a 9 años con el 1,5% (2 casos).

A la par, en el año 2017, en el grupo de 10 a 14 años el suicidio fue la primera causa de muerte con el 36,4% (80 casos), en el rango de 15 a 19 años fue la segunda causa con el 28,9% (168 casos), y en el de 5 a 9 años fue la quinta causa con el 0,7% (1

caso). Un estudio sobre las características epidemiológicas del suicidio de jóvenes y adolescentes ecuatorianos que analiza información del 2001 al 2014 (Gerstner et al., 2018), establece para el período un total de 4.855 suicidios en el grupo de 10 a 24 años. La investigación observa el riesgo más alto en la población masculina de 15 a 24 años y de 10 a 19 años residentes en la Amazonía, seguidos por los de la Sierra. Desagregado por etnia, la población mestiza presenta más casos de suicidio, no obstante, también evidencia que el 40% de los jóvenes que se suicidan en la Amazonía son indígenas. El método más frecuente de suicidio fue el ahorcamiento seguido por el envenenamiento con pesticidas.

#### 3.1.4. Marco normativo ecuatoriano e instrumentos internacionales

La Convención sobre los Derechos del Niño, establece que los niños y las niñas son sujetos de derechos, con edades comprendida entre 0 y 17 años, que se caracteriza por la dependencia que tienen de terceras personas, particularmente de sus padres/madres y familiares, para garantizarles las condiciones de vida que sean necesarias para su desarrollo (UNICEF, 1989). Asimismo, el Estado tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias y ayudar a los padres/madres y otras personas responsables para hacer efectivos los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

El Código de la Niñez y la Adolescencia del Ecuador (CONA), en su artículo 2, define como sujeto de protección a todo ser humano desde su concepción hasta que cumpla 18 años. A su vez, el artículo 4 define como niño o niña a la persona que no ha cumplido 12 años y como adolescente a la persona entre 12 y 18 años (Estado ecuatoriano, 2017).

Según la UNICEF (1989), el derecho a la supervivencia es el derecho intrínseco a la vida (Artículo 6 de la Convención de los Derechos del Niño–CDN) y se relaciona directamente con la salud, por ello, en el artículo 24 se reconoce que “todo niño/a tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el

tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud” (UNICEF, 1989, p. 19) y que el Estado debe cumplir con las cuatro dimensiones de la salud: promoción, prevención, curación y rehabilitación. Sobre todo, con la promoción de la salud que significa educación para el autocuidado de la población.

Estos articulados concuerdan con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2, 3 y 6 que los Estados parte han acordado en tratar de alcanzarlos hasta el año 2030. Por ejemplo, el ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, la meta específica en niñez y adolescencia de Ecuador es: 3.4. “De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, reducir la tasa de suicidio y promover la salud mental y el bienestar” (Observatorio Social del Ecuador, 2019, p. 74), con una línea base de tasa de suicidio 10 por 100 mil adolescentes.

La Observación General No 20 (2016) del Comité de los Derechos del Niño: sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia (CRC/C/GC/20) manifiesta que:

El potencial de los adolescentes está muy restringido porque los Estados parte no reconocen las medidas necesarias o no invierten en ellas para que aquellos disfruten de sus derechos. En la mayoría de los países no existen datos desglosados por edad, sexo y discapacidad para orientar las políticas, detectar deficiencias y apoyar la asignación de recursos adecuados en favor de los adolescentes. Las políticas genéricas concebidas para los niños y los jóvenes a menudo no se ocupan de los adolescentes en toda su diversidad y resultan insuficientes para garantizar la efectividad de sus derechos. La inacción y la falta de resultados tienen un costo elevado: las bases establecidas durante la adolescencia en términos de seguridad emocional, salud, sexualidad, educación, aptitudes, resiliencia y comprensión de los derechos tienen profundas consecuencias, no solo para el desarrollo óptimo de la persona, sino también para el

desarrollo social y económico presente y futuro. (Comité de los Derechos del Niño, 2016, p. 1)

En el caso ecuatoriano, el Comité de los Derechos del Niño señala en el documento Observaciones finales sobre los informes periódico quinto y sexto combinados del Ecuador (2017) Apartado III. Principales motivos de preocupación y recomendaciones punto 4., la preocupación profunda que tiene el Comité sobre el nuevo enfoque intergeneracional aprobado por el Estado ecuatoriano, debido a que: “pueda afectar a la especificidad y la especialización de su marco institucional y normativo para la aplicación de la Convención, y pueda socavar la protección efectiva de los derechos del niño, en particular a nivel local” (Comité sobre los Derechos del Niño, 2017, p. 1). También señala que se deben adoptarse medidas urgentes: coordinación (párr. 9); violencia, malos tratos y descuido (párr. 25); violencia de género (párr. 27); salud de los adolescentes (párr. 35); niños pertenecientes a minorías étnicas y/o grupos indígenas (párr. 41); y justicia juvenil (párr. 44) (Comité sobre los Derechos del Niño, 2017).

En el punto 35 que hace referencia a la observación general núm. 4 efectuada en el año 2003 sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes; y, considerando la asociación entre violencia y la idealización suicida y que, a su vez, la idealización y el comportamiento suicida tiene relación con la violencia de género, el Comité recomienda al Estado ecuatoriano que:

b) Establezca una política nacional para hacer frente a los embarazos en la adolescencia, entre otras formas dando acceso a información actualizada sobre los métodos de planificación familiar y afrontando y combatiendo la violencia sexual por razones de género, y colabore estrechamente con las organizaciones de mujeres y las de niños al objeto de recabar sus opiniones sobre mecanismos de prevención eficaces, que incluyan procedimientos de denuncia y alerta temprana en las situaciones de violencia y abusos sexuales por parte de padres, familiares o cuidadores. (Comité sobre los Derechos del Niño, 2017, p. 12)

Específicamente referente al suicidio el Comité recomienda al Estado ecuatoriano que:

f) Aplique un plan nacional de salud mental que aborde correctamente los derechos de los adolescentes a un nivel adecuado de salud y establezca una estrategia nacional para luchar contra el suicidio entre los adolescentes, prestando una atención especial a la situación de las niñas de pueblos y nacionalidades indígenas, en particular las que viven en la frontera norte. (Comité sobre los Derechos del Niño, 2017, p. 13)

### 3.1.5. Indicadores de riesgo y grupos de riesgo

Por sus características y sus consecuencias operativas en la formulación de políticas de salud validadas, se debe planificar intervenciones oportunas de prevención y atención y, para sensibilizar a la población, es importante diferenciar entre los conceptos de indicadores de riesgo suicida y grupos de riesgo suicida.

Los indicadores de riesgo suicida son individuales, lo que para algunas personas es un factor de riesgo, para otros puede no serlo. Son generacionales, los riesgos en la niñez pueden no serlo en la adolescencia, la adultez o la vejez. Están vinculados al género, para la mujer hay indicadores de riesgo específicos de su condición de ser mujer, igualmente para el hombre. Se encuentran condicionados culturalmente, los elementos de riesgo suicida de una cultura pueden no serlo para otras (Serrano-Ruiz, 2017).

Siguiendo a Pérez Barreno (2002), los grupos de riesgo de suicidio son aquellos colectivos de personas que por sus características particulares tienen mayores posibilidades de cometer un acto suicida que los que no están incluidos en ellos. Al ser un número limitado es posible su detección e incluyen las múltiples posibilidades por las cuales una persona puede realizar un acto suicida.

Según esta definición (Martínez, 2017) los grupos de riesgo suicida serían: las personas deprimidas; los que han intentado el suicidio; los que tienen ideas suicidas o amenazan con suicidarse; los sobrevivientes (aquellas personas muy vinculadas afectivamente a una persona que fallece por suicidio); y, los sujetos vulnerables en situación de crisis. En esta línea, la OMS (2017) señala que a nivel mundial un alto

número de personas padecen problemas de salud mental como la depresión (300 millones), el cual no es solo el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial (más del 7,5% de todos los años vividos con discapacidad en el 2015), también se relaciona el estado de ánimo depresivo con la prevalencia del comportamiento suicida y con las víctimas del suicidio, especialmente en los/as adolescentes.

Una definición más amplia de los grupos de riesgo comprende a los grupos de riesgo en situación de vulnerabilidad que por sus características presentan una desventaja por edad, sexo, estado civil, nivel educativo, origen étnico, situación o condición física y/o mental, y que requieren de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia. Desde esta visión la OMS (2017) establece que:

- Si bien es una problemática que afecta a todas las regiones del mundo, la mayoría de los fallecimientos por suicidio (77%) ocurren en países de bajos y medianos ingresos como Ecuador.
- Puede acontecer a cualquier edad, pero el más alto porcentaje de suicidios (58%) en el 2019 fueron consumados por personas bajo los 50 años.
- Es la cuarta causa de muerte en la población de entre 15 a 19 años, por lo que es uno de los factores más importantes de morbilidad en la población adolescente.
- Asociando la edad y la procedencia, el 88% de los/as adolescentes que murieron por suicidio en el 2019, eran de países de bajos y medianos ingresos.
- Hay evidencia de que en la población adolescente las mujeres contemplan e intentan suicidarse con más frecuencia que sus pares hombres, pero los hombres adolescentes tienen cuatro veces más probabilidades de morir por suicidio que las mujeres.

El comportamiento de la tasa de suicidio en la Región de Las Américas y de Asia difiere de la tendencia mundial a la baja en los últimos 20 años (2000-2019). En la Región de las Américas se ha registrado un aumento importante de su frecuencia alcanzando al 17%. Asimismo, la tasa de suicidio de los hombres en la región es mayor (14,2 por 100 000) con relación al promedio (12,6). (Washington, 2014)

Respecto a las proyecciones, se estima que una quinta parte de la población adolescente padecerá de algún problema de desarrollo, emocional o de conducta, y uno de cada ocho tendrá un problema de salud mental grave; entre los menores de edad en condiciones socioeconómicas vulnerables, la proporción es uno de cada cinco. De ahí la necesidad de un abordaje integral y multisectorial desde la salud mental para identificar y prevenir los factores psicosociales de riesgo de suicidio en jóvenes e identificar las señales de advertencia para su prevención.

## 3.2. Fundamentos Teóricos

### 3.2.1. Abordaje histórico del suicidio

Existen algunas teorías que tratan de explicar el fenómeno del suicidio desde diversos puntos de vista como la sociología y la psicología, y a lo largo de la historia. Se conoce que en la prehistoria los ancianos y enfermos se auto eliminaban como una forma de beneficiar y mantener los recursos alimenticios de la tribu.

Posteriormente, en la antigua Grecia se observa el abordaje del suicidio, donde se lo consideraba como un delito contra el Estado y con castigos tanto para el cuerpo del difunto como para la familia. Mientras que, en el Imperio Romano se dieron algunas variaciones en su concepto y penalización, dado que a veces se consideraba honorable entre algunos líderes, e incluso de un estado mental alterado (*Non Compos Mentis* en latín) (Amador Rivera, 2015; Guerrero, 2019).

Por otra parte, en la Edad Media la influencia de la religión cristiana influyó en la visión de las personas de la época con relación al suicidio, con un castigo hacia el alma de las personas que lo cometían. En la Edad Moderna esta visión sigue presente, sin embargo, presenta otros matices, ya que desde el Renacimiento se trata de expiar los castigos relativos al acto de quitarse la vida, con conceptos más racionales provenientes de la intelectualidad francesa. Asimismo, se empezó a asociar con estados del ánimo, principalmente la melancolía y la depresión, es decir, se dio la patologización del suicidio. Por otro lado, se instauró el romanticismo en el suicidio y dejó de ser algo

peyorativo, considerándolo como un acto de desesperanza (Amador Rivera, 2015; Guerrero, 2019).

A partir de la rama de la sociología el mayor aporte conocido es el de Durkheim con el estudio sobre el suicidio, en el cual se inicia con una definición indicando “Se llama suicidio todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, siendo que esta sabía que debía producir ese resultado” (Durkheim, 1897, pág. 5). Posteriormente habla sobre los factores extra sociales como el clima, luego su relación con los factores intrapsíquicos como es la melancolía asimismo incluye los elementos de la imitación de un suicidio de una persona incluso desconocida como un fenómeno psicológico e individual, y finalmente habla de las causas sociales, siendo una clasificación etiológica del suicidio, el cual se clasifica en altruista, egoísta, anómico y fatalista (Durkheim, 1897).

Finalmente, en la época Contemporánea se define al suicidio como un problema de salud mental, primero con un abordaje médico-biologicista basado en la depresión y del mal funcionamiento cerebral. Luego desde un punto de vista más psicosocial, centrándose en la identificación oportuna, diagnóstico y tratamiento (Amador Rivera, 2015).

Desde el punto de vista psicológico, se cuenta con la Teoría Interpersonal del suicidio de Joiner (2005) y modelo cognitivo de la conducta suicida de Beck y Wenzel (2008), las cuales se describen a continuación.

En 1975, Aaron Beck formuló una teoría de desesperanza como base del suicidio basado en la experiencia de pacientes que relataban que vivían situaciones insoportables o que no tenían remedio (Beck, Kovacs, & Weissman, 1975 en Brown, et.al. 2008). Es así como Beck y Wenzel (2008) plantean desde la teoría cognitiva que los pensamientos y la forma en que las personas interpretan los eventos vitales causan tanto las respuestas emocionales como conductuales, es decir, se observan cogniciones en relación con una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, a lo que denominó la Triada cognitiva negativa.

Por otra parte, Thomas Joiner (2005) plantea la Teoría interpersonal del suicidio, en la cual se describen tres constructos explicativos para dicho fenómeno, los cuales son: 1. la falta de sensación de pertenencia, 2. la sensación de ser una carga para los otros y 3. La capacidad de suicidio (disminución del miedo a la muerte), además de la desesperanza e incremento de la tolerancia al dolor; los cuales sirven como guía para identificar las conductas de riesgo en la población adolescente a considerar en la prevención del suicidio (Joiner, 2005).

De esta manera, se observa que el suicidio es un fenómeno complejo que requiere no solo ser conceptualizado o entendido por la sociedad, sino que debe ser abordado y principalmente prevenido, es por esto por lo que se presenta a continuación algunas estrategias relevantes.

### 3.2.2. Relevancia del suicidio

En las últimas dos décadas, los países vienen implementando diversas estrategias nacionales con el objetivo de establecer diferentes acciones para prevenir el suicidio, así como garantizar la asistencia y atención de las personas que por diferentes motivos han intentado suicidarse, salvaguardando el respeto de sus derechos humanos y protección integral.

Acorde a la OPS (2016), la importancia de elaborar e implementar una estrategia nacional de prevención del suicidio se basa en:

- Reconocer el suicidio como un problema de salud pública (p. 6).
- El compromiso de los Estados para abordar el problema (p. 6).
- Incorporar diversos aspectos en la prevención del suicidio (p. 6).
- Determinar actividades de prevención del suicidio basándose en información con evidencia de efectividad (p. 6).
- Identificar las partes y actores interesados y asignar responsabilidades específicas; la coordinación entre los distintos grupos; e identificar brechas cruciales en la legislación, los servicios y la recolección de datos (p. 6).
- Contar con los recursos humanos y financieros necesarios para las intervenciones (p. 7).

- Sensibilizar mediante los medios de comunicación (p. 7).
- Realizar un monitoreo y evaluación adecuada; e inculcar un sentido de responsabilidad entre las personas a cargo de las intervenciones para registrar los datos de manera confiable (p. 7).
- Realizar investigación sobre los comportamientos suicidas (p. 7).

### 3.2.3. Estrategia nacional para prevenir el suicidio en Ecuador

Corresponde al Ministerio de Salud Pública (MSP), ser el rector y ejecutor de la estrategia de prevención del suicidio. Sin embargo, el Informe del Observatorio Social del Ecuador 2019 concluye que:

Pese al incremento del suicidio adolescente, no existe una política de salud mental específica para ese grupo etario que debería también incorporar la prevención del consumo de estupefacientes. No hay un estudio profundo que pueda determinar cuál es el perfil del adolescente con tendencia suicida en Ecuador para poder desarrollar acciones de prevención y educación dirigidas tanto a los padres y madres como a los docentes y jóvenes, y a la sociedad en general. El servicio de salud requiere una mejor preparación del personal para la atención de adolescentes no solo en términos de la prevención del embarazo temprano, sino en la del suicidio, la depresión y el abuso sexual (Observatorio Social del Ecuador, 2019, 109).

En este marco, el MSP (2019) inicia el desarrollo de programas y capacitaciones para la identificación temprana de los principales factores de riesgo, y el manejo que se debe dar frente a esta situación aprueba y publica el Manual Capacitación para Cuidadores Comunitarios en Prevención del Suicidio mediante Acuerdo Ministerial 0342-2019, cuya entrada en vigor es el 10 de julio de 2019. El documento, contiene el cómo reconocer síntomas y qué respuesta dar en ese momento.

Otros avances del MSP (2021) se orientan a: la conformación de un equipo técnico a nivel interno, responsable de coordinar la elaboración de la estrategia; el restringir el acceso a mecanismos que faciliten acciones suicidas o de autolesión como es el abordar el tema de la obtención de plaguicidas por parte de cualquier persona, uno de los principales métodos utilizados para el suicidio, por ser de fácil acceso; la

participación en la Mesa Intersectorial para el fortalecimiento y seguimiento de la Política de Prevención del Suicidio en el Ecuador; implementar el Manual de Capacitación para cuidadores comunitarios en suicidio, en territorio; implementar campañas de información responsable y concientización; capacitación a puntos focales del Seguro Social Campesino y el Ministerio de Agricultura y Ganadería para el uso adecuado de agro químicos; y, revisar alternativas para costear la implementación de una línea telefónica para atender a personas con tendencias suicidas.

Se visualiza como urgente que el Ministerio de Salud también promueva la atención, diagnóstico y tratamiento oportuno de los problemas que afectan la salud mental de la población, en especial de los grupos de alto riesgo como son las/los adolescentes. De la misma forma, garantizar la atención integral de las personas con antecedentes de suicidio, con el propósito de evitar el cometimiento de nuevos episodios. Igualmente, se debería examinar medidas para atender y apoyar a los familiares de quienes han fallecido por este motivo.

#### 3.2.4. Mesa Técnica para el fortalecimiento y seguimiento de la Política de Prevención del Suicidio en el Ecuador

Conscientes de la importancia de instaurar una Red Integral de Prevención del Suicidio, conformada por los organismos competentes en los ámbitos de salud y educación, se crea la Mesa Técnica para el fortalecimiento y seguimiento de la Política de Prevención del Suicidio en el Ecuador, siendo el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII, 2021), el organismo encargado de realizar el seguimiento y monitorea permanentemente las acciones planteadas y los compromisos adquiridos. A la fecha se han ejecutado tres reuniones y las acciones que se están implementando son:

1. Coordinación intersectorial para la implementación y seguimiento de la estrategia de prevención del suicidio.
2. Priorizar en las instituciones estatales en el marco de sus competencias, la ejecución de las acciones de prevención y disminución del suicidio.

3. Generar capacidades en los equipos técnicos territoriales de los ministerios del sector social, salud, educación, protección para prevenir la violencia y el suicidio.
4. Actualizar la información sobre suicidio en el Ecuador que permita fortalecer la estrategia intersectorial desde los organismos de planificación en coordinación con los organismos competentes.
5. Consolidar la información sobre los servicios y acciones que cada cartera de Estado ofrece para prevenir el suicidio.
6. Monitorear mensualmente los datos de suicidio en el Ecuador y ponerlos a disposición de las instituciones con competencias en el tema, para facilitar la toma de decisiones y focalizar las acciones.
7. Implementar la política pública de la Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional (ANII) referente a la prevención de la ocurrencia del suicidio en adolescentes.
8. Sumar a los GAD en esta estrategia, a fin de comprometerlos con acciones que impulsen el uso positivo del tiempo libre y prevención de la violencia.
9. Apoyar la campaña comunicacional de prevención del suicidio.

Dentro de la política pública relacionada con el suicidio en el Ecuador, cabe destacar la importancia del tema realizado por personas sensibilizadas que impulsaron el mismo y que se encontraban en el ámbito legislativo, como es la propuesta de Ley para la prevención del suicidio a nivel nacional, la cual se describe a continuación.

### 3.2.5. Propuesta de Ley Orgánica para la prevención del suicidio en el Ecuador

Recientemente en la Asamblea Nacional del Ecuador (2020) se ha presentado una propuesta para crear mecanismos de prevención, detección, asistencia y atención en torno al suicidio a través de la articulación de instituciones estatales. La denominada

‘Ley Orgánica para la prevención del suicidio en el Ecuador’ establece como política declarar de interés nacional la atención social y psicológica, investigación estadística, científica y epidemiológica, capacitación profesional en detección, prevención y atención de posibles suicidas, asistencia a las familias de las víctimas de suicidio y la rehabilitación y reinserción de sobrevivientes.

### **Caso Paola Guzmán Albarracín y otros contra la República del Ecuador**

El 24 de junio de 2020 la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH, 2020) falló el caso Guzmán Albarracín y otros Vs. Ecuador presentó una petición presentada por dos organizaciones de la sociedad civil: El Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM-Guayaquil) y el Centro de Derechos

Reproductivos. El caso sometido a la Corte, el 7 de febrero de 2019, refiere a la presunta violencia sexual sufrida por Paola del Rosario Guzmán Albarracín en el ámbito escolar, entre los 14 y 16 años, y su posterior suicidio por la ingesta de “diablillos” (fuegos artificiales en forma de pastillas), cometido el 12 de diciembre de 2002, que produjo su muerte el día siguiente. La Comisión adujo que la violencia sexual fue ejercida por el Vicerrector del colegio estatal al que ella asistía y por el médico de la institución, y que presentó un nexo causal con el suicidio.

La CIDH concluyó que el Estado ecuatoriano es responsable por la violación de diversos artículos de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Protocolo Adicional a la Convención en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”, y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belém do Pará”.

También concluyó que Ecuador es responsable, en perjuicio de familiares de la persona nombrada, por la violación de los derechos receptados en los artículos 5.1, 24, 8.1 y 25.1 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1 antes citado, y de la obligación prevista en el artículo 7.b de la Convención de Belém do Pará.

Si bien en el marco de la audiencia pública, el Estado “ratificó su voluntad de reparar las violaciones de derechos, materia del presente caso”, no obstante, para la

parte demandante el Estado no hace un reconocimiento de responsabilidad sino de un reconocimiento de “hechos” que refieren sólo a conductas de omisión, es decir que, Ecuador no reconoció en forma expresa la violación a algún derecho u obligación convencional. Por ello, La Corte requirió al Estado que precisara los alcances del reconocimiento en sus alegatos finales escritos. Por escrito, el Estado manifestó que su intención era reconocer los hechos antes identificados “para efectos probatorios” y que la Corte, en virtud del artículo 62 del Reglamento, confiriese a éstos los efectos jurídicos que considere correspondientes.

### 3.2.6. Promoción de la salud mental

La OPS (2009) define salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes puede afrontar las presiones de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (pág. 4). De esta definición se desprende que la salud mental no solo es la ausencia de enfermedad desde una perspectiva biologicista, sino que también es contenedora de factores psicológicos, sociales y culturales que demandan una visión amplia de la vida del sujeto y la dinámica sociocultural, concerniente a diversos ámbitos de la atención integral en salud mental.

La promoción de la salud (OMS, 1986) consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, siendo un concepto positivo presente en la vida cotidiana, y que tiene como prerrequisitos la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema saludable, la justicia social y la equidad.

La promoción de la salud mental se relaciona con la salud mental positiva, la cual es un recurso, un valor y un derecho humano básico esencial para el desarrollo social y económico. Implica la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo de la salud mental de las personas; tiene como objeto el ejercer un impacto sobre los determinantes de la salud mental, reducir las desigualdades, construir capital social y crear ganancia de salud.

El mejorar la salud mental positiva en la comunidad tiene como resultado secundario el disminuir la incidencia de los problemas de salud mental. Los problemas de salud mental son aquellas dificultades que sufren las personas que se caracterizan por alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás, e interfieren en su funcionamiento cotidiano (OMS, 2013).

### 3.2.7. Prevención de problemas de salud mental

La prevención de los problemas de salud mental (OMS, 2004) tiene como objeto el reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de estos, el tiempo de los síntomas o la condición de riesgo, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto en la persona, la familia y la sociedad.

Los principales problemas de salud mental (OMS, 2013) son la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, la demencia, los trastornos por abuso de sustancias, las discapacidades intelectuales, los trastornos conductuales y del desarrollo de la infancia y la adolescencia, y las conductas suicidas.

La prevención de dichas dificultades en salud mental se enfoca en los factores determinantes que tiene una influencia causal o de predisposición en la aparición de los problemas de salud mental. Los determinantes suelen ser de carácter individual, familiar, social, económico y ambientales, los cuales se interrelacionan y predispone a los sujetos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una mayor vulnerabilidad, y viceversa.

Los principales determinantes de la salud mental (OPS, 2009) están relacionados con problemáticas socioeconómicas, existe vasta evidencia de que el riesgo de padecer problemas mentales está asociado con indicadores de pobreza y desigualdad; y, a nivel individual por conflictos familiares e individuales, por ello, las personas en situación de vulnerabilidad social están en mayor riesgo de presentar problemas de salud mental como depresión y bajo bienestar subjetivo.

Según la clasificación de la prevención de los problemas de salud, podemos encontrar las siguientes distinciones:

### **1. Distinción de salud pública entre la prevención primaria, secundaria y terciaria:**

- a. Prevención primaria: orientada a prevenir el desarrollo de un problema mental en personas, grupos de riesgo o en una comunidad, refiere a las intervenciones preventivas universales, selectivas e indicadas en la clasificación de salud mental.
- b. Prevención secundaria: intenta disminuir la proporción de casos establecidos con problemas de salud mental en la población (prevalencia) a través de la detección y tratamiento temprano.
- c. Prevención terciaria: incluye las intervenciones para reducir la discapacidad, mejorar la rehabilitación y prevenir recurrencias de los problemas de salud mental.

### **2. Definiciones de prevención universal, selectiva e indicada:**

- a. Prevención universal: son aquellas intervenciones dirigidas a la población en general o a un grupo de la población que no ha sido identificado sobre la base de un mayor riesgo.
- b. Prevención selectiva: se dirige a sujetos o subgrupos cuyo riesgo de desarrollar un problema de salud mental es significativamente más alto que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico o social.
- c. Prevención indicada: hacia personas identificadas con alto riesgo por sus signos o síntomas mínimos pero detectables, que pronostican el inicio de un problema de salud mental, pero que en ese momento no cumplen con todos los criterios

#### **3.2.8. Definición de Factores de riesgo y de protección**

Los factores de riesgo (OMS, 2004) son aquellos asociados con una mayor probabilidad de aparición, mayor gravedad y duración de los problemas de salud mental. Mientras que los factores protectores son las condiciones que modifican, aminoran o alteran la respuesta de las personas a los determinantes sociales.

La mayoría de los factores individuales de protección tienen las mismas características de la promoción de la salud mental y salud mental positiva, es decir, la

autoestima, la fortaleza emocional, el pensamiento positivo, las destrezas sociales y de resolución de problemas, las habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control.

**Tabla 1: Determinantes sociales de la salud mental**

|              | Factores de riesgo                       | Factores de protección                  |
|--------------|--|---|
| <b>Macro</b> | Desplazamiento                           | Fortalecimiento                         |
|              | Falta de educación, transporte, vivienda | Integración de minorías étnicas         |
|              | Pobreza                                  | Servicios sociales                      |
|              | Injusticia racial y discriminación       | Apoyo social y redes comunitarias       |
|              | Desventaja social                        |   |
|              | Migración a áreas urbanas                |   |
| <b>Meso</b>  | Violencia y delincuencia                 |   |
|              | Guerra                                   |   |
|              | Aislamiento y enajenamiento              | Interacciones interpersonales positivas |
|              | Desorganización de la vecindad           | Participación social                    |
|              | Rechazo de compañeros                    | Responsabilidad social y tolerancia     |
|              | Circunstancias sociales deficientes      |   |
| <b>Micro</b> | Estrés laboral                           |   |
|              | Desempleo                                |   |
|              | Acceso a drogas y alcohol                | Alta autoestima                         |
|              | Nutrición deficiente                     | Resiliencia                             |

**Fuente:** Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004)

### 3.2.9. Factores de Riesgo y de Protección asociados a la conducta suicida

Existen varios documentos que comentan sobre la diversidad de factores de riesgo de suicidio y de protección en los ámbitos personal, social, educativo, familiar, como se describen a continuación:

#### A. Factor de riesgo

##### A.1. De tipo personal: son las variables a nivel individual.

- Edad: El riesgo de suicidio varía con la edad. La franja de edad 15 a 19 años han sido identificado como factores de riesgo asociados al suicidio (Ministerio de Salud de Chile, 2013). En el Ecuador en el año 2019 según el indicador de causas externas de fallecimiento señala el suicidio como la primera causa de muerte para el grupo etario de 10 a 14 años y en la franja de 15 a 19 años como la segunda causa (INEC, 2020).

- Métodos utilizados: varían según el sexo, los hombres tienden a emplear métodos más violentos (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas), mientras que las mujeres suelen realizar sobre ingestas de psicotrópicos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes (Gerstner et al., 2018).

- Sexo: Los hombres presentan tasas de suicidios de dos a tres veces mayores que las mujeres (Gerstner et al., 2018). Sin embargo, las mujeres realizan tres veces más intentos de suicidio que los hombres. Desde un enfoque explicativo, se debe vincular los niveles de determinantes y proponer secuencias de causación, por lo que la edad puede considerarse un factor de riesgo en su interjuego con otros (Ministerio de Salud de Argentina, 2021a).

- Violencia y discriminación a personas LGBTIQ+: Los/as adolescentes que se identifican como lesbiana, gay, bisexual, trans, intersex, queer entre otras (LGBTIQ+) muestran un mayor riesgo de presentar conducta suicida en relación con aquellos que se identifican como heterosexuales. En gran medida esto se ha explicado por las experiencias de victimización y discriminación de las cuales son sujetos (Celorio, 2017). Así como por la exclusión social derivada de una cultura heterosexual que excluye e invisibiliza. También sucede la internalización del estigma, de las actitudes discriminatorias y el ocultamiento de su orientación sexual o de su identidad de género (Meyer, 2003). La no conformidad de género es un predictor significativo de autolesiones no suicidas junto a sentimientos de desesperanza y la victimización sufrida en la institución educativa de personas LGBTIQ+, y quienes presentan problemas de salud mental se asocia con mayor riesgo suicida (Rodríguez et al., 2019).

- Género: los estudios sobre el vínculo entre las formas de vivir la sexualidad y la salud mental muestran el papel coercitivo que tienen los discursos y las prácticas sustentadas en la organización social patriarcal y que implica la represión de ciertas manifestaciones de la emotividad (como el miedo o la tristeza) y, a la vez, produce una subjetividad esencialmente dominante dirigida a discriminar y subordinar a las mujeres y a otros varones que no se inscriben en el mismo modelo (De Keijzer, 2013; Barroso Martínez, 2019). El análisis de la problemática del suicidio desde una perspectiva de género exige comprender la subjetividad del individuo en el marco de los contextos que atraviesan los procesos diferenciales de socialización, entendiendo lo femenino y lo masculino no como categorías esencialistas y determinadas, sino como construcciones sociales contextualizadas culturalmente y vividas de manera singular. Pero también exige comprender las singularidades de los procesos de socialización asociados a la diversidad de identidades de género y orientaciones sexuales que exceden al modelo

heteronormativo binario; por ejemplo, las personas transgéneros a menudo permanecen calladas y en riesgo de consecuencias psicosociales, incluyendo la depresión, la ira, la ansiedad y la ideación suicida. Por esto, la relación géneros-suicidio expresa una complejidad que no puede interpretarse desde la lógica reduccionista causa-efecto, sino que requiere articular la multiplicidad de factores que influyen sobre este fenómeno (Ministerio de Salud de Argentina, 2021).

- Enfermedades físicas importantes: enfermedades somáticas, tales como cáncer (especialmente respiratorio y gastrointestinal), insuficiencia respiratoria crónica, epilepsia, y SIDA, entre otras, presentan tasas más elevadas de suicidio que la población general (Ministerio de Salud de Argentina, 2021).

- Desesperanza: esta es la principal característica cognitiva de las personas suicidas, es el estado que más íntimamente se asocia a las ideas y deseos suicidas y es considerada un factor predictivo clave del potencial suicida (Toro-Tobar, et al, 2016). Además, se correlaciona con la severidad de las tentativas suicidas, la cual es más intensa cuando predominan motivaciones claramente autodestructivas, y es un predictor de repetición (Diez-Gómez et al., 2020).

- Rasgos de Personalidad: rasgos como la impulsividad, hostilidad (hacia sí mismos y hacia los demás), conductas desadaptativas en lo afectivo, tendencia a la actuación, irritabilidad, inmadurez, dependencia, inestabilidad emocional, timidez, baja autoestima, pasividad, manipulación, susceptibilidad o rencor, rigidez, meticulosidad y perfeccionismo, se asocian a un mayor riesgo de suicidio. Algunas dimensiones de la personalidad parecen afectar de diferente modo a las tendencias suicidas, por ejemplo, la extraversión atenuaría las inclinaciones suicidas, y el psicoticismo ejercería un efecto inverso (Sousa et al., 2017; Barajas y Cruz, 2017).

- Trastornos del control de impulsos: se expresa en altos niveles de disforia, agresividad y hostilidad, baja tolerancia a la frustración, sin capacidad para aplazar la satisfacción de sus deseos, muy demandantes de atención y afecto (Sousa et al., 2017).

- Discapacidad y trastornos mentales: Las personas con trastornos mentales presentan un riesgo de suicidio 10 veces mayor, especialmente quienes padecen trastornos del

ánimo, esquizofrenia, ansiedad, ciertos trastornos de personalidad, trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas, trastornos alimentarios y depresión posparto (Cruz Morales, et al., 2017; Ferreira, et al., 2019). Estudios posteriores a la muerte han demostrado que cerca del 90% de las personas que cometieron suicidio padecían un problema de salud mental (Garbus, et al., 2017).

- Alteraciones en el comportamiento sexual: como precocidad, promiscuidad, embarazos no deseados u ocultos, abortos, haber sido víctima de abuso sexual o violación. La violencia hacia la mujer es uno de los precipitantes más significativos del suicidio femenino (Ministerio de Salud de Argentina, 2021).

- Conductas autolesivas, ideación suicida e intentos de suicidio previos: Las personas que ya han hecho tentativas de suicidio presentan riesgos elevados especialmente dentro de los seis a doce meses siguientes. Cualquier manifestación de suicidalidad conlleva un mayor peligro de muerte por suicidio. La presencia de ideación suicida puede elevar 30 veces la probabilidad de autoeliminación. Los sujetos que han realizado un intento tienen un riesgo de consumación que es cien veces mayor al de la población general. Antes de un año se repetirá la tentativa alrededor de un 30%, y eventualmente se auto eliminará entre el 10 y 20% (Ministerio de Salud de Argentina, 2021).

**A.2. Factor de riesgo de tipo social:** En las diferentes investigaciones los factores estudiados resultaron ser de gran relevancia para comprender el entorno social que genera vulnerabilidad.

- Lugar de Residencia: Los suicidios son más frecuentes entre personas que viven en sectores urbanos, sin embargo, la letalidad en las zonas rurales es más alta, presumiblemente por la lejanía de los servicios de urgencia (Gerstner et al., 2018).

- Religión: Existe una relación inversa entre el grado de aprobación del suicidio y el grado de práctica religiosa, independientemente de la religión que se profese (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

- Origen Étnico: La pertenencia a un pueblo originario muchas veces se asocia a discriminación, marginación, desarraigo familiar y territorial, pérdida de la identidad y

tradiciones culturales. Estos procesos afectan directamente a las personas de pueblos indígenas, y el suicidio de los jóvenes indígenas se da en un contexto de discriminación, marginación, colonización traumática y pérdida de las tradicionales formas de vida. Muchos se sienten aislados, fuera de lugar tanto en sus propias comunidades, al no encontrar en ellas un lugar adecuado a sus necesidades, como en las sociedades envolventes, por la profunda discriminación que en ellas impera (MINSAL, 2013; OMS, 2014; UNICEF, 2012; Gerstner, et al., 2018).

- Nivel Socioeconómico: los suicidios como los intentos son más frecuentes en personas con dificultades socioeconómicas. En los/as adolescentes es uno de los principales factores psicosociales que causan estrés, mientras que, en la población joven, altos niveles de desempleo se han asociado a tasas más altas de suicidio (Ministerio de Salud de Perú, 2017).

- Disponibilidad y acceso a medios letales: constituye un riesgo importante, del mismo modo que determina la letalidad de una tentativa de suicidio. El acceso a drogas y/o a armas de fuego es un factor de riesgo (Gerstner, et al., 2018).

- Falta de apoyo social y sensación de aislamiento: La desintegración de una unión o de una relación significativa por separación, muerte o abandono, los conflictos interpersonales, la falta las relaciones significativas y la carencia del apoyo de grupos de ayuda, conducen a menudo a un sentido del aislamiento verdadero o sentido que se ha asociado a un mayor riesgo de suicidio. A eso se le suman las exigencias de la sociedad de consumo, que promueve la satisfacción individual a partir de prácticas regidas por la inmediatez, y la progresiva fragmentación y desigualdad social, con el consecuente debilitamiento del lazo social, impactan en el proceso de reconfiguración identitaria propio de la adolescencia (Ministerio de Salud de Argentina, 2021<sup>a</sup>; Marraccini y Bier, 2017).

- Conflicto, desastres naturales y emergencias: la emergencia por COVID-19 ha traído consigo un importante impacto en la vida de las/os adolescentes por el distanciamiento de los seres queridos, dificultades económicas, un clima de incertidumbre y preocupación, reducción de las estrategias de bienestar como contacto con amigos/as, deporte, colegio, centros de apoyo a la salud mental, y además es más frecuente en

aquellos a quienes no les agrada la escolaridad virtual y tienen dificultades académicas, los cuales son estresores que aumentan el riesgo suicida (Ministerio de Salud de Perú, 2021).

- Situaciones de migración: Muchas veces el hecho de migrar supone un empobrecimiento de la calidad de vida llevada hasta el momento (recursos económicos, red de apoyo social, condiciones de vivienda, etc.), provocando un deterioro de la salud en general y por supuesto en la salud mental de estas personas (ACNUR, 2012). De esta manera, la inmigración unida al desarraigo, aislamiento, discriminación y el proceso de adaptarse a una nueva cultura, son un importante riesgo de conductas suicidas (OMS, 2014; UNICEF, 2012).

- Nula o escasa disponibilidad de cuidados sanitarios, especialmente en salud mental: En los países en desarrollo, más de 2/3 de los suicidios ocurren en la primera tentativa, lo que se explica en parte por el acceso más limitado a los servicios de salud, combinado con el uso de medios altamente letales. También por la interrupción o discontinuidad en el tratamiento por trastorno de salud mental (Ministerio de Salud de Argentina, 2021).

- Creencias culturales: Las tasas de suicidio tienden a ser altas en los países en donde sus culturas divinizan, exaltan o lo ven como algo “romántico”. Cuando existe identificación con familiares o figuras públicas que cometen suicidio.

Por decepciones amorosas y relaciones conflictivas. Aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia (Ministerio de Salud de Argentina, 2021).

- Enjambres suicidales y efecto de imitación: el enjambre es un número de suicidios que ocurren en estrecha proximidad, temporal y/o geográfica, con o sin vínculo directo entre ellos. Mientras que el contagio es el proceso por el cual un suicidio dado, facilita la ocurrencia de otro suicidio, independientemente del conocimiento directo o indirecto del suicidio anterior; ejerce un efecto de modelo imitable para personas que intentan o cometen suicidios posteriores (Ministerio de Salud de Argentina, 2021).

- Uso del internet y las nuevas tecnologías: el internet es un instrumento importante para el acceso a información, así como un medio de comunicación, pero puede constituir también una vía de riesgo a las/os adolescentes, por su uso frecuente, la mayoría de las veces sin supervisión, y por exponerlos a la violencia como ciberbullying, chantajes, cibersexo, trata de personas, prostitución, etc. cuyas consecuencias puede llegar hasta el suicidio (Ministerio de Salud de Perú, 2017; Gamito, et al., 2017).

- Medios de comunicación de masa: pueden jugar un rol fundamental en la prevención del suicidio, dependiendo de la forma como informan sobre éstos. Un factor que pueden llevar a una persona vulnerable al suicidio es la entrega inadecuada (sensacionalista, glamorosa, sobredimensionada, sobre expuesta, distorsionada, reiterativa), de la información (Ministerio de Salud de Argentina, 2021).

**A.3. Factor de riesgo de tipo escolar:** las dificultades que se observan en los centros educativos y en la relación entre el alumnado son variables relevantes para la comprensión de la temática.

- Variaciones en el comportamiento escolar: deterioro del rendimiento habitual, fugas o deserción escolar, desajuste vocacional, dificultades en las relaciones con profesores, inadaptación a determinados regímenes escolares (internado, por ejemplo) (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

- Violencia escolar: hostigamiento y bullying entre compañeros, estar sometido a amenazas de muerte o golpizas, la cual ocurre más frecuentemente en el aula de clases y el patio, y en menor medida fuera del colegio terminando el horario de clases y los pasillos o escaleras; también la violencia sexual cometido por compañeros o adultos de la institución educativa (Ministerio de Salud de Perú, 2017; Sousa et al., 2017; Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2020).

- Incumplir con las expectativas de las personas adultas: depositadas por los padres/madres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el/la adolescente como metas alcanzables y con problemas de comunicación (Oliva, et al., 2021), principalmente asociadas al rendimiento escolar (Cruz y Gutiérrez, 2017).

- Prácticas educativas severas o arbitrarias: alta exigencia académica, periodos de exámenes y problemas disciplinarios en la institución educativa o situaciones legales por las que debe responder el/la adolescente. Crisis en la trayectoria escolar asociada a problemas escolares han sido vinculadas con conducta suicida en la infancia y adolescencia (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

- Compañeros con conductas suicidas: cuando amigos o compañeros de la institución educativa han realizado intentos de suicidio o con conductas suicidas, pueden influir para que otros/as adolescentes lo hagan (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

- Pactos suicidas: Un pacto suicida es un arreglo mutuo entre dos o más personas a morir juntos en el mismo tiempo, y generalmente, en el mismo lugar. A menudo, es uno de los participantes el “líder” que instiga a la idea. Es la presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y situaciones (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

**A.4. Factor de riesgo de tipo familiar:** las pautas de crianza de los participantes, así como la relación que establecía la familia del alumnado con la institución educativa resultaron ser las variables de análisis en dos estudios.

- Antecedentes familiares de suicidio: La presencia de conducta suicida en alguno de los progenitores constituyen igualmente un riesgo ocho veces mayor de comportamiento suicida, en comparación con la población general (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

- Clima emocional caótico en la familia: vínculos y relaciones conflictivos o poco cálidas con figuras significativas (padre, madre o profesores), baja adaptación de la dinámica familiar ante los cambios en la adolescencia (Serrano-Ruiz y Olave-Chaves, 2017), excesivas expectativas de los representantes legales que sobrepasan las capacidades del adolescente y permisividad en el hogar ante ciertas conductas antisociales son uno de los principales motivos que dan los jóvenes para suicidarse (Ministerio de Salud de Perú, 2017; Sousa et al., 2017).

- Enfermedad mental en los padres/madres: principalmente el alcoholismo paterno y la depresión materna (Ministerio de Salud de Perú, 2021).

- Maltrato infantil y la violencia sexual de los padres/madres hacia sus hijos/as (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

Para Sánchez y Robles (2020), aunque las variables sociodemográficas relacionadas a los intentos de suicidio permiten abordar con mayor profundidad la problemática, no reciben la relevancia necesaria en los servicios hospitalarios.

Estudios realizados infieren que el análisis de datos sociodemográficos amplía la comprensión del fenómeno suicida y facilita la elaboración de perfiles. Varios autores refieren que las etapas del ciclo vital de mayor vulnerabilidad frente a las tentativas de suicidio son la juventud y la mediana edad. Asimismo, factores sociodemográficos como edad, sexo y problemáticas asociadas a la salud mental pueden ser indicadores de riesgo (Sanchez & Robles, 2020).

De igual forma, varios estudios han detallado que la presencia de un trastorno mental o trastornos de personalidad son indicadores de alto riesgo, que aumentan la probabilidad de presentar ideación suicida o intentos de suicidio (Borges, et al, 2009; Sánchez, 2012).

La encuesta nacional de adicciones, implementada en México durante el año 2008, determinó las prevalencias relacionadas con el suicidio en base a perfiles sociodemográficos. El estudio detalla que, en cuanto a la edad, las tasas más altas de ideación suicida se encuentran entre los 12 y 14 años y, la probabilidad incrementa entre los 15 y 17 años (Borges, et al, 2009). Al respecto, Sánchez (2012) plantea que diversas investigaciones concluyen que los adolescentes constituyen el grupo con mayor vulnerabilidad frente al riesgo suicida, al igual que, las conductas auto líticas se presentan con más frecuencia en la adolescencia y adultos jóvenes (Sanchez, 2012).

Respecto al sexo, a pesar que las mujeres presentan mayor prevalencia para ideación y conductas auto líticas, diversos estudios detallan que el porcentaje de muerte por suicidio es muy alto en los hombres (Sanchez, 2012). Según Sánchez y Robles (2020) la investigación realizada en 682 personas que presentaron conductas auto lítica, tentativa suicida o intento de suicidio en el servicio de urgencias de dos hospitales en España, concluyó que las variables sociodemográficas que podrían inferir la

manifestación de conductas suicidas están relacionadas a ser mujer, encontrarse entre los 35 y 53 años, tener un diagnóstico previo y encontrarse en situación de desempleo (Sanchez & Robles, 2020).

En cuanto a la situación socioeconómica, las personas que perciben bajos ingresos, se encuentran en situación de desempleo y no cuentan con condiciones de vivienda presentan mayor probabilidad y prevalencia para conductas suicidas (Borges, et al, 2009).

Sobre la estructura familiar y la ideación suicida, un estudio delimita que un ambiente familiar disfuncional, falta de apoyo y dificultades en la comunicación familiar puede aumentar la probabilidad de presentar conductas suicidas en adolescentes (Garza, Castro, & Calderon, 2019). Asimismo, las familias propensas a la disfuncionalidad que se caracterizan por un liderazgo limitado, ausencia de límites y cumplimiento estricto de reglas incide en la prevalencia del riesgo suicida en la adolescencia (Altuzarra, 2019).

**B. Factores Protectores:** son los factores que actúan contrarrestando, disminuyendo o amortiguando el efecto de los factores de riesgo, favoreciendo un desarrollo infanto-juvenil saludable y, en especial, la salud mental. Estos recursos pueden actuar a nivel individual, familiar y social (Manitoba's Youth Suicide Prevention Strategy, 2014; OMS, 2002; Molina, et al., 2017).

- Individuales: Habilidades para la solución de problemas y estrategias de afrontamiento, proyecto de vida o vida con sentido, capacidad de automotivarse, autoestima positiva, autopercepción positiva y sentido de autoeficacia, capacidad de buscar ayuda cuando surgen dificultades (Soto-Sanz et al., 2019; Molina et al., 2017).

- Familiares: Funcionamiento familiar (alta cohesión y bajo nivel de conflictos) y apoyo de la familia (Reyes-Rojas, et al., 2021).

- Ambientales: Integración social, por ejemplo, participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades, buenas relaciones con compañeros y pares, buenas relaciones con profesores y otros adultos, contar con sistemas de apoyo, nivel educativo

medio-alto. Los diversos actores en contacto con los/as adolescentes tienen el desafío y la responsabilidad de construir y fortalecer vínculos y espacios que alojen los itinerarios y trayectorias singulares, sus historias personales y las de las comunidades, para dar lugar al sostenimiento, acompañamiento y despliegue de proyectos vitales (Ministerio de Salud de Argentina, 2021a).

### 3.3. Definición de términos básicos

**1. Conductas de riesgo:** son aquellas acciones voluntarias o involuntarias que pueden llevar a consecuencias nocivas (Rosabal, Romero, Gaquín, & Hernández, 2015). Con la finalidad de determinar las conductas de riesgo en adolescentes asociadas al riesgo de suicidio, se van a considerar las siguientes:

- **Problemas de la conducta alimentaria:** “Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo” (Estrada, Turón, Rodríguez, & Benítez, 2009, en Conde, 2017, 23).

- **Falta de Autocuidado:** “Se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud, estas prácticas son de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad” (OMS, 1989, 10).

- **Violencia:** “Es el uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo” (OMS, 2002, 10).

- **Consumo de sustancias:** “Es un estado de necesidad psicofisiológica que se expresa en el consumo compulsivo de drogas, que produce un deterioro del control del uso y alteración de la cognición. En el consumo problemático se subordinan los aspectos socioculturales” (CONSEP, 2013 en MSP, 2014, 41).

- **Conductas sexuales de riesgo:** “Se denomina conducta sexual de riesgo a la exposición de situaciones que ocasionen daños a la salud propia o de otros, como la posibilidad de embarazos no deseados, de contraer alguna ETS o SIDA. También se incluyen como conducta sexual de riesgo el aborto, el inicio de actividad sexual a edad temprana, el consumo de alcohol y de sustancias y, al cambio frecuente de parejas. Las conductas sexuales de riesgos pueden tener consecuencias a corto y largo plazo, muchas de las cuales son de carácter irreversible. Estas conductas son practicadas, en ocasiones, para evitar la crítica de compañeros” (Flores, 2014, 49).

- **Riesgo Emocional:** “El riesgo o conflicto emocional es considerado como una causa por ideologías opuestas y estas no coinciden o no pueden ser reconciliadas creando así un enfrentamiento entre 2 o más personas con el objetivo de tener o alcanzar un beneficio propio” (Rivera, 2015, en Herrera, 2020, 27). Incluye las dimensiones de maltrato físico, abuso sexual y maltrato psicológico.

- **Suicidio:** “es el acto de quitarse la vida deliberadamente” (OPS, 2017, 131). En el estudio se hablará de riesgo de suicidio.

**2. Los determinantes sociales de la salud y la salud mental:** son los factores relacionados con la salud o el apareamiento de problemas en la población. Dichos determinantes se exponen a nivel macro, meso y micro, los cuales están relacionados con problemáticas socioeconómicas, existe vasta evidencia de que el riesgo de padecer problemas mentales está asociado con indicadores de pobreza y desigualdad; y, a nivel individual por conflictos familiares e individuales, por ello, las personas en situación de vulnerabilidad social están en mayor riesgo de presentar problemas de salud mental como depresión y bajo bienestar subjetivo (OPS, 2009).

### **3. Características Sociodemográficas:**

- **Edad:** “Es el tiempo que ha vivido una persona” (RAE, 2021). En el caso del estudio son adolescentes de 11 a 15 años.

- **Género:** “Es el grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico” (RAE, 2021). Consideramos tres categorías de hombres, mujer y otros.

- **Nivel de escolaridad:** “Son los grados de educación que abarca desde primer hasta décimo grado y estudios de bachillerato. Los niveles de Educación General Básica se divide en cuatro: preparatoria, que corresponde a 1.º grado de Educación General Básica y preferentemente se ofrece a los estudiantes de cinco años de edad; básica elemental, que corresponde a 2.º, 3.º y 4.º grados de Educación General Básica y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 6 a 8 años de edad; básica media, que corresponde a 5.º, 6.º y 7.º grados de Educación General Básica y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 9 a 11 años de edad; y, básica superior, que corresponde a 8.º, 9.º y 10.º grados de Educación General Básica y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 12 a 14 años de edad.” (MINEDUC, 2021). En la investigación se utilizará el último nivel de escolaridad básica superior de los grados 8.º, 9.º y 10.º.

- **Tipo de familia:** “El Estado reconoce la familia en sus diversos tipos: a) La familia de padres separados, esto es la familia en que los padres se niegan a vivir juntos, no son pareja, pero deben seguir cumpliendo a cabalidad con su rol de padres ante los hijos, por muy distantes que estos se encuentren; aun cuando hay que reconocer que por el bien de los hijos se niegan a la relación de pareja, pero no a la paternidad ni maternidad; b) La familia extensa, cuando se viven con los abuelos u otros miembros de la familia extendida; c) La familia mono parental, esto es aquella familia que se constituye por uno de los padres de sus hijos; d) La familia con ambos padres” (Gobierno del Ecuador, 2008, 31).

- **Nivel socioeconómico:** “El nivel socio económico es un atributo del hogar que caracteriza su inserción social y económica. Está basado en el nivel de educación, el nivel de ocupación y el patrimonio. Este nivel está dividido en varios segmentos: alto, medio y bajo. La estratificación social es un tipo especial de diferenciación social que incluye la existencia de una jerarquización sistemática de las posiciones sociales, cuyos ocupantes se consideran entre ellos, superiores, iguales o inferiores en los asuntos que incumben a la sociedad” (Kurt, 1930, en Eguez & Pérez, 2017, 18).

- **Etnia:** “Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas y culturales” (RAE, 2021). En la investigación se utilizará la autoidentificación étnica de indígena, afroecuatoriano, mestizo y blanco.

## 4. Materiales y metodología

### **Tipo de investigación:**

El presente estudio se inscribe en el enfoque cuantitativo de investigación, puesto que usa la recolección de datos para probar supuestos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con la finalidad de conocer las conductas de riesgo relacionados a la conducta de suicidio en adolescentes (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006).

El alcance de la investigación es de naturaleza descriptiva, ya que busca especificar las conductas de riesgo asociado con el suicidio adolescente. Asimismo, es relacional, pues se asociará las variables sociodemográficas de edad, género, nivel de escolaridad, tipo de familia, nivel socioeconómico y etnia.

### **Diseño de investigación:**

El diseño de investigación es no experimental ya que se realizó sin la manipulación deliberada de las variables y se va a observar las conductas de riesgo relacionados con el riesgo de suicidio en adolescentes; mediante un diseño transversal en el que se recolectarán los datos en un único momento (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006).

### **Población y Muestra:**

El levantamiento de información se realizó mediante una encuesta de carácter no probabilística por conveniencia, es decir, un muestreo de acuerdo la disponibilidad y la facilidad para acceder a los y las estudiantes con homogeneidad de género (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006).

La población por encuestar es de 5.495 estudiantes que cursan de 8avo a 10mo de la Unidades Educativas Municipales. Al tratarse de un muestreo no probabilístico por conveniencia, no se establece un mínimo de personas para la aplicación de la encuesta. El tamaño de la muestra fue tentativo y dependió de la aceptación de los consentimientos informados de representantes legales y estudiantes, dando un total de 804 estudiantes que

participaron del estudio posterior a la limpieza de la base de datos que inicialmente obtuvo 1200 casos que respondieron a los instrumentos de investigación.

### **Criterios de inclusión y exclusión:**

Para el presente estudio, se consideraron los siguientes criterios de inclusión y exclusión en función de la población:

**Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión de la muestra**

|                        |  |
|------------------------|--|
| Criterios de inclusión | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Matricula legalizada en los años escolares de 8vo y 10mo año de Educación General Básica en Unidades Educativas Municipales de la ciudad de Quito</li> <li>· Selección aleatoria sin discriminación por género, identificación étnica o ubicación geográfica</li> <li>· Manejo, acceso y disponibilidad de recursos tecnológicos (computadora de escritorio, laptop, Tablet, celular, etcétera) e internet.</li> <li>· Participación voluntaria a la presente investigación mediante la firma de asentimiento informado por parte de los padres y madres de familia y cumplir con los requerimientos del MINEDUC para menores de edad.</li> </ul> |
| Criterios de exclusión | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Situación de discapacidad que refiera dificultades para el levantamiento de información.</li> </ul>   |

**Fuente:** Elaboración propia.

### **Instrumentos utilizados**

La recolección de los datos se realizará mediante un cuestionario, el cual es un conjunto de preguntas respecto a las conductas de riesgo en adolescentes, mediante preguntas cerradas de opciones múltiples previamente delimitadas, y de modalidad autoadministrado a los/as estudiantes mediante un medio telemático y/o presencial.

Los instrumentos propuestos en la investigación son:

1. Versión en español sobre la base del Cuestionario de evaluación rápida de servicios preventivos para adolescentes - RAAPS (Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services), la cual ha sido validada en población colombiana mostrando un alfa de Cronbach de fiabilidad interna de 0,7207 (Yi, Martyn, Salerno, & Darling-Fisher, 2006; Suárez-Pintoa, Blanco-Gómez, & Díaz-Martínez, 2016; Paredes-Iragorri & Patiño-Guerrero, 2020). Anexo 1

Es un cuestionario que permite identificar conductas que puedan poner en riesgo de lesión o muerte prematura a la población adolescente. RAAPS, en los entornos de práctica, podría conducir a servicios de prevención de los adolescentes más eficaces, proporcionando una herramienta para evaluar e identificar sistemáticamente a los adolescentes en riesgo. La implementación de RAAPS ofrece una manera eficiente, consistente y amigable con los adolescentes, para identificar comportamientos riesgosos y adaptar las intervenciones para satisfacer sus necesidades.

2. Ficha sociodemográfica elaborada para esta investigación, con información acerca de la edad, el género, nivel socioeconómico, de escolaridad, etnia y tipo de familia.

A continuación, se presenta la escala de predicción de conductas de riesgo y riesgo de suicidio:

**Tabla 3. Factores de Riesgo evaluados**

| Variable            | Dimensiones                             | Indicadores                            | Ítems | Instrumento        | Tipo de datos      |
|---------------------|---|--|-------|--------------------|--------------------|
| Conductas de riesgo | 1. Problemas de la conducta alimentaria | · Problemas de la conducta alimentaria | 1     | Cuestionario RAAPS | Preguntas de SI/NO |
|                     | 2. Falta de Autocuidado                 | · Autocuidado                          | 1-3   |                    |                    |
|                     | 3. Violencia                            | · Violencia                            | 4-6   |                    |                    |
|                     | 4. Consumo de sustancias                | · Consumo de sustancias                | 7-12  |                    |                    |
|                     | 5. Conductas sexuales de riesgo         | · Conductas sexuales de riesgo         | 13-16 |                    |                    |
|                     | 6. Riesgo Emocional                     | · Riesgo Emocional                     | 17-20 |                    |                    |
|                     | 7. Suicidio                             | · Suicidio                             | 21    |                    |                    |

**Fuente:** Elaboración propia.

Para el procesamiento de los datos de acuerdo a los factores de riesgo psicosocial y riesgo de suicidio se han tomado en cuenta las dimensiones especificadas según la siguiente tabla de operacionalización (Tabla 4) según La Guía de Supervisión 2014 - UNFPA Ecuador MSP para la estructura dimensional de la Evaluación Rápida de Servicios Preventivos para Adolescentes (RAAPS), siendo que la sugerencia de calificación es “.... Una respuesta positiva

en cualquiera de sus dimensiones es objeto de riesgo y por tanto de seguimiento con mayor investigación y asesoramiento...” MSP (2014). Siendo importante especificar que las dimensiones se categorizaron de forma dicotómica como sugiere el cuestionario en presencia o ausencia de riesgo, es decir, Riesgo Si o Riesgo no (Yi, Martyn, Salerno, & Darling-Fisher, 2006; Suárez-Pintoa, Blanco-Gómez, & Díaz-Martínez, 2016; Paredes-Iragorri & Patiño-Guerrero, 2020). Es importante especificar, que para que no existan indicadores de riesgo psicosocial en cada una de las 5 dimensiones, debe haber respuestas de 0 cada uno de los ítems correspondientes a su dimensión determinada como se observa en la tabla 4.

Tabla 4. Operacionalización del riesgo psicosocial por dimensiones

| Variable           | Dimensión                 | Ítems               |
|--------------------|---------------------------|---------------------|
| Riesgo psicosocial | 1.- Riesgo de autocuidado | 1, 2, 3 y 4         |
|                    | 2.- Riesgo de Violencia   | 5, 6 y 7            |
|                    | 3.- Riesgo de consumo     | 8, 9, 10, 11 y 12   |
|                    | 4.- Riesgo en sexualidad  | 13, 14, 15 y 16     |
|                    | 5.- Riesgo emocional      | 17, 18, 19, 20 y 21 |
| Riesgo de suicidio | 1.- Intención de suicidio | 19                  |

Fuente: Elaboración propia.

Para la evaluación de los factores sociodemográficos se utilizó el siguiente cuestionario:

Tabla 5. Factores Sociodemográficos evaluados

| Variable                          | Dimensiones               | Indicadores       | Ítems | Instrumento               | Tipo de datos                           |
|-----------------------------------|---------------------------|-------------------|-------|---------------------------|---|
| Características Sociodemográficas | 8. Edad                   | • De 11 a 15 años | 22    | Encuesta sociodemográfica | Escala Likert con opciones de respuesta |
|                                   | 9. Sexo                   | • Masculino       | 23    |                           |   |
|                                   |                           | • Femenino        |       |                           |   |
|                                   | 10. Nivel de escolaridad  | • Otro            | 24    |                           |   |
| • 8vo                             |                           |                   |       |                           |   |
| 11. Tipo de familia               | • 9no                     | 26                |       |                           |   |
|                                   | • 10mo                    |                   |       |                           |   |
|                                   | • Familia de ambos padres |                   |       |                           |   |
|                                   | • Familia extensa         |                   |       |                           |   |

|                                    |  |    |
|------------------------------------|--|----|
|                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Familia monoparental</li> <li>· Familia de padres separados</li> </ul>              |    |
| 12. Nivel socioeconómico percibido | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Alto</li> <li>· Medio</li> <li>· Bajo</li> </ul>                                    | 26 |
| 13. Etnia                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Indígena</li> <li>· Afroecuatoriano</li> <li>· Mestizo</li> <li>· Blanco</li> </ul> | 27 |

**Fuente:** Elaboración propia.

### Procedimiento

Para el análisis de los datos obtenidos se realizó un análisis descriptivo de los datos recolectados indicando frecuencia, porcentaje, desviación estándar y promedio. Mediante el programa estadístico SPSS se desarrolló un análisis relacional entre los datos del cuestionario y los sociodemográficos mediante la prueba de Chi cuadrado para determinar si existen diferencias significativas y el coeficiente de Pearson para determinar la relación entre variables.

Por otro lado, se describen las siguientes consideraciones éticas que se considerarán en la investigación:

- Respetar a la persona y comunidad que participa en el estudio mediante la provisión de información necesaria sobre el alcance del estudio y la presentación de los resultados.
- Respetar el principio de autonomía mediante el planteamiento de una participación libre y voluntaria.
- Respetar el principio de confidencialidad en el uso de la información de todas y todos los participantes.

- Protección de la población vulnerable mediante el asentimiento de la participación a través de preguntas de consentimiento informado en los cuestionarios y al inicio de los grupos focales.
- Respeto a la integridad, debido a que el presente estudio, al ser de alcance descriptivo y confidencial, no supone riesgos a las y los participantes.
- Consideraciones de corresponsabilidad social y evidencia científica, ya que posibilitará el abordaje de la problemática del suicidio en el ámbito educativo mediante la aplicación del método científico.

## 5. Resultados y discusión

### 5.1. Análisis Descriptivo

Inicialmente se realizará un análisis descriptivo de los factores sociodemográficos con la finalidad de describir el contexto de la población investigada, para posterior evidenciar la manifestación de los riesgos asociados.

**Tabla 6 Estadística descriptiva de factores sociodemográficos**

| Variable                    | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|------------|------------|
| <b>Edad</b>                 |            |            |
| 11 y 12 años de edad        | 273        | 34,0       |
| 13 y 14 años de edad        | 489        | 60,8       |
| 15 y 16 años de edad        | 42         | 5,2        |
| <b>Género</b>               |            |            |
| Femenino                    | 426        | 53,0       |
| Masculino                   | 378        | 47,0       |
| <b>Tipo de familia</b>      |            |            |
| Familia de ambos padres     | 569        | 70,8       |
| Familia de padres separados | 63         | 7,8        |
| Familia extensa             | 50         | 6,2        |
| Familia monoparental        | 117        | 14,6       |
| Otros familiares            | 5          | 0,6        |
| <b>Nivel Socioeconómico</b> |            |            |
| Alto                        | 123        | 15,3       |
| Bajo                        | 194        | 24,1       |
| Medio                       | 487        | 60,6       |
| <b>Etnia</b>                |            |            |
| Afroecuatoriano             | 11         | 1,4        |
| Indígena                    | 9          | 1,1        |

|                      |     |       |
|----------------------|-----|-------|
| Mestizo              | 783 | 97,4  |
| Montubio             | 1   | 0,1   |
| Nivel de escolaridad |     |       |
| Décimo               | 272 | 33,8  |
| Noveno               | 243 | 30,2  |
| Octavo               | 289 | 35,9  |
| Total                | 804 | 100,0 |

Fuente: Autoría propia

**Interpretación:** Del análisis de 804 adolescentes estudiantes de Unidades educativas Municipales en el Distrito Metropolitano de Quito que participaron de forma libre en la presente investigación, se especifican los siguientes hallazgos de acuerdo a características sociodemográficas, 6 de cada 10 participantes poseen edades entre 13 y 14 años de edad, seguido en forma descendente por 3 de cada 10 con edades de 11 y 12 años, siendo la minoría con un 10% adolescentes entre 15 y 16 años; En rangos similares se encuentran las características por género con una diferencia de las mujeres sobre los varones con un 3%. En referencia a los tipos de familia los resultados relevantes especifican 7 de 10 adolescentes viven con su padre-madre, seguido de 1 de cada 10 por un tipo de familia monoparental. El estrato socioeconómico de mayor manifestación se encuentra en 6 de cada 10 adolescentes con condiciones de nivel medio, seguido por 2 de cada 10 con condiciones socioeconómicas bajas. Sin mayor diferencia se encuentra con una preponderancia de 9 de cada 10 participantes como mestizos sobre otra identificación étnica, finalmente, con una muestra homogénea de 3 de cada 10 se encuentran los niveles de escolaridad como decimo, noveno y con 4 de 10 con nivel de escolaridad de octavo de educación básica.

**Tabla 7** Estadística descriptiva de factor de riesgo suicida

| Variable | Riesgo de suicidio |            |
|----------|--------------------|------------|
|          | Frecuencia         | Porcentaje |
| No       | 727                | 90,4       |
| Si       | 77                 | 9,6        |
| Total    | 804                | 100,0      |

Fuente: Autoría propia

**Interpretación:** Del análisis de 804 adolescentes estudiantes de Unidades educativas Municipales en el Distrito Metropolitano de Quito que participaron de forma libre en la

presente investigación, se especifican los siguientes hallazgos de acuerdo a la presencia de riesgo suicida: 1 de cada 10 adolescentes presenta como factor de riesgo suicida.

**Tabla 8** Estadística descriptiva de factores de riesgo psicosocial

| Autocuidado                 |            |            |
|-----------------------------|------------|------------|
| Variable                    | Frecuencia | Porcentaje |
| No                          | 260        | 32,3       |
| Si                          | 544        | 67,7       |
| Riesgo de Violencia         |            |            |
| No                          | 648        | 80,6       |
| Sí                          | 156        | 19,4       |
| Riesgo de Consumo de drogas |            |            |
| No                          | 704        | 87,6       |
| Si                          | 100        | 12,4       |
| Riesgo en la Sexualidad     |            |            |
| No                          | 617        | 76,7       |
| Si                          | 187        | 23,3       |
| Riesgo Emocional            |            |            |
| No                          | 354        | 44,0       |
| Si                          | 450        | 56,0       |
| Riesgo Total                |            |            |
| Sin riesgo                  | 114        | 14,2       |
| Medio                       | 504        | 62,7       |
| Alto                        | 186        | 23,1       |
| Total                       | 804        | 100,0      |

**Fuente:** Autoría propia

**Interpretación:** Del análisis de 804 adolescentes estudiantes de Unidades educativas Municipales en el Distrito Metropolitano de Quito que participaron de forma libre en la presente investigación, se especifican los siguientes hallazgos de acuerdo a la presencia de factores de riesgo psicosocial: 7 de cada 10 adolescentes presenta como factor de riesgo el autocuidado; 2 de cada 10 adolescentes presenta como factor de riesgo la exposición a la violencia; 1 de cada 10 adolescentes presenta como factor de riesgo el consumo de drogas; 2 de cada 10 adolescentes presenta como factor de riesgo el comportamiento sexuales. Como dato relevante 6 de cada 10 adolescentes presentan como factor de riesgo el manejo emocional, finalmente, 2 de cada 10 adolescentes evidencian riesgo psicosocial alto.

## 5.2. Análisis de relación entre variables

Respecto del análisis de la relación entre variable, se procede inicialmente con un análisis descriptivo mediante de tablas de contingencia según las dos variables independientes (factores psicosociales y factores de riesgo) sobre la variable dependiente (riesgo suicida), para posterior detallar la hipótesis de independencia mediante el estadígrafo Chi cuadrado.

**Tabla 9** Relación del Riesgo suicida según la edad

| Riesgo de suicidio |    | Edad         |              |         | Total |
|--------------------|----|--------------|--------------|---------|-------|
|                    |    | 11 y 12 años | 13 y 14 años | 15 y 16 |       |
| No                 | Fr | 249          | 439          | 39      | 727   |
|                    | %  | 91,2%        | 89,8%        | 92,9%   | 90,4% |
| Si                 | Fr | 24           | 50           | 3       | 77    |
|                    | %  | 8,8%         | 10,2%        | 7,1%    | 9,6%  |

**Fuente:** Autoría propia

**Interpretación:** Del análisis de 804 adolescentes estudiantes de Unidades educativas Municipales en el Distrito Metropolitano de Quito que participaron de forma libre en la presente investigación, se especifican los siguientes hallazgos de acuerdo a la relación según riesgo suicida y edad: 1 de cada 10 adolescentes presentan riesgo suicida independiente de su edad, siendo el de mayor frecuencia en las edades de 13 a 14 años con 50 casos identificados.

**Tabla 10** Relación del Riesgo suicida según el género

| Riesgo de suicidio |    | Género   |           | Total |
|--------------------|----|----------|-----------|-------|
|                    |    | Femenino | Masculino |       |
| No                 | Fr | 363      | 727       | 363   |
|                    | %  | 85,2%    | 90,4%     | 85,2% |
| Si                 | Fr | 63       | 77        | 63    |
|                    | %  | 14,8%    | 9,6%      | 14,8% |

**Fuente:** Autoría propia

**Interpretación:** Del análisis de 804 adolescentes estudiantes de Unidades educativas Municipales en el Distrito Metropolitano de Quito que participaron de forma libre en la presente investigación, se especifican los siguientes: 1 de cada 10 adolescentes indistintamente de su género presenta riesgo de suicidio, siendo más frecuente en el género

masculino con 8 casos de diferencia del género femenino, siendo importante especificar el sesgo de comparación de 63 casos a 363 casos.

**Tabla 11** Relación del Riesgo suicida según tipo de familia

| Riesgo de suicidio |    | Tipo de familia |                  |         |              |                  | Total |
|--------------------|----|-----------------|------------------|---------|--------------|------------------|-------|
|                    |    | De ambos padres | Padres separados | Extensa | Monoparental | Otros familiares |       |
| No                 | Fr | 519             | 58               | 43      | 103          | 4                | 727   |
|                    | %  | 91,2%           | 92,1%            | 86,0%   | 88,0%        | 80,0%            | 90,4% |
| Si                 | Fr | 50              | 5                | 7       | 14           | 1                | 77    |
|                    | %  | 8,8%            | 7,9%             | 14,0%   | 12,0%        | 20,0%            | 9,6%  |

Fuente: Autoría propia

**Interpretación:** Del análisis de 804 adolescentes estudiantes de Unidades educativas Municipales en el Distrito Metropolitano de Quito que participaron de forma libre en la presente investigación, se especifican los siguientes hallazgos: 1 de cada 10 adolescentes presenta riesgo suicida independiente del tipo de familia con excepción que, “en otras familias” el 20 % de adolescentes además de tener un tipo de familia no convencional estructurada” presentan como factor de riesgo el suicidio.

**Tabla 12** Relación del Riesgo suicida según Nivel Socioeconómico

| Riesgo de suicidio |    | Nivel Socioeconómico |       |       | Total |
|--------------------|----|----------------------|-------|-------|-------|
|                    |    | Alto                 | Bajo  | Medio |       |
| No                 | Fr | 175                  | 445   | 445   | 727   |
|                    | %  | 90,2%                | 91,4% | 91,4% | 90,4% |
| Si                 | Fr | 19                   | 42    | 42    | 77    |
|                    | %  | 9,8%                 | 8,6%  | 8,6%  | 9,6%  |

Fuente: Autoría propia

**Interpretación:** Del análisis de 804 adolescentes estudiantes de Unidades educativas Municipales en el Distrito Metropolitano de Quito que participaron de forma libre en la presente investigación, se especifican los siguientes hallazgos: 1 de cada 10 adolescentes además de tener riesgo de suicidio pertenece de forma indistinta a cualquier nivel socioeconómico, fenómeno que permite establecer que el riesgo suicida es latente sin importar realidad/estrato económico.

**Tabla 13** Relación del Riesgo suicida según etnia

| Riesgo de suicidio |    | Etnia           |          |         |          | Total |
|--------------------|----|-----------------|----------|---------|----------|-------|
|                    |    | Afroecuatoriano | Indígena | Mestizo | Montubio |       |
| No                 | Fr | 11              | 9        | 706     | 1        | 727   |
|                    | %  | 100,0%          | 100,0%   | 90,2%   | 100,0%   | 90,4% |
| Si                 | Fr | 0               | 0        | 77      | 0        | 77    |
|                    | %  | 0,0%            | 0,0%     | 9,8%    | 0,0%     | 9,6%  |

Fuente: Autoría propia

Interpretación: Del análisis de 804 adolescentes estudiantes de Unidades educativas Municipales en el Distrito Metropolitano de Quito que participaron de forma libre en la presente investigación, se especifican los siguientes hallazgos de acuerdo a la relación según riesgo suicida y etnia: 10% de la población que se autoidentifica como mestiza refiere riesgo suicida, cabe mencionar que al ser el 99% de población es mestiza, por tanto, no se podrá describir mayor indicadores en las otras etnias.

**Tabla 14** Relación del Riesgo suicida según escolaridad

| Riesgo de suicidio |    | Escolaridad |        |        | Total |
|--------------------|----|-------------|--------|--------|-------|
|                    |    | Décimo      | Noveno | Octavo |       |
| No                 | Fr | 239         | 225    | 263    | 727   |
|                    | %  | 87,9%       | 92,6%  | 91,0%  | 90,4% |
| Si                 | Fr | 33          | 18     | 26     | 77    |
|                    | %  | 12,1%       | 7,4%   | 9,0%   | 9,6%  |

Fuente: Autoría propia

Interpretación: Del análisis de 804 adolescentes estudiantes de Unidades educativas Municipales en el Distrito Metropolitano de Quito que participaron de forma libre en la presente investigación, se especifican que: 1 de cada 10 investigados presenta como factor el riesgo el suicidio independiente al nivel de escolaridad, con una ligera diferencia de 7 caso más en el nivel de escolaridad de noveno en comparación con octavo de educación básica.

**Tabla 15** Relación del Riesgo suicida según factores de riesgo psicosocial

| Riesgo de suicidio |    | Autocuidado |       | Total |
|--------------------|----|-------------|-------|-------|
|                    |    | No          | Sí    |       |
| No                 | Fr | 252         | 475   | 727   |
|                    | %  | 96,9%       | 87,3% | 90,4% |
| Si                 | Fr | 8           | 69    | 77    |
|                    | %  | 3,1%        | 12,7% | 9,6%  |

| Riesgo de suicidio |    | Violencia |       | Total |
|--------------------|----|-----------|-------|-------|
|                    |    | No        | Sí    |       |
| No                 | Fr | 613       | 114   | 727   |
|                    | %  | 94,6%     | 73,1% | 90,4% |
| Si                 | Fr | 35        | 42    | 77    |
|                    | %  | 5,4%      | 26,9% | 9,6%  |

  

| Riesgo de suicidio |    | Consumo de drogas |       | Total |
|--------------------|----|-------------------|-------|-------|
|                    |    | No                | Sí    |       |
| No                 | Fr | 653               | 74    | 727   |
|                    | %  | 92,8%             | 74,0% | 90,4% |
| Si                 | Fr | 51                | 26    | 77    |
|                    | %  | 7,2%              | 26,0% | 9,6%  |

  

| Riesgo de suicidio |    | Sexualidad |       | Total |
|--------------------|----|------------|-------|-------|
|                    |    | No         | Sí    |       |
| No                 | Fr | 567        | 160   | 727   |
|                    | %  | 91,9%      | 85,6% | 90,4% |
| Si                 | Fr | 50         | 27    | 77    |
|                    | %  | 8,1%       | 14,4% | 9,6%  |

  

| Riesgo de suicidio |    | Riesgo emocional |       | Total |
|--------------------|----|------------------|-------|-------|
|                    |    | No               | Sí    |       |
| No                 | Fr | 354              | 373   | 727   |
|                    | %  | 100,0%           | 82,9% | 90,4% |
| Si                 | Fr | 0                | 77    | 77    |
|                    | %  | 0,0%             | 17,1% | 9,6%  |

  

| Riesgo psicosocial |    | Riesgo suicida |       | Total |
|--------------------|----|----------------|-------|-------|
|                    |    | No             | Sí    |       |
| Sin riesgo         | Fr | 114            | 0     | 114   |
|                    | %  | 100%           | 0%    | 100%  |
| Riesgo bajo        | Fr | 504            | 0     | 504   |
|                    | %  | 100%           | 0%    | 100%  |
| Riesgo Alto        | Fr | 109            | 77    | 186   |
|                    | %  | 58.6%          | 41.4% | 100%  |

**Fuente:** Autoría propia

**Interpretación:** Del análisis de 804 adolescentes estudiantes de Unidades educativas Municipales en el Distrito Metropolitano de Quito que participaron de forma libre en la presente investigación, se especifican los siguientes hallazgos de acuerdo a la relación según riesgo suicida y factores de riesgo psicosocial: 1 de cada 10 adolescentes que tengan como factor de riesgo el autocuidado y la sexualidad también presentan riesgo suicida, 3 de cada 10 adolescentes que tengan como factor de riesgo la exposición a la violencia, consumo de drogas también presentan riesgo de suicidio. Finalmente, 4 de cada 10 adolescentes que presentan riesgo psicosocial alto, también evidencian riesgo de suicidio.

### 5.3. Contraste de hipótesis

**Tabla 16**

Prueba de independencia del riesgo suicida con los factores sociodemográficos y factores de riesgo psicosociales.

|                    | Variable             | Chi2   | df | P valor |
|--------------------|----------------------|--------|----|---------|
| Riesgo de suicidio | Edad                 | ,719   | 2  | 0,69    |
|                    | Género               | 28,41  | 1  | 0,00    |
|                    | Tipo de familia      | 3,13   | 4  | 0,53    |
|                    | Nivel Socioeconómico | 2,19   | 2  | 0,33    |
|                    | Etnia                | 2,28   | 3  | 0,51    |
|                    | Escolaridad          | 3,48   | 2  | 0,17    |
|                    | Autocuidado          | 18,74  | 1  | 0,00    |
|                    | Violencia            | 67,25  | 1  | 0,00    |
|                    | Consumo de drogas    | 35,56  | 1  | 0,00    |
|                    | Sexualidad           | 6,65   | 1  | 0,01    |
|                    | Riesgo emocional     | 66,98  | 1  | 0,00    |
|                    | Riesgo Total         | 282.93 | 2  | 0,00    |

**Fuente:** Autoría propia

**Interpretación:** En relación con el riesgo de suicidio y los factores sociodemográficos no existe una asociación significativa con la edad, tipo de familia, nivel socioeconómico, autoidentificación étnica y niveles de escolaridad debido a que los valores de significancia obtenidos superan al valor p esperado (.05).

En esa misma lógica, existe suficiente evidencia estadística para asumir una asociación significativa entre el factor de riesgo de suicidio con el factor sociodemográfico de género, y los factores de riesgo de autocuidado, violencia, consumo de drogas, sexualidad, riesgo emocional y riesgo psicosocial general, debido a que los valores obtenidos se encuentran en el rango de significancia (.05) como se observa en la tabla 16.

### 5.4 Discusión de Resultados

Los hallazgos relevantes especificados en la presente investigación denominada “Las conductas de riesgo, el riesgo de suicidio y su relación con las características sociodemográficas de adolescentes entre 8vo y 10mo de Educación General Básica de las

Unidades Educativas Municipales del Distrito Metropolitano de Quito” estudio que pretendió un alcance metodológico de relación de dos variables independientes y una variable dependiente con la finalidad de establecer la posible asociación entre los factores sociodemográficos y factores de riesgo psicosocial con el riesgo suicida en población adolescente. Por lo cual, en el presenta apartado se expondrá la discusión de los resultados bajo la lógica de sus objetivos descriptivos y de asociación, a través del modelo de investigación científica y contraste de hipótesis.

El estudio evidenció asociaciones significativas entre el riesgo suicida (variable dependiente) con los factores sociodemográficos por género y los factores de riesgo psicosocial como autocuidado, violencia, consumo de drogas, sexualidad, riesgo emocional y riesgo psicosocial general con valores calculados (0.719, 28.41, 3.13, 2.19, 2.28, 3.48, 18.74, 67.25, 35.56, 6.65, 66.98 y 282.93) y valores de significancia en  $\text{Chi}^2$  menores a .05.

Los resultados descriptivos por otro lado, detallan la manifestación en frecuencias y porcentajes de los diferentes riesgos psicosociales y de suicidio en la población investigada, donde se destaca que a nivel general el riesgo psicosocial alto se da en el 23,1% de los estudiantes y sin riesgo únicamente el 14,2%, además, la manifestación del riesgo de suicidio es del 17,1% del total de la muestra, confirmando así la relevancia del presente estudios en la población adolescente en edades comprendidas de 11 a 16 años. Cifras que de cierta forma compagan con la realidad psicosocial del Ecuador sobre el fenómeno del suicidio, que se conceptualizó como la primera causa de muerte para el grupo etario de 10 a 14 años (INEC, 2020), y que para el año 2020 se consideró como la segunda causa de muerte en jóvenes de 10 a 19 años (INEC, 2021).

El análisis con respecto a los factores de riesgo psicosocial evidenció que, el 12% de adolescentes presento riesgo de consumo de sustancias del total de la muestra investigada, datos que se asemejan a los resultados de Moreta, Mayorga, León & Verdesoto (2018) en estudios de exposición al consumo de sustancias en 500 adolescentes, datos que permiten determinar que la exposición a cualquier tipo de drogas podría generar situaciones de consumo, uso y abuso constituyendo un problema de Salud Mental latente en toda etapa etaria (Pentz, 2003). Pero que, por las características propias del desarrollo, el inicio

temprano, es decir en edades de 9 a 18 años, puede generar mayor predisposición a problemas de adicción. El inicio temprano en prácticas de consumo de sustancias podría generar una mayor probabilidad de impacto negativo en el desarrollo psíquico social y físico del adolescente (Rojas, 1999). Por tanto, los hallazgos podrían relacionarse a las afirmaciones de (Maturana , 2011) que debido a las evidencias del crecimiento cerebral en etapa adolescente afirmó que, si bien la adolescencia es por sí misma una etapa crítica, esta puede tornarse de mayor riesgo mediante la práctica de comportamiento de exposición al consumo de drogas, que pueden estar relacionadas además con temas de violencia, abandono escolar, entre otros (Maturana, 2011).

El riesgo suicida relacionado con el consumo de drogas presento una asociación significativa en el presente estudio, resultados similares a los reportados por Campos, Suárez & Caballero en el 2020 quien determino una asociación significativa entre el consumo de sustancias y el riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de Santa Marta, Colombia, donde mediante un análisis de riesgo para intento suicida, el consumo represento un coeficiente (OR=2,01; 1,30-3,11) donde se explica que si una persona en este caso adolescente, consume algún tipo de sustancia, tiene 2.01 veces más probabilidad de tener riesgo de suicidio que un adolescente que no consume sustancias (Campo, Suárez, & Caballero, 2020).

Los resultados con respecto al autocuidado refieren que el 67% de los adolescentes muestran exposición de riesgo, es decir, en su mayoría la muestra manifiesta no presentar comportamientos o acciones que promuevan estilos de vida saludables o que favorezcan la mantención de su salud, dichos comportamiento podrían ser tener una buena alimentación, adecuado habito del sueño, practica de actividad física, entre otros (Orem, 2001), los resultados en población quiteña son similares a los hallazgos de Espinoza y Ortiz en el 2020 en población adolescente chilena, cuyos resultados identificaron que el 55,8% de una muestra de 199 adolescentes presenta riesgo de autocuidado o baja capacidad de autocuidado (Espinoza, Huaiquién, Sanhueza, Valderrama, & Ortiz, 2020).

De forma conceptual, los resultados permiten establecer que, para un adecuado desarrollo y crecimiento en la adolescencia es necesario la implementación de habilidades y comportamiento para “tomar decisiones saludables”, generando practicas alimentarias

adecuadas, rutinas de sueño, ocio, higiene y educación adecuadas a las necesidades individuales, sabido que dicho periodo etario influye directamente en la formación de la personalidad de un individuo y que en el contexto social, el autocuidado forma parte de los componentes de la promoción estipulados en Conferencia Internacional en Ottawa donde el autocuidado o forma parte de la promoción de la salud y favorece el desarrollo personal y social (Dueñas, 2001).

El riesgo del autocuidado presenta una relación significativa con el suicidio en el presente estudio, datos que para Valadez y colaboradores en el 2021 en su estudio de validación de protocolo para el autocuidado y la prevención del suicidio en jóvenes determino que existe una asociación significativa, por tanto, se requiere como parte de los programas preventivo promocionales, la estrategia del autocuidado, es decir, establecer estrategias que fomenten espacios saludables, toma de decisiones responsables, hábitos de higiene y alimentación adecuados, ratificando así, las declaraciones de Yakarta (1997) y Shanghái (2016) especificando las acciones que los adolescentes deben adoptar para promover condiciones saludables de vida y el desarrollo de competencias para la vida y autocuidado (Valadez, 2021).

El factor de riesgo de exposición a la violencia estableció un alcance del 19.4% de la muestra de estudio, siendo que la violencia es un fenómeno social, estructural, multicausal y que su exposición podría generar comportamiento autolesivos, problemas de consumo de sustancias, trastornos del comportamiento, bajo rendimiento académico, ansiedad, depresión y comportamientos suicidas y que, su dinámica de causas y consecuencias podría afectar en mayor probabilidad a las mujeres, niños, niñas, adolescentes y adultos mayores como los grupos de mayor vulnerabilidad (Mrug & Windle, 2010).

En dicho contexto, los resultados de la presente investigación se contraponen a los hallazgos de Suárez, Restrepo, Caballero & Palacio (2018) quienes en una muestra de adolescentes colombianos reporto que la exposición a la violencia en sus participantes se representó en un 45.30% (Suárez, Restrepo, Caballero, & Palacios, 2018); en similares resultados los autores Caballero & González (2018) en una muestra de adolescentes cubanos detallaron que la exposición a la violencia estuvo comprendida por el 35.7% de adolescentes (Caballero & González, 2018).

La divergencia de los resultados de estudios internacionales con respecto al porcentaje de casos de riesgo de violencia con el presente, podría deberse a que los temas de violencia generan problemáticas subsecuentes como casos de seguimiento, derivación, denuncia y procesos judiciales que podrían influenciar en la respuesta negativa por parte de los investigados el momento de responder a los instrumentos de recolección de datos, Por otro lado, el 19.4% de adolescentes debido a su exposición podrían desarrollar problemáticas relacionadas con síntomas de depresión, estrés, ansiedad, afectando de forma directa el bienestar emocional y salud mental del adolescente (Hawton, Saunders, & Connor, 2012).

La violencia y su relación con el riesgo de suicida presento una asociación significativa, resultados similares al de Suarez, Restrepo y Caballero en el 2018 quienes determinaron que, experiencias de violencia se asocian al riesgo suicida, destacando que los factores directo relacionados con el riesgo suicida como los problemas de factor emocional (ansiedad, depresión, estrés), dificultades en las dinámicas familiares (disfuncionalidad) y violencia, tienen mayor relación (.60) en conductas de riesgo para la salud (Suárez, Restrepo, Caballero, & Palacios , 2018).

Las conductas sexuales de riesgo se conceptualizan como prácticas de expresión de la sexualidad que al ejecutarlas podrían poner en riesgo la salud física, psicológica, emocional pudiendo ser estas, relaciones sexuales bajo los efectos de algún tipo de sustancia, infidelidad sexual, no uso adecuado de antisépticos y métodos de barrera, inicio temprano de actividad sexual, violencia de tipo sexual, entre otras (Saeteros, Pérez , & Ramos , 2015). Las conductas sexuales como factor de riesgo se manifestaron en la presente investigación en un 23,3%, resultados similares a los reportados por Lora & González en una muestra de adolescentes mexicanos con una manifestación del 28% de investigados con riesgos en la sexualidad y que difieren con la investigación de Figueroa, Santillano, Figueroa, Rodríguez & García en su estudio denominado Prevención de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio Consolación del Sur en una muestra de adolescentes cubanos siendo que en población adolescente se presentó el 87.5% de riesgos en la sexualidad. La población identificada con riesgo en la sexualidad podría presentar si no existe un proceso de intervención, embarazo precoz, embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual, enfermedades mentales, suicidio, abortos, problemas de rendimiento académicas, etc. (

Johansson, 2014); (Figuroa, Santillano, Figuroa , Rodríguez , & García, 2020); (Losa & González, 2018).

Las conductas sexuales de riesgo y el suicidio se relacionan significativamente, resultados que se comparten con los aportes de Dávila & Luna en el 2019 a través de su estudio “Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados” donde se estableció en una muestra de 26.530 adolescentes que los factores: ser mujer (OR 3,1), tener baja autoestima (OR 1,9), tener una enfermedad mental (OR 3,6); conductas sexuales de riesgo (OR 2,6); y consumir drogas, tabaco o alcohol (OR 1,7, 1,2 y 1,7) datos que establecen mediante factores de riesgo y coeficiente odds ratio, la probabilidad de 2,6 veces de presentar riesgo suicida si se ha sido expuesto a factores de sexualidad de riesgo (Davila & Luna, 2019).

Finalmente, el riesgo de suicidio se identificó en un 10% de la muestra, resultados similares a los descritos en el estudio denominado, Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador por sus autores Gerstner, Soriano, Sanhueza, Caffé, & Kestel, en el 2018 donde en estadísticas nacionales el riesgo de suicida en adolescentes se estipula en los años de 2001-2007 y 2008-2014 en Ecuador existe una frecuencia del 10% al 27%, siendo relevante que a pesar que la tasa de mortandad por suicidio varia por grupos de edad, la tendencia que relaciona al suicidio está en el rango etario de adolescentes ecuatorianos (Gerstner, Soriano, Sanhueza, Caffé, & Kestel, 2018).

El contraste de hipótesis permitió determinar la asociación significativa entre el riesgo de suicidio con el género que, según Ardiles, Alfaro, Díaz & Martínez en el 2018 en su estudio titulado: Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo en una muestra de adolescentes chilenos, el 51,3% de adolescentes se identificó como género femenino, del cual 15% manifestó riesgo de suicidio en comparación con el 9.7% del género masculino. Por tanto, la investigación sustenta que las mujeres presentan en forma descriptiva mayor nivel de riesgo de suicidio (14%) que el sexo masculino; dichos resultados concuerdan con los hallazgos, donde se confiere un riesgo entre 2 y 4 veces mayor de intentar el suicidio en las adolescentes mujeres sobre los adolescentes hombres (Eaton, y otros, 2009); (Ardiles, Alfaro, Diaz, & Martínez, 2018).

## 6. Conclusiones

---

El suicidio es un problema de salud pública reconocido a nivel internacional, y debe ser una prioridad a nivel nacional, sobre todo en la población adolescente donde se ha visto un incremento, por lo que contar con un Ley de salud mental es un instrumento que permitiría una mayor visibilidad e intervención. Si bien se cuenta con algunas iniciativas para tratar esta problemática como es el Plan de prevención del suicidio propuesto por el Municipio de Quito, la problemática es compleja y requiere de una intervención multi e interdisciplinar.

Las investigaciones en relación con los intentos autolíticos y los suicidios consumados indican que existen factores de riesgo y protección que deben ser conocidos y abordados, tanto para prevenir su aparición como para atender a las familias y sobrevivientes, por lo que se requiere una política pública con lineamientos para los establecimientos educacionales.

Se observa que se han cumplido los objetivos de esta investigación, al delimitar que existe relación entre las características sociodemográficas y las conductas de riesgo con el riesgo de suicidio. En cuanto a las características sociodemográficas, a pesar que los resultados no develan asociación significativa con la edad, tipo de familia o condición socioeconómica, estudios previos permiten inferir que la adolescencia es una etapa en la cual se presenta mayor vulnerabilidad frente al riesgo de suicidio, por lo que, la implementación de acciones de promoción de la salud mental y prevención de riesgos psicosociales focalizadas en la comunidad podría incidir sobre la problemática estudiada.

El factor sociodemográfico de género presenta asociación significativa con el factor de riesgo de suicidio. La información de los resultados obtenidos tiene concordancia con estudios previos, por lo que es posible afirmar que las diferencias existentes en cuanto a la prevalencia de riesgo de suicidio por género podrían estar relacionadas con los imaginarios y estereotipos que han sido depositados y legitimados en los roles de género.

En cuanto a las conductas de riesgo, a partir de los resultados obtenidos, se detalla que la ausencia de actividades de autocuidado y espacios de expresión emocional incrementa la probabilidad de exposición al riesgo suicida. En este sentido fomentar el desarrollo de actividades que promuevan la expresión emocional, creación de entornos saludables,

desarrollo integral, crecimiento saludable y adquisición de competencias promueven el desarrollo de factores protectores.

Se identificó asociación significativa entre los factores de riesgo de autocuidado, exposición a la violencia, consumo de drogas, conductas sexuales de riesgo, riesgo emocional y factores de riesgo generales con el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes de las Unidades Educativas Metropolitanas.

A pesar que el RAAPS es una herramienta de cribado específica para la detección de factores de riesgo, las dimensiones del instrumento permiten delimitar la prevalencia de conductas de riesgo en la adolescencia asociadas al riesgo suicida y plantear estrategias de intervención encaminadas a la prevención del comportamiento suicida.

Es fundamental contar con una detección temprana de los factores de riesgo en los adolescentes para poder realizar una intervención psicosocial oportuna, la cual se debe enfocar tanto con los estudiantes de manera grupal en el formato preventivo e individual para quienes presentan algún riesgo, así como para las familias y miembros de las unidades educativas con la finalidad de reducir los niveles de riesgo y prevenir futuros intentos autolíticos en los y las adolescentes

## Referencias

- Altuzarra, R. (2019) Relación entre el tipo de funcionamiento familiar y la tendencia al riesgo suicida en adolescentes. *Revista ecuatoriana de psicología*.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR (2012). Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile. *Avances y desafíos*. UNICEF.
- Amador Rivera, Gonzalo H. (2015). Suicidio: Consideraciones Históricas. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98.  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es&tlng=es).
- Ardiles, R., Alfaro, P., Diaz, I., & Martínez, V. (2018). Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo. Chile: *Aquichan*, 18(2), 160-170.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2020). Proyecto de Ley Orgánica del Sistema de Prevención del Suicidio (Asambleísta Lira Villalva / T349026).  
<https://www.asambleanacional.gob.ec/es/multimedios-legislativos/60857-proyecto-de-ley-organica-del-sistema-de>
- Ávila Sánchez, M. y Jáuregui Díaz, J. (2015). Comportamientos de riesgo de trastorno alimentario entre los adolescentes y jóvenes de Nuevo León. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(1), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.06.002>
- Bahamón Muñetón, M., Vianchá Pinzón, M., Tobos Vergara, A. (2014) Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. Vol. 31 (2): 327-353. ISSN 0123-417X (impreso) ISSN 2011-7485 (on line).
- Barajas Márquez, M. W., & Cruz del Castillo, C. (2017). Ruptura de la pareja en jóvenes: factores relacionados con su impacto. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 22(3), 342–352.
- Barroso Martínez, A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51-66. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100004>
- Benatov, J., et al. (2020). Doing Nothing is Sometimes Worse: Comparing Avoidant versus Approach Coping Strategies with Peer Victimization and Their Association to Depression and Suicide Ideation. *Journal of School Violence*, 19(4), 456–469.  
<https://doi.org/10.1080/15388220.2020.1738941>
- Brown, G., Jeglic, E., Henriques, G. y Beck, A. (2008). *Terapia Cognitiva, Cognición y Comportamiento suicida*. Ellis, T. (Ed.). *Cognición y Suicidio. Teoría, Investigación y Terapia*. México: Manual Moderno.
- Borges, G., Medina-Mora, M., Orozco, R., Oueda, C., Villatoro, J., Fleiz, C. (2009) Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*.
- Caballero, L., & Gonzális, W. (2018). Caracterización de la violencia en adolescentes. *Habana - Cuba : Revista Cubana de Medicina Militar*, 47(4), 1-14.
- Campo, A., Suárez, Y., & Caballero, C. (2020). Asociación entre el consumo de Cannabis y el riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de Santa Marta. Colombia: *Biomédica*, 40(3), 569-577.

- Cañón Buitrago, S., y Carmona Parra, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397. Epub 00 de julio de 2019. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&tlng=es).
- Castellví, P., Miranda-Mendizábal, A., Alayo, I., y Parés-Badell, O. (2020). Assessing the Relationship Between School Failure and Suicidal Behavior in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *School Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s12310-020-09363-0>
- Castillo-Arcos, C. (2017). Edad, Género y Resiliencia en la Conducta Sexual de Riesgo para ITS en Adolescentes al sur de México. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/234921/241311>.
- Celorio, M. (2017). Violencia biopolítica contra poblaciones de la diversidad sexual: homofobia, derechos humanos y ciudadanía precaria. *El Cotidiano*, 202, 17–29.
- Comité de los Derechos del Niño. (2016). Observación General (CRC/C/GC/20). Naciones Unidas. <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=1&subs=477&cod=3112&page=>
- Comité sobre los Derechos del Niño. (2017). Observaciones finales sobre los informes periódico quinto y sexto combinados del Ecuador. Naciones Unidas. <https://www.unicef.org/ecuador/media/2246/file/Recomendaciones%20del%20Comit%C3%A9%20de%20los%20Derechos%20del%20Ni%C3%B1o.pdf>
- Conde, R. (2017). Trastornos del comportamiento alimentario en trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes, del colegio La Salla. <http://dspace.unl.edu.ec:9001/jspui/bitstream/123456789/19438/1/TESIS%20ROSA%20CONDE.pdf>
- Consejo para la Igualdad Intergeneracional. (2021). Noticias. 23, septiembre 2021. <https://www.igualdad.gob.ec/mesa-de-prevencion-del-suicidio-en-el-ecuador-presenta-avances/>
- Conti, S. (2016). Territorio y Psicología Social y Comunitaria, trayectorias/implicaciones políticas y epistemológicas.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2020). Caso Guzmán Albarracín y otras vs. Ecuador. [https://recursos2.educacion.gob.ec/wp-content/uploads/2020/12/resumen\\_sentencia09703430015988981110101068001607448086.pdf](https://recursos2.educacion.gob.ec/wp-content/uploads/2020/12/resumen_sentencia09703430015988981110101068001607448086.pdf)
- Cruz, F., Bandera, A., y Gutiérrez, E. (2017). Conductas y factores de riesgo en la adolescencia. <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo%20VI.pdf>
- Cruz Morales, E. M., Valdayo Rosado, B., y Martín Almenta, R. (2017). Investigación enfermera sobre las manifestaciones clínicas y la prevención en la conducta suicida en la adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 221–227.
- Darling-Fisher, Cynthia; Salerno, Jennifer; Dahlem, Chin Hwa; Martyn, Kristy. Adolescent preventive services. (2014) (RAAPS): Providers Assessment of its Usefulness in their clinical practice settings. *Journal of pediatric health care*.
- Davila, C., & Luna, M. (2019). Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados. Chile: *Revista chilena de pediatría*, 90(6), 606-616.
- De la Fuente-Maldonado, V., Omaña-Martínez, V., Soo Ran Lee-Chun, R., Alavéz-Orato, B., Peña-Carrillo, H., Sierra-Castañeda, E. (2011). Conocimiento y acciones de los

- adolescentes sobre el autocuidado de su salud. *Rev CONAMED* 2011; 16(1):29-33.  
ISSN 1405-6704
- De la Herrán, A., y Cortina, M. (2007). Introducción a una pedagogía de la muerte. *Indivisa. Boletín de Estudios e Investigación*, 8, 127-144.  
<https://www.redalyc.org/pdf/771/77100806.pdf>
- De Keijzer, B. (2013). El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva.  
<http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/El%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo.pdf>
- Diez-Gomez, A., Perez-Albeniz, A., y Fonseca-Pedrero, E. (2020). Suicidal Behavior in Adolescents: A Latent Class Analysis. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(8).[https://www.researchgate.net/publication/340768859\\_Suicidal\\_Behavior\\_in\\_Adolescents\\_A\\_Latent\\_Class\\_Analysis](https://www.researchgate.net/publication/340768859_Suicidal_Behavior_in_Adolescents_A_Latent_Class_Analysis)
- Dueñas, J. (2001). Criterios de Autocuidado universal. *Dorotea : Orem*.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide. Étude de sociologie*. Paris: Félix Alcan.
- Eguez, V., y Pérez, M. (2017). Caracterización multivariada del nivel socioeconómico para el área urbana del Ecuador, Encuesta de condiciones de vida-ECV, Ronda 2014. Universidad Central del Ecuador. Tesis de Grado:  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13979/1/T-UCE-0005-ES004-2017.pdf>
- Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., & Hawkins, J. (2009). Youth risk behavior surveillance-United States. *New York: Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2010;59.
- Espinoza, V., Huaiquián, J., Sanhueza, O., Valderrama, M., & Ortiz, N. (2020). Validación de escala de Valoración de Agencia de Autocuidado. Santiago: Escola Anna Nery.
- Estado ecuatoriano. (2017). Código de la Niñez y Adolescencia (Ecuador. R.O. 737 año 2017. ed.). <https://www.gob.ec/regulaciones/codigo-ninez-adolescencia>
- Ferreira, E, Monteiro, J. y Pires Manso, J. (2019). Death by Economic Crisis: Suicide and Self-Inflicted Injury in the European Union (EU15) During the Worst of Times. *Society and Economy* 41 (1):145-164. <https://bit.ly/3da1CEK>
- Figueroa, L., Santillano, I., Figueroa, L., Rodríguez, A., & García, L. (2020). Prevención de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio Consolación del Sur. México: *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 24(4).
- Flores, M. (2014). Niveles de Autoestima y su relación con la Auto-eficacia en la Prevención de Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes de 16-18 años.  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3691/1/T-UCE-0007-35.pdf>
- Gamito, R., Aristizabal, P., y Olasolo, M. (2017). La necesidad de trabajar los riesgos de internet en el aula. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 21(3), 409–426.
- García, S., y Rincón, M. (2020). Factores psicosociales que inciden en la conducta suicida de los jóvenes en Colombia.  
[https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/33530/3/2020\\_conducta\\_suicida\\_jovenes.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/33530/3/2020_conducta_suicida_jovenes.pdf)
- Garbus, P., Morales Osornio, A., y Cabello Álvarez, L. S. (2017). Accesibilidad a la atención en salud de adolescentes en San Juan del Río, Querétaro (México). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 277-285.

- Garza, R., Castro, L., Calderón, S. (2019) Estructura familiar, ideación suicida y desesperanza en el adolescente. *Psicología desde el Caribe*.
- Gerstner, R., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffé, S., & Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Quito: Revista Panamericana de salud pública*, 42, e100.
- Gobierno del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador. [https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_const.pdf](https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf)
- Gobierno del Ecuador. (2014). Código de la niñez y la adolescencia (Ley No. 2002-100 ed.). <https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/este-es-06-C%C3%93DIGO-DE-LA-NI%C3%91EZ-Y-ADOLESCENCIA-Leyes-conexas.pdf>
- Guajardo, G. (2017). Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. *Ensayos sobre violencia, cultura y sentido*. FLACSO-Chile. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/56708.pdf>
- Guerrero, M. (2019). Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica. *Boletín Psicoevidencias* nº 55. ISSN 2254-4046. <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/89-reflexiones-sobre-el-suicidio-desde-la-mirada-historica/file>
- Hawton, K., Saunders, K., & Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379, 2373-2382.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México DF: Mc Graw Hill.
- Herrera, J. (2020). Los conflictos emocionales y del aprendizaje en estudiantes universitarios. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/31651/1/TESIS%20TERMINADA%20JUI%20herrera%20marin%20%28FIRMA%20ELECTRONICO%29%20revisoras%20firmas.pdf>
- Horowitz, L., Ballard, E., Maryland, P. (2009) Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. *Curr. Opin. Pediatr.*
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2020). Registro estadístico de defunciones generales. [https://public.tableau.com/app/profile/instituto.nacional.de.estad.stica.y.censos.inec/viz/Registroestadsticodedefuncionesgenerales\\_15907230182](https://public.tableau.com/app/profile/instituto.nacional.de.estad.stica.y.censos.inec/viz/Registroestadsticodedefuncionesgenerales_15907230182)
- Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador (INEC). (2021). Estadísticas Vitales: Registro Estadístico de Defunciones Generales de 2020. [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Defunciones\\_Generales\\_2](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2)
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Johansson, M. (2014). *Sexual behaviour in the general young population - factors associated with sexual risk behaviour*. California: Marianne Johansson Jørgensen.
- Londoño Muriel, V., y Cañón Buitrago, S. (2020). Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes escolarizados: revisión de tema. *Archivos de Medicina*. <https://www.redalyc.org/journal/2738/273863770018/html/>
- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Vol. 22. Núm. 1. *Medicina de la adolescencia*. 85-97. DOI: 10.1016/S0716-8640(11)70396-0

- Losa , R., & González, M. (2018). Conductas sexuales en adolescentes de una escuela secundaria en Mérida, Yucatán, México. *Yucatam: Revista biomédica*, 29(3), 81-87.
- Luna Contreras, M., y Dávila Cervantes, C. (2018). Adolescentes en riesgo: factores asociados con el intento de suicidio en México. *Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34). <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgsp17-34.arfa>
- Manitoba's Youth Suicide Prevention Strategy, & Education Initiatives Task Team. (2014). *Best Practices in School-based Suicide Prevention: A Comprehensive Approach*. Healthy Child Manitoba Office-Manitoba Education and Training.
- Marraccini, M., & Brier, Z. (2017). School Connectedness and Suicidal Thoughts and Behaviors: A Systematic Meta-Analysis. *School Psychology Quarterly*, 32(1), 5–21. <https://doi.org/10.1037/spq0000192>
- Martínez, C. (2017). Suicidología Comunitaria para América Latina. ALFEPSI Editorial. <http://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2017/12/Suicidolog%C3%ADa-Comunitaria-Carlos-Mart%C3%ADnez.pdf>
- Maturana , A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. 22(1), 98-109.: *Revista Clínica Médica Las Condes*.
- Medina, A., Herazo, M., Barrios, A., Rodelo, Y., y Salinas, L. (2017). Factores psicosociales asociados a la conducta suicida en adolescentes. <https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2017/CECAR.pdf>
- Mérida Pérez, C. y López Hartmann, R. (2013). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria de la ciudad de La Paz. *Revista de Investigacion Psicologica*, (10), 69-85. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-30322013000200007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322013000200007&lng=es&tlng=es).
- Meyer, IH. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 129:674-97
- Ministerio de Educación del Ecuador MINEDUC (2019). Guía informativa de estrategias para la prevención y el abordaje del acoso escolar. <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/06/Guia-de-estretagias-para-la-prevencion-y-abordaje-del-acoso-escolar-mayo-2019.pdf>
- Ministerio de Educación del Ecuador MINEDUC (2021). Educación General Básica. [https://educacion.gob.ec/educacion\\_general\\_basica/](https://educacion.gob.ec/educacion_general_basica/)
- Ministerio de Salud de Argentina (2021). Recomendaciones en relación a situaciones de suicidio y autolesiones en adolescentes y jóvenes en aislamiento. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-en-relacion-situaciones-de-suicidio-y-autolesiones-e>
- Ministerio de Salud de Argentina (2021a). Abordaje integral del suicidio en la adolescencia. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/abordaje-integral-del-suicidio-en-la-adolescencia>
- Ministerio de Salud de Chile MINSAL (2013). Programa Nacional De prevención Del Suicidio: Orientaciones para su implementación. [https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa\\_Nacional\\_Preencion.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf)
- Ministerio de Salud del Ecuador MSP (2014). Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. Quito: MSP.

- Ministerio de Salud del Ecuador (2021). Manual de prevención del suicidio para cuidadores comunitarios. MSP. [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Manual-de-prevencion-del-suicidio\\_06-09-2021\\_MSP.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Manual-de-prevencion-del-suicidio_06-09-2021_MSP.pdf)
- Ministerio de Salud de Perú (2017). Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. Documento técnico. MINSA. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/284802-situacion-de-salud-de-los-adolescentes-y-jovenes-en-el-peru-documento-tecnico>
- Molina, M. F., Raimundi, M. J., y Bugallo, L. (2017). La percepción de los estilos de crianza y su relación con las autopercepciones de los niños de Buenos Aires: Diferencias en función del género. *Universitas Psychologica*, 16(1).
- Moore, S., Norman, R., Suetani, S., & Thomas, H. (2017). Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Psychiatry*, 7(1), 60-76. Doi:10.5498/wjp.v7.i1.60
- Moreta, R., Mayorga, M., León, L., & Verdesoto, B. (2018). Consumo de sustancias legales, ilegales y fármacos en adolescentes asociados a la exposición. Ambato: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Mrug, S., & Windle, M. (2010). Prospective effects of violence exposure across multiple contexts on early adolescents' internalizing and externalizing problems. 51, 953-961: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Narváez-Sánchez, Y, Vázquez- Hernández, Ma, Miranda de la Cruz, A., Hernández-Suárez, M. y Magaña Olán, L. (2017). Depresión e ideas suicidas en jóvenes de educación media superior en Tenosique, Tabasco. *Salud en Tabasco*, 23(1-2),28-33. ISSN: 1405-2091. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48754566005>
- Navarrete Betancort, E., y Herrera Rodríguez, J. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 193–214. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v39n135/2340-2733-raen-39-135-0193.pdf>
- Observatorio Social del Ecuador (2019). Situación de la niñez y adolescencia en Ecuador, una mirada a través de los ODS. OSE. <https://odna.org.ec/wp-content/uploads/2019/02/Situacio%CC%81n-de-la-nin%CC%83ez-y-adolescencia-en-Ecuador-2019.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas con la Droga y el Delito UNODC (2018). Informe mundial sobre las drogas. [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf)
- Oliva, D., Ortiz, M., Vidal, B., y Ortiz, M. (2021). Comportamiento del acoso escolar en adolescentes de 14 a 17 años del Preuniversitario Saúl Delgado de La Habana. *Academia de Ciencias de Cuba*. <http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/948>
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. USA: Kathie McLaughlin Renpenning.
- Organización Mundial de la Salud OMS (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. OMS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. OMS (1989). Documento Básico 1. para las Discusiones Técnicas sobre la Salud de los Jóvenes. 42ª. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. OMS (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS.

- [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. OMS (2004). Prevención de los Trastornos Mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado. OMS. [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. OMS (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. OMS. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. OMS (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. OPS (2009). Salud mental en la comunidad. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. OPS (2016). Prevención de la conducta suicida. OPS. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. OMS (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. OMS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006>
- Organización Panamericana de la Salud. OPS (2017a). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
- Pentz, M. (2003). Costs, benefits, and cost effectiveness of comprehensive drug abuse prevention. . USA: Benefit Research of Drug Abuse Prevention.
- Paredes-Iragorri, M., & Patiño-Guerrero, A. (2020). Comportamientos de riesgo para la salud en los adolescentes. *Universidad y Salud*, 22(1), 58-69. <https://doi.org/10.22267/rus.202201.175>
- Pérez Camarero, S. (2019). La violencia de género en los jóvenes. Instituto de la Juventud INJUVE. [http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/07/estudio\\_violencia\\_web\\_injuve.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/07/estudio_violencia_web_injuve.pdf)
- Pérez Barrero, S. (2002). La adolescencia y el comportamiento suicida. Ediciones Bayamo.
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., y Raich, R. M.ª. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112012000200008&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008&lng=es&tlng=es).
- Ramos-Lira, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud mental*, 37(4), 275-281. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000400001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400001&lng=es&tlng=es).
- Real Academia Española (RAE). (2021). Edad. <https://dle.rae.es/edad>
- Reyes-Rojas, M., Mielles-Barrera, M., y Hernández Vargas, B. (2021). Afrontamiento familiar y su relación con el bienestar infantil y familiar: estudio en familias en condición de vulnerabilidad. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(1),50-75 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497866589002>

- Rodríguez, A., y Montenegro, M. (2016). Retos Contemporáneos para la Psicología Comunitaria: Reflexiones sobre la Noción de Comunidad. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 5.-2.
- Rodríguez, A., García, M., y Gras, R. (2019). La Salud de Adolescentes y Adultos Transgénero: Revisión Sistemática desde la Perspectiva de Género. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(50), 5–20.
- Rojas, M. (1999). Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Lima: Cedro.
- Rosabal, E., Romero, N., Gaquín, K., y Hernández, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218-229.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572015000200010&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010&lng=es&tlng=es).
- Saeteros, R., Pérez, J., & Ramos, G. (2015). Conducta de riesgo y problemas sexuales y reproductivos de estudiantes universitarios ecuatorianos. *Quito: Humanidades médicas*, 15(3), 421-439.
- Salerno, J; Marshall, V; Picken, E. (2012) Validity and Reliability of the Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services Adolescent Health Risk Assessment. *Journal of adolescent health*.
- Salerno, J., Barnhart, S. (2014) Evaluation of the RAAPS Risk Screening Tool for Use in Detecting Adolescents with Depression. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*
- Sánchez, D. (2012). Variables sociodemográficas y biopsicosociales relacionadas con la conducta suicida. *Perspectivas en psicología aplicada*.
- Sánchez, D; Robles, M. (2020) Variables demográficas que predicen el intento de suicidio en población local española. *Arch Med*.
- Serrano-Ruiz, C. P., y Olave-Chaves, J. A. (2017). Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. *MedUNAB*, 20(2), 139–147.
- Soto-Sanz, V., Ivorra-González, D., Alonso, J., Castellvi, P., Rodríguez-Marín, J., y Piqueras, J. (2019). Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de población comunitaria. *American Psychological Association*.  
<https://www.revistapcna.com/sites/default/files/1919.1.1.pdf>
- Sousa, G., Santos, M., Silva, A., Perrelli, J., & Sougey, E. (2017). Suicide in childhood: a literatura review. *PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28954160/>
- Suárez-Pinto, T., Blanco-Gómez, A., y Díaz-Martínez, L. (2016). Validación de la versión en español del Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services en adolescentes colombianos.  
[https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/primer/2016/CB\\_SuarezPinto\\_antipico\\_1-9-16.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/primer/2016/CB_SuarezPinto_antipico_1-9-16.pdf)
- Suárez, Y., Restrepo, D., Caballero, C., & Palacios, J. (2018). Exposición a la violencia y riesgo suicida en adolescentes colombianos. *Colombia : Terapia psicológica*, 36(2), 101-111.
- Toro-Tobar, R., Grajales-Giraldo, F., y Sarmiento-López, J. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.6>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2012). Suicidio Adolescente En Pueblos Indígenas: Tres Estudios De Caso. [https://www.iwgia.org/images/publications/0575\\_suicidios-unicef.pdf](https://www.iwgia.org/images/publications/0575_suicidios-unicef.pdf)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2020). Naciones Unidas advierte sobre aumento del riesgo de violencia en el hogar contra niñas, niños y adolescentes en tiempos de COVID-19 y emite recomendaciones para su abordaje. Comunicado de prensa. 15 de diciembre de 2020. <https://www.cepal.org/es/comunicados/naciones-unidas-advierte-aumento-riesgo-violencia-hogar-ninas-ninos-adolescentes-tiempos>
- Valadez, R. (2021). Gestalt-comunitaria para fortalecer el autocuidado y la prevención del suicidio en jóvenes. México: Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 24(1), 181-198.
- Van Orden, K., Witte, T., & Cukrowicz, K. (2010). The interpersonal theory of suicide. P. Review., Ed. <http://doi.org/10.1037/a0018697>
- Velázquez, T., Rivera, M., y Custodio, E. (2016). El acompañamiento y el cuidado de los equipos en la Psicología Comunitaria: Un modelo teórico y práctico. C. y.-3. Revista Psicología, Ed. ISSN: 1688-702
- Valenzuela Mujica, M., Ibarra R., A., Zubarew G., T., y Correa, M. L. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia. Index de Enfermería, 22(1-2), 50-54. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>
- World Health Organization WHO. (2021). Suicide worldwide in 2019: global health estimates. doi:978-92-4-002664-3
- Yi, C., Martyn, K., Salerno, J., & Darling-Fisher, C. (2006). Development and clinical use of Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services (RAAPS) questionnaire in school-based health centers. Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners, 2-9.
- Zapata, D., Granfeldt, G., Muñoz, S., Celis, M., Vicente, B., Sáez, K., Peterman, F., Gaete, D., Leonario, M., Mosso, C. (2018). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes chilenos de diferentes tipos de establecimientos educacionales. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 68, 3. <http://www.alanrevista.org/ediciones/2018/3/art-4/>

# Anexos

## Anexo 1. Cuestionario de Evaluación Rápida para Adolescentes



### CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN RÁPIDA PARA ADOLESCENTES

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Unidad Educativa: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Paralelo: \_\_\_\_\_

| N° | PREGUNTA   | Coloque una X en su respuesta |    |
|----|--|-------------------------------|----|
|    |  | SI                            | NO |
| 1  | En los últimos 12 meses, ¿has tratado de perder peso obsesivamente haciendo ejercicio, tomando pastillas para adelgazar o laxantes, vomitando después de comer o pasándote hambre?   |                               |    |
| 2  | ¿Fuiste a menos de cinco después de clases o los fines de semana (caminar, correr, bañarse, nadar, andar en bicicleta, jugar deportes) durante al menos una hora, por lo menos tres o más días a la semana?                      |                               |    |
| 3  | ¿Siempre llevas un cinturón de seguridad cuando conduces o viajas en un automóvil, camión o camioneta?   |                               |    |
| 4  | ¿Siempre uses casco cuando estás en bicicleta, patines, monopatín, motocicleta u otros?  |                               |    |
| 5  | Durante el último mes, ¿has sido amenazado, intimidado o perseguido por alguien (en internet, por texto o en persona) o alguien te ha hecho sentir triste, inseguro o con miedo?   |                               |    |
| 6  | ¿Has sido maltratado físicamente (golpes, bofetadas, patadas), emocionalmente (amenazas o te hacen sentir miedo) o forzado a tener relaciones sexuales o estar involucrado en actividades sexuales de forma involuntaria?        |                               |    |
| 7  | ¿Alguna vez has llevado un arma (revólver, cuchillo, garrote u otros) para protegerte?   |                               |    |
| 8  | En los últimos tres meses, ¿has fumado cigarrillos o cualquier otra forma de tabaco (cigarrillos, pipa de agua, pipa o marihuana) o usado tabaco sin fumar?  |                               |    |
| 9  | En los últimos 12 meses, ¿has consumido un automóvil de estado de ebriedad, bajo la influencia de drogas, revisado mensajes de texto o hablando por celular, o has estado en un auto con un conductor en las mismas condiciones? |                               |    |
| 10 | En los últimos tres meses, ¿has bebido más de una bebida de alcohol (cerveza, vino, licor, otros)?   |                               |    |
| 11 | En los últimos tres meses, ¿has fumado marihuana, utilizado otras drogas ilegales, esteroides, o inhalantes (productos para limpiar, solventes o cemento de contacto)?   |                               |    |
| 12 | En los últimos tres meses, ¿has utilizado medicamentos recetados a otra persona, o de venta libre para dormir, estar despierto, concentrarse, calmarse o drogarse?   |                               |    |
| 13 | ¿Alguna vez has tenido algún tipo de relación sexual (vaginal, anal o oral)?   |                               |    |
| 14 | ¿Necesitas hablar sobre algún tema relacionado con tu identidad sexual o de género, o tu conducta sexual?  |                               |    |
| 15 | Si has tenido relaciones sexuales, ¿utilizas siempre un método para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo (condones u otros)?  |                               |    |
| 16 | ¿Tienes alguna preocupación por la posibilidad de embarazarte o embarazarte a alguien?   |                               |    |
| 17 | Durante el mes pasado, ¿te has sentido triste, deprimido, ansioso o no tienes esperanza?   |                               |    |
| 18 | ¿Tienes problemas serios o preocupaciones en casa o en la escuela?   |                               |    |
| 19 | En los últimos 12 meses, ¿has pensado seriamente en quitarle la vida, hacer de suicida o te has cortado, quemado o hecho daño deliberadamente?   |                               |    |
| 20 | ¿Tienes al menos un adulto con quien puedes hablar sobre cualquier problema o preocupación?  |                               |    |
| 21 | ¿Cuándo estás enojado, ¿haces cosas que te ocasionan problemas?  |                               |    |

Fuente: Yi CH, Marrya K, Salerno J, Darling Fisher CS. Development and clinical use of Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services (RAAPS) questionnaire in school-based health centers. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*. 2008; 23: 1-8.

Guía de Supervisión de Adolescentes 2014 MSP.

## Anexo 2. Consentimiento Informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quito, ..... de ..... de 2022

Estimados padres, madres de familia y/o representantes legales, recibimos un cordial saludo de quienes conformamos la Secretaría de Salud de DMQ y la Secretaría de Educación, Recreación y Deporte.

La presente tiene por objeto poner en su conocimiento que en el mes de diciembre del 2020, se realizó el Trazaje en Salud mental a los estudiantes de las Unidades Educativas Municipales, este trazaje tenía como finalidad realizar una encuesta rápida a sus hijos e hijas sobre encuesta rápida que mide algunas áreas de riesgo en la adolescencia, como es el consumo de alcohol y otras drogas, problemas emocionales, pensamiento e intentos suicidas, violencia, problemas relacionados con la sexualidad, así como problemas en la salud corporal; con el fin de identificar posibles riesgos en la salud mental de sus representados.

Para esto se iniciará el proceso de entrevistas confirmatorias a los y las estudiantes con posibles riesgos identificados en la evaluación de las encuestas, esto nos permitirá realizar una derivación a tiempo de los riesgos y tomar acciones de intervención oportuna en los y las adolescentes y sus familias.

Estas actividades serán acompañadas por un equipo de profesionales de la salud mental de la Secretaría de Salud, los DICE y Autoridades de las Instituciones Educativas y Unidades Metropolitanas de Salud.

Previo a la realización de las entrevistas confirmatorias e intervención, solicitamos cordíamente su autorización para que su representado/a participe de esta actividad:

|   |  |
|---|--|
| <b>Nombres y apellidos del estudiante:</b>    |  |
| <b>Número de cédula del estudiante:</b>       |  |
| <b>Curso al que pertenece:</b>                |  |
| <b>Nombres y apellidos del representante:</b> |  |
| <b>Contacto telefónico del representante</b>  |  |

Cabe mencionar que se mantendrá completa confidencialidad del proceso, en caso de existir alguna situación de riesgo identificada, se coordinará con el equipo DICE de la Unidad Educativa a la que pertenecen y con los representantes de los estudiantes.

**Autorizo** (Marque con una X): SI  NO

\_\_\_\_\_  
Firma de autorización de la o el representante legal  
Número de cédula de ciudadanía:

### DERIVACIÓN

En caso de que se identifique algún tipo de riesgo en mi representado, autorizo la derivación a un centro especializado, adicional a esto me comprometo a apoyar, acompañar y asistir durante el proceso de mi hijo/a hijo/a.

**Autorizo** (Marque con una X): SI  NO

\_\_\_\_\_  
Firma de autorización de la o el representante legal  
Número de cédula de ciudadanía:

## Anexo 3. Matriz de calificación

| Fecha de nacimiento : DDMMAA AA | Edad | Genero    | Tipo de familia             | Nivel socioeconómico | Etnia   | Institución Educativa    | Nivel de escolaridad | Administración Zonal | Parroquia | 1- En los últimos 12 meses, ¿has tratado de perder peso observando tu alimentación? | 2- ¿Te mantienes activo después de clases o los fines de semana? | 3- ¿Siempre llevas un cinturón de seguridad cuando conduces o viajas en automóvil? | 4- ¿Siempre usas casco cuando estás en bicicleta, patines, monopatín, motocicleta, etc.? | 5- ¿Durante el último mes, ¿has sido amenazado o herido por alguien? |
|---------------------------------|------|-----------|-----------------------------|----------------------|---------|--------------------------|----------------------|----------------------|-----------|---|--|--|--|--|
| 10/07/2009                      | 13   | MASCULINO | Familia de ambos padres     | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | SI   | SI   | NO   |
| 12/04/2009                      | 13   | MASCULINO | Familia de ambos padres     | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | NO   | SI   | NO   |
| 07/10/2009                      | 13   | FEMENINO  | Familia de padres separados | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | NO   | SI   | SI   | NO   |
| 25/04/2009                      | 13   | FEMENINO  | Familia de ambos padres     | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | SI   | SI   | NO   |
| 29/07/2009                      | 13   | FEMENINO  | Familia de ambos padres     | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | SI   | SI   | NO   |
| 20/12/2008                      | 13   | FEMENINO  | Familia de ambos padres     | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | SI   | SI   | NO   |
| 23/04/2009                      | 13   | MASCULINO | Familia de padres separados | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | SI   | SI   | NO   |
| 01/10/2009                      | 13   | FEMENINO  | Familia de padres separados | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | SI   | SI   | NO   |
| 16/06/2009                      | 13   | FEMENINO  | Familia de ambos padres     | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | NO   | SI   | NO   |
| 17/10/2009                      | 13   | MASCULINO | Familia de ambos padres     | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | SI   | SI   | NO   |
| 17/09/2009                      | 13   | FEMENINO  | Familia de ambos padres     | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | SI   | SI   | NO   |
| 22/08/2009                      | 13   | MASCULINO | Familia de ambos padres     | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | NO   | SI   | NO   |
| 12/12/2009                      | 12   | FEMENINO  | Familia de ambos padres     | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | NO   | NO   | NO   |
| 06/04/2009                      | 13   | FEMENINO  | Familia de ambos padres     | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | SI   | NO   | NO   |
| 08/09/2009                      | 13   | FEMENINO  | Familia de ambos padres     | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | SI   | NO   | NO   |
| 16/11/2009                      | 12   | MASCULINO | Familia de ambos padres     | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | SI   | SI   | NO   |
| 23/06/2009                      | 13   | MASCULINO | Familia de ambos padres     | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | SI   | SI   | NO   |
| 25/08/2009                      | 13   | MASCULINO | Familia de ambos padres     | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | SI   | SI   | NO   |
| 05/02/2009                      | 13   | MASCULINO | Familia de ambos padres     | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | NO   | NO   | NO   |
| 05/10/2009                      | 13   | FEMENINO  | Familia de ambos padres     | Medio                | MESTIZO | JULIO MORENO PEÑAHERRERA | Octavo               | Los Chillitos        | AMAGUAÑA  | NO  | SI   | SI   | SI   | NO   |

| R   | S   | T  | U   | V  | W  | Y  | Y  | Z   | AA   | AB   | AC  | AD  | AE   | AF   | AG   | AH   | AI            | AJ          |
|---|---|--|---|--|--|--|--|---|--|--|---|---|--|--|--|--|---------------|-------------|
| 5- Durante el último mes, ¿has sido amenazado o herido por alguien? | 6- ¿Has sido físicamente golpeado, pateado, molestado o herido por alguien? | 7- ¿Alguna vez has llevado un arma (pistola, cuchillo, garrote, etc.)? | 8- En los últimos tres meses, ¿has fumado cigarrillos o cualquier otra forma de tabaco? | 9- En los últimos 12 meses, ¿has conducido un automóvil en estado de ebriedad? | 10- En los últimos tres meses, ¿has bebido más de uno sorbos de alcohol? | 11- En los últimos tres meses, ¿has fumado marihuana u otras drogas? | 12- En los últimos tres meses, ¿has utilizado medicamento o receta médica? | 13- ¿Alguna vez has tenido algún tipo de relación sexual (vaginal, anal, etc.)? | 14- ¿Necesitas hablar sobre algún tema relacionado con tu identidad sexual o género? | 15- Si has tenido relaciones sexuales, ¿utilizas siempre un método preventivo? | 16- ¿Tienes alguna preocupación por la posibilidad de embarazo? | 17- Durante el mes pasado, ¿a menudo te has sentido triste, deprimido o como si...? | 18- ¿Tienes problemas serios o preocupaciones en casa o en la escuela? | 19- En los últimos 12 meses, ¿has pensado seriamente en quitarte la vida, tratarte de suicidar...? | 20- ¿Tienes al menos un adulto con quien puedes hablar sobre cualquier problema? | 21- Cuando estás enojado, ¿haces cosas que te ocasionan problemas? | Puntaje total | Riesgo      |
| NO  | NO  | NO   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | NO   | NO  | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | 0             | BAJO RIESGO |
| NO  | NO  | NO   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | Vacio  | Vacio   | SI  | SI   | NO   | NO   | NO   | 11            | ALTO RIESGO |
| SI  | NO  | NO   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | NO   | NO  | NO  | NO   | SI   | SI   | SI   | 2             | BAJO RIESGO |
| NO  | NO  | NO   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | NO   | NO  | NO  | NO   | SI   | SI   | SI   | 1             | BAJO RIESGO |
| NO  | NO  | NO   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | NO   | NO  | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | 1             | BAJO RIESGO |
| NO  | NO  | NO   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | NO   | NO  | NO  | NO   | SI   | NO   | NO   | 1             | BAJO RIESGO |
| NO  | NO  | NO   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | NO   | NO  | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | 1             | BAJO RIESGO |
| NO  | NO  | NO   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | NO   | NO  | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | 4             | BAJO RIESGO |
| NO  | NO  | NO   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | NO   | NO  | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | 2             | BAJO RIESGO |
| NO  | NO  | NO   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | NO   | NO  | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | 0             | BAJO RIESGO |
| NO  | NO  | NO   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | NO   | NO  | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | 1             | BAJO RIESGO |
| NO  | SI  | NO   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | NO   | SI  | SI  | NO   | SI   | NO   | NO   | 5             | ALTO RIESGO |
| NO  | NO  | NO   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | NO   | NO  | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | 1             | BAJO RIESGO |
| NO  | NO  | NO   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | NO   | NO  | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | 8             | ALTO RIESGO |
| NO  | NO  | NO   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | NO   | NO  | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | 0             | BAJO RIESGO |
| NO  | NO  | NO   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | NO   | NO  | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | 1             | BAJO RIESGO |
| NO  | NO  | NO   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | NO   | NO  | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | 0             | BAJO RIESGO |
| NO  | NO  | SI   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | NO   | NO  | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | 4             | BAJO RIESGO |
| NO  | NO  | NO   | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO  | NO   | NO   | Vacio   | Vacio   | Vacio  | Vacio  | SI   | NO   | 0             | BAJO RIESGO |

| AJ          | AK          | AL        | AM      | AN         | AO        |
|-------------|-------------|-----------|---------|------------|-----------|
| Riesgo      | Autocuidado | Violencia | Consumo | Sexualidad | Emocional |
| BAJO RIESGO | 1           |           |         | 1          | 8         |
| ALTO RIESGO | 2           |           |         |            |           |
| BAJO RIESGO | 1           | 1         |         |            | 1         |
| BAJO RIESGO | 1           |           |         | 1          |           |
| BAJO RIESGO | 1           |           |         |            |           |
| BAJO RIESGO | 1           |           |         |            | 3         |
| BAJO RIESGO | 1           |           |         |            | 1         |
| BAJO RIESGO | 1           |           |         |            |           |
| ALTO RIESGO | 1           |           |         |            |           |
| ALTO RIESGO | 2           | 1         |         |            | 2         |
| BAJO RIESGO | 1           |           |         |            |           |
| ALTO RIESGO | 1           |           |         |            | 7         |
| BAJO RIESGO |             |           |         |            | 1         |
| BAJO RIESGO | 2           | 1         |         |            | 1         |