



**UNL**

Universidad  
Nacional  
de Loja

**Universidad Nacional de Loja**

**Facultad de la Salud Humana**

**Carrera de Psicología Clínica**

**Prevalencia y factores de riesgo de la conducta suicida en  
adolescentes**

**Trabajo de Integración Curricular  
previo a la obtención del título de  
Licenciada en Psicología Clínica**

**AUTORA:**

María del Carmen Armijos Rosillo

**DIRECTORA:**

Psic. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.

Loja-Ecuador

2023

## **Certificación de director o tutor del trabajo de integración curricular**

Loja, 02 de octubre de 2023

Psic. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

### **CERTIFICO:**

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del Trabajo de Integración Curricular denominado: **“Prevalencia y factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes”**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**, de autoría de la estudiante **María del Carmen Armijos Rosillo**, con **cédula de Identidad Nro. 1106043944**, el mismo cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, certifico que dicho trabajo de integración curricular se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que, autorizo la presentación para su respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



Psic. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

## Autoría

Yo, **María del Carmen Armijos Rosillo**, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional-Biblioteca Virtual.

**Firma:** 

**Cédula de Identidad:** 1106043944

**Fecha:** 17 de octubre de 2023

**Correo Electrónico:** [maria.d.armijos.r@unl.edu.ec](mailto:maria.d.armijos.r@unl.edu.ec)

**Teléfono o Celular:** 0990202275


## Carta de Autorización

Yo, **María del Carmen Armijos Rosillo**, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular denominado **Prevalencia y factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes**, como requisito para optar por el título de **Licenciada en Psicología Clínica**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los diecisiete días del mes de octubre del dos mil veintitrés.

Firma: 

**Autora:** María del Carmen Armijos Rosillo

**Cédula de Identidad:** 1106043944

**Dirección:** Malacatos, Barrio Calera, frente a la Plaza Santiago Armijos Flores

**Correo Electrónico:** [maria.d.armijos.r@unl.edu.ec](mailto:maria.d.armijos.r@unl.edu.ec)

**Teléfono o Celular:** 0990202275

### DATOS COMPLEMENTARIOS:

**Directora del Trabajo de Integración Curricular:** Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.

## **Dedicatoria**

“Si ayudo a una sola persona a tener esperanza, no habré vivido en vano”

Martin Luther King

Dedico mi trabajo de integración curricular a Dios y a la Virgen del Carmen por haber sido mi guía y compañía a lo largo de mi carrera universitaria y por ser mi fortaleza en los arduos momentos de este proceso.

A mis padres, Milton y Alba por creer y confiar indudablemente en mí, sin dudarlo cada uno de los logros y reconocimientos obtenidos en mi vida tienen impresa una parte de ellos; gracias por su amor y su apoyo incondicional que se han convertido en el sostén diario en cada paso de mi camino, su esfuerzo y dedicación han forjado la persona que hoy en día soy.

A mis hermanos Karla, Gustavo y Daniel por el apoyo y la comprensión incondicional, en especial durante las largas jornadas de estudio, sin su apoyo este logro no habría sido posible.

A mis sobrinos, Alejandro, Luis y Rafael por ser mi fuente de inspiración y el motivo que me impulsa a ser una mejor persona cada día.

A mis abuelitos, Macrina y Alfonso por ser mi luz y mi guía en los momentos de oscuridad, gracias por la infinita paciencia, por los consejos y la entrega para conmigo. Del mismo modo, lo dedico a mis estrellas en el cielo, Enma y Gustavo quienes, a pesar de no encontrarse físicamente, inculcaron en mí los valores que hoy en día me caracterizan.

A mis tíos, Fabián, Inés y Judith por su cariño incondicional, su apoyo y sus palabras de aliento en los momentos de debilidad e incertidumbre.

A mis primos por su colaboración y apoyo, en especial a Micaela por ser mi fiel compañía durante la realización de este trabajo y por abrirme las puertas de su hogar durante estos meses.

A mi mejor amiga, Gisela por su presencia y apoyo incondicional a lo largo de mi vida, gracias por no abandonarme durante este proceso, totalmente segura de que su compañía ha sido uno de los pilares fundamentales en este viaje llamado Psicología Clínica.

Y a cada una de las personas que he conocido a lo largo de mi camino, este logro es una forma de retribuirles todo el apoyo que me han brindado.

*María del Carmen Armijos Rosillo*

## **Agradecimiento**

Agradezco a la prestigiosa Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de la Salud Humana y especialmente a la carrera de Psicología Clínica, por contribuir a mi formación profesional durante estos cuatro años de estudio.

Mi agradecimiento, gratitud y estima a la Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc. por su paciencia infinita, su apoyo inquebrantable y su entrega constante a lo largo del proceso de elaboración del presente trabajo de investigación. Su orientación y apoyo han sido fundamentales para la culminación exitosa de este proceso.

Agradezco de manera especial a los docentes de la carrera por su entrega y dedicación en el proceso de enseñanza, en especial a la Psicóloga Clínica Gabriela Fernanda Rojas Muñoz por sus enseñanzas, sus felicitaciones y sus palabras de aliento durante mi proceso de formación.

Al equipo de trabajo de la UAI del Hospital Isidro Ayora de Loja, de manera especial al Dr. Jorge Yaruquí y la Lic. Sara Lucero, quienes me brindaron su ayuda sincera y su comprensión, convirtiéndose en mis mentores durante el transcurso de mis prácticas pre profesionales.

Agradezco a mis amigos y compañeros, especialmente a Mariuxi y Lucho quienes desde el primer día y durante estos cuatro años estuvieron a mi lado brindándome su amistad y su apoyo en los buenos y malos momentos, totalmente segura de que gracias a ellos esta etapa ha sido una de las más bonitas de mi vida.

Finalmente, agradezco a cada una de las personas que de una u otra forma contribuyeron a mi proceso de formación y principalmente a la realización del presente trabajo de investigación.

Gracias a todos

*María del Carmen Armijos Rosillo*

## Índice de Contenidos

<b>Portada</b> .....	i
<b>Certificación de director o tutor del trabajo de integración curricular</b> .....	ii
<b>Autoría</b> .....	iii
<b>Carta de Autorización</b> .....	iv
<b>Dedicatoria</b> .....	v
<b>Agradecimiento</b> .....	vi
<b>Índice de Contenidos</b> .....	vii
<b>Índices de Tablas</b> .....	x
<b>Índice de Figuras</b> .....	xi
<b>Índice de Cuadros</b> .....	xi
<b>Índice de Anexos</b> .....	xi
<b>1. Título</b> .....	1
<b>2. Resumen</b> .....	2
<b>2.1. Abstract</b> .....	3
<b>3. Introducción</b> .....	4
<b>4. Marco Teórico</b> .....	7
<b>4.1. Capítulo 1: Conducta Suicida</b> .....	7
<b>4.1.1. Epidemiología</b> .....	7
<b>4.1.2. Antecedentes Históricos</b> .....	8
<b>4.1.3. Conceptualización</b> .....	9
<b>4.1.4. Proceso Suicida</b> .....	10
<b>4.1.4.1. Momentos del Proceso Suicida</b> .....	10
<b>4.1.5. Conducta Suicida</b> .....	11
<b>4.1.5.1. Definición.</b> .....	11
<b>4.1.6. Categorías de la Conducta Suicida</b> .....	12
<b>4.1.6.1. Comunicación suicida</b> .....	12
<b>4.1.6.2. Deseos de morir</b> .....	12
<b>4.1.6.3. Riesgo suicida</b> .....	12
<b>4.1.6.4. Gesto suicida o parasuicidio.</b> .....	13
<b>4.1.6.5. Pensamiento o ideación suicida.</b> .....	13
<b>4.1.6.6. Intento suicida</b> .....	13
<b>4.1.6.7. Suicidio</b> .....	14
<b>4.1.7. Teorías de la Conducta Suicida</b> .....	14

4.1.7.1.	Teoría Cognitiva de Beck.....	14
4.1.7.2.	Teoría de los Tres Pasos (3ST).....	15
4.1.7.3.	Teoría de Kelly y sus constructos personales.....	15
4.1.7.4.	Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio (ITS). ....	15
4.1.7.5.	Teoría del Comportamiento Suicida de Linehan.....	16
4.1.8.	Tipos de Suicidio.....	16
4.1.9.	Fases del Acto Suicida. ....	17
4.1.10.	Conducta suicida en la adolescencia.....	17
4.1.11.	Criterios Diagnósticos de la Conducta Suicida.....	18
4.1.12.	Estado de Ánimo de los Suicidas.....	19
4.1.13.	Factores de Riesgo para la Conducta Suicida.....	20
4.1.13.1.	Factores Biológicos.....	20
4.1.13.2.	Factores Psicológicos.....	21
4.1.13.3.	Factores Sociales.....	22
4.1.13.4.	Factores Familiares.....	22
4.1.13.5.	Consecuencias.....	22
4.1.14.	Evaluación de la Conducta Suicida.....	23
4.1.14.1.	Evaluación Psicológica de la Conducta Suicida.....	23
4.1.15.	Intervención en las Conductas Suicidas.....	24
4.1.15.1.	Tratamiento.....	24
4.1.16.	Estrategias de Intervención en Conductas Suicidas.....	25
4.1.16.1.	Psicoterapia Cognitivo-Conductual para la prevención del suicidio (CBT- SP).....	25
4.1.16.2.	Psicoeducación.....	25
4.1.16.3.	Reestructuración Cognitiva.....	25
4.1.16.4.	FODA.....	26
4.1.16.5.	Retroalimentación.....	26
5.	<b>Metodología</b> .....	27
5.1.	Área de estudio.....	27
5.2.	Enfoque y Diseño de la Investigación.....	27
5.3.	Tipo de Investigación.....	28
5.4.	Unidad de Estudio.....	28
5.4.1.	Población.....	28
5.4.2.	Muestra.....	28



5.4.3.	Criterios de selección .....	28
	Criterios de Inclusión .....	28
	Criterios de Exclusión .....	28
5.5.	Técnicas de estudio e instrumentos empleados .....	29
5.6.	Procesamiento y análisis de datos.....	29
<b>6.</b>	<b>Resultados</b> .....	<b>31</b>
6.1.	Para dar cumplimiento al objetivo general .....	31
	Conducta suicida identificada en los últimos diez años .....	35
	Conductas suicidas identificadas .....	36
	Factores de riesgo .....	36
	Factores psicológicos: cognitivo-emocional y comportamental.....	36
	Factores sociales: área familiar y social .....	37
	Hallazgos de los estudios encontrados .....	37
6.2.	Para dar cumplimiento al primer objetivo específico .....	39
6.3.	Para dar cumplimiento al segundo objetivo específico .....	41
<b>7.</b>	<b>Discusión</b> .....	<b>45</b>
<b>8.</b>	<b>Conclusiones</b> .....	<b>48</b>
<b>9.</b>	<b>Recomendaciones</b> .....	<b>49</b>
<b>10.</b>	<b>Bibliografía</b> .....	<b>50</b>
<b>11.</b>	<b>Anexos</b> .....	<b>60</b>

## Índices de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Sistematización de artículos sobre la evidencia científica de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano.....	31
<b>Tabla 2.</b> Evidencia científica de la conducta suicida en los países del continente americano, según el número de artículos seleccionados.....	38
<b>Tabla 3.</b> Evidencia científica de la conducta suicida en los últimos diez años, según el número de artículos seleccionados .....	38
<b>Tabla 4.</b> Prevalencia de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano...39	
<b>Tabla 5.</b> Prevalencia de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano, según la categoría suicida .....	39
<b>Tabla 6.</b> Prevalencia de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano, según el género .....	40
<b>Tabla 7.</b> Prevalencia de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano, según el país.....	40
<b>Tabla 8.</b> Prevalencia de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano, según el año .....	40
<b>Tabla 9.</b> Categorización de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en los adolescentes del continente americano.....	41
<b>Tabla 10.</b> Factores de riesgo más predominantes en la conducta suicida de los adolescentes del continente americano.....	44
<b>Tabla 11.</b> Sistematización general de la evidencia científica sobre la conducta suicida y los factores de riesgos asociados en los adolescentes del continente americano.....	66
<b>Tabla 12.</b> Prevalencia de las categorías de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano .....	75

## **Índice de Figuras**

<b>Figura 1.</b> Mapa del área geográfica de estudio (Continente Americano).....	27
--	----

## **Índice de Cuadros**

<b>Cuadro 1.</b> Intervenciones psicoterapéuticas para el abordaje de la conducta suicida.....	24
--	----

## **Índice de Anexos**

<b>Anexo 1.</b> Informe de estructura y pertinencia del Trabajo de Integración Curricular.....	60
<b>Anexo 2.</b> Informe de estructura y pertinencia emitido por la directora del Trabajo de Integración Curricular .....	61
<b>Anexo 3.</b> Oficio de designación de la directora del Trabajo de Integración Curricular .....	63
<b>Anexo 4.</b> Certificado de Traducción del Abstract.....	64
<b>Anexo 5.</b> Diagrama de Flujo para selección de los artículos .....	65
<b>Anexo 6.</b> Base de datos complementaria de los artículos científicos .....	66
<b>Anexo 7.</b> Tablas de Frecuencia en Excel .....	71
<b>Anexo 8.</b> Tabla complementaria para el objetivo específico uno .....	75

## **1. Título**

Prevalencia y factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes

## 2. Resumen

La conducta suicida es un fenómeno universal, social y atemporal que ha generado gran interés en la comunidad científica debido a su alta prevalencia en los adolescentes y a su potencial impacto en la salud física y psicológica. En los últimos años, se ha demostrado que la presencia de factores de riesgo desempeña un papel primordial en el desarrollo y mantenimiento de las conductas suicidas. Frente a esta situación, la presente investigación tiene como objetivo describir la evidencia científica de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano durante los últimos diez años, buscando establecer la prevalencia y los factores de riesgo más predominantes asociados a su desarrollo. Se realizó una revisión bibliográfica con diseño descriptivo y de corte transversal, la cual incluyó la búsqueda de artículos científicos en las bases de datos Dialnet, Scielo, Redalyc, Pubmed y Google Scholar durante el período 2013-2023, basándose en criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 20 artículos científicos como muestra representativa de la investigación. Los resultados obtenidos a través de la evidencia científica indicaron que la conducta suicida es altamente prevalente en los adolescentes del continente americano, siendo la ideación y el intento suicida las categorías más frecuentes, entre los factores de riesgo asociados encontramos los psicológicos, sociales y familiares destacando la depresión, la ansiedad, el consumo de alcohol y tabaco, las relaciones familiares caóticas y la disfuncionalidad familiar, como los principales factores vinculados a la aparición e incremento de la conducta suicida en los adolescentes. En conclusión, la conducta suicida se ha convertido en un reto para el ámbito sanitario y científico debido al acelerado crecimiento de sus cifras estadísticas principalmente en grupos vulnerables como los adolescentes, hecho que ha sido catalogado como el punto de referencia para la prevención e intervención en esta problemática.

***Palabras clave:*** Comportamiento autodestructivo, daño a sí mismo, autolesión, grupo de atención prioritaria, factores psicosociales.

## 2.1. Abstract

Suicidal behavior is a universal, social and timeless phenomenon that has generated great interest in the scientific community due to its high prevalence in adolescents and its potential impact on physical and psychological health. In recent years, the presence of risk factors has been shown to play a major role in the development and maintenance of suicidal behaviors. In view of this situation, the present research aims to describe the scientific evidence of suicidal behavior in adolescents in the American continent the last ten years, seeking to establish the prevalence and the most predominant risk factors associated with its development. A bibliographic review with descriptive and cross-sectional design was conducted, which included a search of scientific articles in the databases Dialnet, Scielo, Redalyc, Pubmed and Google Scholar during the period 2013-2023, based on inclusion and exclusion criteria, 20 scientific articles were selected as a representative sample of the researching work. The results obtained through scientific evidence indicated that suicidal behavior is highly prevalent in adolescents in the American continent, with suicidal ideation and attempts being the most frequent categories. Among the associated risk factors, we find psychological, social and family factors, with depression, anxiety, alcohol and tobacco consumption, chaotic family relationships and family dysfunctionality standing out as the main factors linked to the appearance and increase of suicidal behavior in adolescents. In conclusion, suicidal behavior has become a challenge for the health and scientific field due to the accelerated growth of its statistical figures, mainly in vulnerable groups such as adolescents, a fact that has been cataloged as the reference point for prevention and intervention in this problem.

**Key words:** self-destructive behavior, self-harm, self-injury, priority care group, psychosocial factors.

### 3. Introducción

El suicidio ha estado presente a lo largo de la historia convirtiéndose en un fenómeno complejo con diversas connotaciones tanto culturales como sociopolíticas; se caracteriza por ser multicausal, lo cual lo constituye como una problemática de salud pública cuyas estadísticas crecen aceleradamente con el transcurso de los años. En primera instancia, es fundamental realizar una aclaración conceptual respecto al suicidio, recalcando que su amplio espectro de clasificación abarca la conducta suicida, la cual incluye un sinnúmero de categorías que oscilan en una gradiente de gravedad misma que engloba amenazas, gestos, deseos, ideación con o sin una planificación concreta, conductas que pueden desencadenar en una tentativa suicida y posteriormente en un suicidio consumado (Cañón y Carmona, 2018).

Empleando las palabras de Toro et al., (2016) la conducta suicida se refiere a “Toda acción impulsiva dirigida implícita o explícitamente, con el único propósito de cometer suicidio” (p.53). Estudios previos han evidenciado una alta prevalencia de la conducta suicida en los adolescentes, por ejemplo, Silva et al., (2013) encontraron una prevalencia del 14,3% de ideación suicida en un grupo de adolescentes de Chile, así también Aguirre et al., (2015) manifestaron que en una muestra de adolescentes colombianos el riesgo suicida tuvo una prevalencia del 16,5% y otros autores como Beaven et al., (2018) evidenciaron una prevalencia del 21%, respecto al intento suicida, catalogándolas como las categorías suicidas más predominantes en el continente americano.

La conducta suicida es un fenómeno complejo cuya naturaleza está asociada con tabús y estigmas, la cual se caracteriza por repercutir negativamente en el funcionamiento de las personas contribuyendo al desarrollo de problemas físicos, psicológicos y en los casos más extremos puede llegar a causar la muerte (Rivera et al., 2020). Por ende, los factores de riesgo vinculados a la conducta suicida en el continente americano corresponden a la esfera biológica, social y psicológica destacando principalmente el género, la edad, los problemas emocionales y trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad, el consumo de sustancias psicoactivas, las relaciones interpersonales y el acoso escolar (Londoño y Cañón, 2020).

Los pensamientos suicidas son frecuentes en la adolescencia, principalmente cuando en el entorno se presentan factores estresantes, por lo general suelen ser transitorios, no obstante, cuando estos pensamientos son constantes e intensos, se acrecienta el riesgo de desarrollar una conducta suicida, dado que los adolescentes al encontrarse en una etapa crítica se convierten en un grupo vulnerable. En términos breves, las circunstancias adversas pueden alterar el proceso de desarrollo precipitando la aparición de estados emocionales caracterizados por conductas de riesgo, como el suicidio (Amaral et al., 2020).

El crecimiento de este fenómeno es realmente preocupante, datos recientes señalan que a nivel mundial cerca de 703 000 personas se quitan la vida cada año, recalcando que en la población general por cada suicidio consumado hay múltiples intentos suicidas, en el año 2019 la conducta suicida se estableció como la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. En el continente americano la conducta suicida y específicamente la categoría de suicidio consumado se situó entre las principales causas de muerte, alcanzando un promedio alrededor de 97 339 muertes por año (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2021).

Es innegable que este fenómeno se encuentra altamente presente en la población adolescente, se puede afirmar entonces que es una situación problemática, cuya importancia es crítica, puesto que el normal funcionamiento de los adolescentes es un factor indispensable para el cumplimiento de las exigencias personales y sociales. Por tal razón, la presente investigación tiene como objetivo describir la evidencia científica de la conducta suicida en los adolescentes a través de la identificación de sus tasas de prevalencias y los factores de riesgo asociados a la misma.

A su vez, los resultados de la investigación brindarán información relevante para la identificación y prevención de problemáticas personales, familiares, escolares y sociales que contribuyen al desarrollo de conductas suicidas, asimismo permitirá incentivar el desarrollo de futuras investigaciones que evalúen minuciosamente esta problemática de salud pública, empleando nuevos constructos y abordando diferentes grupos poblacionales.

La investigación se encuentra estructurada por un marco teórico en el cual se recopila los aportes de diferentes autores respecto a la conducta suicida, epidemiología, consideraciones generales, antecedentes históricos, definición, categorías, tratamiento y los principales factores de riesgo asociados a su desarrollo. Además, brinda información acerca de la metodología utilizada haciendo hincapié en el tipo de estudio, población, muestra, criterios de inclusión y exclusión y el procedimiento desarrollado, asimismo la sección final incluye los resultados obtenidos, la discusión y culmina con las conclusiones y recomendaciones.

Por otra parte, es fundamental señalar las limitaciones de la investigación que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, pese a que la estrategia de búsqueda fue amplia, es altamente probable que artículos relevantes hayan sido excluidos debido a los criterios de selección que se establecieron. Asimismo, es importante recalcar que los países incluidos en la investigación pertenecen principalmente a la región de Latinoamérica, lo cual puede sesgar las conclusiones al generalizarlas a otros países del continente.

Además, el procesamiento de los datos y el establecimiento de valores estadísticos no se encuentra exento de sesgos debido a que en algunos de los estudios incluidos en la muestra



la información referente a la presencia de conductas suicidas se recolectaba a través de la utilización de instrumentos cuya interpretación era subjetiva. Finalmente, es importante mencionar que no se consideraron otras variables relevantes como el nivel socioeconómico, el método de suicidio utilizado, la letalidad de la conducta suicida y la cultura, mismos que pueden ser considerados como factores de riesgos para la conducta suicida.

## 4. Marco Teórico

### 4.1. Capítulo 1: Conducta Suicida

#### 4.1.1. Epidemiología

El crecimiento de este fenómeno es realmente preocupante, a nivel mundial cerca de 703.000 personas se quitan la vida cada año, recalcando que en la población general por cada suicidio consumado hay muchas tentativas de suicidio, en el año 2019 la conducta suicida fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años, razón por la que actualmente se ha convertido en un problema de salud pública, mismo que debe ser abordado de forma integral (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2021).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2021) en la Región de las Américas en el año 2019 hubo un promedio de 97.339 muertes por suicidio, lo cual constituye una tasa de mortalidad de 9,0 por 100.000 habitantes. Las tasas de prevalencia más altas se ubicaron en América del Norte con 54.766 muertes por suicidio y en el Cono Sur con 20.046 muertes aproximadamente, así también los países con mayor incidencia de suicidios fueron Guyana, Suriname, Uruguay, Estados Unidos, Canadá y Cuba. Respecto al género, la proporción de suicidios fue mayor en el género masculino con un 77,6%, en términos breves hubo alrededor de 3,5 suicidios en los hombres por cada suicidio en las mujeres.

En un estudio realizado en Chile cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de las conductas suicidas e identificar los factores sociodemográficos y las enfermedades psiquiátricas que influyen en el desarrollo de dichas conductas, se encontró que el 35,3% de los adolescentes pensaba frecuentemente en la muerte, el 20,2% tenía deseos de estar muertos, respecto a la ideación suicida el 14,3% de los adolescentes presentaba esta conducta y el 7,7% presentó un intento suicida en algún momento de su vida, siendo la población de 15 a 24 años el grupo etario en el que mayor prevalencia se determinó, con un 34%. Los resultados ratifican que las conductas suicidas son altamente prevalentes en este país y los principales factores de riesgo asociados son la baja escolaridad, problemas económicos, individuos impulsivos con consumo de sustancias, entre otros (Silva et al., 2013b).

Así mismo en una investigación realizada por Hernández et al., (2020) denominada Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: Revisión Sistemática, en la cual se planteó como objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados a la ideación e intento suicida en los adolescentes, los resultados obtenidos arrojaron que la prevalencia de la conducta suicida en los adolescentes es variable, oscilando entre un 9,7% y 77,2% en términos de ideas e intentos suicidas . Respecto a los factores asociados,

destacaron el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y drogas) en un 30%, los trastornos psicológicos (depresión-ansiedad) y antecedentes familiares de suicidio en un 43%, relaciones familiares conflictivas en un 56% y otros factores como el maltrato físico y psicológico, la desesperanza, el bajo rendimiento escolar y los antecedentes previos de suicidio, en porcentajes mínimos.

Por otra parte, Eguiluz y Mera (2014) centraron su investigación en determinar el riesgo suicida y el bienestar psicológico asociado a la estructura familiar de los adolescentes. La muestra fue de 329 jóvenes seleccionados a través de un proceso de muestreo probabilístico por conglomerado, los resultados de la investigación concluyeron que 8 de los 329 estudiantes presentaban un riesgo suicida elevado asociado a una baja percepción de bienestar psicológico lo cual se determina como un factor de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas.

En otra investigación sobre los factores de riesgo y la tipificación de la conducta suicida en la adolescencia realizada por Reiner et al., (2021) cuyo objetivo era caracterizar los factores de riesgo y la tipificación de la conducta suicida en los adolescentes que acuden a los servicios de atención primaria, para la realización del estudio se utilizó un análisis documental y se aplicó una encuesta para categorizar y tipificar los riesgos. Los resultados obtenidos evidenciaron que la conducta suicida tuvo mayor prevalencia en el género masculino, principalmente en el grupo etario de 13 a 15 años con un 48,6%. En lo que respecta a los factores de riesgo asociados la mayoría pertenecían a la esfera individual, familiar y escolar, destacando el consumo de alcohol en los miembros de la familia con un 76,4%, la presencia de discusiones y agresiones en la relación conyugal con un 58,3%, en la esfera personal y/o individual predominaron las relaciones familiares conflictivas con un 65,27% y la tristeza con un 36,10%. Finalmente, en la esfera escolar se evidenció como factores de riesgo altamente prevalentes al acoso escolar (bullying) y las dificultades en las relaciones interpersonales con un 45,8% y un 37,5%, respectivamente.

#### ***4.1.2. Antecedentes Históricos***

Los factores que predisponen y precipitan al ser humano a cometer un suicidio continúan siendo los mismos desde hace 4000 años atrás, entre los más comunes encontramos el escapar de estados de sufrimiento severo, acabar con padecimientos crónicos en enfermos terminales, reducir estados de desesperanza, el deseo de unirse con un ser querido que ha fallecido, huir de la soledad, pensar que la vida no tiene ningún sentido, todos los factores antes mencionados forman parte de las múltiples situaciones en las cuales el ser humano considera al suicidio como un medio para morir de forma deliberada (Guerrero, 2019).

La Grecia Antigua fue una de las primeras culturas que abordó al suicidio más allá del clásico enfoque sociológico-filosófico planteando que dicha conducta se constituía como un mecanismo de supervivencia para las aldeas, por lo general, en las culturas antiguas los ancianos, los enfermos y las personas con deformidades eran obligados a separarse de las comunidades y dirigirse a la intemperie sin alimentos ni agua, esta medida se utilizaba como una estrategia para garantizar una mayor provisión de recursos a los demás miembros de la comunidad. Para la cultura griega el suicidio se consideraba un delito contra el estado, por ende, las personas que cometían un suicidio eran castigados con la mutilación, los entierros aislados y la deshonra familiar (Amador, 2015).

Por otro lado, Cañón y Carmona (2018) establecen que el suicidio al ser una problemática social y al estar presente a lo largo de la historia la humanidad, se convierte en un fenómeno universal con diversas connotaciones tanto culturales como sociopolíticas, por ende, en la actualidad se ha catalogado como un problema de salud pública que va más allá de las patologías psiquiátricas y cuyas estadísticas ascienden aceleradamente día con día, por ello es fundamental abordar esta problemática desde un enfoque multidisciplinario.

#### **4.1.3. Conceptualización**

Mendes et al (1998, cómo se citó en Toasa, 2020) señalan que:

Etimológicamente el vocablo procede del latín *sui* (sí mismo) y *cidium* (muerte) que significa “atentado contra la propia vida” los griegos lo llamaban *autokería* de *auto* (sí mismo) y *keir* (mano) esto es “muerte elegida por uno mismo”. Los términos latinos y griegos indican dos posturas y dos valoraciones distintas el primero que pone énfasis sobre la idea de matar, mientras que el segundo lo pone en la idea de acto deliberado. (p. 8)

Empleando las palabras de Durkheim (1989), el suicidio se define como toda aquella muerte que se produce de forma directa o indirecta, a partir de un acto positivo o negativo, ejecutado deliberadamente por la víctima con la clara convicción de que se debía producir dicho resultado, a partir de esta definición podemos establecer que el suicidio es un acto deliberado del cual la persona conoce las consecuencias antes de cometerlo.

Por otro lado, Quintanar (2019) manifiesta que la palabra suicidio engloba la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y libre, a través de dos modalidades de ejecución ya sea de forma directa o a través del rechazo de un tratamiento requerido para continuar con la vida, en dicho contexto la persona puede adoptar un estilo de afrontamiento activo o bien una actitud pasiva. En la misma línea de investigación, Campillo et al., (2021) establece que el suicidio es

la muerte autoinfligida, la cual se genera por conductas contraproducentes ejecutadas por el individuo con el fin único de acabar con su vida.

En términos breves, el suicidio se define como un conflicto de adaptabilidad al entorno, en la que un individuo pasa por diferentes crisis con la convicción de que no existe solución para las mismas, además existe la presencia de un sentimiento de soledad arraigado en la carencia de apoyo por parte de sus puntos de anclaje, por tal razón se elige una solución alternativa, abandonando metas, objetivos y aspiraciones lo cual genera que la persona pierda el sentido de su vida al contar con muy pocos recursos de afrontamiento, por ende, cualquier evento afecta en gran dimensión (Ramírez et al., 2017).

#### **4.1.4. *Proceso Suicida***

El proceso suicida comprende desde el instante en el que se produce la crisis existencial hasta el lapso de tiempo que transcurre para la ejecución del acto suicida, además es importante recalcar que en los adolescentes este proceso puede ser muy corto, inclusive de horas, no obstante, es más precipitado en los individuos con antecedentes de intentos suicidas previos (Atoche y Sánchez, 2017).

**4.1.4.1. Momentos del Proceso Suicida.** El proceso se subdivide en cinco momentos fundamentales:

- **Primer momento:** Engloba la búsqueda de soluciones, siendo una reacción normal y esperable ante un evento crítico. Algunas personas pueden tener múltiples soluciones o recursos para resolver la crisis, no obstante, otras personas no tienen la capacidad de identificar posibles soluciones para el evento crítico, es importante recalcar que durante esta etapa el suicidio no es considerado como una alternativa de solución.
- **Segundo Momento:** Se presenta la ideación suicida, en el proceso de búsqueda de soluciones el suicidio puede presentarse como una posible solución, sin embargo, tiende a ser súbita, breve y pasajera. Además, las soluciones son consideradas como ineficientes para resolver el evento crítico, por ende, se rechazan. La ideación suicida se presenta con mayor frecuencia, en ocasiones encubierta por la idea de que algún evento externo va a causar la muerte, se empiezan a elaborar posibles escenarios.
- **Tercer Momento:** Se conoce como rumiación, en esta etapa la inconformidad y el deseo de escapar del evento crítico se incrementan, la persona piensa continuamente en su imposibilidad e ineficiencia para resolver la crisis debido a que ya ha agotado todas sus opciones, por lo general, la ideación suicida se presenta regularmente.
- **Cuarto Momento:** En la cristalización la persona se encuentra desesperanzada, considerando al suicidio como una solución a todos sus problemas. En el caso de los

adolescentes tienden a sentirse aliviados y con signos de una recuperación exitosa, ya que el suicidio representa la solución definitiva para sus problemas, por lo general el adolescente empieza a aislarse, encontrándose expectante ante el evento desencadenante del suicidio.

- **Quinto Momento:** Se presenta el factor desencadenante, ligado principalmente al acto suicida, sin importar la intensidad del evento, no obstante, para el adolescente estos eventos críticos que atraviesa se añaden a la serie de pérdidas significativas que ha tenido a lo largo de su vida (Gómez et al., 2020).

#### **4.1.5. Conducta Suicida**

**4.1.5.1. Definición.** Tal como lo expresa Serrano y Olave, (2017) la conducta suicida es “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil” (p.140). Por otra parte, Perales et al., (2019) manifiestan que la conducta suicida es un continuo comportamental constituido por diversas categorías con una gradiente de gravedad ascendente, cuyo fin único es provocar la muerte de un individuo.

Desde el punto de vista de Freeman y Reinecke (1995, como se citó en Ortega, 2018) consideran que:

La conducta suicida se produce en el medio sociocultural e indudablemente está influida por una variedad de factores físicos y bioquímicos. En primer lugar, es un estado mental. Es decir, cada acto suicida se inicia en la mente del individuo. Es ahí donde debemos acudir si tratamos de comprender y resolver este problema. (p. 49)

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) manifiesta que la conducta suicida incluye una serie de comportamientos que van desde el pensamiento de quitarse la vida también denominado ideación suicida, abarcando la planificación, el intento y finalmente la consumación del suicidio.

Para finalizar y a modo de conclusión, entenderemos según Vega et al. (2002, como se citó en Rocamora, 2013) que la conducta suicida es “Toda aquella conducta, generalmente consciente, que va encaminada hacia la destrucción –por acción u omisión– del propio sujeto, aunque sea difícil comprobar la intencionalidad e independientemente de que la persona sepa o no el móvil de su conducta suicida”. (p.30)

#### **4.1.6. Categorías de la Conducta Suicida**

**4.1.6.1. Comunicación suicida.** El Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) manifiesta que la comunicación suicida es el:

“Acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para lo que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la idea suicida (cogniciones) y la conducta suicida”.  
(p. 24)

La comunicación suicida incluye dos categorías las verbales a través de palabras, frases, afirmaciones, amenazas y las no verbales las cuales engloban gestos corporales y expresiones faciales dichas categorías manifiestan intencionalidad, empero, no se presentan autolesiones. Según la nomenclatura de Silverman et al. (2007, como se citó en Rangel y Jurado, 2022) dentro de la comunicación suicida existen tres subcategorías relacionadas con la conducta suicida: La amenaza de suicidio I (sin intencionalidad suicida), la amenaza de suicidio II (grado indeterminado de intención suicida) y la amenaza de suicidio III (La intencionalidad está presente en una gradiente de gravedad alta).

**4.1.6.2. Deseos de morir.** Se encuentran enlazados con motivos complejos, por lo general hacen alusión a la necesidad imperante de reposo y la voluntad de alejarse y eludir las situaciones conflictivas, en esta categoría hay un grado leve de consciencia de la situación en relación con el inconsciente (Ferreya, 2017).

Así también, es importante recalcar que el establecimiento de esta categoría requiere la interacción con otras ideas y/o factores que van más allá de la ideación suicida, estudios previos evidenciaron que las personas con ideación suicida leve y moderada, consideran al suicidio como una alternativa de solución, sin embargo, la gravedad no es tal para constituir un deseo (Baltodano y Márquez, 2014).

**4.1.6.3. Riesgo suicida.** Empleando las palabras de Koppmann (2020) el riesgo suicida engloba los factores personales, familiares y sociales que incrementan la posibilidad de que una persona atente contra su vida en un momento específico de su desarrollo.

Por otro lado, Plutchik y Van Pragg (1989, como se citó en Ursul, 2021) evidenciaron en la creación de su escala de medición la importancia de evaluar los factores individuales y psicológicos tales como: intentos previos de suicidio, desesperanza, impulsividad y utilización de medicamentos, mismos que se catalogan como predictores del riesgo suicida.

**4.1.6.4. Gesto suicida o parasuicidio.** Abarca el conjunto de conductas deliberadas cuyo objetivo es producirse daño físico, dolor y lesiones en alguna función y/o parte del cuerpo, pero sin la intención aparente de causar la muerte, en esta categoría se incluyen las acciones autoinflingidas tales como los cortes en las muñecas, los autoenvenenamientos, las ingestas medicamentosas y las autoquemaduras. Es importante recalcar que la finalidad de los gestos suicidas es obtener un beneficio personal (empleo, atención) o evitar una ruptura, por lo general tener una mayor incidencia en el género femenino (Rocamora, 2013).

**4.1.6.5. Pensamiento o ideación suicida.** Pensamientos referentes a la intención de acabar con la vida, indistintamente de si se tiene o no una planeación concreta. Es considerada como un marcador de vulnerabilidad el cual se establece como el punto de partida para un proceso suicida y a su vez como un factor predisponente para desembocar en el suicidio consumado (Cañón y Carmona, 2018).

En la misma línea de investigación, Ortega (2018) señala que la ideación suicida se caracteriza por cualquier pensamiento recurrente que transmita la intencionalidad suicida de la persona, por lo general se considera como la fase inicial que está presente en todos los suicidios.

Del mismo modo, Ceballos et al. (2015) consideran a la ideación suicida como el pensamiento, deseo y planeación respecto a la intención de cometer un suicidio, asimismo las cogniciones centradas en imágenes autodestructivas y desesperanzadoras respecto al poco sentido de la vida. Por ende, esta categoría del suicidio se establece como un factor de alarma frente al riesgo suicida.

La ideación suicida es una categoría meramente cognitiva la cual engloba tres tipos diferentes: la ideación relacionada con el suicidio sin intención suicida, la ideación relacionada con el suicidio con intención suicida indeterminada; y finalmente la ideación relacionada con el suicidio con intención suicida (Rangel y Jurado, 2022).

**4.1.6.6. Intento suicida.** Es todo comportamiento suicida y autolesivo que no provoca la muerte, por lo general abarca intoxicaciones autoinflingidas, lesiones y agresiones autohirientes las cuales pueden tener o no intencionalidad y generar un desenlace fatal (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014).

Así mismo, el intento suicida y/o parasuicidio incluye las acciones autoinflingidas cuya finalidad es provocarse daño de forma letal, sin embargo, su resultado final no es el fallecimiento de la persona, por lo general se cataloga como una conducta suicida no fatal debido a su forma de presentación (Pérez et al., 2017).

Quintero et al. (2021) manifiestan que los adolescentes tienden a presentar conductas autolesivas de gran magnitud, por ende, son consideradas como un parasuicidio en el cual la



persona se causa daño como un mecanismo para exteriorizar sus conflictos internos y su búsqueda latente de apoyo social para la resolución de problemas. En el caso de los adolescentes es fundamental comprender los cambios que atraviesan en esta etapa debido a que los mismos provocan afectaciones en su salud mental que al no ser abordadas desembocan en conductas de riesgo como el suicidio.

**4.1.6.7. Suicidio.** Empleando las palabras de Martínez et al. (2014) el suicidio es cualquier acto de muerte que resulta de las acciones positivas o negativas ejecutadas deliberadamente por la víctima, con la finalidad de terminar con su vida.

Por otro lado, Ortega (2018) plantea que es una categoría conductual caracterizada por actos autodestructivos que terminan con la vida de la persona que ejecuta determinados actos, en términos breves el suicidio consumado abarca la muerte autoinfligida del individuo, con evidencias explícitas o implícitas que demuestren la intencionalidad suicida.

El término suicidio consumado ha sido objeto de múltiples y extensas revisiones, por ende, se lo cataloga como un pleonasma, las principales discrepancias son referentes a su definición la cual engloba la consecución de un objetivo, sin embargo, no es aplicable para aquellas personas que cometen un suicidio en el cual el principal objetivo era diferente a quitarse la vida, por lo que se propone emplear el término suicidio (Rangel y Jurado, 2022).

#### **4.1.7. Teorías de la Conducta Suicida**

A lo largo de la historia se ha intentado establecer explicaciones respecto a los factores de riesgo y las causas del suicidio, por tal razón ha surgido una amplia gama de teorías generales y específicas enfocadas en abordar los diferentes fenómenos psicológicos que influyen en el desarrollo de conductas suicidas.

**4.1.7.1. Teoría Cognitiva de Beck.** Establece que las personas elaboran categorías mentales a través de las cuales perciben e interpretan los eventos de la vida. Por tal razón, los individuos cuyas categorías se encuentran distorsionadas tienden a generar depresión, lo cual a su vez se convierte en un factor de riesgo para las conductas suicidas (Beck, 1979, como se citó en Ortega, 2018).

Las personas deprimidas con frecuencia tienden a presentar construcciones negativas acerca de sí mismos y del mundo, dichas construcciones están relacionadas directamente con el intento suicida visto como un acto autodestructivo dirigido a causarse daño. El modelo cognitivo de las conductas suicidas plantea que las personas con ideación suicida presentan algunas distorsiones cognitivas tales como: sobregeneralización, abstracción selectiva, magnificación, pensamiento dicotómico, culpabilidad, personificación, entre otros.

Asimismo, García y Bahamón (2017) plantean que existen factores de vulnerabilidad que predisponen a las personas a padecer patologías incrementando así su riesgo de desarrollar conductas suicidas, no obstante, algunas de las personas que cometen actos suicidas no tienen antecedentes psicopatológicos. En términos breves, la teoría cognitiva de Beck se enfoca en los procesos cognitivos relacionados con trastornos psicológicos principalmente la depresión, siendo el suicidio uno de los componentes del amplio espectro de dicha patología.

**4.1.7.2. Teoría de los Tres Pasos (3ST).** Fue propuesta por Klonsky y May en el año 2015, por ende, es una de las teorías más recientes respecto a la conducta suicida, está configurada por tres pasos los dos primeros se enfocan en la ideación suicida y el tercero en el proceso ideación-suicidio consumado. En el primer paso se postula que la ideación suicida surge de la desesperanza y del dolor, principalmente del dolor psicológico, asimismo la 3ST establece que si una persona considera que su vida es aversiva dichas ideas se plasman como un marcador de vulnerabilidad, el cual predispone a la persona a buscar métodos para terminar con su vida.

Por otro lado, el segundo paso abarca la intensidad de la conducta suicida haciendo énfasis en la conexión social como un factor protector, por ejemplo, si una persona piensa que su vida es hostil y aversiva, pero tiene puntos de anclaje sólidos como su familia y/o amigos los cuales le brindan apoyo, la ideación suicida no incrementa su intensidad. Finalmente, el tercer paso plantea que una persona comete un suicidio cuando tiene la capacidad de hacerlo, en esta etapa se abordan tres tipos de factores disposicionales, adquiridos y prácticos (Ordóñez, 2022).

**4.1.7.3. Teoría de Kelly y sus constructos personales.** El constructivismo de esta teoría establece que cada persona posee una representación individual de la realidad acorde a los macro y microsistemas, por ende, la conducta es construida y experimentada de forma activa por parte del individuo (Moreno, 1985).

Asimismo, Kelly (1961, como se citó en Ortega, 2018) planteó que “La realidad es independiente de la interpretación que cada individuo hace de ella, y es esta interpretación del individuo respecto a la realidad la que orienta y condiciona su propio comportamiento” (p. 46). De acuerdo con esta teoría el ser humano a través del suicidio tiene como objetivo validar su vida, en función de dos razones inicialmente porque el futuro se torna desesperanzador y por otro lado al pensar que es una persona poco relevante para los demás decide terminar con su vida.

**4.1.7.4. Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio (ITS).** Su precursor fue Thomas Joiner, la teoría se basa en dos importantes premisas; la primera establece que las personas al percibirse erróneamente como una carga para los demás conjuntamente con la alienación social tienden a desarrollar conductas de riesgo (ideación suicida), por otro lado, la

segunda premisa plantea que una persona ejecuta sus deseos de muerte únicamente si tiene la capacidad necesaria para hacerla, misma que se fortalece a través de las experiencias que insensibilizan el dolor y reducen el miedo a la muerte (violencia). En términos breves, la ITS define al suicidio en función de dos constructos: El deseo de terminar con la vida y el tener la capacidad para cometerlo (García y Bahamón, 2017).

En la misma línea de investigación, Van Orden et al. (2012) proponen que el suicidio es producto de relaciones interpersonales insatisfechas, por ejemplo la necesidad de pertenecer a un grupo determinado al no satisfacerse se convierte en una pertenencia frustrada mientras que una necesidad de competencia social insatisfecha origina una carga percibida errónea. Por ende, al estar presentes ambas categorías los seres humanos tienden a desarrollar deseos de muerte los cuales se manifiestan conductualmente a través de la ideación suicida activa.

**4.1.7.5. Teoría del Comportamiento Suicida de Linehan.** Sostiene que las conductas suicidas son estrategias que las personas ejecutan para detener el sufrimiento, asimismo plantea que las personas que desarrollan conductas suicidas tienen factores biológicos predisponentes caracterizados por la baja regulación emocional latente desde la infancia, por lo general se manifiesta de forma inconsciente. En pocas palabras, de acuerdo con esta teoría las conductas suicidas están asociadas a la cognición, nivel económico, conflictos interpersonales, separaciones y divorcios (Ortega, 2018).

El estudio de la suicidiología desde la teoría de Linehan establece que las conductas suicidas se deben abordar desde dos aspectos fundamentales, en primer lugar, considerando al suicidio como un mecanismo adquirido para combatir el dolor emocional agudo y, por otro lado, identificando los factores y causas para la ejecución de dichas conductas, entre las cuales encontramos: 1) las emociones, 2) los estímulos ambientales agrupados en cuatro categorías: ambientes hostiles, acontecimientos vitales estresantes, apoyo social deficiente y la exposición a modelos suicidas, 3) la cognición y 4) el comportamiento (Córdova et al., 2015).

#### **4.1.8. Tipos de Suicidio**

La principal clasificación del suicidio se deriva de la teoría sociocultural, en la cual se ejemplifican cuatro tipos de suicidio: 1) **suicidio egoísta**: por lo general existe una excesiva individualización de la persona asociada a una integración social deficiente, lo cual produce retraimiento y aislamiento, 2) **suicidio altruista**: se produce una excesiva integración social, el individuo desarrolla una pasión violenta como respuesta a las demandas sociales hasta llegar al punto extremo de sacrificar su vida, 3) **suicidio anómico**: la disociación social repercute negativamente en el individuo generando un sentimiento de falta de significación por la vida, por lo general es producto de eventos críticos (guerras, crisis económicas, etc.) y 4) **suicidio**

***fatalista***: se deriva de un excesivo control social, las personas que cometen este tipo de suicidio provienen de contextos limitados por exceso de reglas (Blandón et al., 2015).

Otra de las clasificaciones del suicidio es la propuesta por González (2016) la cual divide al suicidio en función de las características de las personas: 1) ***vicariantes***: aquellas personas que adelantan su muerte con la justificación de que su vida es desalentadora y nada puede compensar su tiempo de espera para la muerte, 2) ***perfeccionistas***: tienen baja tolerancia a la disminución de sus atributos personales (belleza), asimismo a situaciones que impliquen características sociales deficientes como la pérdida de poder y prestigio, 3) ***hedonistas***: individuos que no toleran las situaciones que impliquen una limitación o minimización de su placer sensual, 4) ***transicionales***: utilizan al suicidio como un mecanismo para evitar los acontecimientos vitales estresantes y 5) ***asintomáticos***: personas con un diagnóstico psiquiátrico previo principalmente de psicopatías, confusión mental, demencia y depresión.

#### **4.1.9. Fases del Acto Suicida.**

En primer lugar, es importante recalcar que las fases de la conducta suicida han sido establecidas en función de la observación de algunos casos manifiestos, sin embargo, no se pueden establecer como un lineamiento general aplicable para todos los pacientes.

Por ende, en el proceso suicida se establecen tres fases:

- **Fase de Consideración:** Aparecen los pensamientos suicidas, inicialmente estas ideas se manifiestan de forma leve como una medida alternativa para disminuir los efectos adversos de los acontecimientos vitales estresantes y angustiantes.
- **Fase de Ambivalencia:** Inicia un combate interno entre las tendencias destructivas y preservativas, en caso de que predomine la autodestrucción el individuo avanza de la ideación suicida al intento y/o tentativa de suicidio.
- **Fase de Decisión:** El individuo inicia con el establecimiento de una planificación suicida concreta y posteriormente ejecuta el acto suicida con el fin único de terminar con su vida (Levín, 2014).

#### **4.1.10. Conducta suicida en la adolescencia**

Empleando las palabras de la Organización Mundial de la Salud (2021), la adolescencia es una etapa de crecimiento comprendida entre los 10 y 19 años de edad en la cual se adquieren competencias socioemocionales fundamentales para el bienestar mental, asimismo en esta etapa se producen cambios físicos y psicológicos los cuales al vincularse con factores externos de riesgo como la pobreza, el maltrato, entre otros predisponen a los adolescentes a desarrollar conductas de riesgo tales como el suicidio, convirtiéndose en la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años de edad.

En la misma línea de investigación, Cortés et al. (2021) argumentan que en la adolescencia interactúan dos factores intrínsecamente relacionados: la persona se reconoce como un ser social con deberes y derechos, asimismo es consciente que forma parte de una comunidad en la cual se interrelaciona y comparte proyectos y valores con otros individuos. En términos breves, la adolescencia es una etapa en la que la persona se busca a sí mismo con el objetivo de establecer su identidad enfocada en la autonomía y la independencia, además en esta etapa se incrementa la presión individual la cual al vincularse con la inmadurez genera sentimientos de frustración y desesperanza que conllevan un riesgo mayor para cometer un acto suicida.

Por lo general, las conductas suicidas se producen en la edad media de la vida, de las cifras obtenidas el 25% de suicidios consumados corresponde a jóvenes y adolescentes, al encontrarse en una etapa crítica los adolescentes se convierten en una población vulnerable, condición que al asociarse a factores de riesgo incrementa las conductas suicidas. Los factores desencadenantes se clasifican de acuerdo a categorías, en primer lugar, tenemos la categoría clínica la cual engloba el consumo de sustancias, trastornos mentales y psiquiátricos, por otro lado, encontramos la categoría ambiental constituida por ambientes familiares disfuncionales, rupturas amorosas, rendimiento escolar bajo y acoso, finalmente la categoría psicológica incluye rasgos de personalidad, baja autoestima, impulsividad, dependencia emocional, entre otros (Echeburúa, 2015).

Asimismo, Ramírez et al. (2017) plantean que las conductas de los adolescentes reflejan su nivel de madurez cerebral, ya que mientras más joven es una persona más actúa y reacciona de forma instintiva, en esta etapa del desarrollo evolutivo la amígdala es la estructura cerebral predominante en el comportamiento impulsivo lo cual predispone a los adolescentes a tomar decisiones precipitadas respecto al curso de su vida.

#### ***4.1.11. Criterios Diagnósticos de la Conducta Suicida***

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2008 diseñó el Programa de Acción Mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP) con el objetivo fortalecer y repotenciar los convenios de cooperación entre gobiernos nacionales, organismos internacionales y entidades privadas para incrementar los recursos económicos y humanos destinados a la atención de los trastornos mentales.

El mhGAP define al suicidio como la acción deliberada que ejecuta una persona para culminar su vida, mientras que la autolesión engloba métodos como el envenenamiento o la lesión autoinfligida, esta conducta suele tener o no intencionalidad suicida explícita. Dentro de

esta guía se establecen algunos criterios para evaluar el comportamiento suicida y las autolesiones:

- Desesperanza y/o desesperación exagerada, pensamientos, actos o planes del presente o pasados de autolesión o suicidio, actos de autolesión con signos de envenenamiento o intoxicación, hemorragia por heridas autoinfligidas, pérdida del conocimiento o letargo extremo.
- La presencia de alguno de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS) prioritarios, dolor crónico o alteraciones emocionales graves.
- Determinar si hay evidencias de autolesión o signos y síntomas que requieran tratamiento médico urgente: signos de envenenamiento o intoxicación, sangrado por una herida autoinfligida, pérdida del conocimiento y letargo extremo.
- Preguntar a la persona y a sus cuidadores si han observado alguno de los siguientes síntomas: pensamientos o plan de autolesión/suicidio en la actualidad, antecedentes de pensamientos o plan de autoagresión en los últimos 30 días o un hecho en el cual el individuo se haya autolesionado en el último año, en una persona que ahora está extremadamente agitada, violenta, afligida o no se comunica.
- La persona ha sido diagnosticada con trastornos mentales como depresión, psicosis, trastornos por el consumo de sustancias, epilepsia, trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente.
- Síntomas emocionales suficientemente graves para justificar el tratamiento clínico como dificultad para llevar a cabo actividades usuales laborales, escolares, domésticas o sociales, automedicación repetida para alteraciones emocionales o síntomas físicos idiopáticos y marcada aflicción o búsqueda reiterada de ayuda (Organización Panamericana de la Salud, 2017, p. 141-143).

#### ***4.1.12. Estado de Ánimo de los Suicidas***

Las personas con conductas suicidas tienden a presentar tres rasgos característicos en su estado anímico.

- **Ambivalencia:** Surgen en la persona un sinnúmero de sentimientos respecto al cometimiento del acto suicida, por lo general se presenta un conflicto entre los deseos de morir y los deseos de vivir. La persona suicida tiene la necesidad constante de alejarse de la realidad y terminar con el dolor que representa vivir, no obstante, se conserva el deseo de vivir.
- **Impulsividad:** Por lo general, la conducta suicida es un acto impulsivo que se caracteriza por ser transitorio y durar unos cuantos minutos u horas. Tienden a desarrollarse en

función de los acontecimientos estresantes de la cotidianidad, sin embargo, un abordaje adecuado puede ayudar a reducir la intensidad de estos pensamientos.

- **Rigidez:** Las personas con conductas suicidas presentan una lógica suicida cuyo componente cognitivo-afectivo (pensamientos, ideas, sentimientos) es rígido y difícilmente modificable, por ende, piensan frecuentemente en el suicidio como una alternativa de solución a sus problemas. (Rocamora, 2013, p. 47)

#### **4.1.13. Factores de Riesgo para la Conducta Suicida**

Desde el punto de vista de Rodríguez, (2009) los factores de riesgo son las conductas, atributos, situaciones y características asociadas al incremento de la probabilidad de aparición de una enfermedad, a una mayor gravedad y a una duración prolongada de la misma. En la conducta suicida los factores de riesgo son variados y no específicos, por lo general tienden a clasificarse en predisponentes y precipitantes.

López (2017) refiere que los factores de riesgo suicida son características perceptibles en los seres humanos los cuales se encuentran altamente relacionados con la probabilidad de estar expuesto a desarrollar o padecer una enfermedad, dichas características se relacionan estrechamente con un daño específico y significativo en la salud.

La identificación de los factores que influyen en el incremento del riesgo suicida es fundamental, pues tienen una estrecha relación con el desarrollo de dichas conductas, se clasifican en: 1) **factores de riesgo modificables:** engloban el contexto social, psicológico, psiquiátrico, entre los principales encontramos ansiedad, depresión, fácil accesibilidad a métodos para ejecutar el suicidio, aislamiento, enfermedades catastróficas, uso y abuso de sustancias adictivas (drogas), y trastornos de la personalidad. Por otro lado, encontramos 2) **factores de riesgo no modificables:** asociados al individuo y al grupo social en el que se desenvuelve su principal característica es que se mantienen constantes en el tiempo y por lo general no dependen de los cambios clínicos, algunos ejemplos son: heredabilidad, sexo, grupo etario (adolescentes, adultos jóvenes, ancianos), estado civil, condición laboral, nivel socioeconómico, creencias religiosas, apoyo social y antecedentes de conductas suicidas previas (Navas Orozco, 2013).

La conducta suicida está constituida por una multiplicidad de factores de riesgo entre los que destacan los biológicos, psicológicos, sociales y familiares.

**4.1.13.1. Factores Biológicos.** Los factores biológicos están asociados con una arquitectura genética en la cual interactúan múltiples genes que a su vez presentan tipologías involucradas en la reducción o incremento de las conductas suicidas.

Desde el punto de vista de Aldavero (2018) el cual manifiesta que:

Las vías de actuación de los efectos genéticos sobre el riesgo de suicidio son a través de fenotipos intermedios, es decir, de variantes de otros trastornos como desórdenes de la personalidad o del trastorno explosivo intermitente, caracterizado por comportamientos impulsivos y agresivos. (p.24)

Por otro lado, Dajas (2016) argumenta que las técnicas imagenológicas a través del estudio de la estructura y del funcionamiento del cerebro suicida han permitido establecer un amplio panorama respecto a las estructuras cerebrales implicadas en las conductas suicidas, en síntesis el precúneo, los lóbulos frontales, el opérculo rolándico y área postcentral, el caudado putamen y la ínsula son las principales estructuras afectadas en los procesos suicidas.

Vargas y Saavedra (2012) mencionan que respecto a la neurotransmisión el principal modelo estudiado es el de la desregulación serotoninérgica el cual establece que las personas con niveles bajos de serotonina (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo tienen una alta probabilidad de presentar tentativas suicidas y en casos más graves cometer un suicidio, por lo tanto dicha alteración se asocia con respuestas impulsivas.

**4.1.13.2. Factores Psicológicos.** Quintanar (2019) menciona que la sociedad establece límites y jerarquías para los deseos del ser humano, no obstante, cuando dichos límites se debilitan los individuos dependen de sus recursos y capacidades personales, por lo general en esta etapa se manifiestan explícitamente los factores precipitantes del suicidio. Se propone una clasificación en función de las categorías de la conducta suicida:

- **Factores de riesgo suicida:** Existencia de antecedentes de conducta suicida previa y presencia de patología psiquiátrica que confiera vulnerabilidad, es importante recalcar que dichos factores están intrínsecamente relacionados con el sexo, el grupo etario, el estado civil y los acontecimientos vitales estresantes.
- **Factores asociados al reintento suicida:** Ideas suicidas, trastornos del ánimo (depresión), trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias, trastorno de pánico, trastorno de conducta alimentaria, trastornos de la personalidad y esquizofrenia.
- **Indicadores psicológicos de riesgo suicida:** Desesperanza y conducta suicida, factores cognitivos, riesgos y dimensiones de la personalidad. Algunos factores incrementan el riesgo suicida tales como rasgos antisociales, impulsividad, hostilidad, agresividad, pesimismo, baja autoestima y consumo excesivo de drogas, mientras que otros minimizan el riesgo como los rasgos histriónicos de personalidad. Además, se incluyen eventos sociales y apoyo social en conducta suicida, problemas más eventos negativos: rupturas afectivas, acontecimientos adversos, dificultades familiares y de pareja, muerte de la pareja, estresores que depende de la etapa vital y la red social (p. 43-44).



**4.1.13.3. Factores Sociales.** El uso y abuso de sustancias psicoactivas de tipo ilícito, tabacos y alcohol incrementan la presencia de ideas y planes suicidas en las personas, por lo general en el caso de los adolescentes el consumo inicia a temprana edad debido a la carencia de redes de apoyo lo cual provoca que el adolescente utilice al consumo como una estrategia para solución de sus problemas, principalmente cuando tiene fácil accesibilidad a la sustancia (Domínguez et al., 2019).

El rendimiento escolar es uno de los factores que predispone el desarrollo de conductas suicidas, de forma que existe una asociación significativa entre el bajo rendimiento escolar y los intentos suicidas, asimismo la actitud que el individuo tiene frente al ámbito escolar se cataloga como uno de los principales factores predisponentes para el suicidio adolescente, por ejemplo los alumnos con conductas disruptivas tienen un riesgo elevado de cometer un suicidio, incrementado así la prevalencia de este problema de salud pública (Vargas y Saavedra, 2012).

Menciona que el entorno social donde se desenvuelve el adolescente, fenómenos sociales como la migración, el acoso, la exposición a la información transmitida a través de los medios de comunicación, la discriminación social y el apoyo social deficiente, son los principales factores sociales asociados al desarrollo de conductas suicidas (Serrano y Olave, 2017).

**4.1.13.4. Factores Familiares.** La familia como unidad básica de la sociedad se encarga de ayudar a sus miembros en la construcción de su identidad, protege su autonomía y promueve su desarrollo. Los contextos familiares pueden ser funcionales o disfuncionales determinando así factores de protección o de riesgo los cuales influyen en el comportamiento de sus miembros, predisponiéndolos a desarrollar conductas desadaptativas que conllevan peligro para su integridad (Benítez, 2017).

Los núcleos familiares de los adolescentes con conductas suicidas presentan dificultades para manejar el estrés y por lo general actúan de forma impulsiva lo cual genera que el adolescente considere a los acontecimientos vitales estresantes como situaciones de las cuales debe escapar, asimismo la estructura familiar está constituida por sistemas cerrados en los cuales no existe apertura y comunicación.

En las familias disfuncionales se presentan conflictos constantes y el manejo de las relaciones afectivas se desarrolla en función de la agresividad y el enojo, utilizando al adolescente como el individuo en el cual se reflejan los problemas latentes, por tal razón la presión social y familiar, incrementa el riesgo de conductas suicidas (Castillo et al., 2013).

**4.1.13.5. Consecuencias.** Los factores de riesgo suelen pasar inadvertidas y no reciben la debida atención, a pesar de que su influencia en el desarrollo de conductas suicidas como la

ideación, los intentos suicidas y el suicidio es altamente significativa, razón por la cual esta problemática de salud pública incrementa sus cifras estadísticas significativamente día a día (Vigara et al., 2019).

En la misma línea de investigación Villar et al., (2017) argumentan que cuando los factores de riesgo relacionados con las conductas suicidas no se abordan adecuadamente tienden a normalizarse principalmente en el entorno familiar y social. Por lo general, suelen manifestarse a través de cambios en el comportamiento de los adolescentes tales como alteraciones en el estado de ánimo, perturbaciones en el sueño, problemas de concentración e irregularidades en los hábitos alimenticios. Estos cambios a menudo pueden dar lugar a pensamientos inapropiados, lo que, en última instancia, puede llevar a acciones impulsivas que pueden perjudicar tanto al individuo como a otros.

#### **4.1.14. Evaluación de la Conducta Suicida**

La evaluación de la conducta suicida es un proceso complejo el cual tiene como objetivo identificar y detectar el riesgo suicida para implementar programas de intervención en función de las necesidades de cada individuo. Es importante recalcar que el proceso de evaluación de la conducta suicida es integral y debe estar centrado en la persona, por lo general se debe recolectar información a través de diferentes fuentes, informantes y métodos, además se deben abordar factores de riesgo, factores protectores y el estado mental de la persona para ello se utiliza la exploración psicopatológica (Fonseca y Pérez, 2020).

**4.1.14.1. Evaluación Psicológica de la Conducta Suicida.** De acuerdo con Pérez (2016) la evaluación de la conducta suicida debe realizarse en base a los protocolos de intervención y por lo general:

- Inicia con la **fase previa** en la cual se recaba información referente al espectro general de la conducta suicida, se aborda aspectos como la *hora de inicio de la amenaza* pues el tiempo es fundamental de tal forma que el individuo fluctúa entre estados de reconsideración y mantenimiento de la conducta, se indaga acerca de *antecedentes psiquiátricos* y *consumo de sustancias* en vista de que se convierten en factores predisponentes, asimismo se hace hincapié en el reconocimiento de las *hipótesis* que motivan a la persona como decepciones amorosas, problemas económicos, bajo rendimiento escolar, etc. A la par de ello se evalúa los *antecedentes previos* al desarrollo de la conducta como por ejemplo discusiones, conflictos familiares, pérdidas, también se recogen los *datos biográficos* de la persona tales como edad, sexo, estado civil, ocupación, dichos datos son fundamentales que se constituyen como factores de riesgo

en la conducta suicida y finalmente se pregunta respecto a los métodos disponibles para el cometimiento del suicidio

- La **segunda fase** es la de afrontamiento y se desarrolla en presencia de la persona evaluada, inicialmente se evalúa la presencia física del individuo con aspectos como el estado nutricional, higiene y arreglo personal, así como los accesorios que lo complementan (zapatos, vestimenta, etc.), todos estos se utilizan como factores para determinar el compromiso de la persona con su autocuidado. El profesional de salud debe evaluar el lenguaje no verbal ya que puede indicar diversas situaciones como consumo de sustancias, estados emocionales distímicos y el verbal donde se incluye volumen, tono y cadencia de la voz lo cual nos indica el estado anímico y de consciencia. Además, se evalúa sintomatología fisiológica como temblores, sudoración, hiperventilación, entre otros.
- Finalmente, dentro de la fase de afrontamiento se realiza una exploración de las funciones mentales del individuo evaluando orientación alopsíquica y autopsíquica, contenido y estructura del pensamiento (delirios, alucinaciones, índice de realidad, ideas delirantes), alteraciones del lenguaje (verborrea), área cognitiva (discurso cognitivo, coherencia cognitiva emocional), aspecto emocional (empatía, expresión emocional), manifestaciones de temor y hábitos psicomotores (p.240-243).

#### **4.1.15. Intervención en las Conductas Suicidas**

Las intervenciones terapéuticas son propuestas basadas en información científica, para hacer frente a problemáticas sociales tales como las conductas suicidas.

**4.1.15.1. Tratamiento.** El Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) establece que el abordaje de la conducta suicida se debe realizar desde una perspectiva integral en la cual se incluyan intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas y psicosociales para cumplir con el principio ético de la beneficencia. El eje psicoterapéutico está constituido por múltiples modalidades de intervención, no obstante, en los últimos años las técnicas cognitivo-conductuales han sido altamente empleadas en el caso del suicidio.

A continuación, se mencionan algunas de las terapias más apropiadas para el abordaje de la conducta suicida en el ámbito clínico:

#### **Cuadro 1**

##### *Intervenciones psicoterapéuticas para el abordaje de la conducta suicida*

<b>Terapias de corte cognitivo-conductual:</b> Terapia interpersonal psicodinámica, terapia cognitivo-conductual, terapia dialéctico-conductual, terapia conductual, entrenamiento en habilidades y terapia breve basada en soluciones.
---

<b>MACT: Manual Assited Cognitive Behavior Therapy:</b> Terapia de resolución de problemas, terapia conductual+fluoxetina+cuidados estándar, terapia interpersonal, terapia familiar y terapia psicodinámica.
---

<b>Tratamiento farmacológico:</b> Fármacos antidepresivos, litios, fármacos anticonvulsivantes y fármacos antipsicóticos.
---

*Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento*

*Elaborado por: María del Carmen Armijos Rosillo*

#### **4.1.16. Estrategias de Intervención en Conductas Suicidas**

Las conductas suicidas en la adolescencia se convierten en un fenómeno multicausal, el cual se manifiesta en una etapa de crecimiento, desarrollo y evolución caracterizada por comportamientos impulsivos. Por ende, es fundamental desarrollar intervenciones terapéuticas para reestablecer el funcionamiento y bienestar mental de los adolescentes.

**4.1.16.1. Psicoterapia Cognitivo-Conductual para la prevención del suicidio (CBT-SP).** Es una estrategia de intervención enfocada en adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 19 años con diagnóstico de depresión y específicamente aquellos que presentan intentos suicidas en los últimos tres meses. La intervención involucra al paciente y a su entorno familiar como una estrategia para abordar los estímulos ambientales de riesgo. Está conformada por tres fases de ejecución, la primera se denomina aguda y comprende un período de 12 meses, la segunda es una fase de mantención y finalmente la tercera conocida como fase de continuación con una duración de 6 o más meses, el objetivo de la intervención es disminuir los factores de riesgo haciendo hincapié en el afrontamiento activo y la prevención de recaídas (Guajardo et al., 2015).

**4.1.16.2. Psicoeducación.** Es una estrategia terapéutica imprescindible en los procesos de intervención la cual puede ser utilizada en tres niveles diferentes: individual, familiar y grupal, sin embargo, en cada una de las categorías el profesional de salud debe brindar procesos psicoeducativos adaptados acorde a las necesidades específicas de cada individuo y/o grupo, pues al transmitir mensajes sistematizados la intervención no cumplirá con los objetivos previamente establecidos. El objetivo de la misma es que el paciente comprenda lo que está viviendo, asimismo que aprenda a manejarlo con las estrategias idóneas para prevenir recaídas (Tena, 2020).

**4.1.16.3. Reestructuración Cognitiva.** El objetivo principal de la reestructuración cognitiva es la identificación, evaluación y modificación de los pensamientos erróneos y las concepciones distorsionadas de las personas, asimismo se enfoca en el adecuado manejo de las emociones principalmente ante situaciones estresantes en las cuales se alteren directa o indirectamente, puesto que influyen en las conductas que ejecutan las personas. En términos

breves la reestructuración cognitiva debe enseñar a la persona a controlar sus pensamientos negativos e intercambiarlos por pensamientos funcionales y/o adaptativos (Alanís y Ramírez, 2019).

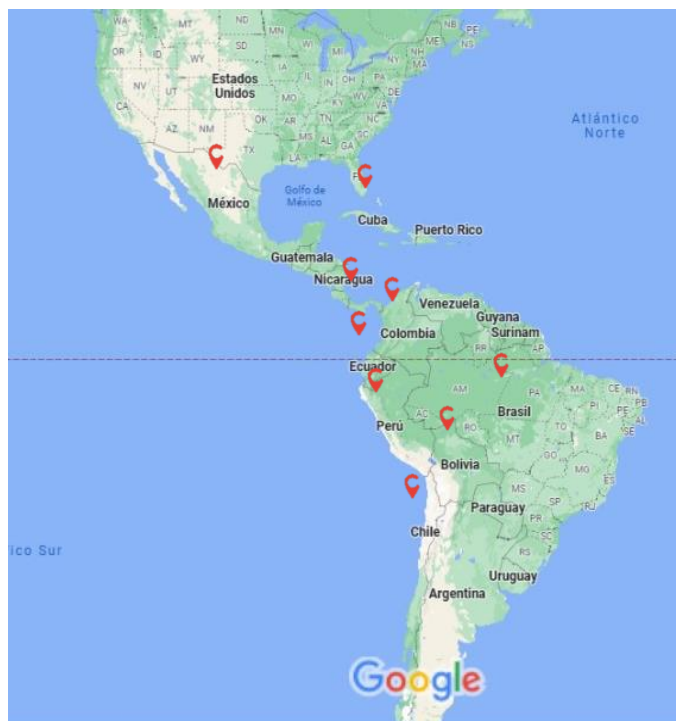
**4.1.16.4. FODA.** Es una técnica de análisis de problemas la cual, a través de la evaluación de los puntos fuertes y débiles de una persona permite determinar su organización, los factores que se evalúan son: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas. La evaluación de dichos factores nos permite determinar aspectos positivos que se utilizarán como recursos para el manejo de las crisis, asimismo nos otorgará un panorama general respecto a las amenazas y debilidades del individuo para abordarlas y adaptarlas al ambiente (Ponce, 2007).

**4.1.16.5. Retroalimentación.** La retroalimentación es catalogada como una técnica clave para la adquisición del aprendizaje, pues ayuda a reforzar los conocimientos previos, asimismo permite identificar las falencias de los procesos de adquisición y corregirlos. La aplicación de dicha estrategia permite que el individuo establezca bases cimentadas para la adquisición de los nuevos conocimientos lo cual a su vez garantiza la comprensión de la información (Canabal y Margalef, 2017).

## 5. Metodología

### 5.1. Área de estudio

En la investigación realizada se delimitó como área geográfica de estudio al continente americano, el cual debido a su gran tamaño y situación geográfica se encuentra conformado por tres regiones: América del Norte, América Central y América del Sur. Es el segundo continente más grande a nivel mundial, actualmente cuenta con una población total de 1014 millones de habitantes, el continente está constituido por alrededor de 35 países y 25 territorios dependientes. En la Figura 1 se muestra los nueve países que se seleccionaron como población de estudio los cuales fueron Cuba, Panamá, Colombia, Ecuador, Perú, México, Brasil, Bolivia y Chile.



**Figura 1.** Mapa del área geográfica de estudio (Continente Americano)

*Fuente: Google Maps, 2023*

### 5.2. Enfoque y Diseño de la Investigación

La investigación realizada tuvo un diseño no experimental, dado que se desarrolló sin manipular ni controlar intencionalmente la variable, observando al fenómeno en su contexto natural sin construir nuevas situaciones. Presentó un enfoque mixto, que integra el método cuantitativo y cualitativo, con el fin de abordar desde múltiples perspectivas la variable estudiada, asimismo tiene un corte transversal y/o transaccional, ya que la información se recolectó durante un tiempo determinado, es decir en los últimos diez años (Hernández et al., 2014).

### **5.3. Tipo de Investigación**

La investigación se desarrolló en base a un corte documental incluyendo una sistematización bibliográfica de artículos científicos, acerca de la variable de estudio (Ato et al., 2013). Por otro lado, utilizó un alcance descriptivo con el objetivo de caracterizar la evidencia científica de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano, durante los últimos diez años (Tamayo 2001).

### **5.4. Unidad de Estudio**

#### **5.4.1. Población**

La población incluye toda aquella producción científica de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano publicada en el período 2013-2023, llegando así a establecerse 85 fuentes de información referentes a la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la conducta suicida. Se incluyeron artículos científicos emitidos por bases de datos científicas como: Dialnet, Elsevier y Redalyc, por medio de los siguientes buscadores: Google Scholar, Pubmed, Science Direct y Scielo. Además, datos estadísticos emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y gestores bibliográficos como Zotero.

#### **5.4.2. Muestra**

Para la determinación de la muestra se usó el muestreo no probabilístico de tipo intencional o por juicio, a través de la utilización del diagrama de flujo PRISMA. Basándose en criterios de selección, se desarrolló un proceso de filtraje que permitió elegir los documentos de mayor relevancia científica, obteniendo así 20 artículos como muestra representativa para la investigación.

#### **5.4.3. Criterios de selección**

**Criterios de Inclusión:** Se incluyeron artículos científicos publicados entre los años 2013 y 2023, datos estadísticos referentes a la incidencia de las conductas suicidas en América, documentos en idioma inglés, español y portugués. Además, artículos que abarcaron variables distintas a las del trabajo investigativo, no obstante, se extrajo únicamente la información pertinente relacionada con la variable de estudio.

**Criterios de Exclusión:** En la investigación realizada se descartaron los artículos cuyo enfoque era empírico, asimismo, no se consideraron aquellos cuya población de estudio no eran adolescentes, del mismo modo se excluyeron estudios cuyo acceso era restringido y aquellos que no garantizaban una base científica.

## 5.5. Técnicas de estudio e instrumentos empleados

El método empleado para la realización de la investigación fue la síntesis bibliográfica la cual abarca un proceso de recopilación de información que permite generar conocimientos sistematizados. Además, se utilizó la técnica de la sistematización bibliográfica mediante la cual se recopiló información para su análisis posterior, asimismo se categorizó la información extraída de los resúmenes y resultados de los artículos (Gómez et al., 2014).

La estrategia de búsqueda y selección de información incluyó aspectos referentes al año de creación y/o publicación, tipo y diseño de la investigación, características de la población y muestra, resultados de los estudios para ello se utilizó el instrumento PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) el cual tiene como objetivo ayudar a sistematizar el porqué de las revisiones, el trabajo científico desarrollado por otros autores y los resultados que se encontraron en dichos trabajos (Page et al., 2021).

## 5.6. Procesamiento y análisis de datos

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados la investigación se desarrolló a través de las siguientes etapas:

**Primera Etapa:** Inicialmente se desarrolló un proyecto de investigación, el cual atravesó por un proceso administrativo para su aprobación; luego, se solicitó la asignación de un director para el desarrollo del trabajo de integración curricular (véase Anexo 1, 2 y 3).

Posteriormente, para establecer la población de estudio se delimitaron las bases de datos (Google Scholar, Scielo, Redalyc, Pubmed) en las cuales se llevó a cabo la búsqueda de la producción científica acerca de la variable de estudio, para la búsqueda se emplearon términos estándares como: suicidio, conducta suicida, adolescencia, factores de riesgo, ideación suicida, factores psicosociales; además, otra de las estrategias de búsqueda que se utilizó fue la lógica booleana la cual facilitó la obtención de información, la técnica consiste en agregar palabras como: AND, OR, NOT al momento de realizar la búsqueda.

**Segunda Etapa:** Se seleccionaron los artículos acordes a los objetivos planteados, aplicando criterios de selección de documentos (inclusión y exclusión) con el propósito de descartar la información que no cumplía con los criterios establecidos, posteriormente se realizó una selección minuciosa identificando las principales características de los artículos obtenidos lo cual permitió incluirlos como parte de la muestra representativa de la investigación.

Para dar cumplimiento a la segunda etapa se utilizó un diagrama de flujo PRISMA con el propósito de representar de manera sintetizada la búsqueda realizada y los resultados encontrados.



**Interpretación del diagrama de flujo (PRISMA):** La primera fase de búsqueda se efectuó en las siguientes revistas y bases de datos: Dialnet (n=15), Redalyc (n=45), Pubmed (n=8) y Scielo (n=17) obteniendo un total de 85 artículos, a partir de ello y en pro de las fases siguientes se eliminaron los documentos que no cumplieran con los criterios de inclusión establecidos para la revisión bibliográfica, finalmente se seleccionaron los documentos que cumplieran con los criterios pertinentes para los objetivos planteados (ver el Anexo 5).

**Tercera Etapa:** Se desarrolló una base de datos de los artículos en Word en la cual se incluyó información referente a los autores, año de creación y país de publicación, asimismo se consideró el diseño del estudio, los principales resultados (conductas suicidas identificadas y factores de riesgo) y las conclusiones. La base de datos permitió seleccionar la información para tabularla por medio de tablas de frecuencia en Excel en la cual se recogió los resultados cuantitativos de los artículos seleccionados (véase Anexo 6 y 7).

**Cuarta Etapa:** En la etapa final se establecieron los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica a través de esquemas y tablas de frecuencia para una mejor comprensión. Así mismo, se realizó una contrastación de los resultados mediante la comparación con estudios realizados por otros autores, se establecieron conclusiones a partir de la interpretación de los resultados obtenidos respecto a la prevalencia de las conductas suicidas y los factores de riesgo que predisponen y precipitan al cometimiento de un suicidio en la adolescencia. Por último, se establecieron recomendaciones para las futuras investigaciones que se realicen en torno a la variable estudiada.

## 6. Resultados

La conducta suicida en los últimos años se ha convertido en una problemática de salud pública que día a día termina con el proyecto de vida de un sinnúmero de adolescentes, principalmente por la influencia de problemas latentes en el contexto social, familiar y psicológico, los cuales no son abordados adecuadamente. A continuación, se muestran los resultados obtenidos en la investigación realizada los cuales nos brindan una perspectiva general de dicha problemática en el continente americano y principalmente en los países seleccionados como muestra.

### 6.1. Para dar cumplimiento al objetivo general

El cual se enfoca en describir la evidencia científica de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano, durante los últimos diez años. A continuación, se muestran los resultados en la tabla 1:

**Tabla 1**

*Sistematización de artículos sobre la evidencia científica de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano*

<b>Autor, revista, año</b>	<b>Diseño</b>	<b>Muestra</b>	<b>Resultados</b>
<b>Altuzarra, Rev. Ecuatoriana de Psicología, 2019</b>	Transversal	Adolescentes (14-18 años)	La mayor parte de los estudiantes de nivel secundario del colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija, se ve reflejado en un 68% con 133 estudiantes no presentan una inclinación al riesgo suicida; en contraste se observa a un 27% con 54 estudiantes que reflejan una inclinación de tendencia al riesgo suicida y por último, un 5% con 10 estudiantes se encuentra dentro del diagnóstico de riesgo suicida.
<b>Álvarez et al., Archivos de Medicina, 2013</b>	Transversal	Adolescentes (11-19 años)	La población presentó un promedio de edad de 14,28 años, el 11,8% presentó riesgo suicida según escala de Plutchik; el 5,3% en hombres y el 17,9% en mujeres, 12,2% con intento de suicidio, 56,8% mostraron depresión según escala de Birleson, el 42,6% tuvo disfunción familiar de leve a severa; presentaron dependencia alcohólica el 27%; 15,6% consumo de sustancias psicoactivas, un riesgo de violencia según cuestionario Plutchik de 33%, 15,5% antecedentes familiares de intento suicida.

<b>Autor, revista, año</b>	<b>Diseño</b>	<b>Muestra</b>	<b>Resultados</b>
<b>Bravo et al., Uaricha, Revista de Psicología, 2016</b>	Correlacional Transversal	Adolescentes (14-18 años)	El 11.7% presentó depresión (7.8% mujeres), 11.5% tuvo intento de suicidio (9.6% mujeres), el 14.8% exhibió ideación suicida (9.2% mujeres). En relación al género las mujeres presentaron una mayor prevalencia en las tres variables, siendo dos terceras partes de quienes presentaron depresión, cuatro quintas partes para intento suicida y tres quintas partes con respecto a la ideación suicida.
<b>Cárdenas et al., Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora 2019</b>	No menciona	Adolescentes (11-17 años)	Se determinó que 11% presentó ideación suicida, y 16% cursó con riesgo de "suicidabilidad". Los resultados mostraron que 18 participantes (24%) resultaron positivos para victimización por ciberbullying, mientras que 76% puntuó para conductas agresivas en dicho fenómeno.
<b>Ceballos et al., CES Psicología, 2019</b>	Transversal	Adolescentes (10-17 años)	En relación con las variables, 16,6% de los estudiantes respondió de forma afirmativa a más de un ítem del CIE-A-5, esto es, indicador de ME; los SDIC se presentaron en 16,9% de los participantes y 9,4% presentó ANIS.
<b>Coelho et al., Análisis y modificación de conducta, 2020</b>	No menciona	Adolescentes (13-15 años)	Las conductas autolesivas en el Estado de Rondonia ocurrió en el 23% de los adolescentes, los resultados indican que los jóvenes que se autolesionan tienen tasas más altas de depresión y ansiedad y que la falta de percepción del apoyo familiar se correlaciona directamente con la práctica de autolesiones.
<b>Franco et al., Atención Familiar, 2019</b>	Transversal Analítico	Adolescentes (12-17 años)	La prevalencia de ideación suicida fue de 16.48%. Se estimó una razón de momios de protección para ideación suicida $rm = 0.37$ y $0.30$ del apoyo social medio y alto, respectivamente, en comparación con el apoyo social bajo. Asimismo, se observó que a mayor apoyo social percibido en los adolescentes mayor protección para ideación suicida.
<b>Gallegos et al., Interacciones. Revista de avance en psicología, 2018</b>	Transversal Descriptivo Correlacional	Adolescentes (13-18 años)	Existe una prevalencia de 34.9% en relación a pensamientos autolesivos, mientras un 27.9% de los evaluados se ha autolesionado, siendo la edad promedio de inicio de las autolesiones los 12.61 años. Los principales desencadenantes son estados de ánimo

negativos (48.2%) y los problemas familiares (39.9%).

<b>Autor, revista, año</b>	<b>Diseño</b>	<b>Muestra</b>	<b>Resultados</b>
<b>Gavilanes y González, LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, 2023</b>	Transversal Correlacional	Adolescentes (12-18 años)	Se encontró que los niveles de funcionamiento familiar predominantes fueron las Familias disfuncionales (28%) y moderadamente funcionales (59%). Por otro lado, el 40% de la población evaluada presentó riesgo suicida. Con relación al sexo, el riesgo fue mayor en mujeres (47.7%) que en hombres (25.7%), determinándose una asociación entre el sexo y el riesgo suicida.
<b>González et al., Rev. Cubana de Pediatría, 2022</b>	Descriptivo	Adolescentes (13-15 años)	Riesgo de conducta suicida en adolescentes (n=71-17,1 %), crítico (n=34- 8,2 %) y no crítico (n=37-8,9 %), expuestos a desesperanza (84,51 %), incapacidad para afrontar emociones (73,24 %), soledad y abatimiento (64,79 %), baja autoestima (61,97 %) e ideación suicida (43,66 %).
<b>Martínez et al., Acta Colombiana de Psicología, 2017</b>	Transversal Descriptivo	Adolescentes (12-20 años)	Los resultados muestran que del total de participantes, el 17.8 % (230) piensan en el suicidio como alternativa y que el 42 % de quienes registran sintomatología relacionada con trastornos alimentarios presentan ideación suicida negativa.
<b>Méndez et al., Interciencia, 2021</b>	Observacional Transversal	Adolescentes (10-20 años)	El 30,4% deseó estar muerto durante el último mes y el 41 % pensó en quitarse la vida, mientras que el 33,2% declaró haber realizado un intento de suicidio, con una media de 13,6 años para el primer intento, y el 58% presentaron autolesiones no suicidas durante su vida. Por otra parte, el 39,2% presentó altos niveles de impulsividad y el 70,9% problemas para regular sus emociones.
<b>Núñez et al., Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 2020</b>	Descriptivo Correlacional	Adolescentes (12-17 años)	Se evidenció la presencia de ideación suicida en el género femenino en un 69,7% y en un 30,3% asociado al género masculino. Se halló una frecuencia de 250 asociada a algún grado de disfuncionalidad familiar en la muestra evaluada.
<b>Pérez et al., Diversitas: Perspectivas en Psicología, 2017</b>	Descriptivo	Adolescentes (12-20 años)	Se identifica que todos los jóvenes (25 estudiantes) que han sido víctimas de abuso sexual por penetración, han realizado un intento suicida (1.9% del total de la muestra); además, el 48% de las víctimas presentan ideación suicida.

<b>Autor, revista, año</b>	<b>Diseño</b>	<b>Muestra</b>	<b>Resultados</b>
<b>Sánchez, APANAC, 2021</b>	Descriptivo Correlacional	Adolescentes (15-18 años)	El 30.3% de adolescentes reportó presencia de ideación suicida. De este grupo con ideación suicida el 70.3% presentó sintomatología depresiva en niveles moderados y graves. En cuanto al involucramiento afectivo funcional, el 51.4% lo presenta y el 48.6% reporta ausencia; el aspecto de involucramiento disfuncional, el 45.6% lo presenta y el 48.6% reporta ausencia.
<b>Sandoval et al., Rev. chilena de pediatría, 2018</b>	Transversal Analítico	Adolescentes (13-16 años)	De 289 escolares, el 20% tenía riesgo suicida y algún tipo de depresión. De los que estaban en el tercil superior de la escala de bullying, el 38% tuvieron ideación suicida, en cambio, de los que estuvieron deprimidos el 63% tuvieron ideación suicida.
<b>Secundino et al., Salud mental, 2021</b>	Transversal Prospectivo	Adolescentes (15-19 años)	De los 409 adolescentes que participaron de este estudio, el 67,5% (n = 276) relató haberse sentido angustiado en los últimos seis meses. Además, se encontró una prevalencia del 16,1% (n =66) de estudiantes con pensamientos automáticos negativos, 14,9% (n =61) tenía ideación suicida, el 13,4% (n = 55) tenía síntomas de depresión alta y el 2,7% (n = 11) había intentado suicidarse.
<b>Siabato et al., Pensamiento Psicológico, 2017</b>	Transeccional	Adolescentes (14-17 años)	El 30% de los participantes presentaron un nivel alto de ideación suicida y el 9% reportaron síntomas depresivos, hallándose puntuaciones más altas en mujeres que en hombres para ambas variables de estudio. También se encontraron relaciones significativas entre ideación suicida y ánimo negativo (rs= 0.43), anhedonia (rs = 0.40) y autoestima negativa (rs = 0.44).
<b>Ursul et al., Psicogente, 2022</b>	No menciona	Adolescentes (15-17 años)	Un 28,8 % de los adolescentes escolarizados presentó riesgo de suicidio. Los factores de riesgo más comunes identificados en esta investigación fueron en primer lugar la disfunción familiar presente en el 81,2 % del total, seguido de la presencia de síntomas no psicóticos (depresión y/o ansiedad) en un 23,5 %), acoso escolar de predominio psicológico (17 %) y la presencia síntomas

de una mayor intensidad de la severidad a la dependencia al alcohol (13,8).

<b>Autor, revista, año</b>	<b>Diseño</b>	<b>Muestra</b>	<b>Resultados</b>
<b>Vázquez y De Haro, Atención Familiar 2018</b>	Transversal Analítico	Adolescentes (10-19 años)	El 55.25% de los pacientes era de género femenino, 47.25% consumía alcohol, 22.5% tenía problemas económicos, 17.75% manifestaba baja autoestima y 10.25% padecía acoso escolar. La prevalencia de conducta suicida fue de 11.75%, de la cual 10.5% fue ideación suicida y 1.25% intento de suicidio.

**Fuente:** Artículos tomados de las bases de datos Google Scholar Redalyc, Scielo y Pubmed  
**Elaboración:** María del Carmen Armijos Rosillo

### **Conducta suicida identificada en los últimos diez años**

Basándose en los 20 artículos científicos seleccionados como muestra representativa para la investigación, los cuales pertenecen a nueve países del continente americano, se encontró que la conducta suicida en los adolescentes en el año 2013 tuvo una prevalencia del 11,8% lo cual representa 41 casos identificados en una muestra de 354 adolescentes. Por otro lado, en el año 2014 y 2015 no se identificó la tasa de prevalencia puesto que no se encontraron artículos debido a los criterios de selección de la investigación; el 2016 representó un 13,15% de prevalencia correspondiente a 135 de 512 adolescentes, en el año 2017 la conducta suicida se presentó en un 19,62% siendo un valor superior al encontrado en el año anterior con una diferencia de 6,47%, lo que a su vez supone un incremento del número de casos identificados, siendo 708 de 2868. En el año 2018 se evidenció una tasa de prevalencia de 18,93% lo cual indica una disminución del 0,69%, no obstante, se presentó un leve incremento de los adolescentes con conducta suicida.

El quinquenio 2019-2023 se caracterizó por un incremento significativo en la tasa de prevalencia lo cual debe ser considerado como un indicador de riesgo dado las múltiples consecuencias negativas con las que ha sido asociado la conducta suicida, el año 2019 presentó el menor índice de prevalencia con un 16,98% es decir 161 adolescentes de una muestra total de 809; la prevalencia en el año 2020 alcanzó un 35,75% lo cual supone un incremento significativo (18,77%) tanto en la estadística como en los casos identificados (326), el 2021 tuvo una prevalencia de 29,46% caracterizada por un incremento de adolescentes con conductas suicidas (494), en el 2022 se evidenció un 31,65% en la tasa de prevalencia lo cual representa 222 casos identificados de 736 adolescentes.

Por último, el año 2023 tuvo una prevalencia del 40% con una diferencia de 8,35% respecto al año anterior, es importante recalcar que los valores de las tasas de prevalencia varían en función de la muestra de cada artículo seleccionado.

### ***Conductas suicidas identificadas***

En relación a las conductas suicidas identificadas en los artículos seleccionados, se encontró: ideación suicida en 11 de ellos, intento suicida en 5, en 7 artículos se identificó riesgo suicida, gesto suicida/parasuicidio en 2 de ellos, y comunicación suicida y deseos de morir, en un artículo respectivamente.

### ***Factores de riesgo***

Los factores de riesgo se categorizaron en tres grupos principales siendo los más predominantes los factores psicológicos con un 49,78%, seguido de los factores sociales con 30,43% y los factores familiares con un 19,78%, tal como se muestra en la tabla 10. A continuación, se describen minuciosamente los mismos:

### ***Factores psicológicos: cognitivo-emocional y comportamental***

La mayor parte de los estudios seleccionados reportaron un alto índice de factores psicológicos asociados al desarrollo de conductas suicidas, siendo los más evidenciados la depresión (Álvarez et al., 2013; Bravo et al., 2016; Ceballos et al., 2019; Méndez et al., 2021; Sánchez, 2021; Sandoval et al., 2018; Secundino et al., 2021; Siabato et al., 2017; Vázquez y De Haro, 2018), ansiedad (Méndez et al., 2021; Secundino et al., 2021), déficit en la regulación de las emociones, comorbilidad, trastornos del desarrollo neurológico, trastornos destructivos del control de impulsos y la conducta, impulsividad, trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, maltrato psicológico y antecedentes de abuso (Méndez et al., 2021), abuso sexual (Méndez et al., 2021; Pérez et al., 2017).

Así también se identificaron otros factores como maltrato (Álvarez et al., 2013), intento previo de suicidio (Álvarez et al., 2013; Secundino et al., 2021), dependencia alcohólica (Álvarez et al., 2013; Ursul et al., 2022), influencia del estado de ánimo (Gallegos et al., 2018), incapacidad para afrontar emociones, desesperanza (González et al., 2022), baja autoestima (González et al., 2022; Vázquez y De Haro, 2018), soledad (González et al., 2022; Vázquez y De Haro, 2018), trastornos de la conducta alimentaria (Martínez et al., 2017), deseo pasivo de morir y planificación suicida (Sandoval et al., 2018), involucramiento afectivo (Sánchez, 2021), pensamientos automáticos negativos (Secundino et al., 2021). Finalmente, encontramos síntomas psicóticos y no psicóticos, adicción al internet y trastornos debido al consumo de alcohol (Ursul et al., 2022).

### ***Factores sociales: área familiar y social***

En el área social, se identificaron: consumo de alcohol (Álvarez et al., 2013; Secundino et al., 2021; Vázquez y De Haro, 2018), consumo de tabaco (Álvarez et al., 2013; Vázquez y De Haro, 2018; Secundino et al., 2021), bullying (Ceballos et al., 2019; Méndez et al., 2021; Sandoval et al., 2018), consumo de drogas (Álvarez et al., 2013; Secundino et al., 2021; Vázquez y De Haro, 2018), acoso escolar (Ursul et al., 2022; Vázquez y De Haro, 2018), ser víctima de desplazamiento forzado y consumo de tranquilizantes (Ursul et al., 2022).

Por otra parte, encontramos características del ambiente escolar (Sandoval et al., 2018), apoyo social (Franco et al., 2019), consumo de marihuana (Secundino et al., 2021; Ursul et al., 2022), consumo de cocaína (Secundino et al., 2021; Ursul et al., 2022), problemas en los estudios, problemas con los amigos, problemas con el enamorado (Gallegos et al., 2018), cyberbullying (Cárdenas et al., 2019) y problemas económicos (Vázquez y De Haro, 2018).

En el ámbito familiar se evidenciaron los siguientes factores: disfuncionalidad familiar (Altuzarra et al., 2019; Álvarez et al., 2013; Gavilanes y González, 2023; Nuñez et al., 2020; Ursul et al., 2022), relaciones familiares (Vázquez y De Haro, 2018; Bravo et al., 2016; Coelho de Oliveira et al., 2020), antecedente familiar de suicidio (Álvarez et al., 2013; Sandoval et al., 2018; Ursul et al., 2022), cohesión familiar y adaptabilidad familiar (Altuzarra et al., 2019), violencia intrafamiliar (Méndez et al., 2021), comunicación con la familia (Vázquez y De Haro, 2018) y problemas con la familia (Gallegos et al., 2018).

### ***Hallazgos de los estudios encontrados***

Durante el año 2019 se realizaron 4 investigaciones; por otro lado, en el 2017, 2018 y 2021 se realizaron 3 investigaciones respectivamente, en el 2020 y 2022 se realizaron 2 investigaciones en cada año, además en el 2013, 2016 y 2023 se realizó una por cada año y finalmente en el 2014 y 2015 no se encontraron investigaciones; teniendo un total de 20 artículos elaborados durante el período 2013-2023 (véase tabla 2).

En la investigación predominaron los diseños de estudio: transversales (13), correlacionales (5), descriptivos (5); mientras que los diseños menos empleados fueron los analíticos (3), prospectivos (1), observacionales (1) y 3 estudios que no mencionan el diseño utilizado. La población oscila entre los 10 y 20 años; respecto a la muestra utilizada en los artículos científicos la cantidad mínima del tamaño fue de 75 adolescentes y la máxima fue de 1292 adolescentes.

Por consiguiente, los 20 artículos pertenecen a las siguientes revistas: Revista Ecuatoriana de Psicología, Archivos de Medicina, Uaricha: Revista de Psicología, Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora, CES Psicología, Análisis y modificación de



conducta, Atención Familiar, Interacciones: Revista de Avances en Psicología, LATAM: Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, Revista Cubana de Pediatría, Acta Colombiana de Psicología, Interciencia, Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, Diversitas: Perspectivas en Psicología, APANAC, Revista chilena de pediatría, Salud mental, Pensamiento Psicológico, Psicogente, Atención Familiar; de las cuales 12 corresponden a la base de datos Redalyc, 5 a Scielo, a Dialnet 3 y por último 1 a Pubmed.

En cuanto al lugar de procedencia, en la tabla 2 se detalla donde se desarrollaron las investigaciones, se encontró que 7 corresponden a Colombia, 5 se realizaron en México, 2 en Perú y solo una en: Chile, Brasil, Cuba, Panamá, Bolivia y Ecuador; conformando una muestra representativa de 20 artículos para el estudio investigativo.

**Tabla 2**

*Evidencia científica de la conducta suicida en los países del continente americano, según el número de artículos seleccionados*

PAÍS	Fi	%
Colombia	7	35
México	5	25
Chile	1	5
Perú	2	10
Brasil	1	5
Cuba	1	5
Panamá	1	5
Bolivia	1	5
Ecuador	1	5
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

*Elaboración: María del Carmen Armijos Rosillo*

Los países del continente americano en los que se han desarrollado un mayor número de estudios respecto a la conducta suicida en el período 2013-2023, son Colombia y México, con 35% y 25%, respectivamente, y los valores restantes correspondientes a Chile, Brasil, Cuba, Panamá, Bolivia y Ecuador con un 5% por cada país (véase tabla 2).

**Tabla 3**

*Evidencia científica de la conducta suicida en los últimos diez años, según el número de artículos seleccionados*

AÑO	Fi	%
2013	1	5
2014	0	0
2015	0	0
2016	1	5
2017	3	15
2018	3	15
2019	4	20
2020	2	10
2021	3	15
2022	2	10

2023	1	5
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

*Elaboración: María del Carmen Armijos Rosillo*

En el continente americano durante los últimos diez años se han realizado un mayor número de investigaciones en el año 2019 el cual estuvo representado por un 20%, seguido del 2017, 2018 y 2021 con un 15%. Por otra parte, los años en los que se desarrollaron en menor cantidad son el 2013, 2016 y 2023 con un 5% cada año, tal como se muestra en la tabla 3.

## 6.2. Para dar cumplimiento al primer objetivo específico

El cual se enfoca en establecer la prevalencia de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano.

**Tabla 4**

*Prevalencia de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano*

	<b>Fi</b>	<b>%</b>
<b>Sin conducta suicida</b>	6148	68,27%
<b>Con conducta suicida</b>	2858	31,73%
<b>TOTAL</b>	<b>9006</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Anexo 7*

*Elaboración: María del Carmen Armijos Rosillo*

Basándose en los 20 artículos científicos analizados tal como se evidencia en la tabla 4, el 31,73% de los adolescentes del continente americano presentan conducta suicida. La alta tasa de prevalencia indica que la conducta suicida es una problemática que se debe abordar de forma integral y multidisciplinaria con el objetivo de reducir sus cifras estadísticas, principalmente en los grupos vulnerables como los adolescentes.

**Tabla 5**

*Prevalencia de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano, según la categoría suicida*

<b>CATEGORÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA</b>		
	<b>Fi</b>	<b>%</b>
<b>Comunicación suicida</b>	348	12,18%
<b>Gesto suicida/parasuicidio</b>	393	13,75%
<b>Deseos de morir</b>	178	6,23%
<b>Riesgo Suicida</b>	437	15,29%
<b>Ideación Suicida</b>	983	34,39%
<b>Intento Suicida</b>	519	18,16%
<b>TOTAL</b>	<b>2858</b>	<b>100%</b>

*Elaboración: María del Carmen Armijos Rosillo*

Los datos recopilados revelan el número total de adolescentes que presentan conducta suicida en el continente americano durante los últimos diez años, en la tabla 5 se muestra que la categoría más frecuente es la ideación suicida con un 34,39%, seguida del intento suicida con

un 18,16% de los casos. Por último, en menor proporción, encontramos a la comunicación suicida con un 12,18% y los deseos de morir con un 6,23%.

**Tabla 6**

*Prevalencia de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano, según el género*

CONDUCTA SUICIDA	GÉNERO DE LA POBLACIÓN			
	Femenino		Masculino	
	Fi	%	Fi	%
Comunicación suicida	219	62,93%	129	37,07%
Gesto suicida/Parasuicidio	245	62,34%	148	37,66%
Deseos de morir	114	64,04%	64	35,96%
Riesgo Suicida	306	70,02%	131	29,98%
Ideación Suicida	656	66,73%	327	33,27%
Intento suicida	338	65,13%	181	34,87%
<b>TOTAL</b>	<b>1878</b>	<b>65,2%</b>	<b>980</b>	<b>34,8%</b>

*Elaboración: María del Carmen Armijos Rosillo*

En la tabla 6, del total de estudiantes que presentaron conducta suicida, se observa una distribución diferencial de las condiciones entre hombres y mujeres. El 65,2% perteneciente a 1878 casos son adolescentes mujeres y el 34,8% restante correspondiente a 980 casos son adolescentes hombres, existiendo un mayor predominio de la conducta suicida en el género femenino.

**Tabla 7**

*Prevalencia de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano, según el país*

	Colombia	México	Chile	Perú	Brasil	Cuba	Panamá	Bolivia	Ecuador	TOTAL
Fi	1156	307	396	684	115	59	37	64	40	2858
%	40,45%	10,74%	13,86%	23,93%	4,02%	2,06%	1,29%	2,24%	1,40%	100%

*Elaboración: María del Carmen Armijos Rosillo*

En la tabla 7, se evidencia que respecto a los países del continente americano la conducta suicida es altamente prevalente en Colombia con un 40,45%, lo que indica una representación significativa de esta población en el estudio. A continuación, se identificaron a Perú y Chile, con un 23,93% y un 13,86%, respectivamente, en menor proporción encontramos a Panamá con un 1,29% correspondiente a 37 adolescentes.

**Tabla 8**

*Prevalencia de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano, según el año*

	PREVALENCIA POR AÑOS											
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
Fi	41	0	0	135	708	731	161	326	494	222	40	2858
%	1,43%	0%	0%	4,72%	24,77%	25,58%	5,63%	11,41%	17,28%	7,77%	1,40	100%

*Elaboración: María del Carmen Armijos Rosillo*

En la tabla 8, se muestra la prevalencia de la conducta suicida en el continente americano en los últimos diez años, se encontró una prevalencia mayor en el año 2018 con un 25,58%, seguido del 2017 con un 24,77%. Por el contrario, en el año 2013 y 2023 el índice de prevalencia fue relativamente bajo con 1,43% y 1,40%, respectivamente.

### 6.3. Para dar cumplimiento al segundo objetivo específico

El cual se enfoca en identificar los factores de riesgo más predominantes de la conducta suicida de los adolescentes del continente americano.

**Tabla 9**

*Categorización de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en los adolescentes del continente americano*

<b>Autor, revista, año</b>	<b>Factores psicológicos</b>	<b>N</b>	<b>Factores sociales</b>	<b>N</b>	<b>Factores familiares</b>	<b>N</b>
<b>Altuzarra, Rev. Ecuatoriana de Psicología 2019</b>					Disfuncionalidad familiar Cohesión familiar Adaptabilidad familiar	44 97 90
<b>Álvarez et al., Archivos de Medicina 2013</b>	Depresión Violencia Maltrato Intento previo de suicidio Dependencia alcohólica	200 163 27 43 39	Consumo de sustancias Consumo de alcohol Consumo de cigarrillo	55 131 131	Disfuncionalidad familiar Antecedente familiar de suicidio	47 55
<b>Bravo et al., Uaricha, Revista de Psicología 2016</b>	Depresión	60			Relaciones intrafamiliares	60
<b>Cárdenas et al., Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora 2019</b>			Ciberbullying	17		
<b>Ceballos et al., CES Psicología 2019</b>	Depresión	59	Matoneo escolar	58		
<b>Coelho et al., Análisis y modificación de conducta 2020</b>					Relaciones familiares	145
<b>Franco et al., Atención Familiar 2019</b>			Apoyo social	89		

<b>Autor, revista, año</b>	<b>Factores psicológicos</b>	<b>N</b>	<b>Factores sociales</b>	<b>N</b>	<b>Factores familiares</b>	<b>N</b>
<b>Gallegos et al., Interacciones. Revista de avance en psicología 2018</b>	Influencia del estado de ánimo	134	Problemas con amigos Problemas en los estudios Problemas con el enamorado	49 55 54	Problemas con la familia	101
<b>Gavilanes y González, LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades 2023</b>					Disfuncionalidad familiar	28
<b>González et al., Rev. Cubana de Pediatría 2022</b>	Incapacidad para afrontar emociones Baja autoestima Soledad Desesperanza	53 45 46 60				
<b>Martínez et al., Acta Colombiana de Psicología 2017</b>	Trastornos de la conducta alimentaria	33				
<b>Méndez et al., Interciencia 2021</b>	Impulsividad Déficit en la regulación de emociones Comorbilidad Depresión Ansiedad Trastornos del desarrollo neurológico Trastornos destructivos del control de impulsos y la conducta Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés Maltrato psicológico Abuso sexual Antecedentes de abuso	152 275 69 119 61 60 25 20 69 57 252	Bullying	182	Violencia intrafamiliar	130

<b>Autor, revista, año</b>	<b>Factores psicológicos</b>	<b>N</b>	<b>Factores sociales</b>	<b>N</b>	<b>Factores familiares</b>	<b>N</b>
<b>Núñez et al., Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica 2020</b>					Disfuncionalidad familiar	20
<b>Pérez et al., Diversitas: Perspectivas en Psicología 2017</b>	Abuso sexual	95				
<b>Sánchez, APANAC 2021</b>	Depresión	37				
	Involucramiento afectivo	68				
<b>Sandoval et al., Rev. chilena de pediatría 2018</b>	Depresión	59	Bullying	97	Antecedente familiar de suicidio	44
	Deseo pasivo de morir	102	Ambiente Escolar	93		
	Planificación suicida	38				
<b>Secundino et al., Salud mental 2021</b>	Ansiedad	276	Consumo de alcohol	216		
	Pensamientos automáticos	66	Consumo de tabaco	141		
	negativos	55	Consumo de drogas	55		
	Depresión	11	Consumo de marihuana	44		
	Intento previo de suicidio		Consumo de cocaína	11		
<b>Siabato et al., Pensamiento Psicológico 2017</b>	Depresión	27				
<b>Ursul et al., Psicogente 2022</b>	Síntomas psicóticos	133	Víctima de desplazamiento forzado	112	Disfuncionalidad familiar	129
	Síntomas no psicóticos	70	Consumo de marihuana	25	Antecedente familiar de suicidio	92
	Adicción al internet	43	Consumo de cocaína	16		
	Dependencia alcohólica	78	Consumo de tranquilizantes	23		
	Trastornos debido al consumo de alcohol	30	Acoso escolar	97		
<b>Vázquez y De Haro, Atención Familiar 2018</b>	Baja autoestima	71	Consumo de alcohol	189	Relación familiar	141
	Soledad	62	Consumo de tabaco	70	Comunicación familiar	185
	Depresión	101	Consumo de drogas	25		
				90		
				41		

		Problemas económicos Acoso escolar	
<b>TOTAL</b>	<b>3543</b>	<b>2166</b>	<b>1408</b>

**Fuente:** Artículos tomados de las bases de datos Google Scholar Redalyc, Scielo y Pubmed  
**Elaboración:** María del Carmen Armijos Rosillo

Para un mejor análisis los factores de riesgo se clasificaron en tres categorías factores psicológicos, factores sociales y factores familiares, tal como se muestra en la tabla 9, encontrando que la primera categoría estuvo representada por 3543 adolescentes, lo cual indica una elevada representación del componente psicológico en la población estudiada, seguido encontramos los factores sociales con 2166 adolescentes y finalmente los factores familiares con 1408 adolescentes.

**Tabla 10**

*Factores de riesgo más predominantes en la conducta suicida de los adolescentes del continente americano*

<b>FACTORES DE RIESGO</b>		
	<b>Fi</b>	<b>%</b>
<b>Factores Psicológicos</b>	3543	49,78%
<b>Factores Sociales</b>	2166	30,43%
<b>Factores Familiares</b>	1408	19,78%
<b>TOTAL</b>	<b>7117</b>	<b>100%</b>

*Elaboración:* María del Carmen Armijos Rosillo

En la tabla 10, se observa que en la población estudiada el 49,78% correspondiente a 3543 adolescentes evidencia al ámbito psicológico como un factor de riesgo predominante, mientras que los factores familiares se evidencian en menor proporción con un 19,78% (n=1408).

## 7. Discusión

Con base en la investigación realizada, la cual tuvo como objetivo principal describir la evidencia científica de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano en los últimos diez años, se identificó múltiples perspectivas de diferentes autores que permitieron contrastar los resultados encontrados, como es el caso del estudio realizado por Campo y Herazo (2015) en el cual se encontró que los factores de riesgo no son aspectos determinantes para el desarrollo de conductas suicidas, puesto que esta problemática de salud pública se encuentra más ligada a la presencia de afecciones mentales en los individuos, por ende, son resultados disímiles a los hallazgos de la presente investigación.

Así también, tomando como referencia un estudio realizado por Calvo et al., (2016) en el cual evidencian que la presencia de factores de riesgo personales y familiares en la adolescencia está estrechamente relacionada con la formación de conductas suicidas tales como gestos suicidas/parasuicidio y suicidio, en términos breves los factores de riesgo son fundamentales para el incremento y mantenimiento de estas conductas. Del mismo modo, en su revisión bibliográfica Cañón y Carmona (2018) refieren resultados similares a los encontrados en la investigación realizada, dado que, encontraron que los factores de riesgo en la población adolescente se relacionan con las crisis vitales propias de esta etapa, por ende, se muestra una relación entre los factores de riesgo y el desarrollo de conductas suicidas.

Por otro lado, en la investigación se evidenció que el año con mayor índice de prevalencia de la conducta suicida fue el 2018 con 25,58%, resultados disímiles a los reportados por la Organización Mundial de la Salud en su estudio denominado *Suicide worldwide in 2019* en el cual se menciona que en la Región de las Américas la tasa de conducta suicida incrementó en un 17%, siendo el 2019 el año con mayor prevalencia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Asimismo, la investigación realizada reportó que en el año 2017 la conducta suicida tuvo una prevalencia de 24,77%, este dato se encuentra en la misma línea de los resultados encontrados por Medina et al., (2017) en su estudio *Factores psicosociales asociados a la conducta suicida en adolescentes desarrollado en Colombia* en el cual la prevalencia de la conducta suicida fue de 23,6%, hallazgos que guardan coherencia con lo mencionado por Forero et al., (2017) en su investigación denominada *Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia* en el cual se evidenció una prevalencia del 30%.

Basándose en los países seleccionados como muestra representativa de la investigación, se encontró que el país con mayor prevalencia de la conducta suicida fue Colombia con 40,45%,



estos resultados discrepan con los hallazgos de Gómez et al., (2020) en su estudio Riesgo e ideación suicida y su relación con la impulsividad y la depresión en adolescentes escolares en el cual se mostró una prevalencia del 50,2%, por ende, los hallazgos de la investigación se encuentran por debajo de lo reportado en el estudio citado.

En esa misma línea, el segundo país con mayor prevalencia fue Perú con 23,93%, resultados similares a los encontrados en una investigación realizada por Bazán et al., (2016) denominada Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Rural en la que se halló que el 21,4% de los adolescentes evaluados presentó conducta suicida.

En un contexto más próximo la prevalencia de la conducta suicida en Ecuador fue de 1,40%, dato que difiere de los resultados mostrados por Saltos (2022) en su estudio realizado en Guaranda con una muestra de 100 adolescentes, considerando que la conducta suicida abarca la ideación suicida, la autora señala que la prevalencia de la misma fue de 55,6%. Así mismo, en otra investigación denominada Relación entre depresión y riesgo suicida en adolescentes de Tungurahua se encontró que la prevalencia del riesgo suicida fue de 24,7% (Mayorga y Mayorga, 2023). La dominancia de niveles elevados de prevalencia en las investigaciones citadas podría deberse a las diferencias muestrales, puesto que el artículo incluido en la presente investigación contaba con una muestra de 40 adolescentes con conducta suicida, valor inferior al utilizado en los estudios mencionados con anterioridad.

En cuanto a la prevalencia de la conducta suicida en los adolescentes se encontró que el 31,73% de ellos presenta dicha conducta, estos resultados disienten con los hallazgos de Chávez et al. (2015) en su estudio Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio, en el cual se evidenció que la prevalencia es de 12,4%. Además, un estudio realizado en Colombia por Hernández et al. (2020), reportó que la prevalencia de la conducta suicida en términos de ideación y riesgo suicida oscila entre un 9,7% y 77,2%, no obstante, los resultados de la investigación realizada evidenciaron que las categorías suicidas más predominantes en los adolescentes del continente americano fueron la ideación y el intento suicida con 37,52% y 18,16%, respectivamente. La discrepancia en los resultados podría deberse a la muestra seleccionada, debido a que la investigación citada abarcó 23 artículos a diferencia del presente estudio en el cual se utilizó 20 artículos como muestra representativa.

Además, los resultados obtenidos evidenciaron que el género femenino presentó una mayor prevalencia con 65,2% a diferencia del género masculino el cual estuvo representado con 34,8%, resultados divergentes a los encontrados por la Organización Panamericana de la salud en su reporte Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas en el cual se evidenció

que la proporción de muertes por conducta suicida es mayor en los hombres con 77,6%, en relación a las mujeres (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022).

Con respecto a los factores de riesgo asociados a la conducta suicida los resultados de la investigación evidenciaron que los factores psicológicos son los más predominantes con 49,78%, siendo la depresión el factor más prevalente el cual estuvo representado con un 62,01%, estos resultados son congruentes con los encontrados en la investigación denominada Comportamiento y distribución del suicidio en la ciudad de Medellín durante el período 2015-2019 en la cual se establece que las personas con trastorno depresivo tienen entre 40 y 60% de riesgo para atentar contra su vida (Vásquez et al., 2022).

En una investigación realizada por González et al., (2015) mencionaron que el consumo de alcohol es uno de los principales factores sociales asociado a la conducta suicida, los resultados evidenciaron que el 52,18% de los adolescentes evaluados presentó hábitos de consumo, contrastando con la investigación realizada los datos expuestos en la literatura citada son diferentes a los resultados obtenidos, pues se evidenció que el 24,75% de los adolescentes con conductas suicidas presentó consumo de alcohol.

Finalmente, argumentando respecto a la relación de la conducta suicida y los factores asociados, Reiner et al., (2021) en su estudio denominado Factores de riesgo y tipificación de la conducta suicida en la adolescencia, su enfoque comunitario realizado en Cuba encontraron que las relaciones familiares caóticas son uno de los principales factores de riesgo familiares dentro de la conducta suicida, las cuales estuvieron representadas con un 62,57%, dichos resultados difieren con los evidenciados en la presente investigación, pues se obtuvo una representación del 24,57% respecto a las relaciones familiares. Las discrepancias en los resultados podrían deberse a las características de los estudios incluidos y la diferencia muestral de los mismos.

## 8. Conclusiones

A partir del análisis precedente y en base a los objetivos planteados para el desarrollo de la investigación se infiere que:

- La evidencia científica de la conducta suicida muestra que es una problemática de salud pública cuya prevalencia en la población adolescente es considerablemente alta, tal como se encontró en los artículos científicos revisados, asimismo se identificó una serie de factores de riesgo psicológicos, sociales y familiares relacionados de manera directa con el desarrollo de conductas de riesgo. Es importante recalcar que la evidencia científica analizada resalta la importancia de analizar esta problemática en la población adolescente.
- Los hallazgos de la revisión bibliográfica establecen que en los adolescentes del continente americano la conducta suicida presenta una alta tasa de prevalencia, siendo la ideación y el intento suicida las categorías más predominantes, las cuales son consideradas como factores desencadenantes de los suicidios consumados. Del mismo modo, se identificó que el género femenino se caracterizó por presentar un mayor índice de prevalencia de conducta suicida, lo cual debería ser considerado como un indicador de riesgo que guíe la evaluación y el abordaje integral de la problemática.
- En los adolescentes del continente americano, se identificó que los factores de riesgo más predominantes asociados a la conducta suicida son los factores psicológicos como depresión, ansiedad, abuso, violencia, impulsividad, déficit en la regulación de las emociones y problemas relacionados con el consumo de alcohol, tales factores son modificables, por ende, se puede intervenir en ellos para mitigar y/o reducir su impacto en los adolescentes.

## **9. Recomendaciones**

Antes de finalizar, el presente trabajo investigativo se pone a consideración algunas recomendaciones basándose en los resultados obtenidos y en las conclusiones establecidas con anterioridad, la implementación de las recomendaciones es fundamental para desarrollar futuras investigaciones con nuevos paradigmas y a su vez abordar la conducta suicida como una problemática de salud pública:

- Desarrollar revisiones bibliográficas con enfoques cualitativos con el fin de obtener una visión más amplia respecto a la incidencia de los factores de riesgo en el desarrollo de conductas suicidas en los adolescentes, haciendo hincapié en el abordaje de factores biológicos y culturales relacionados con dicha conducta.
- Al manifestar que la conducta suicida está estrechamente relacionada con factores de riesgo, se recomienda desarrollar programas con enfoque preventivo en los cuales se aborde de forma integral el ámbito psicológico, social y familiar, con el propósito de reducir la incidencia de los mismos en el desarrollo de conductas suicidas.
- Se sugiere realizar un mayor número de estudios en los países del continente americano que no se consideraron en la investigación debido a su baja producción científica, lo cual permitirá a futuras investigaciones obtener resultados generalizables abarcando una mayor población.

## 10. Bibliografía

- Aguirre Flórez, D. C., Cataño Castrillón, J. J., Cañón, S. C., Marín Sánchez, D. F., Rodríguez-Pabón, J. T., Rosero Pantoja, L. Á., Valenzuela Díaz, L. P., y Vélez Restrepo, J. (2015). Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 419-429. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.44205>
- Alanís Esqueda, N., y Ramírez Treviño, J. (2019). REESTRUCTURACIÓN COGNITIVO-EMOCIONAL TRAS UN PROCESO DE DUELO INTEGRANDO TÉCNICAS BREVES CENTRADAS EN SOLUCIONES Y COGNITIVO-CONDUCTUALES. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2). <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep>
- Aldavero Muñoz, I. (2018). Neurobiología del suicidio. *Cuadernos del Tomás*, 10, 17-47.
- Altuzarra Murillo, R. R. (2019). Relación entre el tipo de funcionamiento familiar y la tendencia al riesgo suicida en adolescentes. *Revista Ecuatoriana de Psicología*, 2(4), 149-160. <https://doi.org/10.33996/rep.v2i4.25>
- Álvarez Latorre, J. M., Cañón Buitrago, S. C., Castaño Castrillón, J. J., Ocampo, L. H., Cataño Molina, Á. M., Galdino Cruz, P. V., Gil Agudelo, L. F., Malaver Estrada, J. S., y Robayo Mejía, M. R. (2013). Factor de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de Palestina-Caldas (Colombia), 2012. *Archivos de Medicina (Col)*, 13(2), 127-141.
- Amador Rivera, G. H. (2015). SUICIDIO: CONSIDERACIONES HISTÓRICAS. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98.
- Amaral, A., Uchoa, J., Ney, F., Santos, M., Fernandes, R., y Milanês, L. (2020). Depresión e ideación suicida en la adolescencia: Implementación y evaluación de un programa de intervención. *Enfermería Global*, 19(59), 1-35. <https://doi.org/10.6018/eglobal.402951>
- Ato, M., López, J. J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Atoche Saavedra, M. del C., y Sánchez, M. N. (2017). Ideación suicida y dimensiones del clima social familiar en estudiantes de una I.E pública, Chiclayo-2017. *Repositorio Institucional - USS*. <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/4101>
- Baltodano Chacón, M., y Márquez Cueva, M. (2014). Ideación suicida en privados de libertad: Una propuesta para su atención. *InterSedes*, 15(32), 223-248.

- Bazán López, J. L., Olórtegui Malaver, V. M., Vargas Murga, H. B., y Huayanay Falconí, L. (2016). Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 3. <https://doi.org/10.20453/rnp.v79i1.2763>
- Beaven Ciapara, N. I., Campa Álvarez, R. de los Á., Valenzuela, B., y Guillén Lúgigo, M. (2018). Inclusión educativa: Factores psicosociales asociados a conducta suicida en adolescentes. *Prisma Social: revista de investigación social*, 23, 185-207.
- Benítez, M. (2017). La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. *Revista Novedades en Población*, 13(26), 58-68.
- Blandón Cuesta, O. M., Andrade Salazar, J. A., Quintero Nuñez, H., García Peña, J. J., y Layne Bernal, B. (2015). *EL SUICIDIO: CUATRO PERSPECTIVAS*. Función Universitaria Luis Amigó.
- Bravo Andrade, H. R., López Peñaloza, J., De la Roca Chiapas, J. M., y Rodríguez Morrill, E. I. (2016). Relaciones intrafamiliares y riesgo suicida en adolescentes. *Uaricha, Revista de Psicología*, 13(31), 45-55.
- Calvo García, F., Giralt Vázquez, C., Calvet Roura, A., y Carbonells Sánchez, X. (2016). Riesgo de suicidio en población sin hogar. *Clínica y Salud*, 27(2), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.05.002>
- Campillo Serrano, C., Fajardo Dolci, G., Campillo Serrano, C., y Fajardo Dolci, G. (2021). Prevención del suicidio y la conducta suicida. *Gaceta médica de México*, 157(5), 564-569. <https://doi.org/10.24875/gmm.21000205>
- Campo Arias, A., y Herazo, E. (2015). El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 243-250. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.003>
- Canabal, C., y Margalef, L. (2017). La retroalimentación: La clave para una evaluación orientada al aprendizaje. *Profesorado, Revista de Currículum y Formación del Profesorado*, 21(2), 149-170. <https://doi.org/10.30827/profesorado.v21i2.10329>
- Cañón, S., y Carmona, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397.
- Cárdenas Rodríguez, A., Santillana Saucedo, M., y Rodríguez-Verdugo, M. S. (2021). Cyberbullying e ideación suicida en estudiantes de secundaria, características del fenómeno en Hermosillo, Sonora. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 36(2), 59-67.

- Castillo Ledo, I., Ledo González, H. I., y Ramos Barroso, A. A. (2013). Consideraciones psicodinámicas de la conducta suicida en la población infanto juvenil. *Norte de Salud Mental*, 11(46), 13-19.
- Ceballos Ospino, G. A., Suarez Colorado, Y., Suescún Arrogocés, J., Gamarra Vega, L. M., González, K. E., y Sotelo Manjarres, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12(1), 15-22. <https://doi.org/10.21676/2389783X.1394>
- Ceballos Ospino, G., Suárez Colorado, Y. P., y Campo Arias, A. (2019). Asociación entre matoneo escolar, síntomas depresivos e ideación suicida\*. *CES Psicología*, 12(3), 91-104. <https://doi.org/10.21615/cesp.12.3.7>
- Chávez Hernández, A. M., González Forteza, C., Juárez Loya, A., Vázquez Vega, D., y Jiménez Tapia, A. (2015). Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio del estado de Guanajuato, México. *Acta Universitaria*, 25(6), 43-50.
- Coelho de Oliveira, M. L., Tomé, G. M., Pereira dos Reis, M. S., Maltoni, J., Neufeld, C. B., Gaspar de Matos, M., De Macedo Lisboa, C. S., y Gómez Baya, D. (2020). Comportamentos autolesivos, ajuste psicológico e relações familiares em adolescentes da região amazônica no Brasil. *Análisis y modificación de conducta*. <https://doi.org/10.33776/amc.v46i173-4.3644>
- Córdova Osnaya, M., Rosales Pérez, J. C., y Montufa Muñoz, E. (2015). Ideación suicida en estudiantes de educación media superior: Descripción con base en la aproximación dialéctico conductual. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1), 79-100.
- Cortés Alfaro, A., Román Hernández, M., Suárez Medina, R., y Alonso Uría, R. M. (2021). Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11(2), 132-139.
- Dajas Méndez, F. J. (2016). Psicobiología del suicidio y las ideas suicidas. *Rev. psiquiatr. Urug*, 80(2), 83-110.
- Domínguez Ortiz, E. E., Meza Meza, M., y Cañón, S. (2019). Determinación de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes. *Collection of Articles on Medicine*, 1, 1-12.
- Durkheim, É. (1989). *El suicidio* (6ª ed.). Ediciones AKAL.
- Echeburúa, E. (2015). The many faces of suicide in the psychological clinic. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>

- Eguiluz, L. de L., y Mera, J. I. (2014). Medición del riesgo suicida, bienestar psicológico y estructura familiar en estudiantes de primer ingreso a las carreras de la salud. *Revista de investigación en psicología*, 17(1), 43-53.
- Ferreira, L. E. (2017). Suicidios y Freud: Conceptualizaciones Sobre el Suicidio en Ensayos Freudianos. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 3(2), 488-506.
- Fonseca Pedrero, E., y Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la Escala Paykel de Suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106-115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Forero, I., Siabato, E., y Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 431-442. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1512729042016>
- Franco Neri, B. I., Mendieta Ávila, Z., Juárez Huicochea, N. E., y Castrejón Salgado, R. (2019). Ideación suicida y su asociación con el apoyo social percibido en adolescentes. *Atención Familiar*, 27(1), 11. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.1.72278>
- Gallegos Santos, M., Casapia Guzman, Y., y Rivera Calcina, R. (2018). Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa. *Interacciones. Revista de Avances en Psicología*, 4(2), 143-151. <https://doi.org/10.24016/2018.v4n2.106>
- García Galindo, C., y Bahamón, M. J. (2017). Teoría cognitiva y teoría interpersonal psicológica del comportamiento suicida. *Debates emergentes en Psicología*, 43-53.
- Gavilanes Padilla, E. F., y González Gaibor, I. A. (2023). Funcionamiento familiar y su relación con el Riesgo suicida en adolescentes: Family Functioning and Its Relationship to Suicidal Risk in Adolescents. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(1), 807-818. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.297>
- Gómez Luna, E., Fernando Navas, D., Aponte Mayor, G., y Betancourt Buitrago, L. A. (2014). Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. *DYNA*, 81(184), 158-163. <https://doi.org/10.15446/dyna.v81n184.37066>
- Gómez Tabares, A. S., Núñez, C., Agudelo Osorio, M. P., y Grisales Aguirre, A. M. (2020). Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 1(54), 147-164. <https://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.12>
- González, A. (2016). REVISIÓN DEL CONCEPTO DE SUICIDIO DESDE UNA PERSPECTIVA FILOSÓFICA, JURÍDICA Y PSIQUIÁTRICA. *Derecho y cambio*



social.

[https://www.derechocambiosocial.com/revista045/REVISION\\_DEL\\_CONCEPTO\\_DE\\_SUICIDIO.pdf](https://www.derechocambiosocial.com/revista045/REVISION_DEL_CONCEPTO_DE_SUICIDIO.pdf)

- González Casas, A., Leyva Castells, A., Castillo Izquierdo, G., Sosa Palacios, O., y Pompa Rodríguez, L. (2022). Riesgo de conducta suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Pediatría*, 94(4), 1-17.
- González Forteza, C., Juárez López, C. E., Montejo León, L. de los Á., Oseguera Díaz, G., Wagner Echeagaray, F. A., y Jiménez Tapia, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria*, 25, 29-34. <https://doi.org/10.15174/au.2015.862>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad. <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCprevencionconductasuicida.pdf>
- Guajardo, N., Ojeda, F., Achui, L., y Larraguibel, M. (2015). Intervenciones Terapéuticas para la Conducta Suicida en Adolescentes. *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.*, 26(2).
- Guerrero Díaz, M. (2019). Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica. *Boletín Psicoevidencias*, 55.
- Hernández Bello, L. S., Hueso Montoro, C., Gómez Urquiza, J. L., y Cogollo Milanés, Z. (2020). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: Revisión sistemática. *Revista española de salud pública*, 94, 129.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill.
- Koppmann, A. (2020). Aspectos generales del riesgo suicida en la consulta del médico general. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 163-168. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.007>
- Levín, S. A. (2014). Suicidio, palabra maldita (muerte, palabra prohibida). *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat*, XXV (215), 225-230.
- Londoño Muriel, V., y Cañón Buitrago, S. C. (2020). Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes escolarizados: Revisión de tema. *Archivos de Medicina (Col)*, 20(2), 472-480.

- López Steinmetz, L. C. (2017). Factores Psicopatológicos De Riesgo En Intentos De Suicidio. *Ciencias Psicológicas*, 11(1), 89-100.
- Martínez Baquero, L. C., Vianchá Pinzón, M. A., Pérez Prada, M. P., y Avendaño Prieto, B. L. (2017). Asociación entre conducta suicida y síntomas de anorexia y bulimia nerviosa en escolares de Boyacá, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(2), 189-199. <https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.9>
- Martínez Silva, P. A., Villalba Toquica, C. del P., y Oliveros Pasi3n, L. E. (2014). Conducta suicida en la Clínica Universitaria Colombia 2011-2012. *Revista Médica Sanitas*, 17(2), 62-69.
- Mayorga, M. G., y Mayorga Lascano, M. (2023). Relación entre depresión y riesgo suicida en adolescentes de Tungurahua. *AXIOMA*, 1(28), 10-16. <https://doi.org/10.26621/ra.v1i28.866>
- Medina Cano, A. R., Herazo Chamorro, M. I., Barrios Meza, A. M., Rodelo Serrano, Y. V., y Salinas Gallardo, L. F. (2017). Factores psicosociales asociados a la conducta suicida en adolescentes. *Avances en Psicología*, 25(1), 49-57. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2017.v25n1.133>
- Méndez Bustos, P. I., Fuster Villaseca, J. A., Tapia Silva, A. A., y López Castroman, J. (2021). Conductas Suicidas y Autolesiones en una muestra clínica de Adolescentes Chilenos. *Interciencia*, 46(12), 455-461.
- Moreno Jiménez, B. (1985). La psicología de los constructos personales. *Studies in Psychology = Estudios de Psicología*, 23, 57-65.
- Navas Orozco, W. (2013). Abordaje del suicidio en atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(606), 219-225.
- Núñez Ariza, A., Reyes Ruiz, L., Sánchez Villegas, M., Carmona Alvarado, F. A., Acosta López, J., y Moya De Las Salas, E. (2020). Ideación suicida y funcionalidad familiar en adolescentes del caribe colombiano. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(1), 80-87. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.4065042>
- Ord3n3ez Carrasco, J. L. (2022). *Ideaci3n suicida: Conceptualizaci3n y aspectos de la medida*. Universidad Almería.
- Organizaci3n Mundial de la Salud. (2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organizaci3n Mundial de la Salud, OMS. (s. f.). *Suicide worldwide in 2019*. Recuperado 25 de julio de 2023, de <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643>

- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2021). *Salud mental del adolescente*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0*. Repositorio Institucional para intercambio de información. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>
- Organización Panamericana de la Salud, O. (2021). *Carga suicida en la Región de las Américas—OPS/OMS*. <https://www.paho.org/en/enlace/burden-suicide>
- Organización Panamericana de la Salud, (OPS). (2022). *Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2015-2019* [Technical reports]. OPS. <https://doi.org/10.37774/9789275324769>
- Ortega González, M. (2018). *Comportamiento Suicida. Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico* (1ª ed.). Qartuppi. <https://doi.org/10.29410/QTP.18.05>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Perales, A., Sánchez, E., Barahona, L., Oliveros, M., Bravo, E., Aguilar, W., Ocampo, J. C., Pinto, M., Orellana, I., y Padilla, A. (2019). Prevalencia y factores asociados a conducta suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(1), 28-33. <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15865>
- Pérez Prada, M. P., Martínez Baquero, L. C., Vianchá Pinzón, M. A., y Avendaño Prieto, B. L. (2017). Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá—Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 13(1), 91-101. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0001.07>
- Pérez, V. M. (2016). Conducta suicida. Protocolo de intervención. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 233-250. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.298>
- Ponce Talancón, H. (2007). La matriz foda: Alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12(1), 113-130.

- Quintanar, F. (2019). *Comportamiento Suicida: Perfil Psicológico Y Posibilidades de Tratamiento* (1ª ed.). Editorial Pax México.
- Quintero, A., Sánchez, L., Agredo, J., y Oviedo, L. (2021). Parasuicidio en púberes y adolescentes escolarizados. *ESPACIOS*, 42(07), 1-21. <https://doi.org/10.48082/espacios-a21v42n07p01>
- Ramírez, M., Castillo, A., Cardona, K., y Mosquera, M. C. (2017). CONCEPCIÓN DEL SUICIDIO EN JÓVENES DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL COMUNITARIA. *Revista Electrónica Psyconex*, 9(14), 1-12.
- Rangel, J. N., y Jurado, S. (2022). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: Una revisión. *Psicología y Salud*, 32(1), 39-48. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>
- Reiner Hernández, L., Cruz Caballero, B. A., González Delgado, Y., Moya Moya, C. J., Borges Acosta, M., y Sánchez Fernández, M. (2021). Factores de riesgo y tipificación de la conducta suicida en la adolescencia, su enfoque comunitario. *Acta Médica del Centro*, 15(1), 58-71.
- Rivera, L., Fonseca Pedrero, E., Séris Martínez, M., Vázquez Sala, A., y Reynales Shigematsu, L. M. (2020). [Prevalence and psychological factors associated with suicidal behavior in adolescents. Ensanut 2018-19]. *Salud Pública De México*, 62(6), 672-681. <https://doi.org/10.21149/11555>
- Rocamora Bonilla, A. (2013). *Intervención en Crisis en las Conductas Suicidas* (2ª ed.). Desclée de Brouwer.
- Rodríguez, J. J. (2009). *Salud Mental en la Comunidad* (2ª ed.). Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 49.
- Saltos Paredes, D. A. (2022). Violencia escolar y su relación con la ideación suicida en adolescentes de la Unidad Educativa “Pedro Carbo”. *REVISTA U-Mores*, 1(1), 63-76. <https://doi.org/10.35290/ru.v1n1.2022.554>
- Sánchez, M. (2021). Ideación suicida, síntomas depresivos e involucramiento afectivo en adolescentes escolarizados del 2019. *APANAC*, 382-388. <https://doi.org/10.33412/apanac.2021.3211>
- Sandoval Ato, R., Vilela Estrada, M. A., Mejia, C. R., y Caballero Alvarado, J. (2018). Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria. *Revista chilena de pediatría*, 89(2), 208-215. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062018000100209>
- Secundino Guadarrama, G., Veytia López, M., Guadarrama Guadarrama, R., y Míguez, M. C. (2021). Depressive symptoms and automatic negative thoughts as predictors of suicidal

- ideation in Mexican adolescents. *Salud Mental*, 44(1), 3-10.  
<https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2021.002>
- 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.
- Siabato Macías, E. F., Forero Mendoza, I. X., y Salamanca Camargo, Y. (2017). Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 51-61. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.ADIS>
- Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S., y Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista médica de Chile*, 141(10), 1275-1282. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013001000006>
- Tamayo Tamayo, M. (2001). *El proceso de la investigación científica* (4ª ed.). Editorial Limusa.
- Tena Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *SANUM: Revista Científico Sanitario*, 4(3), 36-45.
- Toasa Galarza, M. E. (2020). *El suicidio y el derecho a la vida* [Tesis de Grado, Universidad Técnica de Ambato, Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, Carrera de Derecho]. <https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/31170>
- Toro Tobar, R. A., Avendaño Prieto, B. L., y Castrillón, D. A. (2016). Design and psychometric analysis of the hopelessness and suicide ideation inventory "IDIS". *International Journal of Psychological Research*, 9(1), 52-63. <https://doi.org/10.21500/20112084.2100>
- Ursul, A. F. (2021). *Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de 15 a 17 años de colegios públicos de Montería* [Facultad de Ciencias de la Salud]. <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/4025>
- Ursul, A., Herrera Guerra, E., Galván Patrignani, G., Ursul, A., Herrera Guerra, E., y Galván Patrignani, G. (2022). Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados. *Psicogente*, 25(48), 63-83. <https://doi.org/10.17081/psico.25.48.5422>
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., y Joiner, T. E. (2012). Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness: Construct Validity and Psychometric Properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment*, 24(1), 197-215. <https://doi.org/10.1037/a0025358>

- Vargas, H. B., y Saavedra, J. E. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 75(1), 19-28. <https://doi.org/10.20453/rnp.v75i1.1539>
- Vásquez Guarín, C., Bother Mena, A. D., Ferraro Osorio, D., y Betancur Barrera, O. (2022). Comportamiento y distribución del suicidio en la ciudad de Medellín durante el periodo 2015-2019. *Revista Española de Medicina Legal*, 48(2), 60-65. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2021.09.002>
- Vázquez Mastache, N. J., y De Haro Rodríguez, M. A. (2018). Factores predisponentes para ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes adscritos a un Hospital General de Zona de Irapuato, Guanajuato, México. *Atención Familiar*, 25(2), 59-64. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.2.63560>
- Vigara Rey, L., Cañete Pérez Serrano, P., Gómez Carrasco, J. Á., Ruiz Murugarren, S., y Fernández Leal, A. (2019). *Daño autoinducido e ideación suicida en adolescentes: Perfil de los pacientes y factores de riesgo*. <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/40228>
- Villar Cabeza, F., Castellano Tejedor, C., Sánchez Fernández, B., Muñoz Verge, M., y Blasco Blasco, T. (2017). Perfiles psicológicos del adolescente con conducta suicida. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 34(1), 7-18. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v34n1a1>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>

## 11. Anexos

### Anexo 1. Informe de estructura y pertinencia del Trabajo de Integración Curricular



unl

Universidad  
Nacional  
de Loja

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Facultad  
de la Salud  
Humana

MEMORANDO Nro. UNL FSH-DCPS.CL 094  
Loja, 06 de junio de 2023

DE: Doctora  
Ana Catalina Puertas Azanza  
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA FSH-UNL

PARA: Señorita  
María del Carmen Armijos Rosillo  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-**

ASUNTO: RESPUESTA A INFORME DE ESTRUCTURA Y PERTINENCIA DE  
PROYECTO

De mi consideración:

Por el presente me permito hacer conocer que se adjunta la respuesta del informe de estructura y pertinencia del proyecto de Integración Curricular denominado. **"PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES"**, de su autoría el mismo fue emitido por la Psic Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mgs, docente responsable

En seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento

Atentamente,



Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL**

C/c. Expediente académico  
Archivo  
APA/tsc

## Anexo 2. Informe de estructura y pertinencia emitido por la directora del Trabajo de Integración Curricular



**unl**

Universidad  
Nacional  
de Loja

CARRERA DE  
PSICOLOGÍA  
CLÍNICA

Facultad  
de la Salud  
Humana

Loja, 5 de junio de 2023

Dra.

**Ana Puertas Azanza. Mg. Sc.**

GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo y deseándole éxitos en su importante cargo, en cumplimiento al MEMORANDO Nro. UNL FSH-DCPS.CL 078, recibido en mi correo institucional el 1 de junio del presente año, con asunto de analizar y emitir el Informe de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado: "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES", autoría de la Señorita. María del Carmen Armijos Rosillo CI.1106043944, estudiante del VIII ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana, concluyo con lo siguiente:

1. Que el presente proyecto de investigación cuenta con todos los elementos de la estructura propuesta en el Artículo 226 del Capítulo VII de La Graduación y Titulación, Sección I Del Trabajo de Integración Curricular o de Titulación del Régimen académico de la Universidad Nacional de Loja.
2. Que el título del presente proyecto es una buena propuesta, bien elegida, actualizada, clara, novedosa, vigente y apegada a los estudios realizados.
3. Que la problemática del presente proyecto describe y fundamenta adecuadamente la problemática objeto de la investigación.
4. Que la justificación del presente proyecto tiene una buena exposición de sus motivos sociales, académicos, económicos y otros.
5. Que los objetivos del presente proyecto presentan un buen fundamento de su propósito general y específico acorde a su tema de investigación.
6. Que la metodología define aceptablemente métodos, técnicas y procedimientos de investigación y son suficientes para el problema, los objetivos y la justificación.
7. Que la bibliografía tiene una buena revisión de los proyectos afines, tesis, libros básicos y de consulta, Internet, manuales, leyes, reglamentos y otros documentos de apoyo a su investigación (85 fuentes bibliográficas).





**unl**

Universidad  
Nacional  
de Loja

CARRERA DE  
PSICOLOGÍA  
CLÍNICA

Facultad  
de la Salud  
Humana

Por tal motivo me permito emitir el **Informe favorable de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES.**

Información que pongo a su disposición, para los fines pertinentes.

Atentamente,



MAYRA DANIELA  
MEDINA AYALA

Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala.

Mg.Sc.1104600844

mayra.medina@unl.edu.ec

PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL 1 DE LA UNL

c.c.: Archivo



### Anexo 3. Oficio de designación de la directora del Trabajo de Integración Curricular



UNL

Universidad  
Nacional  
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad  
de la Salud  
Humana

MEMORANDO. Nro. UNL FSH-DCPS.CL 118  
Loja, 19 de junio de 2023

DE: Doctora  
Ana Catalina Puertas Azanza  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLINICA FSH-UNL**

PARA: Psicóloga Clínica  
Mayra Daniela Medina Ayala Mgs  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL**

ASUNTO: **DESIGNACIÓN DE DIRECCIÓN DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el “Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009”, una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Integración Curricular fue aprobado; me permito hacerle conocer que está dirección, la ha designado Directora de del Proyecto de Integración Curricular adjunto, denominado: **“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES”**, autoría de: María del Carmen Armijos Rosillo CI. 1106043944, estudiante del VIII ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

En seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento

Atentamente,



ANA CATALINA  
PUERTAS AZANZA

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL**

C/c. María del Carmen Armijos  
Expediente académico  
Archivo  
APA/tsc

Calle Manuel Monteros  
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja - Ecuador  
072 -57 1379 Ext. 102

#### **Anexo 4. Certificado de Traducción del Abstract**

Lic. Paola Elizabeth Seraquive Valarezo.

**DOCENTE Y TRADUCTORA DEL IDIOMA INGLÉS**

#### **CERTIFICA:**

Que el documento aquí compuesto, es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen del trabajo de integración curricular **“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES”**, autoría de **María del Carmen Armijos Rosillo** con número de cédula **1106043944**, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses estime conveniente.

Loja, 20 de septiembre del 2023



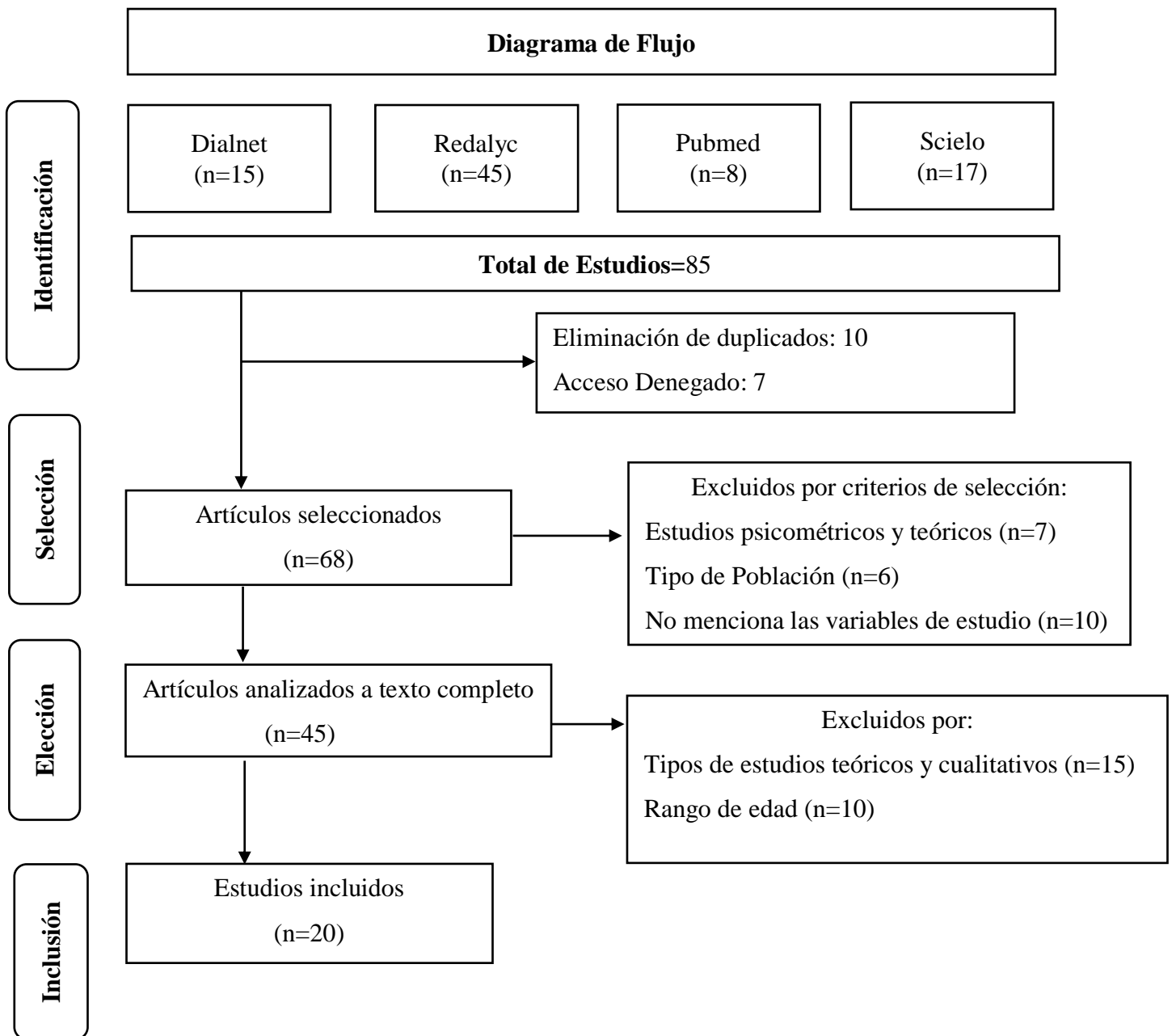
Lic. Paola Elizabeth Seraquive Valarezo

**DOCENTE Y TRADUCTORA DEL IDIOMA INGLÉS**

**C.I. 1103536551**

**Número de registro SENESCYT: 1008-09-936161**

**Anexo 5. Diagrama de Flujo para selección de los artículos**



## Anexo 6. Base de datos complementaria de los artículos científicos

**Tabla 11**

*Sistematización general de la evidencia científica sobre la conducta suicida y los factores de riesgos asociados en los adolescentes del continente americano*

Referencia	Diseño	Resultados	Conclusiones
<b>Altuzarra et. al., 2019</b> <b>Bolivia</b>	Transversal	La mayor parte de los estudiantes de nivel secundario del colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija, se ve reflejado en un 68% con 133 estudiantes no presentan una inclinación al riesgo suicida; en contraste se observa a un 27% con 54 estudiantes que reflejan una inclinación de tendencia al riesgo suicida y por último, un 5% con 10 estudiantes se encuentra dentro del diagnóstico de riesgo suicida.	Se concluyó que existe un alto predominio del tipo de funcionamiento familiar de rango medio en estudiantes de nivel secundario.
<b>Álvarez et. al., 2013</b> <b>Colombia</b>	Transversal	La población presentó un promedio de edad de 14,28 años, el 11,8% presentó riesgo suicida según escala de Plutchik; el 5,3% en hombres y el 17,9% en mujeres, 12,2% con intento de suicidio, 56,8% mostraron depresión según escala de Birleson, el 42,6% tuvo disfunción familiar de leve a severa; presentaron dependencia alcohólica el 27%; 15,6% consumo de sustancias psicoactivas, un riesgo de violencia según cuestionario Plutchik de 33%, 15,5% antecedentes familiares de intento suicida.	Esta población presenta un factor de riesgo suicida según cuestionario de Plutchik comparable al de otras poblaciones análogas. Se encuentran factores asociados típicos de la población colombiana como son el maltrato infantil, y tendencia a la violencia. Tal vez sería deseable una intervención en esta población.
<b>Bravo et. al., 2016</b> <b>México</b>	Correlacional Transversal	El 11.7% presentó depresión (7.8% mujeres), 11.5% tuvo intento de suicidio (9.6% mujeres), el 14.8% exhibió ideación suicida (9.2% mujeres). En relación al género las mujeres presentaron una mayor prevalencia en las tres variables, siendo dos terceras partes de quienes presentaron depresión, cuatro quintas partes para intento suicida y tres quintas partes con respecto a la ideación suicida.	Las mujeres muestran mayor vulnerabilidad a depresión. Si el adolescente siente en su familia unión y apoyo, expresión de emociones y baja percepción de dificultades, el riesgo de suicidio disminuye.
<b>Cárdenas et. al., 2019</b> <b>México</b>	No menciona	Se determinó que 11% presentó ideación suicida, y 16% cursó con riesgo de "suicidabilidad". Los resultados mostraron que 18 participantes (24%) resultaron positivos para victimización por ciberbullying, mientras que 76% puntuó para conductas agresivas en dicho fenómeno.	En los jóvenes, el comportamiento agresivo se relaciona con sintomatología depresiva, estrés percibido y soledad, así como baja autoestima, poca satisfacción vital y escasa empatía.

Referencia	Diseño	Resultados	Conclusiones
<b>Ceballos et. al., 2019</b> <b>Colombia</b>	Transversal	En relación con las variables, 16,6% de los estudiantes respondió de forma afirmativa a más de un ítem del CIE-A-5, esto es, indicador de ME; los SDIC se presentaron en 16,9% de los participantes y 9,4% presentó ANIS.	Se evidencia la relevancia de evaluar SDIC en víctimas de ME, y las posibilidades de reducir el riesgo de ANIS a partir de la identificación y realización de programas de intervención en adolescentes con SDIC.
<b>Coelho et. al., 2020</b> <b>Brasil</b>	No menciona	Las conductas autolesivas en el Estado de Rondonia ocurrió en el 23% de los adolescentes, los resultados indican que los jóvenes que se autolesionan tienen tasas más altas de depresión y ansiedad y que la falta de percepción del apoyo familiar se correlaciona directamente con la práctica de autolesiones.	Una mejor comprensión de la salud mental y emocional en la adolescencia proporcionará a los adolescentes un mayor apoyo relacionado con sus conflictos internos
<b>Franco et. al., 2019</b> <b>México</b>	Transversal Analítico	La prevalencia de ideación suicida fue de 16.48%. Se estimó una razón de momios de protección para ideación suicida $rm = 0.37$ y $0.30$ del apoyo social medio y alto, respectivamente, en comparación con el apoyo social bajo. Asimismo, se observó que a mayor apoyo social percibido en los adolescentes mayor protección para ideación suicida.	Se detectó una alta prevalencia de ideación suicida y se determinó que a mayor apoyo social percibido menor ideación suicida en adolescentes. Estos hallazgos podrían ayudar a sustentar programas preventivos en el primer nivel de atención y sumarse a los esfuerzos de prevención del suicidio.
<b>Gallegos et. al., 2018</b> <b>Perú</b>	Transversal Descriptivo Correlacional	Existe una prevalencia de 34.9% en relación a pensamientos autolesivos, mientras un 27.9% de los evaluados se ha autolesionado, siendo la edad promedio de inicio de las autolesiones los 12.61 años. Los principales desencadenantes son estados de ánimo negativos (48.2%) y los problemas familiares (39.9%).	Se concluye que los es los de personalidad sensible, inhibido y violento están ligados a una mayor prevalencia de las autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa.
<b>Gavilanes y González, 2023</b> <b>Ecuador</b>	Transversal Correlacional	Se encontró que los niveles de funcionamiento familiar predominantes fueron las Familias disfuncionales (28%) y moderadamente funcionales (59%). Por otro lado, el 40% de la población evaluada presentó riesgo suicida. Con relación al sexo, el riesgo fue mayor en mujeres (47.7%) que en hombres (25.7%), determinándose una asociación entre el sexo y el riesgo suicida.	La familia puede actuar como un factor protector o de riesgo para el desarrollo de conductas que afecten la integridad de los adolescentes, por lo tanto, es importante que esta forme parte de actividades que mejoren la cohesión.

Referencia	Diseño	Resultados	Conclusiones
<b>González et. al., 2022</b> <b>Cuba</b>	Descriptivo	Riesgo de conducta suicida en adolescentes (n=71-17,1 %), crítico (n=34- 8,2 %) y no crítico (n=37-8,9 %), expuestos a desesperanza (84,51 %), incapacidad para afrontar emociones (73,24 %), soledad y abatimiento (64,79 %), baja autoestima (61,97 %) e ideación suicida (43,66 %).	El riesgo de conducta suicida, crítico o no crítico, puede estar solapado en los adolescentes donde prevalece la ideación suicida en el riesgo crítico y la desesperanza en el riesgo no crítico, sin distinción de sexo, con quien convive, el estado civil de los padres y el uso de los diferentes medios.
<b>Martínez et. al., 2017</b> <b>Colombia</b>	Transversal Descriptivo	Los resultados muestran que del total de participantes, el 17.8 % (230) piensan en el suicidio como alternativa y que el 42 % de quienes registran sintomatología relacionada con trastornos alimentarios presentan ideación suicida negativa.	En conclusión, se identificó una correlación baja, pero significativa, entre los trastornos alimentarios y el PANSI negativo lo que sugiere que a mayor presencia de señales de alarma de trastornos alimentarios, más factores de riesgo de ideación suicida.
<b>Méndez et. al., 2021</b> <b>Chile</b>	Observacional Transversal	El 30,4% deseó estar muerto durante el último mes y el 41 % pensó en quitarse la vida, mientras que el 33,2% declaró haber realizado un intento de suicidio, con una media de 13,6 años para el primer intento, y el 58% presentaron autolesiones no suicidas durante su vida. Por otra parte, el 39,2% presentó altos niveles de impulsividad y el 70,9% problemas para regular sus emociones.	Los resultados permitirán mejorar la comprensión de los factores clínicos, psicológicos y socio familiares involucrados en el desarrollo de conductas autolesivas en los adolescentes, facilitando la planificación y elaboración de estrategias de prevención.
<b>Núñez et. al., 2020</b> <b>Colombia</b>	Descriptivo Correlacional	Se evidenció la presencia de ideación suicida en el género femenino en un 69,7% y en un 30,3% asociado al género masculino. Se halló una frecuencia de 250 asociada a algún grado de disfuncionalidad familiar en la muestra evaluada.	Se concluye que a mayor disfuncionalidad familiar existe un mayor riesgo de ideación suicida. Se discute el papel de la familia como factor protector o como posible factor de riesgo para disponer a los jóvenes hacia el suicidio.
<b>Pérez et. al., 2017</b> <b>Colombia</b>	Descriptivo	Se identifica que todos los jóvenes (25 estudiantes) que han sido víctimas de abuso sexual por penetración, han realizado un intento suicida (1.9% del total de la muestra); además, el 48% de las victimas presentan ideación suicida.	Los resultados de este estudio deben encender las alarmas de las autoridades y las instituciones frente al fenómeno del abuso sexual, ya que como se mencionó anteriormente el porcentaje hallado de víctimas de este flagelo es superior al de otras poblaciones.

Referencia	Diseño	Resultados	Conclusiones
<b>Sánchez, 2021 Panamá</b>	Descriptivo Correlacional	El 30.3% de adolescentes reportó presencia de ideación suicida. De este grupo con ideación suicida el 70.3% presentó sintomatología depresiva. En cuanto al involucramiento afectivo funcional, el 51.4% lo presenta y el 48.6% reporta ausencia; el aspecto de involucramiento disfuncional, el 45.6% lo presenta y el 48.6% reporta ausencia.	Los adolescentes reportaron presencia de ideación suicida y síntomas depresivos altos, de igual manera se observa que mucho de estos adolescentes no perciben dentro de su entorno familiar vínculos afectivos que puedan cumplir un rol protector. Se observó lo vital que es indagar sobre la presencia de la ideación suicida en ámbitos escolares.
<b>Sandoval et. al., 2018 Perú</b>	Transversal Analítico	De 289 escolares, el 20% tenía riesgo suicida y algún tipo de depresión. De los que estaban en el tercil superior de la escala de bullying, el 38% tuvieron ideación suicida, en cambio, de los que estuvieron deprimidos el 63% tuvieron ideación suicida.	La salud mental de los escolares estuvo involucrada en muchos aspectos, varios de ellos asociados con una mayor frecuencia de riesgo de suicidio.
<b>Secundino et. al., 2021 México</b>	Transversal Prospectivo	De los 409 adolescentes que participaron de este estudio, el 67,5% (n = 276) relató haberse sentido angustiado en los últimos seis meses. Además, se encontró una prevalencia del 16,1% (n=66) de estudiantes con pensamientos automáticos negativos, 14,9% (n =61) tenía ideación suicida, el 13,4% (n = 55) tenía síntomas de depresión alta y el 2,7% (n = 11) había intentado suicidarse.	En adolescentes se han identificado factores de riesgo para presentar ideación suicida, los cuales deben tenerse en cuenta en los programas preventivos.
<b>Siabato et. al., 2017 Colombia</b>	Transeccional	El 30% de los participantes presentaron un nivel alto de ideación suicida y el 9% reportaron síntomas depresivos, hallándose puntuaciones más altas en mujeres que en hombres para ambas variables de estudio. También se encontraron relaciones significativas entre ideación suicida y ánimo negativo (rs= 0.43), anhedonia (rs = 0.40) y autoestima negativa (rs = 0.44).	Los síntomas depresivos relacionados con estado de ánimo y autoestima negativa son factores de riesgo relevantes asociados con el componente cognitivo de la conducta suicida en mujeres adolescentes.
<b>Ursul et. al., 2022 Colombia</b>	No menciona	Un 28,8 % de los adolescentes presentó riesgo de suicidio. Los factores de riesgo más comunes identificados en esta investigación fueron en primer lugar la disfunción familiar presente en el 81,2 % del total, seguido de la presencia de síntomas no psicóticos (depresión y/o ansiedad) en un 23,5 %), acoso escolar de predominio psicológico (17 %) y la presencia de síntomas de mayor intensidad a la dependencia al alcohol (13,8).	El riesgo de suicidio en los adolescentes escolarizados está asociado a varios factores, es decir es un fenómeno multifactorial, por lo que se sugiere estrategias integrales de prevención con enfoque de gestión integral de riesgos, que permitan identificar tempranamente el riesgo de suicidio para priorizar las medidas preventivas y terapéuticas como parte integral del proceso educativo de los adolescentes.



<b>Referencia</b>	<b>Diseño</b>	<b>Resultados</b>	<b>Conclusiones</b>
<b>Vázquez y Rodríguez,2018 México</b>	Transversal Analítico	El 47.25% consumía alcohol, 22.5% tenía problemas económicos, 17.75% manifestaba baja autoestima y 10.25% padecía acoso escolar. La prevalencia de conducta suicida fue de 11.75%, de la cual 10.5% fue ideación suicida y 1.25% intento de suicidio.	La depresión, la baja autoestima, el consumo de tabaco, los problemas económicos y el acoso escolar son los principales factores predisponentes para presentar ideación suicida, por ello es importante diagnosticarla a tiempo, con la finalidad de evitar conductas suicidas y otros agravantes para la salud.

*Fuente: Artículos tomados de las bases de datos Google Scholar Redalyc, Scielo y Pubmed*  
*Elaboración: María del Carmen Armijos Rosillo*

## Anexo 7. Tablas de Frecuencia en Excel

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1											
2	<b>EVIDENCIA CIENTÍFICA SEGÚN EL NÚMERO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS POR AÑOS</b>					<b>EVIDENCIA CIENTÍFICA SEGÚN EL NÚMERO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS POR PAÍS</b>					
3											
4											
5	<b>2013</b>	1	5			<b>Colombia</b>	7	35			
6	<b>2014</b>	0	0			<b>México</b>	5	25			
7	<b>2015</b>	0	0			<b>Chile</b>	1	5			
8	<b>2016</b>	1	5			<b>Perú</b>	2	10			
9	<b>2017</b>	3	15			<b>Brasil</b>	1	5			
10	<b>2018</b>	3	15			<b>Cuba</b>	1	5			
11	<b>2019</b>	4	20			<b>Panamá</b>	1	5			
12	<b>2020</b>	2	10			<b>Bolivia</b>	1	5			
13	<b>2021</b>	3	15			<b>Ecuador</b>	1	5			
14	<b>2022</b>	2	10				20	100			
15	<b>2023</b>	1	5								
16		20	100								
17											
18											
19											
20											

	A	B	C	D	E	F
1	<b>Autor</b>	<b>Muestra</b>	<b>Nº con conducta suicida</b>	<b>Conducta Suicida</b>		
2	Ceballos	350	33	9,4		
3	Coelho	507	115	23		
4	Gallegos	997	626	62,8		
5	Méndez	388	396	102,11		
6	Pérez	1292	424	33,1		
7	Vazquez	400	47	11,75		
8	Bravo	512	135	26,3		
9	Cardenas	75	20	27		
10	Martínez	1287	198	15,38		
11	Gonzalez	171	59	34		
12	Álvarez	354	41	11,8		
13	Siabato	289	86	30		
14	Úrsul	565	163	28,8		
15	Sánchez	122	37	30,3		
16	Núñez	435	211	48,5		
17	Secundino	409	61	14,9		
18	Franco	267	44	16,48		
19	Sandoval	289	58	20,1		
20	Gavilanes	100	40	40		
21	Altuzarra	197	64	32		
22	<b>TOTAL</b>	9006	2858	<b>31,73</b>		

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Nitro Pro ¿Qué desea hacer?

Calibri 11 Ajustar texto General

Formato Dar formato Estilos de Insertar Eliminar Formato

Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda

Autosuma Rellenar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar

Portapapeles Fuente Alineación Número Estilos Celdas Modificar

J23

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
2										
3	<b>Deseo de morir</b>	<b>%</b>	<b>Riesgo Suicida</b>	<b>%</b>	<b>Ideación Suicida</b>	<b>%</b>	<b>Gesto Suicida</b>	<b>%</b>	<b>Intento Suicida</b>	<b>%</b>
4			59	34,5	33	9,4	278	27,9	59	15,21
5	178	45,9	12	16			115	23	198	15,5
6			163	28,8	159	41			5	1,25
7	178	45,9	58	20,1	226	17,6	393	13,75	59	11,5
8		6,23	64	32	42	10,5			198	15,38
9			41	11,8	76	14,8				
10			40	40	8	11			519	58,84
11			437	183,2						18,16
12				15,29	86	30				
13					37	30,3				
14					211	48,5				
15					61	14,9				
16					44	16,5	<b>Comunicación Suicida</b>	<b>%</b>		
17					983	244,48	348	34,9%		
18						34,39				
19							348	12,18		
20	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>2858</b>	<b>100</b>							
21										

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Nitro Pro ¿Qué desea hacer?

Calibri 11 Ajustar texto General

Formato Dar formato Estilos de Insertar Eliminar Formato

Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda

Autosuma Rellenar Ordenar y filtrar

Portapapeles Fuente Alineación Número Estilos Celdas Modificar

I30

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1														
2	<b>Deseos de morir</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>		<b>Ideación Suicida</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	
3								<b>Ceballos</b>	23	6,6	10	2,9	33	
4	<b>Méndez</b>	114	49,6	64	40,5	178		<b>Cardenas</b>	4	5,5	4	5,5	8	
5		114	64,04	64	35,96	178		<b>Méndez</b>	112	48,7	47	29,7	159	
6								<b>Pérez</b>	135	10,5	91	7,1	226	
7	<b>Riesgo Suicida</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>		<b>Vazquez</b>	27	6,75	15	3,75	42	
8	<b>Cardenas</b>	6	8	6	8	12								
9	<b>Gavilanes</b>	31	47,7	9	25,7	40								
10	<b>Gonzalez</b>	35	59,32	24	40,68	59		<b>Bravo</b>	47	9,2	29	5,7	76	
11	<b>Alvarez</b>	32	17,9	9	5,3	41								
12	<b>Ursul</b>	126	34,1	37	18,8	163		<b>Siabato</b>	60	37	26	20	86	
13	<b>Sandoval</b>	34	58,6	24	41,4	58		<b>Sánchez</b>	29	78,4	8	21,6	37	
14	<b>Altuzarra</b>	42	41	22	23	64		<b>Núñez</b>	147	69,7	64	30,3	211	
15		306	70,02	131	29,98	437		<b>Secundino</b>	49	80,3	12	9,7	61	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
16								<b>Franco</b>	23	52,28	21	47,72	44
17	<b>Gesto Suicida</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>			656	66,73	327	33,27	983
18	<b>Coelho</b>	77	24,8	38	19,4	115							
19	<b>Gallegos</b>	168	32	110	23,3	278							
20		245	62,34	148	37,66	393		<b>Intento suicida</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
21								<b>Méndez</b>	47	20,4	12	7,6	59
22								<b>Pérez</b>	119	60,1	79	39,9	198
23	<b>Deseo de morir</b>	114	64,04	64	35,96			<b>Vazquez</b>	4	1	1	0,25	5
24	<b>Riesgo suicida</b>	306	70,02	131	29,98			<b>Bravo</b>	49	9,6	10	10	59
25	<b>Ideación suicida</b>	656	66,73	327	33,27			<b>Martínez</b>	119	60,1	79	39,1	198
26	<b>Gesto suicida</b>	245	62,34	148	37,66				338	65,13	181	34,87	519
27	<b>Intento suicida</b>	338	65,13	181	34,87								
28	<b>Comunicación</b>	219	62,93	129	37,07								
29		1878	65,2	980	34,8	2858	100						
30													

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1											
2											
3		<b>PREVALENCIA POR PAÍS</b>					<b>PREVALENCIA POR AÑO</b>				
4											
5											
6		<b>Fi</b>	<b>%</b>			<b>2013</b>	41	1,43			
7	<b>Ecuador</b>	40	1,40			<b>2014</b>	0	0,00			
8	<b>Brasil</b>	115	4,02			<b>2015</b>	0	0,00			
9	<b>Panamá</b>	37	1,29			<b>2016</b>	135	4,72			
10	<b>Colombia</b>	1156	40,45			<b>2017</b>	708	24,77			
11	<b>México</b>	307	10,74			<b>2018</b>	731	25,58			
12	<b>Chile</b>	396	13,86			<b>2019</b>	161	5,63			
13	<b>Perú</b>	684	23,93			<b>2020</b>	326	11,41			
14	<b>Cuba</b>	59	2,06			<b>2021</b>	494	17,28			
15	<b>Bolivia</b>	64	2,24			<b>2022</b>	222	7,77			
16		2858	100			<b>2023</b>	40	1,40			
17							2858	100			
18											
19											
20											
21											

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Nitro Pro ¿Qué desea hacer?

Pegar Fuente Alineación Número Estilos

Calibri 11 Ajustar texto General

N K S Fuente Alineación Combinar y centrar \$ % 000 0,00 0,0

Formato condicional Dar formato como tabla

P14

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1											
2	<b>Psicologico</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>	<b>Social</b>	<b>Fi</b>	<b>N</b>	<b>Familiar</b>	<b>Fi</b>	<b>N</b>		
3		3543	49,78		2166	30,43		1408	19,78		
4											
5	<b>TOTAL</b>	<b>7117</b>	<b>100</b>								
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											

## Anexo 8. Tabla complementaria para el objetivo específico uno

**Tabla 12**

*Prevalencia de las categorías de la conducta suicida en los adolescentes del continente americano*

<b>Autor, revista, año</b>	<b>Sujetos</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tipo de conducta</b>	<b>Conducta suicida</b>	<b>Conducta suicida (%)</b>
<b>Altuzarra, Rev. Ecuatoriana de Psicología 2019</b>	Adolescentes (14-18 años)	197	Riesgo suicida	64	32%
<b>Álvarez et al., Archivos de Medicina 2013</b>	Adolescentes (11-19 años)	354	Riesgo suicida	41	11,8%
<b>Bravo et al., Uaricha, Revista de Psicología 2016</b>	Adolescentes (14-18 años)	512	Intento suicida	59	11,5%
			Ideación suicida	76	14,8%
<b>Cárdenas et al., Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora 2019</b>	Adolescentes (11-17 años)	75	Ideación suicida	8	11%
			Riesgo suicida	12	16%
<b>Ceballos et al., CES Psicología 2019</b>	Adolescentes (10-17 años)	350	Ideación suicida	33	9,4%
<b>Coelho et al., Análisis y modificación de conducta 2020</b>	Adolescentes (13-15 años)	507	Gesto suicida/Parasuicidio	115	23%
<b>Franco et al., Atención Familiar 2019</b>	Adolescentes (12-17 años)	267	Ideación suicida	44	16,48%
<b>Gallegos et al., Interacciones. Revista de avance en psicología 2018</b>	Adolescentes (13-18 años)	997	Gesto suicida/Parasuicidio	278	27,9%
			Comunicación suicida	348	34,9%
<b>Gavilanes y González, LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades 2023</b>	Adolescentes (12-18 años)	100	Riesgo suicida	40	40%

<b>Autor, revista, año</b>	<b>Sujetos</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tipo de conducta</b>	<b>Conducta suicida</b>	<b>Conducta suicida (%)</b>
<b>González et al., Rev. Cubana de Pediatria 2022</b>	Adolescentes (13-15 años)	171	Riesgo suicida	59	34,5%
<b>Martínez et al., Acta Colombiana de Psicología 2017</b>	Adolescentes (12-20 años)	1287	Intento suicida	198	15,38%
<b>Méndez et al., Interciencia 2021</b>	Adolescentes (10-21 años)	388	Deseos de morir	178	45,9%
			Ideación suicida	159	41%
			Intento suicida	59	15,21%
<b>Núñez et al., Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica 2020</b>	Adolescentes (12-17 años)	435	Ideación suicida	211	48,5%
<b>Pérez et al., Diversitas: Perspectivas en Psicología 2017</b>	Adolescentes (12-20 años)	1292	Ideación suicida	226	17,6%
			Intento suicida	198	15,5%
<b>Sánchez, APANAC 2021</b>	Adolescentes (15-18 años)	122	Ideación suicida	37	30,3%
<b>Sandoval et al., Rev. chilena de pediatria 2018</b>	Adolescentes (13-16 años)	289	Riesgo suicida	58	20,1%
<b>Secundino et al., Salud mental 2021</b>	Adolescentes (15-19 años)	409	Ideación suicida	61	14,9%
<b>Siabato et al., Pensamiento Psicológico 2017</b>	Adolescentes (14-17 años)	289	Ideación Suicida	86	30%
<b>Ursul et al., Psicogente 2022</b>	Adolescentes (15-17 años)	565	Riesgo suicida	163	28,8%
<b>Vázquez y De Haro, Atención Familiar 2018</b>	Adolescentes (10-19 años)	400	Ideación suicida	42	10,5%
			Intento suicida	5	1,25%
<b>TOTAL</b>		<b>9006</b>		<b>2858</b>	<b>31,73%</b>

*Fuente: Artículos tomados de las bases de datos Google Scholar Redalyc, Scielo y Pubmed  
Elaboración: María del Carmen Armijos Rosillo*