



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Posgrado en Pediatría

**PREVALENCIA DE AUTOLESIONES NO SUICIDAS Y CONDUCTA SUICIDA
EN ADOLESCENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA
INFANTOJUVENIL DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, Y
FACTORES ASOCIADOS. MAYO 2018 – ABRIL 2019**

**Tesis previa a la obtención del título de
Especialista en Pediatría.**

Autora:

Md. Marcia Alfonsina Escobar Carrión

CI: 1103818306

Marcis1986@hotmail.com

Director:

Dr. Roberto Stalin Tapia Peralta

CI: 0104143300

Cuenca – Ecuador

9-Marzo-2020



RESUMEN

INTRODUCCION: El suicidio constituye un problema de salud en muchos países. Según la OMS es la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 - 29 años, y la sexta causa de fallecimiento en edades comprendidas entre 5-14 años.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de autolesiones no suicidas, conducta suicida y factores asociados en adolescentes de la consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Vicente Corral Moscoso. Mayo 2018 – Abril 2019.

METODOLOGIA: Estudio descriptivo transversal analítico, la muestra fue aleatoria, conformada por 157 adolescentes de 10 a 18 años. Para el análisis bivariado se utilizó chi cuadrado y para determinar intensidad de asociación RP con IC 95%, p significativa <0,005.

RESULTADOS: Se determinó que existe relación estadísticamente significativa entre autolesiones no suicidas con: migración parenteral (RP 3,5, IC 1,5-8,4 p 0,002), depresión (RP 8 IC 2,9-22,15 p 0,000), ser víctima de violencia (RP 5,3,2, IC 2,3-12,6 p 0,000), y relación entre conducta suicida con: migración parental (RP 4,38, IC 1,8-10,28 p 0,000), depresión (RP 7,8 IC 3,8-16,2 p 0,000), consumo de sustancias psicoactivas (RP 4,46, IC 1,6-12 p 0,002), ser víctima de violencia (RP 11,2, IC 5,2-23,3 p 0,000). Se comportaron como factores protectores: provenir de una familia funcional para autolesiones no suicidas y conducta suicida y pertenecer a un grupo social solo para autolesiones no suicidas.

CONCLUSIONES: Se concluye que el suicidio es un evento prevenible en los adolescentes cuando se refuerzan factores protectores y se trata adecuadamente factores de riesgo.

Palabras Clave: Conducta suicida. Autolesiones no suicidas. Adolescencia.



ABSTRACT

INTRODUCTION: Suicide constitutes a health problem in many countries. According to the WHO, it is the second cause of death among young people aged 15-29, and the sixth cause of death between the ages of 5-14 years.

OBJECTIVE: To determine the prevalence of non-suicidal self-harm, suicidal behavior and associated factors in adolescents of the outpatient clinic of child and adolescent psychiatry at Vicente Corral Moscoso Hospital. May 2018 - April 2019.

METHODOLOGY: Analytical cross-sectional descriptive study, the sample was randomized, consisting of 157 adolescents aged 10 to 18 years. For the bivariate analysis, chi square was used and to determine the intensity of RP association with 95% CI, significant p <0.005.

RESULTS: It was determined that there is a statistically significant relationship between non-suicidal self-harm with: parenteral migration (RP 3.5, CI 1.5-8.4 p 0.002), depression (RP 8 CI 2.9-22.15 p 0.000) , be a victim of violence (RP 5,3,2, CI 2,3-12,6 p 0.000), and relationship between suicidal behavior with: parental migration (RP 4.38, CI 1.8-10.28 p 0.000), depression (RP 7.8 CI 3.8-16.2 p 0.000), consumption of psychoactive substances (RP 4.46, CI 1.6-12 p 0.002), being a victim of violence (RP 11.2, IC 5.2-23.3 p 0.000). They behaved as protective factors: to come from a functional family for non-suicidal self-harm and suicidal behavior and to belong to a social group only for non-suicidal self-harm.

CONCLUSIONS: It is concluded that suicide is a preventable event in adolescents when protective factors are reinforced and risk factors are adequately treated.

Keywords: Suicidal behavior. Non-suicidal self-harm. Adolescence.



Índice de contenido

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
CAPÍTULO I	11
1. INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO II.....	14
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	14
2.1 DEFINICIÓN.....	14
2.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	15
2.3 FACTORES DE RIESGO.....	17
2.4 HIPÓTESIS	20
CAPÍTULO III.....	21
3. OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo General.....	21
3.2 Objetivos Específicos	21
CAPÍTULO IV	22
4. DISEÑO METODOLÓGICO	22
4.1 Tipo de Estudio.....	22
4.2 Área de Estudio	22
4.3 Universo y Muestra.....	22
4.4 Unidad de Análisis y Observación	23
4.5 Operacionalización de Variables:	23
4.6 Métodos, Técnicas e Instrumentos.....	23
4.7 Aspectos Éticos:	24
4.8 Plan de Tabulación y Análisis.....	24
CAPÍTULO V	26
5. RESULTADOS	26
5.1. Análisis de variables sociodemográficas	26
5.2. Determinación de conducta suicida y autolesiones no suicidas.	27
5.3 Determinación de factores asociados a la conducta suicida y autolesiones no suicidas.	28
CAPITULO VI	31



6. DISCUSIÓN.....	31
CAPITULO VII	35
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
7.1 CONCLUSIONES.....	35
7.2 RECOMENDACIONES	36
CAPÍTULO VIII	37
8. Referencias bibliográficas	37
CAPITULO IX	43
ANEXOS	43



INDICE DE TABLAS

Tabla Nº1: Distribución de la muestra de adolescentes según variables demográficas.....	26
Tabla Nº2: Distribución de la muestra de adolescentes según conducta suicida y autolesiones no suicidas.....	27
TABLA 3: Asociación de las variables propuestas a la conducta suicida y autolesiones no suicidas.....	28



Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Md. Marcia Alfonsina Escobar Carrión en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales de la tesis **PREVALENCIA DE AUTOLESIONES NO SUICIDAS Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA INFANTOJUVENIL DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, Y FACTORES ASOCIADOS. MAYO 2018 – ABRIL 2019**, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de esta tesis en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 9 de marzo del 2020

Md. Marcia Alfonsina Escobar Carrión

CI: 1103818306



Cláusula de propiedad intelectual

Md. Marcia Alfonsina Escobar Carrión, autora de la tesis **PREVALENCIA DE AUTOLESIONES NO SUICIDAS Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA INFANTOJUVENIL DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, Y FACTORES ASOCIADOS. MAYO 2018 – ABRIL 2019**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 9 de marzo del 2020

Md. Marcia Alfonsina Escobar Carrión

CI: 1103818306



AGRADECIMIENTO

A Dios por ser quien ha estado a mi lado en todo momento ayudándome a romper todas las barreras presentes.

A la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital Vicente Corral Moscoso y los doctores que con sus enseñanzas guiaron y orientaron nuestra formación.

Al Doctor Roberto Tapia Director de Tesis, Doctor Luis Marcano, Dra. Ximena Bermeo quienes con su capacidad y experiencia me encaminaron en la estructuración y desarrollo de este trabajo de investigación.

A mi familia mi pilar fundamental, quienes con su soporte supieron acompañarme en este camino

A todas las personas que de una forma u otra me prestaron su apoyo para la culminación satisfactoria de la presente tesis.



DEDICATORIA

A mis padres Gonzalo y Marcia, es a ellos a quienes les debo todo, lo que soy
y lo que seré.

A mis hermanos Julio y Fernanda, por su apoyo siempre, y de los cuales me
siento extremadamente orgullosa.

A mi amor Franklin, mi todo, quien ha estado a mi lado en todo momento
motivándome a cada instante para alcanzar mis anhelos

A Santiago, mi motivo para seguir adelante, el pequeño ángel que ilumina y
alegra mi vida.

A mis compañeros y amigos por brindarme su mano siempre que los necesité.



CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La conducta suicida se entiende por una variedad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio, planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho ⁽¹⁾. La conducta autolesiva no suicida se ha definido como un comportamiento deliberado en el cual la persona se autoinfinge dolor o daño en el cuerpo por medio de cortes, rasguños, quemaduras, y otros comportamientos, sin intención suicida ⁽²⁾. Sin embargo, esta intención suicida puede ser difícil de valorar porque puede estar rodeada de contradicción o incluso encubrimiento ⁽¹⁾.

Estudios previos han identificado que la autolesión aumenta hasta en 50% la probabilidad de cometer suicidio ⁽³⁾.

La adolescencia es un período de cambios físicos, psicológicos y sociales, atribuibles especialmente a modificaciones hormonales, las mismas que marcan un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Cuando los adolescentes no cuentan con los mecanismos de afrontamiento adecuados para sobreponerse a estos cambios, como vías para resolver sus conflictos y alivianar las diversas presiones personales, familiares y sociales, pueden llegar a acudir a conductas suicidas o autolesiones no suicidas ^{(4) (2)}.

Los suicidios son prevenibles, sin embargo, cada cuarenta segundos ocurre un suicidio en el mundo ⁽⁵⁾. Varios factores se han asociado con la conducta suicida y la autolesión no suicida, estos incluyen aspectos relacionados no sólo con el individuo, sino también con el medio que lo rodea, entre los más frecuentes se encuentran pertenecer a familia disfuncional, depresión, ser víctima de violencia física, psicológica y sexual y el consumo de sustancias psicoactivas ⁽²⁾.



La prevención del suicidio es urgente, identificar los factores de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas podría contribuir a la disminución de esta problemática⁽¹⁾.

Conocer la prevalencia e identificar los factores asociados a conductas suicidas y de autolesiones no suicidas en adolescentes, permitirá ofrecer información científica a quienes toman decisiones en los programas de salud en general, y de salud mental en particular, para que el suicidio en adolescentes y jóvenes sea considerado como una prioridad de salud.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio, es un problema de salud en muchos países. Según la OMS es la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 y 29 años; entre los años 2005–2009 en América Latina se reportaron 65.000 casos de suicidio, de los cuales el 6.8% fueron adolescentes entre 10 y 19 años⁽¹⁾. Particularmente, en Ecuador, entre 2001 y 2014 se registraron 4 855 suicidios en adolescentes y jóvenes⁽⁵⁾. y según el Instituto Nacional de Estadística y Censo, en el año 2016 se registraron 1219 suicidios, de los cuales 201 eran adolescentes entre los 10 y 17 años, es decir un aproximado del 16,48%.

Aucapiña, 2019 en su estudio indica que, en Azuay, durante el 2017, se registraron 104 casos de suicidios, siendo la provincia con mayor índice de suicidios de todo el Ecuador, en Cuenca se encontró que los principales factores asociados a la conducta suicida fueron: disfunción familiar (5,34%), depresión (9,16%), consumo de sustancias (21,37%), víctima de violencia psicológica (6,87%), y física (1,53%)⁽⁶⁾.

Un estudio realizado por Bustamante, en el área de clínica y cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2003, encontró 131 casos de conducta suicida, los cuales 96,18 fueron tentativas. La edad en la que fue más frecuente el autodaño intencional va de 15-24 años, el sexo femenino fue el de mayor



predisposición. Es común el antecedente de consumo de alcohol y la farmacodependencia. El método más utilizado fue el envenenamiento con productos no farmacológicos⁽⁷⁾.

Pese a su importancia dentro del perfil de salud mundial y nacional, en nuestro medio a nivel hospitalario, no se disponen datos actualizados que evalúen la prevalencia y factores asociados a las autolesiones no suicidas y conducta suicida. La relevancia de la presente investigación radica en la posibilidad de conocer esta información, para sentar las bases del diseño de políticas que puedan prevenir estos comportamientos en los adolescentes de la localidad.

Por lo tanto, me he planteado la siguiente pregunta de investigación **¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados a autolesiones no suicidas y conducta suicida en adolescentes de la consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, mayo 2018 – abril 2019?**

1.2 JUSTIFICACIÓN

El estudio se encuentra en las prioridades de investigación del MSP⁽⁸⁾, dentro del área 10 “Lesiones Autoinfligidas y violencia interpersonal”, y del área 11 “Salud Mental y Trastornos del comportamiento”. Y dentro de la línea “Seguridad y Salud” de la Universidad de Cuenca.

El suicidio es un evento prevenible, conocer la prevalencia y los factores asociados a la conducta suicida y autolesiones no suicidas brindará a la comunidad médica herramientas para fortalecer los factores protectores y combatir los factores de riesgo, que permitan prevenir el suicidio en niños y adolescentes. Existen muy pocos estudios en nuestro medio, específicamente en el Hospital Vicente Corral Moscoso sobre este tema en adolescentes, lo que justifica su realización desde el punto de vista científico. Además, conocer su



prevalencia permitirá a las autoridades competentes la planificación y asignación de recursos destinados a tratar este problema.

La información obtenida de esta investigación será socializada con el personal médico y docente de la institución, sirviendo como punto de partida para futuros estudios en el ámbito hospitalario.

Los resultados obtenidos serán difundidos a mediante la revista científica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, indexada a Latindex.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO.

2.1 DEFINICIÓN

La OMS define el suicidio como “*un acto con consecuencias letales, intencionadamente iniciado y realizado por el individuo, sabiendo o esperando su resultado mortal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados*” (9) (4).

Para operativizar los conceptos y la terminología acerca del suicidio, es importante realizar una distinción entre:

2.1.1 Conducta suicida: grupo de conductas con fatal desenlace o no, incluyen tentativa de suicidio o suicidio (9).

- **Ideación suicida:** pensamientos que pueden variar desde ideas como que la vida no vale la pena, hasta intensas preocupaciones autos lesivos o planes bien estructurados sobre cómo morir. (9) (4).



- **Suicidio:** acto intencional y autodirigido que provoca la muerte.
- **Intento de suicidio:** acto autodirigido, no fatal y potencialmente dañino que busca la muerte. ⁽¹⁰⁾.

2.1.2. Autolesión no suicida: acto autoinfligido que produce daño superficial o dolor, sin intenciones de causar la muerte. Son actos deliberados, intencionales y autodirigidos que buscan tener un impacto inmediato sobre el cuerpo, son de baja letalidad realizados para disminuir el estrés, no existe intención de morir, pero en la práctica clínica puede hacer cierta ambivalencia al respecto ⁽¹¹⁾. Entre las formas más comunes de autolesionarse se encuentran: cortes (70%), golpes (20%), rasguños (18%), jalones de cabello (10%), pellizcos (8%), mordeduras (8%), caídas de su altura (7%), ingesta de fármacos (7%), quemaduras (3%) ^{(12) (13) (14)}.

2.2 EPIDEMIOLOGÍA

Según las estimaciones de la OMS, a nivel mundial uno de los datos más preocupantes es el aumento en las tasas de suicidio que se está produciendo entre los jóvenes (15-29 años), situándose como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad ^{(15) (16)}. La mayoría de los estudios nacionales e internacionales han puesto de manifiesto este incremento en edades jóvenes ⁽¹⁷⁾, sobre todo en varones ^{(9) (4) (18) (19)}.

A nivel mundial, las ideas de suicidio y las autolesiones no suicidas son un motivo de consulta muy frecuente en la consulta pediátrica, en atención primaria y urgencias. Se estima que cada año se suicidan aproximadamente 5 de cada 100000 adolescentes; a lo largo de su vida el 3-6% realizan un intento de suicidio, el 30% tienen ideación suicida, y el 18% se causan autolesiones sin intención letal (cortes, arañazos, quemaduras, envenenamiento entre otros) ⁽²⁰⁾.



En Ecuador, entre 2001 y 2014 se registraron 4855 muertes por suicidio de adolescentes y jóvenes, la mayoría de ellos eran varones de 15 a 24 años de edad ^{(21) (22)}. En el año 2017, según datos de la Dirección Nacional de Delitos contra la Vida, Muertes Violentas, Desapariciones, Extorsión y Secuestros (DINASED), el suicidio se ha convertido en la principal causa de defunción en adolescentes, la tasa fue de 6,4 de cada 100 000 adolescentes entre 10 y 17 años ⁽⁶⁴⁾.

En Cuenca, en el año 2019, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal correlacional en los estudiantes de la “Unidad Educativa Dora Beatriz Canelos”, se encontraron 38 casos (29,01%) con conducta suicida. La edad más frecuente fue de 15-18 años (16,79%), el sexo con mayor predisposición: fue el masculino (15,27%) ⁽²³⁾.

Un estudio publicado por Fabricio González, 2010, indica que cada año en el Ecuador, 352,6 personas mueren por los eventos no especificados. Estos eventos podrían ser una fuente de suicidios ocultos, de los cuales los hombres representan el 76,39% ⁽²⁴⁾.

Nixon et al, 2008 ⁽²⁵⁾ menciona que las autolesiones no suicidas se dan más frecuentemente entre los 11 y los 15 años, (73%). Argota Matos, Cuba, 2014, indica que las autolesiones no suicidas se presentaron con más frecuencia en el sexo femenino, 74,5 %, y en el grupo de edad de 15 a 19 años, (63,4%) ⁽²⁶⁾. Cuiaba, MT, Brasil, 2015, manifiesta que la conducta suicida es más frecuente en adolescentes de 18-24 años (10,8%) y en el sexo femenino (11,5%) ⁽²⁷⁾. Según estudios revisados hasta el año 2018, la conducta suicida es más frecuente en población femenina (68%), con una edad de inicio entre los 13 y 15 años ⁽²⁸⁾.

En cuanto a la procedencia, Castro et al, 2006 ⁽²⁹⁾, indica que hay un predominio significativo de pacientes pertenecientes al área urbana. Silva et al,



(2017) ⁽³⁰⁾ refiere que no hay relación estadísticamente significativa entre la procedencia y conducta suicida ($p = 0,059$ OR 1,49 IC 0,94-2,37). Ardiles et al, Chile, (2018) ⁽³¹⁾ de los adolescentes con conducta suicida y autolesiones no suicidas el 51% pertenecían al área urbana y el 48% al área rural.

2.3 FACTORES DE RIESGO

En la literatura se han descrito diversos factores de riesgo relacionados con las conductas suicidas y autolesiones no suicidas, los mismos que se detallarán a continuación ⁽³²⁾.

- 1. Factores individuales:** Depresión, intento de suicidio previo, sexo, edad, abuso de sustancias psicoactivas ^{(9) (4) (33)}.
- 2. Factores familiares:** funcionalidad familiar, presencia de migración parenteral, acontecimientos vitales estresantes, red social ^{(9) (4) (33) (34)}.
- 3. Otros factores:** Ser víctima de violencia física, sexual o psicológica, acoso por parte de iguales ^{(9) (4)}.

2.3.4. Ingreso Económico:

Según Agerbo et al, 2002 ⁽³⁵⁾, el riesgo de suicidio se duplica entre jóvenes con niveles socioeconómicos bajos. Noa L Josefina, 2010, publicó en su investigación que los conflictos económicos aumentan dos veces el riesgo de conducta suicida (RR 2,59, IC 95% 1,23-5,47 $p < 0,005$) ⁽³⁶⁾. Según Castro Diaz, Colombia 2017, el percibir menos de un salario mínimo unificado tiene una alta significancia estadística de cometer autolesiones no suicidas ($p < 0,033$) ⁽³⁷⁾.

2.3.5. Funcionalidad familiar:

La familia constituye la primera red de apoyo del individuo, se concibe que esta ejerce una función protectora ante las tensiones de la vida cotidiana ⁽³⁸⁾; los conflictos, la violencia y las relaciones negativas que se generen entre miembros de la familia, están estrechamente relacionados con la conducta suicida y la presencia de autolesiones no suicidas. Valadez Figueroa, México 2005, indica en su estudio, que los adolescentes con familias disfuncionales



tienen 2 veces más riesgo de presentar conducta suicida (RP=2.59; IC 95% 1.26-5.31) ⁽³⁹⁾.

Mora Medina, Loja 2019, refiere que los adolescentes procedentes de familias disfuncionales tienen 4 veces más riesgo de autolesiones no suicidas (OR 4,5, IC 1,95-12,7 p 0,003) ⁽⁴⁰⁾. Estos resultados muestran que la buena funcionalidad familiar es un factor protector tanto para la conducta suicida como para las autolesiones no suicidas, tal como lo reporta Burgos et al, 2017 (OR 0,5 p 0,000) ⁽²⁹⁾.

2.3.6. Migración Parental

La migración parental desata la desintegración familiar produciendo la perdida de vínculos afectivos, con ello el adolescente vive una situación de alta vulnerabilidad, es decir, se incrementa el riesgo de que su integridad física y emocional sean perjudicados.

Valadez-Figueroa et al ⁽³⁹⁾, manifiesta que casi una quinta parte de los adolescentes con conducta suicida no viven junto a sus padres por motivos de migración, Hernández et al ⁽⁴¹⁾ indica que el 65% de los adolescentes estudiados convivían con un solo progenitor de ellos el 26,9% la causa de la separación es la migración. Por otra parte, Silva et al (2017) ⁽³⁰⁾. en su investigación manifiesta que la ausencia de los padres, por migración, aumenta 2 veces el riesgo de conducta suicida y autolesiones no suicidas (OR 2,3 IC 1,12-4,73 p 0,019). Al respecto se requieren más estudios que corroboren dicha asociación.

2.3.7. Pertenencia a un grupo social

El pertenecer a un grupo social se vuelve una necesidad, el contacto permanente y prolongado con un grupo social puede actuar como factor protector cuando el adolescente logra identificarse y pertenecer a este grupo. Los estudios realizados por Kleinman et al, 2014 ⁽⁴²⁾, (n=379) evidenciaron que la percepción de poseer apoyo social en un grupo actúa como un factor claro



de protección. Suarez et al, 2018 ⁽⁴³⁾, refiere que pertenecer a un grupo social actúa como factor protector para conducta suicida (OR 0,213 IC 0,70-0,64).

2.3.1. Depresión

Es un trastorno del estado de ánimo, que genera alteraciones en el humor y afecta su relación con las demás personas, siendo este un factor de riesgo para la salud de los adolescentes, ya que la depresión y los pensamientos suicidas muestran relación según varios estudios, sin embargo, no siempre hay una detección temprana y suelen considerarse como normal los cambios de humor, la melancolía y la labilidad afectiva en los adolescentes ⁽⁴⁴⁾.

Las personas afectadas por depresión tienen una probabilidad de riesgo suicida 20 veces superior a la media de la población ^{(4) (44)}. Un estudio realizado por Baca García, México 2014, indicó que la depresión incrementa 3 veces el riesgo de conducta suicida (OR=3.4; IC 95%=1.8-4.8) ⁽⁴⁵⁾. En una investigación similar Castro Diaz en Colombia, 2013, demuestra que la depresión es un factor de riesgo que aumenta 4 veces la conducta suicida (OR: 4,7; IC: 4,2-5,2), y autolesiones no suicidas (OR: 5,9; IC: 5,0-7,1) ⁽³⁷⁾ .

2.3.5. Consumo de Sustancias Psicoactivas

El consumo de sustancias psicoactivas se ha asociado fuertemente al riesgo suicida, aproximadamente un tercio de los hombres y una quinta parte de las mujeres que intentan suicidarse abusan del alcohol ^{(46) (47)}. El consumo de sustancias psicoactivas aumenta 2 veces el riesgo de conducta suicida (RP: 2,1 IC 1,31-3,34 p 0,002) ⁽²⁷⁾. Un estudio presentado por Silva V, Chile 2017, indica que el consumo de sustancias psicoactivas aumenta 2 veces el riesgo de autolesiones no suicidas, (RP 2.27 IC 1.5-4.41 p 0,000) ⁽⁴⁸⁾.

2.3.5. Víctima de Violencia (física, sexual y psicológica)

El maltrato ya sea físico o verbal, se justifica por los padres como una manera de educar, siendo las mujeres las principales víctimas, esta técnica se ha



mantenido a través de los tiempos, los padres creen que solo así se mantendrá un equilibrio en la familia, no obstante, esto puede llegar a ocasionar graves consecuencias y los adolescentes al sentir que no los quieren llegan a tener deseos de acabar con su vida⁽³⁴⁾. Existen estudios que determinan que aquellos adolescentes que sufren de violencia sea esta física o psicológica, presentan dos veces más el riesgo de tener conducta suicida y se ha asociado estadísticamente con la autolesión^{(27) (49)}.

Los niños sometidos a situaciones de violencia física y sexual tienen alta incidencia de conducta suicida⁽⁵⁰⁾. Suarez et al, 2018⁽⁴³⁾. refiere que la exposición a violencia (física) está asociada con la presencia de conducta suicida elevando 2 veces su riesgo (OR 2,34 IC 95% 1,16-4,22). Geoffroy et al. 2016⁽⁵¹⁾, manifiesta que haber sido víctima de violencia (psicológica) a los 13 años incrementa dos veces el riesgo de presentar conducta suicida a los 15 años (OR 2,27 IC 95% 1,25-4.12), y haber sido víctima de violencia (psicológica) aumenta el riesgo de autolesiones no suicidas, (OR 1,7 IC 95% 1,1-2,6), Leyera et al, 2015⁽⁵²⁾.

2.4 HIPÓTESIS

Las autolesiones no suicidas y conducta suicida en los adolescentes entre 10 y 18 años que acuden al servicio de consulta externa de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Vicente Corral Moscoso, se asocia negativamente a factores tales como: nivel de ingreso económico en la familia, estructura familiar funcional, pertenencia a un grupo social y se asocia positivamente a factores como: migración familiar, depresión, consumo de sustancias psicoactivas, víctimas de violencia (física y psicológica).



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de autolesiones no suicidas y conducta suicida en adolescentes de la consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil del hospital Vicente Corral Moscoso, y factores asociados. Mayo 2018 – abril 2019.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar el grupo de estudio según variables socio-demográficas tales como: edad, sexo, procedencia.
- Determinar la frecuencia de factores tales como: ingresos familiares, funcionalidad familiar, migración parental, pertenencia a un grupo social, depresión, consumo de sustancias, víctima de violencia física o psicológica.
- Establecer la prevalencia de autolesiones no suicidas y conducta suicida en la población estudiada.
- Comprobar la asociación entre autolesiones no suicidas y conducta suicida con los factores mencionados.



CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudio

Se realizó un estudio transversal analítico.

4.2 Área de Estudio

- **Lugar:** Ecuador, provincia del Azuay, cantón Cuenca, ciudad de Cuenca.
Hospital Vicente Corral Moscoso, área de consulta externa de Psiquiatría Infanto-juvenil, mayo 2018 – abril 2019.
- **Ubicación:** Avenida Los Arupos y Avenida 12 de abril
- **Tamaño:** Establecimiento de Salud de segundo nivel de la Zona 6.
- **Institución:** Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM)

4.3 Universo y Muestra

4.3.1 Universo:

Total de pacientes entre 10 y 18 años que acuden por el servicio de consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Vicente Corral Moscoso de mayo 2018 a abril 2019.

4.3.2 Muestra:

La muestra fue aleatoria y se calculó en el programa EPIDAT 3.1, en base a las siguientes restricciones muestrales: tamaño poblacional 1.200 pacientes (total de pacientes adolescentes atendidos durante el año 2016 en la consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil), proporción esperada 12% (total de pacientes atendidos por conducta suicida en la consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil), nivel de confianza de 95% y precisión del 5%, y se obtuvo una muestra necesaria de 143 pacientes atendidos en el servicio de consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil durante los meses de estudio, se incluyó un 10% adicional por posibles pérdidas obteniéndose una muestra total (n) de 157 pacientes.



4.4 Unidad de Análisis y Observación

4.4.1 Criterios de inclusión:

Se incluyeron a los adolescentes entre 10 a 18 años de ambos sexos que acuden por consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil durante los meses que duró el estudio y en presencia de un acompañante legal que firme el consentimiento informado para la participación en el estudio.

4.4.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes que presentaron alguna patología psiquiátrica que limite la capacidad mental y funciones cognitivas.
- Pacientes que abandonaron el servicio antes del registro completo de información.

4.5 Operacionalización de Variables:

Variable dependiente: autolesiones no suicidas y conducta suicida

Variables moderadoras: edad, sexo, procedencia.

Variable independiente: ingresos económicos familiares, funcionalidad familiar, migración parental, pertenencia a un grupo social, depresión, consumo de sustancias, víctima de abuso físico, sexual o psicológico.

Dichas variables se encuentran operacionalizadas en el anexo 1.

4.6 Métodos, Técnicas e Instrumentos

- Luego de obtener de la aprobación por parte de los directores del Hospital Vicente Corral Moscoso, se realizó una encuesta en cuyo formulario se consignó la siguiente información: edad, sexo, procedencia, ingreso económico familiar, tipo de funcionalidad familiar, migración parental, pertenencia a un grupo social, presencia o no de depresión, consumo de sustancias, víctima de abuso físico, sexual o psicológico. Dicha encuesta, previa autorización del representante legal y asentimiento informado del



participante, fue llenada por el adolescente, luego de lo cual se recolectaron los datos necesarios para la realización de la presente investigación.

- La valoración de la funcionalidad familiar por parte del adolescente se llevó a cabo mediante el cuestionario Apgar de la familia (SMIKSTEIN), para valorar la presencia o no de depresión se utilizó la ESCALA DE BIRLESON, cuyo cuestionario fue llenado por el adolescente, el ingreso familiar se estratificó de acuerdo con el salario básico unificado del país. Consta formulario en anexos.

4.7 Aspectos Éticos:

Luego de la aprobación del comité de ética de la facultad de ciencias médicas de la Universidad de Cuenca; se obtuvo la aprobación de los directivos del Hospital Vicente Corral Moscoso”.

Para la recolección de los datos de la investigación se aplicó el consentimiento informado del representante legal del adolescente y el asentimiento informado (anexo n° 3) por parte del participante, exponiendo el derecho de retiro en cualquier momento del proceso. Se mantuvo la confidencialidad de datos mediante la codificación de la información, los registros fueron tratados por la investigadora y director de investigación, estos se mantendrán resguardados bajo llave por la investigadora en un plazo mínimo de 5 años. La ejecución del presente estudio no representó riesgo alguno para el paciente (se mantendrá el anonimato del paciente en la tesis y publicaciones derivadas del estudio). La autora declara que no existe conflicto de interés.

4.8 Plan de Tabulación y Análisis

Recolectados los datos se procedió a la codificación de los mismos para ingresarlos en la base de datos en el sistema SPSS 15.

De las variables cualitativas tales como: sexo, procedencia, funcionalidad familiar, migración parental, pertenencia a un grupo social, depresión, consumo de sustancias, víctimas de violencia física, sexual o psicológica; se obtuvo



números y porcentajes. Para determinar la prevalencia de conducta suicida y autolesiones no suicidas, se dividió el total de pacientes que tenían dicha condición para el total de pacientes que se estudió (157), los mismos que acudieron por el servicio de consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil hasta la fecha de culminación de la recolección de datos. Para determinar asociación, las variables fueron dicotomizadas y se analizaron mediante chi cuadrado y se consideró estadísticamente significante cuando el valor de p sea menor a 0,05. La magnitud de la asociación se determinó mediante RP considerando asociación positiva si RP es mayor a 1, sin asociación RP igual a 1 y asociación negativa si RP es menor a 1. Se obtuvieron los IC del 95% para dichas RP.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

La muestra del estudio corresponde a un total de 157 pacientes, de los cuales 69 adolescentes tuvieron una conducta suicida (43.9%) y 33 presentaron autolesiones no suicidas (21%); a partir de estos registros se presentan los siguientes resultados:

5.1. Análisis de variables sociodemográficas

Tabla Nº1: Distribución de la muestra de adolescentes según variables demográficas (n=157)

VARIABLE	FRECUENCIA	%
GRUPO DE EDAD		
Adolescente temprano 10-14 años	109	69.4%
Adolescente tardío 15-18 años	48	30.5%
GÉNERO		
Femenino	100	63.7%
Masculino	57	36.3%
PROCEDENCIA		
Urbana	77	49%
Rural	80	50,9%
INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR		
Un salario mínimo unificado al 2016 o menos	49	31,2%
Dos salarios mínimos unificados al 2016.	85	54,1%
Tres salarios mínimos unificados al 2016.	23	14,6%
Total	157	100%

En el presente grupo de estudio son más frecuentes los adolescentes tempranos y el sexo femenino.



5.2. Determinación de conducta suicida y autolesiones no suicidas.

Tabla Nº2: Prevalencia de la conducta suicida y autolesiones no suicidas en los adolescentes según la edad, sexo y procedencia.

VARIABLE	CONDUCTA SUICIDA		AUTOLESIONES NO SUICIDAS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
EDAD				
DE 10 A 14 AÑOS	41	59,4%	18	54%
DE 15 A 18 AÑOS	28	40%	15	45%
SEXO				
HOMBRE	15	21,7%	8	24,2%
MUJER	54	78,2%	25	75%
PROCEDENCIA				
URBANA	32	46,3%	12	36%
RURAL	37	53,6%	21	63%
TOTAL:	69		33	100%
		100%		

La prevalencia más alta de conducta suicida y autolesiones no suicidas se presenta en mujeres, la edad de mayor frecuencia es de 10 a 14 años.



5.3 Determinación de factores asociados a la conducta suicida y autolesiones no suicidas.

TABLA 3: Asociación de la conducta suicida y autolesiones no suicidas a las variables.

CONDUCTA SUICIDA

VARIABLE	SI				NO		IC (95%)	p-valor ^a
	N	%	N	%	RP			
INGRESO ECONOMICO								
Mas de un salario mínimo unificado al 2016	47	68%	61	69%	0,9	0,47-	0,872	
					4	2,18		
Menos de un salario mínimo unificado al 2016	22	32%	27	31%				
FAMILIA FUNCIONAL								
SI	9	13%	64	72%	0,5	0,02-	0,000*	
					6	0,13		
NO	60	87%	24	27%				
MIGRACION PARENTAL								
SI	23	33%	9	10%	4,3	1,8-	0,000*	
					8	10,28		
NO	46	66%	79	89,8				
					%			
PERTENENCIA A GRUPO								
SI	16	23,2	29	33%	0,6	0,30-	0,179	
					1,25			



NO	53	76,8	59	67%			
%							
DEPRESION							
SI	53	63,8	26	29,5	7,8	3,8-	0,000*
		%		%		16,2	
NO	16	23,2	62	70,5			
		%		%			
CONSUMO DE SUSTANCIAS							
SI	17	24,6	6	6,8%	4,4	1,6-12	0,002*
		%			6		
NO	52	75,4	82	93,2			
		%		%			
VICTIMA DE VIOLENCIA (FISICA, SEXUAL Y PSICOLOGICA)							
SI	49	71%	16	18,2	11,	5,2-	0,000*
		%			2	23,3	
NO	20	29%	72	81,8			
		%					

AUTOLESIONES NO SUICIDAS**VARIABLE**

	SI		NO		RP	IC	p-valor ^a
	N	%	N	%			
INGRESO ECONOMICO							
Mas de un salario mínimo unificado al 2016	23	69%	85	68,5	1,0	0,45-	0,899
				%	5	2,42	
Menos de un salario mínimo unificado al 2016	10	30%	39	31,5			
				%			

**FAMILIA FUNCIONAL**

SI	3	9,1%	70	56,5	0,7	0,22-	0,000*
				%	7		0,26
NO	30	90,9	54	43,5			
		%			%		

MIGRACION PARENTAL

SI	13	39,4	19	15,3	3,5	1,5-8,4	0,002*
		%			%		
NO	20	60,6	105	84,7			
		%			%		

PERTENENCIA A GRUPO

SI	4	12,1	41	33,1	0,2	0,09-	0,018*
		%			%	7	0,84
NO	29	87,9	83	66,9			
		%			%		

DEPRESION

SI	28	84,8	51	41,1	8	2,9-	0,000*
		%			%		22,15
NO	5	15,2	73	58,9			
		%			%		

CONSUMO DE**SUSTANCIAS**

SI	9	27,3	14	11,3	2,9	1,14-	0,21
		%			%		7,5
NO	24	72,7	110	88,7			
		%			%		

VICTIMA DE VIOLENCIA**(FISICA, SEXUAL Y
PSICOLOGICA)**

SI	24	72,7	41	33,1	5,3	2,3-	0,000*
		%			%		12,6



NO	9	27,3	83	66,9
		%		%

^a Basado en el estadístico Chi-cuadrado de asociación

*p<0.05;

Existe relación estadísticamente significativa entre autolesiones no suicidas con: migración parental, depresión y ser víctima de violencia y existe relación estadísticamente significativa entre conducta suicida con: migración parental, depresión, consumo de sustancias psicoactivas, ser víctima de violencia. Se comportaron como factores protectores: provenir de una familia funcional para autolesiones no suicidas y conducta suicida y pertenecer a un grupo social solo para autolesiones no suicidas.

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

Según las estimaciones de la OMS, a nivel mundial uno de los datos más preocupantes es el aumento en las tasas de suicidio que se producen entre los más jóvenes, convirtiéndose en un grave problema de salud pública. En la presente investigación se presentó una prevalencia de conducta suicidas del 43,9% y de autolesiones no suicidas del 21%, de los adolescentes de la consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Vicente Corral Moscoso, cuyas edades se encuentran entre los 10 y 18 años.

Determinados factores presentaron relación estadísticamente positiva con autolesiones no suicidas y conducta suicida, comportándose como factores de riesgo: la migración parental, depresión, ser víctima de violencia (física, sexual o psicológica), consumo de sustancias psicotrópicas, y factores protectores: funcionalidad familiar, pertenencia a grupo social.



Las autolesiones no suicidas y la conducta suicida son más frecuentes en la adolescencia temprana (10 a 14 años) con el 59,4% y 54,5% respectivamente, lo que coincide con el estudio de González et al, 2002, realizado en México, la mayor frecuencia de conducta suicida se da en la población menor de 14 años (49%)⁽⁵³⁾. Nixon et al, 2008⁽²⁵⁾ manifiesta que en las autolesiones no suicidas la edad más frecuente de inicio se sitúa entre los 11 y los 15 años, (63%). Trujillo y Prada, M et al (2018)⁽²⁾, sugiere que el rango de edad de los adolescentes que presentan mayor frecuencia de autolesiones no suicidas es de 11 a 15 años. Según la publicación de CNN el 17 de mayo 2019, mundialmente las tasas de suicidio en las niñas de entre 10 y 14 años aumentaron 12.7% por año⁽⁵⁴⁾. Esto se podría relacionar a los cambios hormonales, físicos, emocionales y sociales que el adolescente debe enfrentar a esta edad.

El mayor porcentaje de conducta suicida y de autolesiones no suicidas se da en el sexo femenino (78.2% y 75.8%) respectivamente, lo que coincide con la bibliografía internacional; Argota Matos, Cuba 2014, indica que las autolesiones no suicidas se presentaron con más frecuencia en el sexo femenino, 74,5 %⁽²⁶⁾. Grey, Y et al (2018), determinó que la prevalencia de conducta suicida, es mayor en el género femenino con un porcentaje del 61,5%⁽⁵⁵⁾ y Trujillo y Prada, M et al (2018)⁽²⁾ revela que hay mayor prevalencia de autolesiones no suicidas en mujeres (74%).

Las autolesiones no suicidas y la conducta suicida son más frecuentes en el área rural 53,6% y 63,6% respectivamente, al comparar esto con publicaciones extranjeras, encontramos que concuerda con lo descrito por Shilubane et al. en Sudáfrica, y por Holder-Nevins et al. en Jamaica quienes manifiestan una mayor prevalencia de conducta suicida en la población rural (56% y 65%) respectivamente^{(56) (57)}. Sin embargo, varias investigaciones internacionales como Freuchen et al. Noruega; Yao et al. China, Plener et al. en EEUU, Husky et al. en EEUU^{(58) (59) (60)}. no encontraron diferencias significativas entre la población urbana y la rural para distintas conductas suicidas.



La migración parental aumenta 3,5 veces el riesgo de presentar autolesiones no suicidas, (RP 3,5, IC 1,5-8,4 p 0,002), y 4,3 veces la conducta suicida, (RP 4,38, IC 1,8-10,28 p 0,000), lo que coincide con la bibliografía internacional, Valdivia et al, 2015, señala la migración parenteral como factor de riesgo para autolesiones no suicidas (OR 1,68 IC 0,29-9,74 p 0,005)⁽⁶¹⁾; Silva et al, 2017⁽³⁰⁾ en su investigación, señala la migración parental como factor predisponente para conducta suicida (OR 2,3 IC 1,12-4,73 p 0,019). Esta desintegración familiar puede dar lugar a la perdida de vínculos afectivos, con ello el adolescente tiene más predisposición a la depresión.

La depresión eleva 8 veces el riesgo de presentar autolesiones no suicidas, (RP 8 IC 2,9-22,15 p 0,000), y 7,8 veces el riesgo de conducta suicida, (RP 7,8 IC 3,8-16,2 p 0,000), lo que coincide con estudios realizados por Castro Diaz en Colombia, 2013⁽³⁷⁾ donde la depresión incrementó 4 veces el riesgo de conducta suicida (OR: 4,7; IC: 4,2-5,2), y 5 veces el riesgo de autolesiones no suicidas (OR: 5,9; IC: 5,0-7,1). Baca García, México 2014, indica que la depresión incrementa 3 veces el riesgo de conducta suicida (OR=3.4; IC 95%=1.8-5,8)^{(48) (45)} y Santos et Al, Brasil 2017, en su investigación señala a la depresión como factor de riesgo para conducta suicida (RP 13,3 IC 5,75-29,9 p 0,001)⁽²⁷⁾.

Ser víctima de violencia (física, sexual o psicológica) aumenta 5,3 veces el riesgo de presentar autolesiones no suicidas, (RP 5,3,2, IC 2,3-12,6 p 0,000), y 11,2 veces el riesgo de conducta suicida, (RP 11,2, IC 5,2-23,3 p 0,000) lo que concuerda con la bibliografía, Leyera et al, 2015⁽⁵²⁾ manifiesta que haber sido víctima de violencia (psicológica) aumenta el riesgo de autolesiones no suicidas, (OR 1,7 IC 95% 1,1-2,6), Geoffroy et al. 2016⁽⁵¹⁾ indica que haber sido víctima de violencia (psicológica) a los 13 años incrementa dos veces el riesgo de presentar conducta suicida a los 15 años (OR 2,27 IC 95% 1,25-4.12), Suarez et al 2018⁽⁴³⁾, ser víctimas de violencia (física) aumenta 2 veces



el riesgo para conducta suicida (OR 2,34 IC 95% 1,16-4,22), similar a lo encontrado en nuestro estudio. De ello se puede exponer que haber sido víctima puede ser un grave condicionante de conductas suicidas, debido probablemente a que este afecta física y psicológicamente al adolescente, dando como resultado depresión o algunas conductas de riesgo mediadoras de la conducta suicida.

Consumir sustancias psicoactivas aumenta 4,46 veces el riesgo de presentar conducta suicida (RP 4,46, IC 1,6-12 p 0,002) lo que coincide con estudios realizados por Santos et al, Brasil 2017 (27), y Silva V, Chile 2017⁽⁴⁸⁾, quienes manifiestan que la consumir sustancias psicoactivas eleva 2 veces el riesgo de conducta suicida. (RP: 2,1 IC 1,31-3,34 p 0,002) / (RP 2.27 IC 1.5-4.41 p 0,000). Esto puede explicarse por el aumento de impulsividad que afecta la toma de decisiones generado por el consumo de dichas sustancias⁽⁶²⁾.

Provenir de una familia funcional se comporta como factor protector para autolesiones no suicidas (RP 0,77, IC 0,22-0,26 p 0,000), conducta suicida (RP 0,56, IC 0,02-0,13 p 0,000), lo que coincide con la bibliografía internacional Burgos et al, Argentina, 2017⁽²⁹⁾ (OR 0,5 p 0,000), diversos estudios indican la relación de la disfunción familiar como factor de riesgo, pero es necesario estimar esta como factor protector en nuestro medio.

Pertenecer a un grupo social es un factor protector para autolesiones no suicidas (RP 0,27, IC 0,09-0,84 p 0,018), en concordancia, estudios realizados por Suarez et al, 2018⁽⁴³⁾, indica que ser parte de un grupo social actúa como factor protector para autolesiones no suicidas (OR 0,213 IC 0,70-0,64). De lo anterior se puede inferir la importancia de la estabilidad del vínculo afectivo y del apoyo sociofamiliar como factores protectores en la conducta y autolesiones no suicidas⁽⁶³⁾.



Entre las limitaciones del presente estudio se encuentran que no resultó fácil realizar el cuestionario a los adolescentes, ya que estos, al llenarlo junto a sus padres, omitían responder ciertas preguntas por temor o recelo a sus ellos.

Los resultados de este estudio dieron a conocer la realidad de la prevalencia y los factores asociados a las autolesiones no suicida y conducta suicida, los mismos que puede ser orientadores para establecer la prevención respecto a factores que se consideran como riesgo.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- La prevalencia de conductas suicidas y autolesiones no suicidas llegó hasta cerca de los 2/3 de la muestra (n=102) (64%).
- El sexo más frecuente en autolesiones no suicidas y conducta suicida fue el femenino.
- Las autolesiones no suicidas y conducta suicida, son más frecuentes entre los 10 a 14 años.
- La presente investigación determinó la asociación estadísticamente significativa entre autolesiones no suicidas con migración parenteral ($p = 0,002$), depresión ($p = 0,000$), y ser víctima de violencia ($p = 0,000$), y asociación entre conducta suicida con: migración parenteral ($p = 0,000$), depresión ($p = 0,000$), consumo de sustancias ($p = 0,002$), y ser víctima de violencia ($p = 0,000$). Los cuales se comportan como factores de riesgo.
- Provenir de una familia funcional se comporta como factor protector para autolesiones no suicidas ($p = 0,000$), conducta suicida ($p = 0,000$), y pertenecer a un grupo social es un factor protector para autolesiones no suicidas ($p = 0,018$).



7.2 RECOMENDACIONES

- Conscientes de que el Suicidio es un problema de salud pública, y que este va en aumento en la edad pediátrica, es necesario realizar estudios más grandes sobre factores asociados a conducta suicida en los adolescentes, de manera que se logren consolidar las bases para la realización de protocolos de atención para identificar oportunamente a los adolescentes con mayor riesgo.
- Es fundamental crear y/o apoyar programar de prevención y promoción de salud mental tanto en las zonas urbanas como en las zonas más lejanas.
- Evaluar a la familia como base fundamental en la formación del adolescente, para identificar si existieran disturbios en el ambiente familiar y focalizar en ello su tratamiento precoz.



CAPÍTULO VIII

8. Referencias bibliográficas

1. Organizacion Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC. 2014.
2. Diana O, Trujillo A, Prada M. Conducta autolesiva no suicida en adolescentes y su relación con factores personales y contextuales. Rev. Psicopatol Psicol. Clín. 2018 Febrero; 23(3): 189-200.
3. Beckman K, Mittendorfer-Rutz E, Linchtenstein P, Larsson H, Almqvist C, Runeson B, Dahlin M. Enfermedad mental y suicidio después de la autolesión en adultos jóvenes: seguimiento a largo plazo de pacientes con autolesiones, ingresados en atención hospitalaria, en una cohorte nacional. Psychological Medicine. 2016 Diciembre; 46(16): 3397-405
4. Cortés Alfaro A. Conducta suicida adolescencia y riesgo. Rev Cub Med Gen Int. 2014; Mar; 30(1): 132-139.
5. Gerstner R, Soriano I, Sanhueza A, Caffe S, Kestel D. Epidemiología del suicidio de adolescentes y jóvenes en Ecuador. Rev Pan Am Salud Publica. 2018; 42(100): 1-7
6. Aucapiña Jenny. Factores asociados a pensamientos suicidas en adolescentes de la Unidad Educativa Dora Beatriz Canelos. Informe final de tesis. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de ciencias medicas Escuela de enfermeria; 2019.
7. Bustamante A, Campoverde M, Román L. Prevalencia de suicidios entre los pacientes atendidos en el área de clínica y cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso en el período de enero de 2002 a diciembre de 2003. 2004 Cuenca;(56).
8. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud 2013-2017. Quito, Ecuador. [Online]; 2013 [cited 2019 septiembre 18. Available from: [HYPERLINK "file:///C:/Users/HP/Desktop/Disponible%20en:%20https://healthresearchweb.org/%3faction=download&file=Priorida"](file:///C:/Users/HP/Desktop/Disponible%20en:%20https://healthresearchweb.org/%3faction=download&file=Priorida) Disponible en: <https://healthresearchweb.org/?action=download&file=Priorida> .
9. Grupo de Trabajo sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia. 2009 Septiembre.
10. Clayton P. Manual MSD version para profesionales. [Online]; 2018. Available from: [HYPERLINK "https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqu%C3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/conducta-suicida"](https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqu%C3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/conducta-suicida) <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqu%C3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/conducta-suicida> .



11. Villarroel J, Jerez S, Montenegro A, Montes C, Igor M, Silva H. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. Rev chil neuro-psiquiatr. 2013 marzo; 51(1):38-45.
12. Ulloa R, Contreras C, Paniagua K , Figueroa G. Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. Salud Ment. 2013 octubre; 36(5): 421-427.
13. Acero PD. Paulo. La autolesion: Posibles causas y consecuencias y su manejo exitoso. In La autolesion; 2015 mayo; p. 35.
14. Bustamante F, Florenzano R, Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2013 abril; 51(2): 126-136.
15. Bazán-López J, Olórtegui-Malaver V, Vargas-Murga H, Huayanay-Falconí L. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. Rev Neuropsiquiatr. 2016 Enero; 79(1):3-16
16. Landa Esteban PM. El suicidio y la importancia de su prevención. Tesis. Leioa: Universidad del País Vasco/ Euskal, Escuela de enfermería de Leioa; 2013.
17. Hidrovo Y.R. Estado de la Investigación sobre el Riesgo Suicida en Adolescentes y Jóvenes Latinoamericanos en los últimos diez años. Internet. Bogota D.C: Universidad Nacional Abierta a distancia, Escuela de Ciencias Sociales Artes y humanidades; 2015. Disponible en: <http://repository.unad.edu.co/handle/10596/3805>
18. Calvo J, Sánchez T, Paola A, Tejada P. Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. Rev. salud pública. 2003 noviembre; 5(2): 123-143.
19. Peralta S, Pesantez A, Piedra C. Prevalencia del intento de suicidio en pacientes que ingresan en el centro de reposo y adicciones (CRA), Cuenca. Informe final de tesis. Cuenca. 2012.
20. Delblanch M. Autolesiones y suicidio en adolescentes. En Familia (Internet), 2017 Junio (consultado 28 Dic 2019). Disponible en: HYPERLINK "<https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/autolesiones-suicidio-en-adolescentes>" <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/autolesiones-suicidio-en-adolescentes>
21. Betancourth A. El suicidio en Ecuador, un fenómeno en ascenso. Flacso sede Ecuador (Internet), 2008 Feb (consultado 28 Dic 2019). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10469/2350>
22. Villamar A. "Estudio retrospectivo del suicidio en el Instituto de Neurociencias 2011 – 2012". Guayaquil: Instituto de Neurociencia; 2015.
23. Aucapiña Jenny. Factores asociados a pensamientos suicidas en adolescentes de la Unidad Educativa Dora Beatriz Canelos. Informe final de Tesis. Cuenca: 2019.
24. Gonzalez F, Lopez R, Estevez E, Acute pesticide poisoning in Ecuador: a



- short epidemiological report. J Public Health. 2010 Abril; 18: 437-442
25. Nixon K, Cloutier P, Jansson S. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. Canadian Medical Association Journal. 2008; 178 (306-312).
26. Argota N, Alvarez M, Camilo V, Sánchez Y, Barceló M. Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. Rev. Med. [Internet]. 2015 Feb [citado 2019 Dic 03]; 37(1): 30-38.
27. Santos HGB, Marcon SR, Espinosa MM, Baptista MN, Paulo PMC. Factores Asociados a la presencia de ideacion suicida entre universitarios. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017 mayo;25: e2878.
28. HYPERLINK
"https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Sornberger%20MJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22435988" Sornberger MJ
HYPERLINK
"https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Heath%20NL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22435988" Heath NL , HYPERLINK
"https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Toste%20JR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22435988" Toste JR , HYPERLINK
"https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=McLouth%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22435988" McLouth R . Nonsuicidal self-injury and gender: patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. PubMeb. 2012 Junio; 42(3): 266-78
29. Burgos G, Narvaez N, Bustamante P, Burrone M, Fernandez R, Abeldaño R. Funcionamiento familiar e intentos de suicidio en un hospital publico de Argentina. Science Direct. 2017 Diciembre; 7(2802-2810).
30. Silva D, Valdivia D, Vicente B, Arevalo E, Dapelo R, Soto C. Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. Revi. Psicopatol y Psicol Clin. 2017 Agosto; 22(1): 33-42.
31. Ardiles RA APDIMV. Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por genero, region de Coquimbo, Chile. Aquichan. 2018 Marzo; 18(2).
32. Siabato E, Salamanc Y. Factores asociados a ideación suicida en Universitarios. Psicología Avances de la Disciplina. 2015 Enero; 9(1): 71-81.
33. Alcantar M, Girón B, Villatoro J. Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. Facultad de Psicología Division de Estudios profesionales. 2002 Mexico DF;(41-49).
34. Moraga C. Ideacion suicida en escolares de 10 a 13 años, de ambos sexos, de colegios de la comuna de viña del mar: Factores sociodemograficos, psicologicos y familiares asociados. Informe final de tesis.Universidad de Chile, Departamento de Psicología; 2015.
35. Agerbo N. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide



- in young people: nested case-control study. Pubmed. 2002 Julio; 13(325).
36. Noa J, Miranda M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. Medisan. 2010; 14(3).
37. Castro S, Gómez C, Gil F, Uribe M, Miranda C, Espriella M, Arenas Á, Pinto D. Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatria. 2017 Enero; 43(1):27-35.
38. Louro Bernal Isabel. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2003 Mar [citado 2020 Feb 03]; 29(1): 48-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es.
39. Valadez I, Quintanilla R, González N, Amezcua R. El papel de la familia en el intento suicida en el Adolescente. Salud pública de Méx. 2005 Feb; 47(1): 1-2
40. Mora G. Funcionalidad familiar y autolesionismo en los estudiantes de la Unidad Educativa Fiscomisional Calasanz de la ciudad de Loja. Informe de Tesis. Loja: Universidad Nacional De Loja, Facultad de la salud Humana ; 2019.
41. Hernandez A EILY. Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. MEDISAN. 2013 Diciembre; 17(12).
42. Kleiman EM RJSK. Taylor & Francis Online. [Online]; 2014 [cited 2020 Enero 27/01/2020. Available from: HYPERLINK "<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13811118.2013.826155?scroll=top&needAccess=true>".
43. Suarez Y, Restrepo D, Caballero C, Palacio J. Exposición a la violencia y riesgo suicida en adolescentes colombianos. Ter Psicol. 2018 Agosto; 36(2).
44. Fernanda A. "Relación existente entre depresión e intentos autolíticos, en pacientes atendidos en el servicio. Informe Final del Trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica. Quito: Universidad Central del Ecuador, Carrera de Psicología Clínica; 2012.
45. Baca E, García F. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. Salud Mental. 2014 Septiembre; 37(5).
46. Gutiérrez A, Contreras C, Orozco R. El suicidio, conceptos actuales. México:; 2006.
47. Pacheco B, Peralta P. La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. Revista de Ciencias Medicas. 2015 Noviembre; 40(38).
48. Daniel S, Mario V, Benjamín V, Esteban A, Rafaella D, Carolina S. Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2017; 22(33-42).



49. Baetens I, Claes L, Onghena P, Grietens H, Van Leeuwen K, Pieters C. Nonsuicidal self-injury in. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2018 189-200 ; 23(3).
50. Camacho Martinez N, Callejon E, Riaño M. Prevalencia de Intento Autolitico en la Adolescencia. Universidad de Almería. Cuba. 2012..
51. Geoffroy MC, Balvin M, Arseneault L, Turecki G, Vitaro F, Brendgen M, Cote SM. Associations between peer victimization and suicidal ideation and suicide attempt during adolescence: Results from a prospective population-based birth cohort. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2012; 55(2).
52. Lereya S, Winsper C, Heron J, Lewis G, Gunnell D, Fisher H, Wolke D. Being bullied during childhood and the prospective pathways to self-harm in late adolescence. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2013; 52(6).
53. Gonzalez C, Villatoro J, Alcatar I, Medina M, Fleiz C, Bermudez P, Amador N. Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de mexico 1997-2000. Salud Mental. 2002 Diciembre; 25(6).
54. Edith BS. CNN - Salud Mental. [Online].; 2019 [cited 2020 Enero 23]. Available from: HYPERLINK "file:///C:/Users/HP/Desktop/www.cnnespañol.cnn.com/2019/05/17/las-tasas-de-suicidio-en-las-ninas-aumentan-especialmente-entre-10a-14-anos-segun-un-estudio/" www.cnnespañol.cnn.com/2019/05/17/las-tasas-de-suicidio-en-las-ninas-aumentan-especialmente-entre-10a-14-anos-segun-un-estudio/.
55. Grey Chávez Y, Claro Toledo Y. Adolescentes con ideación suicida en Camagüey.. Humanidades Médicas. 2018 Agosto; 18(2: 273-90.).
56. Shilubane HN, Ruiter RA, Bos AE, van den Borne B, James S, Reddy PS. Psychosocial correlates of suicidal ideation in rural South African adolescents. Child Psychiat Hum. 2014 Diciembre; 45(2).
57. Holder-Nevins D, James K, Bridgelal-Nagassar R, Bailey A, Thompson E, Eldemire H, et al. Suicide among adolescents in Jamaica: what do we know? W Indian Med. 2012; 61(516-20).
58. Husky MM, Olfson M, He JP, Nock MK, Swanson SA, Merikangas KR. Twelve-month suicidal symptoms and use of services among adolescents: results from the National Comorbidity Survey. Psychiatr Serv. 2012; 63(10).
59. Freuchen A, Kjelsberg E, Lundervold AJ, Groholt B. Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: A psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample. Child Adolesc Psychiatr Ment Hlth. 2012; 6(1).
60. Plener PL, Libal G, Keller F, Fegert JM, Muehlenkamp JJ. An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. Psychol Med. 2009; 39(9).
61. Valdivia M, Silva D, Sanhueza F, Cova F, Melipillán R. Prevalencia de



- intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. Rev. méd. Chile. 2015 Marzo; 143(3).
62. Caña M, Michelini Y, Acuña I, Godoy JC. Efectos de la impulsividad y el consumo de alcohol sobre la toma de decisiones en los adolescentes. Salud y Drogas. 2015 Enero; 15((1): 55-65).
63. Pérez P, Vianchá A, Martínez C, Salas C. El maltrato familiar y su relación con la ideación suicida en adolescentes escolarizados de instituciones públicas y privadas de las ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso. Psicogente. 2014 Julio; 17(31).
64. Comercio E. El riesgo de suicidio sube en adolescentes ecuatorianos. [Online].; 2018 [cited 2019 Enero 22. Available from: HYPERLINK "%20https://www.elcomercio.com/actualidad/riesgo-suicidiosube-adolescentes-ecuatorianos.html"
<https://www.elcomercio.com/actualidad/riesgo-suicidiosube-adolescentes-ecuatorianos.html>.

**CAPITULO IX****ANEXOS****ANEXO Nº1.****OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del hasta la fecha de recolección de datos	Cronológica	Fecha de nacimiento que consta en la cédula de identidad o en la historia clínica del paciente.	Cuantitativa continua. Escala nominal ordinal 1. Adolescencia temprana (10 a 14 años) 2. Adolescencia tardía (15-18)
SEXO	Condición orgánica que diferencia hombres de mujeres.	Fenotípica	Caracteres sexuales secundarios registrados en la encuesta.	Cualitativa Escala nominal dicotómica: 1. Masculino 2. Femenino



PROCEDENCIA	Área Geográfica en donde habita	Geográfica	Área habitable, localizada en los límites considerados urbanos o rurales.	Cualitativa Escala nominal dicotómica 1. Urbana 2. Rural
NIVEL DE INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR.	Total de dinero y activos que perciben los proveedores de la familia como concepto de ganancias, sueldo, arriendos, intereses, y otros mensualmente, y que se destinan a las necesidades de la familia.	Económico	Total de dinero registrado por el representante legal en la encuesta.	Cuantitativa Escala ordinal: 1. Salario mínimo unificado al 2016 (366\$) o menos. 2. Dos salarios mínimos unificados al 2016. 3. Tres salarios mínimos unificados al 2016. 4. Más de tres salarios mínimos



				unificados al 2016
DEPRESIÓN	Trastorno mental caracterizado por tristeza, escaso interés, poca autoestima, sentimientos de culpabilidad, sensación de cansancio.	Psicológica	Escala de depresión en adolescente s (Birleson), registrada en la encuesta por el participante	Cualitativa Escala ordinal: 0. Normal: 0-13 1. Distimia:14-20 2. Depresión Mayor: 21-42
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Es la capacidad familiar para hacer frente, superar las etapas de la vida y las dificultades por las que se atraviese.	Psicológica	Escala de Apgar familiar (estimación de la funcionalidad familiar), registrada en la encuesta por el participante.	Cualitativa Escala ordinal 1.Familia muy funcional: 7-10 2. Familia moderadamente disfuncional: 4- 6 3.Familia con grave Disfunción: 0-3



MIGRACIÓN PARENTAL	Cuando uno de los padres o ambos residen fuera del país de manera permanente.	Social	Residencia en el extranjero del padre o madre registrada en la encuesta por el participante.	Cualitativa Escala nominal dicotómica 1.Si 2.No
PERTENENCIA A GRUPO SOCIAL.	Individuos que interactúan entre sí y que comparten las mismas actividades.	Social	Pertenencia a un grupo social registrada en la encuesta por el participante.	Cualitativa Escala nominal 1. Grupo religioso. 2. Grupo deportivo. 3. Grupo cultural.
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	Uso de manera regular de sustancias psicoactivas por parte del individuo.	Farmacológica	Consumo de psicoactivos por parte del paciente registrado en la encuesta.	Cualitativa Escala nominal dicotómica 1. Si 2. No



VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL	Cualquier tipo de contacto sexual con un niño por parte de una persona sea familiar, amigo, conocido o desconocido con la finalidad de obtener satisfacción sexual.	Psicológica	Registro en la historia clínica sobre si el adolescente ha sido víctima de alguna de las siguientes: violaciones, vejaciones, manoseos, obligar a mantener relaciones con otros, pornografía, exhibicionismo	Cualitativa Escala nominal dicotómica 1. Si 2. No
VICTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA O PSICOLÓGICA	Acciones intencionales que causan daño y/o amenazan la integridad física, psicológica y emocional de la víctima.	Física y psicológica	Registro en la encuesta sobre si el adolescente ha sido víctima de maltrato, golpes, humillaciones, o intimidación.	Cualitativa Escala nominal dicotómica 1. Si 2. No



ANEXO Nº2.

Oficio al Jefe de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Cuenca, 22 de abril del 2018

Ing. Fabricio Vela.

Jefe del área de Estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso

Ciudad

De mi consideración:

Yo: Marcia Alfonsina Escobar Carrión con CI: 1103818306, posgradista de Pediatría de la Universidad de Cuenca, solicito a usted la autorización para acceder a Historias Clínicas para la recolección de datos, tales como: edad, sexo, procedencia, ingreso económico familiar, presencia o no de depresión, disfunción familiar, migración parental, pertenencia a un grupo social, consumo de sustancias, antecedente de abuso físico, sexual o psicológico; necesarios para el estudio descriptivo “**PREVALENCIA DE AUTOLESIONES NO SUICIDAS Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA INFANTOJUVENIL DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, Y FACTORES ASOCIADOS. MAYO 2018 – ABRIL 2019**”

Por la favorable acogida que pueda dar a la presente, anticipamos nuestros agradecimientos

Atentamente:

.....

Md. Marcia Alfonsina Escobar Carrión

**ANEXO Nº3****FORMULARIO N°1****ASENTIMIENTO INFORMADO****UNIVERSIDAD DE CUENCA POSTGRADO DE PEDIATRÍA****PREVALENCIA DE AUTOLESIONES NO SUICIDAS Y CONDUCTA SUICIDA
EN ADOLESCENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIÁTRIA
INFANTOJUVENIL DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, Y
FACTORES ASOCIADOS. MAYO 2018- ABRIL 2019.**

Sr. Padre de familia o representante legal.

La presente investigación se realizará por la Médico Marcia A. Escobar C, estudiante de postgrado de pediatría de la Universidad de Cuenca, como requisito para la obtención de título de Pediatra, el objetivo de esta tesis consiste en el estudio de Autolesiones no suicidas y conducta suicida, su frecuencia y factores asociados a ellos, este estudio será realizado en los pacientes que acudan a consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil del hospital Vicente Corral Moscoso.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y previa firma de asentimiento informado, la información que se recogerá de la encuesta será: edad, sexo, procedencia, ingreso económico familiar, presencia o no de depresión, disfunción familiar, migración parental, pertenencia a un grupo social, consumo de sustancias, antecedente de abuso físico, sexual o psicológico. Esta información será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación, además, permanecerá bajo custodia en un lugar seguro y se identificará con un código.

Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio, su participación es una contribución para la ciencia, el conocimiento y el bienestar de la sociedad. Toda la información que se nos



proporcione, las mediciones que realicemos, nos ayudarán a prevenir las autolesiones y conducta suicida en los adolescentes.

Desde ya agradezco su participación.

Yo..... Padre /madre de familia y/o representante legal del paciente..... Con cédula de ciudadanía número..... Declaro que he leído este formulario de asentimiento informado y que su contenido me ha sido explicado, mis preguntas han sido respondidas.

Consiento voluntariamente mi participación y la de mi representado, y autorizo el uso de la historia clínica para fines de este estudio; al firmar este formulario no renuncio a ninguno de mis derechos legales sobre mi representado y entiendo que yo y mi representado tenemos el derecho de retirarnos del estudio en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera su cuidado médico.

Firma del padre/madre o representante legal, fecha
.....

Nombre y firma del participante

He dado lectura y aclarado las dudas del participante, confirmo que el individuo ha dado asentimiento libre y voluntariamente. Ha sido proporcionada una copia de este documento de asentimiento informado al participante.

Nombre y Firma del investigador cédula de ciudadanía fecha

**ANEXO Nº4****INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN****UNIVERSIDAD DE CUENCA POSGRADO DE PEDIATRÍA**

**PREVALENCIA DE AUTOLESIONES NO SUICIDAS Y CONDUCTA SUICIDA
EN ADOLESCENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRIA
INFANTOJUVENIL DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, Y
FACTORES ASOCIADOS. MAYO 2018 – ABRIL 2019.**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**Número de formulario:****Nombres y apellidos:**

Este formulario será llenado por el adolescente y su representante legal, previa indicaciones de la autora. Por favor lea atentamente la pregunta, marque con una X la respuesta correspondiente.

Sexo	1. MASCULINO _____ _____	2. FEMENINO _____
Edad (años cumplidos)	_____	
Residencia	1. URBANO _____ _____	2. RURAL _____
¿Ha pensado alguna vez en quitarse la vida?	1. SI _____ 2. NO _____	
¿Te has lastimado		1. Cortes



intencionalmente alguna vez?	1. SI _____ 2. NO _____ Si su respuesta es sí, indique como:	_____ 2. Golpes _____ 3. Ingesta De Fármacos _____ 4. Quemaduras _____ OTRO:.....
¿Consumo o ha consumido algún tipo de sustancia psicoactiva?	1. SI _____ 2. NO _____	
¿Sus padres o uno de ellos se encuentran en el extranjero en condición de migrante?	1. SI _____ 2. NO _____	
¿Cuál es el ingreso económico aproximado mensual en la familia?	_____ (dólares)	
¿Sus padres están separados, o no viven juntos por migración?	1. SI _____ 2. NO _____	
¿Ha sido alguna vez víctima de violencia?	1. SI _____ 2. No _____ Si su respuesta es sí, indique de que tipo:	1. Sexual _____ 2. Física _____ 3. Psicológica _____ 4. Bullying _____ OTRO:.....



<p>¿Pertenece usted o frecuenta algún grupo u organización social, deportiva o de otra índole?</p>	<p>1. Si _____ 2. No _____</p> <p>Si su respuesta es sí, indique a qué tipo de grupo pertenece.</p>	<p>1.Deportivo 2.Cultural 3.Religioso Otro:.....</p>
---	---	--

**ANEXO Nº5****CUESTIONARIO APGAR DE LA FAMILIA (SMIKSTEIN)****Número de formulario:****Nombres y apellidos:****TEST DE APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)**

	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene problemas?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?			
¿Los fines de semana son compartidos por todos en la casa?			
¿Sientes que tu familia te quiere?			
Puntaje Total			

**ANEXO Nº6****ESCALA DE BIRLESON****Número de formulario:****Nombres y apellidos:****Instrucciones:**

Por favor, responde honestamente cómo te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas. Gracias

	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. ¿Me interesan las cosas tanto como antes?			
2. ¿Duermo muy bien?			
3. ¿Me dan ganas de llorar?			
4. ¿Me gusta salir con mis amigos?			
5. ¿Me gustaría escapar, salir corriendo?			
6. ¿Me duele la panza?			
7. ¿Tengo mucha energía?			
8. ¿Disfruto la comida?			
9. ¿Puedo defenderme por mí mismo?			



10. ¿Creo que no vale la pena vivir?			
11. ¿Soy bueno para las cosas que hago?			
12. ¿Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes?			
13. ¿Me gusta hablar con mi familia?			
14. ¿Tengo sueños horribles?			
15. ¿Me siento muy solo?			
16. ¿Me animo fácilmente?			
17. ¿Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo?			
18. ¿Me siento muy aburrido?			

**ANEXO Nº 7****TABLAS DE RESULTADOS ESPERADOS**

Edad	Número	Porcentaje
Adolescencia temprana (10 -14 años)		
Adolescencia tardía (15-18 años)		

Sexo	Número	Porcentaje
Masculino		
Femenino		

Procedencia	Número	Porcentaje
Zona urbana		
Zona rural		

Nivel de ingreso económico familiar	Número	Porcentaje
Un salario mínimo unificado al 2016 o menos.		
Dos salarios mínimos unificados al 2016.		
Tres salarios mínimos unificados al 2016.		
Más de tres salarios mínimos unificados al 2016.		



Conducta Suicida	Número	Porcentaje
Si		
No		

Autolesión no Suicida	Número	Porcentaje
Si		
No		

Formas de autolesión	Número	Porcentaje
Cortes		
Golpes		
Ingesta de fármacos		
Quemaduras		
Otros		

Víctimas de violencia	Número	Porcentaje
Sexual		
Física		
Psicológica		
Bullying		
Otros		

Depresión	Número	Porcentaje
Normal (0-13)		
Distimia (14-20)		
Depresión Mayor (21-42)		

Funcionalidad familiar	Número	Porcentaje



Familia funcional (7-10)		
Familia moderadamente disfuncional (4-6)		
Familia con grave disfunción (0 – 3)		

Migración Parental	Emigrante	Porcentaje
SI		
NO		

Adherencia a grupo social	Número	Porcentaje
SI		
NO		

Adherencia a algún grupo social	Número	Porcentaje
Grupo religioso		
Grupo deportivo		
Grupo cultural		
Otro tipo		

**ANEXO Nº8****CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO**

ACTIVIDADES	2017 - Oct	2017 - Mar	Abr	2018 May	2018 - Abr	2019 Jul	Sep	Oct	2019	2019 - Dic
Elaboración, validación y aprobación de tema de tesis										
Elaboración y aprobación de protocolo										
Validación de instrumentos										
Recolección de datos										
Análisis e interpretación de datos										



Redacción del informe final.									
Correcciones finales									
Presentación de informe final									

**ANEXO Nº9****RECURSOS****7.1 Recursos Humanos****Director.** Dr. Roberto Tapia**Autora.** Marcia Alfonsina Escobar Carrión**7.2 Recursos Materiales**

DETALLE DE MATERIALES	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Computadora	1	580.00	580.00
Impresora	1	360.00	360.00
Horas de trabajo	100	30.00	3000.00
Horas de Internet	50	1,00	50.00
Gastos de Fotocopia	300	0,05	15.00
Gastos de Electricidad	1	40.00	40.00
Gastos de Transporte (Gasolina)	3	20.00	60.00
Impresión de Protocolo	4	3.00	12.00
Impresión de la Tesis	3	10.00	30.00
TOTAL			4,147.00