



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**RIESGO DE SUICIDIO Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE  
BACHILLERATO DEL COLEGIO BENIGNO MALO, CUENCA, 2015**

**TESIS PREVIA A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MÉDICA**

**AUTORAS: JESSICA TAMARA CHACA CORDERO  
ROSSANA CAROLINA IDROVO LANDY**

**DIRECTOR Y ASESOR: DR. MANUEL ISMAEL MOROCHO MALLA**

**CUENCA - ECUADOR  
2015**



## RESUMEN

**Objetivo General:** Identificar el riesgo de suicidio y factores asociados en estudiantes de bachillerato del Colegio Benigno Malo, Cuenca, 2015.

**Metodología:** El presente trabajo es un estudio cuantitativo transversal sobre el riesgo de suicidio y factores asociados en estudiantes de bachillerato del Colegio Benigno Malo en año 2015 en la ciudad de Cuenca. La información fue recogida en un test (Test de desesperanza de Beck) y un formulario que reúne varios test que valoran factores asociados en estudio: estructura familiar disfuncional, consumo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, drogas), bajo rendimiento escolar, acoso escolar y problemas de pareja. Los datos fueron analizados y tabulados mediante el programa SPSS, donde se realizó las tablas y gráficos, que contendrán porcentajes, proporciones, odds ratio, índice de confianza y valor de P. El análisis se realizó con estadística descriptiva y analítica.

**Resultados:** De los 201 estudiantes de bachillerato, la edad promedio fue 16,6 años. Con predominio del sexo masculino (72,6%). En cuanto a los factores asociados en estudio, el bajo rendimiento académico se asocia en 39 veces más con la probabilidad de presentar riesgo de intento de suicidio. La disfunción familiar en 7,7, los problemas de pareja en 16,3, el consumo de sustancias en 5,3 y el acoso escolar en 0,9 veces más con la probabilidad de presentar riesgo de intento de suicidio.

**Conclusiones:** De 201 estudiantes que participaron, la desesperanza se evidencia en un 17,4% y el riesgo de intento de suicidio del 25,9% con predominio del sexo masculino con el 69,2% (36 estudiantes).

**PALABRAS CLAVE:** RIESGO DE SUICIDIO, SUICIDIO, FACTORES ASOCIADOS, EPIDEMIOLOGÍA, ADOLESCENTES, COLEGIO BENIGNO MALO, CUENCA-ECUADOR.



## ABSTRACT

**General Objective:** To identify suicide risk and associated factors in students of Benigno Malo high school, Cuenca, 2015.

**Methodology:** This study is a cross quantitative study of suicide risk and associated factors in students of Benigno Malo high school in 2015 in Cuenca city. The information was collected through a test (Beck Hopelessness Scale) and a form that collects several tests that assess associated factors for suicide attempt: dysfunctional family structure, substance abuse (alcohol, snuff, drugs), under school performance, bullying and relationship problems. Data were analyzed and tabulated using SPSS, where the tables and graphs, which contain percentages, proportions, odds ratio, confidence index and p value was performed. The analysis was performed using descriptive and analytical statistics.

**Results:** Of the 201 high school students, the average age was 16.6 years. With predominance of males (72.6%). Regarding associated factors study, underachievement is associated in 39 times more likely to be at risk of suicide attempt. Dysfunctional family structure is associated in 7.7, relationship problems in 16.3, substance abuse 5.3 and bullying is associated with 0.9 times more likely to be at risk of suicide attempt.

**Conclusions:** Of 201 students who participated, hopelessness is evident in 17.4% and the risk of attempt suicide of 25.9% (52 students) predominance of males with 69.2% (36 students).

**KEYWORDS:** RISK OF SUICIDE, SUICIDE, ASSOCIATED FACTORS, EPIDEMIOLOGY, TEENAGERS, BENIGNO MALO HIGH SCHOOL, CUENCA-ECUADOR.

**ÍNDICE**

<b>CAPITULO I</b> .....	<b>13</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>13</b>
<b>CAPITULO II</b> .....	<b>14</b>
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
2.2 JUSTIFICACIÓN .....	16
<b>CAPITULO III</b> .....	<b>18</b>
3 Fundamento Teórico .....	18
3.1 Suicidio: Conceptualización .....	18
3.2 Clasificaciones formales del suicidio.....	19
3.3 Otras clasificaciones del suicidio .....	20
3.4 Epidemiología .....	20
3.5 Factores de riesgo .....	21
3.6 Evaluación del riesgo suicida .....	26
3.7 Hipótesis .....	29
<b>CAPITULO IV</b> .....	<b>30</b>
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	<b>30</b>
4.1 Objetivo General.....	30
4.2 Objetivos Específicos .....	30
<b>CAPITULO V</b> .....	<b>31</b>
5.1 DISEÑO METODOLÓGICO .....	31
5.2 Tipo de estudio .....	31
5.3 Área de Estudio .....	31
5.4 Universo: .....	31
5.5 Criterios de Inclusión y Exclusión .....	31
5.6 Variables .....	32
5.7 Métodos, Técnicas e Instrumentos.....	32
5.8 Procedimientos.....	32
5.9 Plan de Tabulación y Análisis.....	33
5.10 Aspectos Éticos .....	33
<b>CAPITULO VI</b> .....	<b>34</b>
6 RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	34



---

6.1	Resultados .....	34
<b>CAPITULO VII</b>	.....	<b>39</b>
7.	DISCUSIÓN .....	39
<b>CAPITULO VIII</b>	.....	<b>42</b>
8.	CONCLUSIONES.....	42
<b>CAPITULO IX</b>	.....	<b>44</b>
9.	RECOMENDACIONES .....	44
<b>CAPITULO X</b>	.....	<b>46</b>
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	46
10.1	Referencias Bibliográficas .....	46
<b>ANEXOS</b>	.....	<b>51</b>



Universidad de Cuenca  
Clausula de derechos de autor

---

Yo Jessica Tamara Chaca Cordero, autora de la tesis "RIESGO DE SUICIDIO Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO BENIGNO MALO, CUENCA, 2015", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 4 de abril del 2016

---

Jessica Tamara Chaca Cordero

CI. 0302083597



Universidad de Cuenca  
Clausula de derechos de autor

---

Yo Rossana Carolina Idrovo Landy, autora de la tesis "RIESGO DE SUICIDIO Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO BENIGNO MALO, CUENCA, 2015", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 4 de abril del 2016

---

Rossana Carolina Idrovo Landy

CI. 0106069610



Universidad de Cuenca  
Clausula de propiedad intelectual

---

Yo Jessica Tamara Chaca Cordero, autora de la tesis "RIESGO DE SUICIDIO Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO BENIGNO MALO, CUENCA, 2015", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 4 de abril del 2016

---

Jessica Tamara Chaca Cordero

CI. 0302083597





Universidad de Cuenca  
Clausula de propiedad intelectual

Yo Rossana Carolina Idrovo Landy, autora de la tesis "RIESGO DE SUICIDIO Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO BENIGNO MALO, CUENCA, 2015", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 4 de abril del 2016

Rossana Carolina Idrovo Landy

CI. 0106069610



## DEDICATORIA

Este trabajo de Tesis va dedicado en primer lugar a Dios por acompañarme en todo este largo camino, a mis padres Teodoro e Hilda por ser el soporte y el apoyo incondicional en toda mi carrera, a mis hermanos Verónica y José por siempre tener la palabras precisas para continuar, a mis sobrinos Amelia y Joaquín por siempre tener una sonrisa y amor para mí, y finalmente quiero agradecer a todos los amigos y familiares, quienes de alguna manera contribuyeron a que pudiera conseguir mi meta.

Jessica



## DEDICATORIA

Dios por ser mi guía, bendecirme en cada momento y permitirme cumplir una meta más, a mis padres Jorge y Lucia por todo el cariño incondicional, por siempre tener una palabra de aliento, por ser mi guía y soporte en cada etapa, a mis hermanos Israel y David por estar siempre pendientes y ser un pilar importante en mi familia, a mi sobrina Martina por sus ocurrencias, su cariño y sus berrinches, finalmente a todos los familiares y amigos que han estado siempre pendientes y han compartido momentos importantes en mi vida.

Carolina



## **AGRADECIMIENTO**

Estamos agradecidas con todas la personas que permitieron que esta investigación se llevara a cabo, en primer lugar a nuestro director y asesor de tesis Dr. Ismael Morocho por toda la preocupación y entrega para que la presente investigación resultara de la mejor manera.

Agradecemos también a todo el personal del Colegio Benigno Malo, que sin su colaboración y apoyo no hubiera sido posible el desarrollo de nuestra tesis.

Finalmente, un agradecimiento profundo a familiares, amigos y profesores que nos han apoyado a lo largo de toda nuestra carrera universitaria.

Las Autoras.



## CAPITULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno multicausal y complejo que ha estado presente en todas las épocas de la historia y en todas las sociedades; se manifiesta por una variedad de comportamientos, iniciando con la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los intentos, hasta llegar al suicidio propiamente dicho.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se auto-lesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”.(1)

La conducta suicida viene determinada por múltiples causas entre los que se puede destacar factores familiares, sociales, culturales y educativos, sin excluir los trastornos psiquiátricos y psicológicos.

A pesar de ser el suicidio un problema de salud pública que afecta a toda la sociedad y a todas las edades, la población visiblemente más afectada es la juvenil, por atravesar una etapa trascendental y crítica, llena de cambios fisiológicos y psicológicos que los llena de ansiedad, depresión, ira y confusión; dichos factores les produce un malestar emocional y los vuelve vulnerables a desarrollar conductas autolesivas.



## CAPITULO II

### 2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El intento de suicidio y el suicidio consumado se han convertido en un problema importante de salud pública que afecta a nivel mundial, nacional y local, y se encuentra entre las primeras causas de morbi-mortalidad de la población adolescente.

En un estudio canadiense, en donde participaron más de 22 mil personas de entre 12 y 17 años, a quienes se les preguntó si alguien en sus escuelas se había suicidado y si habían pensado en quitarse la vida durante el último año, se encontró que el riesgo de suicidio aumentó incluso en aquellos casos en que los jóvenes no conocieron personalmente a los fallecidos, un 7,5% del grupo señalado intentó suicidarse luego de que un compañero se haya suicidado, comparado con un 1,7% de adolescentes dentro de este grupo que no tenían compañeros que hayan intentado quitarse la vida. (2)

En el 2011, según datos del último informe del Observatorio Social, 2.359 adolescentes fallecieron en Ecuador. Los suicidios, homicidios y accidentes de tránsito representan el 55% de los fallecimientos. (3)

Un intento de suicidio fallido tiene una probabilidad de 50% de que se vuelva a repetir. En un estudio realizado en un colegio en Lima-Perú en el año 2011 se obtuvo un nivel de riesgo suicida de 65,5% y como principal causa la desesperanza con una media de 10,15. (4).

El suicidio debe ser considerado con la importancia respectiva, ya que es un tema poco tratado, que muchas veces se suele evadir por cuestionar el sistema familiar y social en el vivimos, sin embargo es importante conocer las verdaderas causas que llevan a un joven a su autodestrucción.



A partir de esta información, se plantea la siguiente pregunta de investigación tomado como base el estudio realizado en Lima-Perú: ¿Será el riesgo de suicidio superior al 65% en los estudiantes de bachillerato del colegio Benigno Malo y tendrá asociación con la desesperanza, estructura familiar disfuncional, consumo de sustancias tóxicas, bajo rendimiento académico, acoso escolar y problemas de pareja?



## 2.2 JUSTIFICACIÓN

Según la OMS en el 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). (5)

Cerca de 65.000 personas se quitan la vida cada año en la región de las Américas más de 7 cada hora-, según la Organización Panamericana de la Salud. (6)

A partir de estas estadísticas alarmantes es inevitable sentir gran interés por conocer aquellos factores que actúan como precipitantes para considerar o intentar un acto suicida. Además según estadísticas en algunos países las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes, y a nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. Por esta razón hemos orientado nuestro estudio hacia esta población, para conocer de cerca la realidad de nuestros jóvenes, pues definimos a este problema de salud como un acto prevenible, por eso la importancia de reconocer tempranamente sus causas y poder evitar consecuencias catastróficas.

Por una parte es importante conocer que los adolescentes pasan por una etapa de mucha influencia social y al ir encontrando nuevos retos desafíos y aprendizajes son muy vulnerables a tomar decisiones erróneas, por lo que una baja autoestima, hogares disfuncionales, consumo de sustancias tóxicas podrían ser factores agravantes y determinantes a la hora de cometer un acto auto lesivo.

Es inevitable pensar que el suicidio requiere un enfoque integral y multisectorial, en donde participe tanto el sector de la salud como de la educación, política, social, religión, derecho y medios de comunicación que planteen intervenciones eficaces de prevención en donde se proponga proporcionar información suficiente y adecuada que aborde temas relacionados





con el comportamiento suicida, incentivar a una vida sana, mejorar el autoestima, así como involucrar a la familia y personas más cercanas para que sepan reconocer oportunamente un conjunto de signos y síntomas que nos pueden orientar a un posible intento de suicidio.

El propósito de este estudio está basado en la línea de investigación “Salud de los Adolescentes” de la Facultad de Ciencias Médicas. Los resultados obtenidos se publicaran y difundirán en la revista de la facultad, también se facilitara esta información al Colegio Benigno Malo, para que tengan un conocimiento más real de los riesgo de suicidio a los que están expuestos los estudiantes de bachillerato, y aquellos factores que pueden precipitar esta conducta; de tal manera que se pueda identificar y trabajar directamente con los grupos en riesgo, implementando estrategias de prevención educacional, y que esto a su vez ayude a una mejor redistribución de recursos, suponga menores gastos y contribuya intervenciones eficaces y oportunas.



## CAPITULO III

### 3 FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 3.1 SUICIDIO: CONCEPTUALIZACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como “un acto con resultado letal, iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”. (1)

Las definiciones de esta terminología son las siguientes:

- **Ideación suicida:** pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).
- **Comunicación suicida:** acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. Existen dos tipos de comunicación suicida:
  1. Amenaza suicida: acto verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
  2. Plan suicida: propuesta de un método con el cual podría llevar a cabo una conducta autolesiva.
- **Conducta suicida:** conducta potencialmente lesiva en la que hay evidencia implícita o explícita de que:
  1. La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
  2. La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida. (7)



La conducta suicida puede o no provocar lesiones de diferente gravedad. Se considera conducta suicida:

- **Autolesión/gesto suicida:** conducta lesiva autoinfligida para la que existe evidencia de que la persona no tiene la intención de matarse.
- **Conducta suicida no determinada:** conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, sin o con lesiones.
- **Intento de suicidio:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia de intencionalidad de provocarse la muerte.
- **Suicidio:** muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte. (7)

### 3.2 CLASIFICACIONES FORMALES DEL SUICIDIO (8)

Según el número de individuos, el suicidio puede ser:

- Individual
- Colectivo

Según Durkheim, en su obra *El suicidio (1897)*, la acción del mismo puede ser:

1. Egoísta
2. Altruista
3. Anómico
4. Fatalista

Según la voluntariedad, el suicidio puede ser:

- Voluntario
- Intencional
- Imprudente

### 3.3 OTRAS CLASIFICACIONES DEL SUICIDIO (8)

- Suicidio no patológico
- Suicidio patológico

La conducta suicida se asocia con una disfunción del sistema serotoninérgico central, habiéndose encontrado bajos niveles de serotonina en el líquido cefalorraquídeo de pacientes que se habían suicidado. Además, existe una correspondencia directa entre bajos niveles de serotonina y escaso control de impulsos.

Dos marcadores se han asociado de forma significativa con la ideación suicida: ambos residen en los genes GRIA3 y GRIK2 y codifican los receptores ionotrópicos del glutamato. Un estudio realizado por Baca-García et al., encontró tres polimorfismos de un solo nucleótido de tres genes (rs10944288, HTR1E; hCV8953491, GABRP y rs707216, ACTN2) que clasificaron correctamente el 67% de los intentos de suicidio y los no intentos en un total de 277 individuos. (7)

### 3.4 EPIDEMIOLOGIA

El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un serio problema de salud pública. Según las estimaciones de la OMS, a nivel mundial uno de los datos más preocupantes es el aumento en las tasas de suicidio entre los jóvenes (15-24 años), que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad. (9)

Según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI 2013-2014). El suicidio se ha convertido en la tercera causa de muerte en jóvenes y la cuarta en adultos. Se calcula que por cada muerte atribuible a esta causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos. (10)

Datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) indican que entre 1997 y 2009 murieron un promedio de 1.200 adolescentes por año. De ellos, 1



de cada 2 falleció por accidentes de tránsito, caídas, ahogamiento, envenenamiento y lesiones autoinfligidas. Las estadísticas actuales reflejan otra realidad: un 24% de las adolescentes ecuatorianas eligen el suicidio como última salida. (11)

Margarita Velasco, directora del Observatorio Social del Ecuador, comenta que tras un suicidio hay al menos 3 o 4 intentos, y por ello, este es un acto que podría ser prevenido al ser reconocido tempranamente por los padres y personas cercanas. El estudio del evidenció que algunas de las causas para que los jóvenes se quiten la vida son la migración de sus familiares, depresión, tensiones, baja autoestima y embarazos no deseados. (12)

### **3.5 FACTORES DE RIESGO**

Un factor de riesgo es cualquier característica, rasgo, circunstancia o situación que aumenta la probabilidad de morbilidad y mortalidad; existe factores internos y externos, prevenibles y no prevenible. En general, los datos sobre los factores de riesgo proceden de encuestas; cuando no se dispone de datos, se pueden utilizar técnicas estadísticas para elaborar estimaciones.

Los factores que de alguna manera aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida son de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes. (13)

La estimación del riesgo suicida puede ser valorada según el juicio clínico del profesional, considerando los factores que influyen de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida. (7)

#### **3.5.1 Sexo y edad**

La edad es el tiempo que lleva existiendo una persona o ser vivo desde su nacimiento y el sexo hace referencia a las características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer; a partir de esto se observa que



la tasa de mortalidad por suicidio es tres a cuatro veces mayor para los hombres que para las mujeres brecha que se ha mantenido bastante estable en el tiempo (OECD, 2011). Varios estudios refieren que en todo el mundo, los hombres cometen 2 a 3 veces más suicidios que las mujeres, sin embargo las mujeres son quienes realizan más intentos suicidas. (14)

El suicidio antes de los 15 años es inusual; la mayoría de los niños y adolescentes con conducta suicida presentan algún tipo de psicopatología que nos pueden advertir sobre este comportamiento. Las tasas de suicidio en adolescentes entre 10 y 15 años han incrementado, y aún más en las edades de 15 a 25 años. Estudios también demuestran que los hombres utilizan medios más violentos y por lo tanto el intento de suicidio es más exitoso en ellos que en las mujeres; en cambio, en las mujeres es más prevalente el intento, ya que en ellas predomina la depresión. (15)

### **3.5.2. Estructura Familiar Disfuncional**

Todas las familias tienen cierto tipo de estructura, las cuales pueden catalogarse como funcionales o disfuncionales. Las características que definen a una familia funcional son el apoyo, confianza y respeto estableciendo límites claros dentro del hogar respetando jerarquías además de una adecuada comunicación que permita efectividad en la resolución de problemas. Por otro lado son fácilmente reconocibles algunas características negativas que definen a una familia disfuncional tales como falta de comunicación, cuando hay coaliciones y/o triangulaciones, todo esto afecta directamente en la calidad de vida de cada miembro. (16)

La asociación entre cohabitar con los padres y fenómenos suicidas ha sido investigada en varios estudios. Los resultados de análisis multivariados indican que si hay una asociación significativa, esta relación es indirecta. Vivir apartado de ambos padres se ha asociado con incremento de la prevalencia del fenómeno suicida, sin embargo; no se encontró asociación con la muerte de uno o ambos padres. (17)



Pobre comunicación entre padres e hijos, familias desintegradas, escaso apoyo familiar y social, vivir apartados de su familia y la existencia de historia familiar son algunos de los factores de riesgo en niños y jóvenes para tener conductas agresivas y autodestructivas.

Resultados de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay, del doctor Hugo Rodríguez Almada, se detectaron múltiples eventos ocurridos en el mes previo a la muerte; predominaron los problemas de pareja, los cambios de domicilio y las desavenencias con los padres. (18)

En Chile, un estudio publicado el año 2011, para evaluar la relación entre ideación suicida y estilos parentales en adolescentes, refiere que los estilos parentales positivos tales como aceptación parental, calidad de la relación parental, regulación escolar, amabilidad parental, entre otras, se correlacionan con una menor ideación suicida; no así en aquellos adolescentes con padres que presentan un alto nivel de hostilidad marital tienen una razón de posibilidades más alta de ideación suicida (2,51 veces más que adolescentes con padres sin hostilidad marital encubierta).(14)

### **3.5.3. Bajo Rendimiento Académico**

El bajo rendimiento académico o fracaso escolar, es visto como la insuficiencia del alumno respecto a los objetivos prefijados, la expresión más simple de este hecho se sintetiza en el porcentaje de alumnos que no obtienen la titulación que acredita haber finalizado satisfactoriamente la educación obligatoria. (19)

El rendimiento académico evidencia una gran influencia a la hora de cometer un acto suicida. Comparados con alumnos de alto rendimiento en términos de promedio de calificaciones o materias aprobadas, los alumnos de bajo rendimiento de la Ciudad de México han mostrado mayor propensión al suicidio, y se relacionan con mayor incidencia a conductas delictivas, agresivas, consumo de alcohol más intenso y frecuente, mayor actividad sexual y menor uso del preservativo. El estudio comparó las causas del rendimiento escolar que identifican estudiantes de diversas nacionalidades, llegando a la



conclusión de que el esfuerzo, la inteligencia y la capacidad para estudiar son causas internas y estables de su rendimiento.

Así mismo se pudo reconocer en estudios mexicanos algunos factores predictores que influyeron en el rendimiento escolar entre los que destacan, en orden decreciente, el malestar psicológico, y las relativas al aprendizaje como la relación alumno-maestro, la organización para el estudio y la concentración. (20)

#### **3.5.4. Acoso Escolar (Bullying)**

El acto de acoso o intimidación se caracteriza por ser un comportamiento agresivo, repetitivo, metódico y sistemático, que se produce durante un período de tiempo prolongado. El objetivo del agresor es quebrantar la personalidad y la autoestima de la víctima. (21)

Cuando se habla de violencia en el mundo escolar suele asociarse a manifestaciones físicas tales como destrozos, peleas, robos, etc. Sin embargo, cada vez se hace más frecuente encontrar en centros escolares otro tipo de violencia que abarca actos, mensajes o situaciones violentas. (22)

Los resultados para la víctima suelen ser nefastos y fatales porque pueden desembocar en fracaso y dificultades escolares, niveles altos y continuos de ansiedad, fobia a ir al colegio, riesgos físicos, y en definitiva conformación de una personalidad insegura e insana para el desarrollo integral de la persona. La imagen que tienen de sí mismos/as puede verse afectada negativamente y provocar serios trastornos del autoestima que llevan en algunos casos a reacciones agresivas e intentos de autolesión. (23)

El grupo de adolescentes lesbianas, gays, bisexuales y trans muestra un riesgo más alto de presentar ideación, planificación o intentos suicidas que sus pares heterosexuales, este riesgo está asociado a experiencias de bullying. (14)





### 3.5.5. Consumo de Sustancias Tóxicas

Se entenderá como consumo el uso de las sustancias lícitas e ilícitas anteriormente indicadas, una o más veces en un período de tiempo específico. Son sustancias psicoactivas, por ejemplo, el tabaco, el alcohol, el cannabis, las anfetaminas, el éxtasis, la cocaína y la heroína. (24)

De acuerdo con el reporte del Servicio Médico Forense (SEMEFO), la principal sustancia detectada en los casos de suicidio fue el alcohol (72.9%), seguida por el grupo de los estimulantes (9.6%) y el grupo de los sedantes (6.8%). En el análisis estratificado por sexo se encontró que los fallecimientos por suicidio, la influencia de sustancias fue igual tanto para hombres como en mujeres, en cuanto al número de sustancias, la posibilidad de fallecer por suicidio se incrementó a medida que aumentó el número de sustancias detectadas tanto para hombres como para mujeres; de nueva cuenta esta posibilidad fue mayor en las mujeres.

La evidencia científica indica que en adolescentes, son factores de riesgo para suicidio consumado, además de un trastorno psiquiátrico, la agresión impulsiva, el comportamiento suicida familiar, un intento suicida previo y el uso y abuso de sustancias. (25)

El abuso de alcohol, sobre todo la dependencia, está fuertemente asociado con el riesgo de cometer suicidio de 2,2 a 3,4%. Generalmente cometen suicidio después de muchos años de abuso de alcohol, en donde se ve afectado también rasgos de personalidad encontrando trastornos como la agresividad e impulsividad.

El abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios. Según un estudio, tienen seis veces más riesgo de suicidio que en la población general. Suelen ser hombres de mediana edad, solteros o con antecedentes de ruptura sentimental, con problemas económicos y/o laborales. El consumo de alcohol, además, puede ir asociado a enfermedades médicas, trastornos del



ánimo, trastornos de personalidad, intentos autolíticos previos o trastornos del control de impulsos (Inskip 1998). (26)

### **3.5.6. Problemas de Pareja**

Entiéndase como problemas de pareja al estado de insatisfacción individual asociado con la relación de pareja.

Entidades que también se encuentran vinculadas a la ideación y el intento suicida halladas en otros estudios son, luego del estado depresivo, los problemas sentimentales y las condiciones relacionadas con maltrato; es decir, son frecuentes los casos de parejas donde se presenta violencia física, psicológica y ello genera el deseo de provocarse la muerte ya que, la conformación de la pareja estaba cargada de expectativas que muchas veces se ven frustradas. (27)

## **3.6 EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA**

La evaluación del riesgo suicida es una parte fundamental en el manejo y prevención de la conducta suicida. El porcentaje de pacientes a los que se les realiza una adecuada evaluación tras un intento de suicidio varía entre el 60% y el 95%. Las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio son la entrevista clínica y las escalas de evaluación. (7)

### **3.6.1. Escala de Desesperanza de Beck**

Esta escala evalúa, desde un punto de vista subjetivo- cognitivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro a mediano y largo plazo, así como su habilidad para sobrellevar las dificultades.

Contiene frases relacionadas con actitudes sobre el futuro, así como frases pesimistas sobre el presente, cada una de las cuales debe evaluarse como verdadero o falso. Es uno de los mejores predictores de suicidio y puede ser útil para el estudio de la depresión.



Sus resultados indican la severidad de la desesperanza de una persona, lo que puede ser un factor de riesgo de pensamientos suicidas e intento auto líticos. (28)

En un estudio realizado en Buenos Aires se estudió la validación de la escala de Desesperanza en una población general adolescente y adulta; en este caso se recolectó información valiosa sobre su estructura interna, a través del análisis factorial, su validez concurrente, predictiva, diferencial y el análisis de consistencia (Hogan, 2004). A partir del análisis de consistencia interna efectuado puede decirse que la adaptación de la prueba es confiable. Los coeficientes de consistencia obtenidos resultan adecuados, lo que nos permite utilizar con garantía la adaptación realizada de este instrumento. Por lo que se considera un indicador importante y válido del constructo desesperanza. (29)

### **3.6.2. APGAR Familiar**

La familia es el pilar fundamental en el desarrollo de los adolescentes, que influye en su crecimiento, desarrollo, madurez; a su vez le permite adquirir valores adecuados que se verán reflejados en su actitud social.

El APGAR familiar, que fue diseñada para explorar la funcionalidad familiar se deriva de los cinco componentes (en inglés) de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), que se define como la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas ante un factor de estrés; cooperación (partnertship), como la participación en la toma de decisiones y responsabilidades; desarrollo (growth), como la posibilidad de maduración emocional y física; afectividad (affection), como la relación de amor y atención entre los miembros de la familia, y capacidad resolutive (resolve), como el compromiso o determinación de dedicar a los otros miembros de la familia.

Este cuestionario puede ser auto administrado o hetero administrado, consta de 5 ítems tipo para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes: - Normofuncional: 7 - 10 puntos; Disfuncional leve: 0 – 2; Disfuncional grave: 3 – 6. (30)

En Chile, este instrumento mostró ser una herramienta válida y confiable para medir la disfunción en el núcleo familiar de adolescentes, además le sirve como guía al profesional de la salud para explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas. (31)

### **3.6.3. Test de ASSIST**

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo. La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar.

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en 'bajo', 'moderado' o 'alto', y en cada caso se determina la intervención más adecuada ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente). (32)

### **3.6.4. Test Bull – S**

El objetivo del test Bull-S es ser un instrumento que permita analizar y comprender el problema de la agresión y victimización, dinámica bullying, en un grupo de escolares o en un sujeto concreto, desde una perspectiva individual y global, orientado a conocer los aspectos situacionales y afectivos del maltrato.

El instrumento fue reelaborado en 2002 introduciendo cinco ítems sobre aspectos situacionales, como forma de proporcionar información adicional y precisa de utilidad a la hora de elaborar los programas de intervención. Su aplicación en numerosos estudios nos ha llevado a ampliar la interpretación de los valores sociométricos. (33)

### **3.6.5. Test de CUVINO**

Es una herramienta de evaluación que incluye comportamientos que son constitutivos de violencia en las relaciones sentimentales de pareja en edad adolescente. Consta de ítems en los que se plantean diferentes conductas y actitudes negativas que pueden interferir en la relación de pareja. Para ello, se pide que se indique la frecuencia de aparición de las mismas mediante una escala tipo Likert de cinco puntos en la que 1= Nunca y 5= Casi siempre.

El CUVINO cuenta con un estudio de validación previo (Rodríguez – Franco y cols, 2007), en que delimitaron 8 factores prácticamente idénticos encontrados a partir de una muestra de 709 mujeres escolarizadas españolas. El presente estudio acumula datos de más de 5000 personas, de ambos sexos. La correlación entre subescalas parece indicar que existe una relación común a todos ellos, posiblemente relacionada con un factor de orden superior que haría referencia a los abusos dentro de la pareja. Del mismo modo, la fiabilidad total de la escala (alpha de Cronbach de 0.932) y de las subescalas (alpha comprendidas entre 0.58 y 0.81, con 6 factores por encima de 0.70) indican unas cualidades psicométricas suficientes para considerar el CUVINO una herramienta de evaluación válida y confiable. (34)

### **3.7HIPÓTESIS**

A partir del estudio realizado en Lima-Perú; se plantea que el riesgo de suicidio es superior al 65%, en los estudiantes de bachillerato del colegio Benigno Malo y se asocia con la desesperanza, estructura familiar disfuncional, consumo de sustancias tóxicas, bajo rendimiento académico, acoso escolar y problemas de pareja.



## CAPITULO IV

### 4. OBJETIVOS

#### 4.1 Objetivo General

Identificar el riesgo de suicidio y factores asociados en estudiantes de bachillerato del Colegio Benigno Malo, Cuenca, 2015.

#### 4.2 Objetivos Específicos

- 4.2.1 Determinar el riesgo de intento de suicidio en estudiantes de bachillerato del Colegio Benigno Malo, según sexo y edad.
- 4.2.2 Identificar la presencia de los factores de asociación: estructura familiar disfuncional, consumo de sustancias tóxicas, bajo rendimiento académico, acoso escolar y problemas de pareja en los estudiantes de bachillerato del Colegio Benigno Malo.
- 4.2.3 Determinar el grado de correlación de los factores asociados en el riesgo de suicidio en los estudiantes.



## CAPITULO V

### 5.1 DISEÑO METODOLÓGICO

**5.2 Tipo de estudio:** La presente investigación será de tipo cuantitativo transversal.

**5.3 Área de Estudio:** La investigación se realizará a los estudiantes que cursan el bachillerato del Colegio Benigno Malo, ubicada en la Av. Fray Vicente Solano y Aurelio Aguilar, Cuenca-Ecuador.

**5.4 Universo:** El cálculo del tamaño de la muestra se obtuvo con el programa Epi Info 3.5.1:

- Tamaño de la población: 976
- Frecuencia esperada: 65%
- Peor aceptable: 60%
- Con un nivel de confianza del 95%, la muestra calculada es: 257. Los estudiantes serán escogidos aleatoriamente.

### 5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

**5.5.1 Criterios de Inclusión:** Todos los estudiantes de bachillerato escogidos aleatoriamente del Colegio Benigno Malo de Cuenca 2015, de ambos sexos, de cualquier edad y que hayan firmado el consentimiento o asentimiento informado.

**5.5.2 Criterios de Exclusión:** Todos los estudiantes de bachillerato que no respondan el cuestionario, que no asistan el día de la aplicación del test, que tengan un problema de salud que les imposibilite participar, que rechacen o desistan participar en la investigación luego de haber firmado el consentimiento o asentimiento informado.



## 5.6 VARIABLES

Las variables que se tomaron en cuenta son: edad (años de vida), sexo (Masculino/Femenino), curso (primero, segundo, tercero de bachillerato), intento de suicidio (si/no), estructura familiar disfuncional (si/no), consumo de sustancias tóxica (si/no), bajo rendimiento académico (si/no), bullying (si/no) y problemas de pareja (si/no),

La operacionalización de las variables se detalla en el Anexo 1.

## 5.7 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Método: observación.

Técnica: aplicación de un test y un formulario.

Instrumentos: Test de desesperanza de Beck (Anexo 4) y un formulario que reúne varios test que valoran los factores de riesgo asociados: estructura familiar disfuncional (Apgar familiar), consumo de sustancias tóxicas (Test de ASSIST), bajo rendimiento académico (registro académico), acoso escolar (Test Bull-S) y problemas de pareja en los estudiantes (Test de CUVINO). (Anexo 5)

## 5.8 PROCEDIMIENTOS

**Autorización:** Se solicitará la autorización a la Directora Zonal de Educación Dra. María Eugenia Verdugo (Anexo 2) y al Director del Colegio Benigno Malo, Dr. Saúl Rubio Arias, mediante un oficio (Anexo 3).

**Capacitación:** Mediante revisión bibliográfica, y apoyo del Director de Tesis Dr. Ismael Morocho Malla.

**Supervisión:** La investigación será supervisada por el Director de Tesis Dr. Ismael Morocho Malla.





## **5.9 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

Para el análisis y tabulación de los datos se utilizará el programa SPSS. Los resultados serán presentados en tablas y gráficos según el caso, se utilizará porcentajes, proporciones, odds ratio, índice de confianza y valor de P; para el análisis se utilizara la estadística descriptiva, por ser un estudio de tipo cuantitativo transversal.

## **5.10 ASPECTOS ÉTICOS**

Para realizar la presente investigación es necesaria la intervención de menores de edad, por lo que se solicitará un asentimiento informado (Anexo 6) y un consentimiento informado de los padres (Anexo 7) que autoricen a sus hijos a participar en el estudio.

En el caso de los estudiantes mayores de edad solo será necesario el consentimiento informado. (Anexo 8)

La información obtenida será confidencial y únicamente destinada para esta investigación y faculta a las personas correspondientes a verificar la información.



## CAPITULO VI

### 6 RESULTADOS Y ANÁLISIS

#### 6.1 Resultados

Los estudiantes de bachillerato del Colegio Benigno Malo de la ciudad de Cuenca en el período 2015 seleccionados al azar fueron 257, de los cuales realizaron la encuesta 201, no asistieron el día de la aplicación de la encuesta 7, se retiraron del plantel educativo 2 y desistieron realizar la encuesta 47 estudiantes; a continuación presentamos un análisis descriptivo de las principales variables.

#### ANÁLISIS DESCRIPTIVO

##### **Características Demográficas de los Estudiantes de Bachillerato**

De los 201 estudiantes de bachillerato, la edad promedio fue 16,6 años, la edad mínima fue de 12 años y la máxima de 19 años. En cuanto al sexo hay un mayor predominio del sexo masculino con 72,6% con relación al sexo femenino con el 27,4%. El número de estudiantes por curso que participo en la encuesta no difiere con gran porcentaje siendo estos del 67% para primero de bachillerato, 72% para segundo de bachillerato y 62% para el tercero de bachillerato.

La desesperanza se ve en un 17,4% de los casos con un intento de suicidio del 25,9%.



**TABLA N°1: Distribución de los estudiantes de bachillerato del Colegio Benigno Malo, según características demográficas, Cuenca, 2015**

	NÚMERO	%	
EDAD*	15	39	19,4
	16	60	29,9
	17	43	21,4
	18	49	24,4
	19	10	5,0
SEXO	Masculino	146	72,6
	Femenino	75	27,4
CURSO	1ro Bachillerato	67	33,3
	2do Bachillerato	72	35,8
	3ro Bachillerato	62	38,8
DESESPERANZA	Si	35	17,4
	No	166	82,6
INTENTO SUICIDIO**	Si	52	25,9
	No	149	74,1
TOTAL	201	100,0	

\*Media:  $16,6 \pm 0,3$

\*\* El intento de suicidio es predominante en el sexo masculino con el 69,2% (36 estudiantes) en comparación con el sexo femenino con el 30,8% (16 estudiantes).



## **Factores de Riesgo de Suicidio en los Estudiantes de Bachillerato**

El bajo rendimiento académico se asocia en 39 veces más con la probabilidad de presentar riesgo de intento de suicidio, con un intervalo de confianza al 95% de 16,4 a 92,6, con una diferencia estadísticamente significativa. La disfunción familiar se asocia en 7,7 veces más con la probabilidad de presentar riesgo de intento de suicidio, con un intervalo de confianza al 95% de 3,3 a 17,9, con una diferencia estadísticamente significativa.

Los problemas de pareja se asocian en 16,3 veces más con la probabilidad de presentar riesgo de intento de suicidio, con un intervalo de confianza al 95% de 2,5 a 30,3, con una diferencia estadísticamente significativa. El consumo de sustancias se asocia en 5,3 veces más con la probabilidad de presentar riesgo de intento de suicidio, con un intervalo de confianza al 95% de 0,9 a 80,8, con una diferencia estadísticamente significativa.

El acoso escolar (bullying) se asocia en 0,9 veces más con la probabilidad de presentar riesgo de intento de suicidio, con un intervalo de confianza al 95% de 0,8 a 0,9, con una diferencia estadísticamente significativa.



**TABLA N°2: Distribución de los estudiantes de bachillerato del Colegio Benigno Malo, según factores de riesgo, Cuenca, 2015**

		RIESGO DE INTENTO DE SUICIDIO		OR	IC		Valor P
		Si	No		Inferior	Superior	
<b>RENDIMIENTO ACADÉMICO</b>	Bajo	6	5	39,0	16,4	92,6	0,000
	Normal	0	190				
<b>DISFUNCIÓN FAMILIAR</b>	Si	24	43	7,7	3,3	17,9	0,000
	No	9	125				
<b>PROBLEMAS DE PAREJA</b>	Si	9	38	16,3	2,5	30,3	0,000
	No	4	150				
<b>CONSUMO DE SUSTANCIAS</b>	Si	4	61	5,3	0,9	80,8	0,039
	No	1	135				
<b>BULLYING</b>	Si	7	105	0,9	0,8	0,9	0,015
	No	1	89				



La edad se asocia en 0,7 veces más con la probabilidad de presentar riesgo de intento de suicidio, con un intervalo de confianza al 95% de 0.4 a 1.4, con una diferencia estadísticamente significativa. En cuanto al sexo, se asocia en 0,9 veces más con la probabilidad de presentar riesgo de intento de suicidio, con un intervalo de confianza al 95% de 0.4 a 1.8, con una diferencia estadísticamente significativa.

Por otra parte el año educativo se asocia en 0,8 veces más con la probabilidad de presentar riesgo de intento de suicidio, pero no presenta una diferencia estadísticamente significativa.

**TABLA N°3: Distribución de los estudiantes de bachillerato del Colegio Benigno Malo, según factores de riesgo demográficos, Cuenca, 2015**

		INTENTO DE SUICIDIO		OR	IC		Valor P
		Si	No		Inferior	Superior	
<b>EDAD</b>	14-16	23	76	0,7	0,4	1,4	0,248
	17-19	29	73				
<b>SEXO</b>	Masculino	37	109	0,9	0,4	1,8	0,456
	Femenino	15	40				
<b>CURSO</b>	1ro Bachillerato	18	49	0,8	-	-	0,651
	2do Bachillerato	16	56				
	3ro Bachillerato	18	44				



## CAPITULO VII

### 7. DISCUSIÓN

Emile Durkheim escribió en 1900 una de las teorías más importantes del suicidio a nivel social: “la evolución del suicidio está compuesta por ondas de movimientos sucesivos distintos, que tienen lugar por impulsos. Se desenvuelven durante un tiempo deteniéndose después. Inseguridad.” (Durkheim, 1990)

Según la directora general de la OMS, Margaret Chan, los suicidios son una gigantesca tragedia cuya cifra ascendió a más de 800.000 en 2012 en todo el mundo, aparte de las muchas personas que intentan quitarse la vida sin lograrlo. Además subraya que en el 2012 la tasa de suicidio en Ecuador, respecto al año 2000, aumentó un 3,4 %. En la división por sexo, la tasa de suicidios femeninos disminuyó un 8 %, mientras subieron un 9 % los suicidios masculinos. (35)

De ahí que el suicidio se convierte en un problema de salud en donde se ve involucrado varios factores tanto internos como externos que influyen en la toma de decisión. Tras un amplio análisis de los resultados obtenidos en nuestra investigación, encontramos que nuestra realidad es digna de discusión y análisis.

De los 201 estudiantes que realizaron la encuesta 35 (17.4%) fueron positivos para desesperanza según la escala de Beck aplicada, y 52 (25.9%) personas tuvieron al menos un intento de suicidio.

En nuestro estudio también se encontró que la mayoría de estudiantes que tuvieron al menos un intento de suicidio tenían edades de entre 17 y 19 años en su mayoría hombres (36 estudiantes). Resultados muy parecidos se evidenciaron en un estudio realizado por Timbe en el año 2014, en donde se averigua la prevalencia de intento de suicidio en pacientes que acudieron al



Hospital Homero Castanier Crespo en la Ciudad de Azogues en periodo 2010-2012, en donde los jóvenes de entre 10 a 20 años (49%) constituyeron el grupo con más alto riesgo de intento de suicidio, seguido de los adultos de entre 21 a 30 años con 27%. (36)

Así mismo corrobora nuestros resultados, estudios realizados por los Doctores Fabricio González y Ramiro López, autores del estudio 'Aspectos epidemiológicos sobre los suicidios en Ecuador', los intentos de suicidio tienen un mayor predominio en personas mestizas de entre 15 a 50 años, que usan como método el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación en primer lugar, o mediante el uso de productos químicos como los plaguicidas. El acto lo llevan a cabo usualmente en su propia vivienda en su mayoría hombres, en relación de 2 a 1. (37)

En otro estudio realizado en Colombia en donde se estudia el comportamiento del suicidio durante el año 2013, acorde con las cifras reportadas por el Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV), según distribuciones de variables en espacio, tiempo y lugar; de los 1.810 suicidios registrados durante el año 2013, el 80,7% corresponde a hombres con un total de 1.461 casos y el 19,3% a mujeres con un total de 349; por cada mujer se quitan la vida 4 hombres. Según la distribución por grupos de edad, las tasas más altas de suicidio por cada 100.000 habitantes se presentaron en los grupos etarios correspondientes a 18-19 años (6,74%), 20-24 años (6,54%), 25-29 años (5,63%), 30-34 años (5,55%) y en la población adulto mayor en el grupo correspondiente a los 70-74 años (5,43%). (38)

El objeto de nuestro estudio además es conocer los factores que influyen en la toma de la decisión de este acto autodestructivo. Así encontramos que la disfunción familiar (11,9%) fue el factor que más influencio en los estudiantes, seguido de problemas de pareja (4,4%), bullying (3,4%) rendimiento académico (2,9%) y consumo de sustancias (1,9%).





Nuestros resultados se asemejan a los obtenidos en un estudio realizado en Cuba cuya finalidad era identificar los factores que se asocian con el intento suicida en la población de adolescentes en la provincia Sancti Spíritus durante el segundo semestre del 2006, los mismos que fueron notificados al Centro Provincia de Higiene y Epidemiología (CPHE) de esa provincia. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: los problemas con la familia en primer lugar, seguido de los problemas en la escuela para el grupo de 10 a 14 años (33,3% y 28,6%, respectivamente); en tanto que en el grupo de 15 a 19 años predominaron los problemas con la pareja (43,0 %) y luego los problemas de la familia (33,0 %). (39)

En otro estudio de adolescentes con intento de suicida realizado en el Servicio de Medicina del adolescente del Hospital Infantil del Estado de Sonora en el periodo de mayo 1998 a agosto del 2009, en donde participaron 170 adolescentes dieron como resultado entre otros factores asociados: la falta de comunicación con los padres 116 casos 68.2%, desorganización familiar 108 casos 63.5% y poca o ninguna religiosidad 104 casos 61%. La causa desencadenante fue discusión familiar en 47 casos 27.6%. (40)



## CAPITULO VIII

### 8. CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue identificar el riesgo de suicidio y los factores asociados en estudiantes de bachillerato del Colegio Benigno Malo, para lo cual se tomó como muestra a 201 estudiantes de entre 14 y 19 años, este grupo estuvo conformado por 146 hombres y 55 mujeres.

De los 201 estudiantes de bachillerato, la edad promedio fue 16,6 años, la edad mínima fue de 12 años y la máxima de 19 años. En cuanto al sexo hay un mayor predominio del sexo masculino con 72,6% con relación al sexo femenino con el 27,4%. El número de estudiantes por curso que participo en la encuesta no difiere con gran porcentaje siendo estos del 67% para primero de bachillerato, 72% para segundo de bachillerato y 62% para el tercero de bachillerato.

En este estudio aplicamos la escala de Beck, con la cual encontramos un nivel de desesperanza de 17.4%, y un 25.9% de intento de suicidio (52 estudiantes) con predominio del sexo masculino con el 69.2% (36 estudiantes).

Al ser el suicidio un problema de salud pública y al evidenciarse un aumento progresivo, consideramos importante analizar los factores que pueden de alguna manera influir a la hora de intentar o llevar a cabo este acto autodestructivo.

En el presente estudios se encontró que la disfunción familiar es el factor que más afecta a los estudiantes y el que tiene mayor influencia en la decisión de un intento de suicidio, seguido de los problemas de pareja, bullying o acoso escolar, además se concluyó que el rendimiento escolar, y las bajas calificaciones no tiene mayor influencia a la hora de planear un acto autodestructivo, al igual que el consumo de sustancias.



Tras esta ambiciosa y ardua investigación esperamos cumplir con el propósito de publicar y difundir los resultados obtenidos en la revista de la facultad de Ciencias Médicas, así como facilitar esta información al Colegio Benigno Malo, para que un conocimiento más real del riesgo de suicidio a los que están expuestos los estudiantes de bachillerato.

Al igual que esperamos incentivar a futuras investigaciones que traten temas más específicos acerca del suicidio y que están enfocados a nuestra realidad, para combatir eficazmente este problema de salud que afecta especialmente a la población adolescente.



## CAPITULO IX

### 9. RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación ratifican que el suicidio puede ser un acto prevenible y nos confirma la necesidad de aplicar estrategias y acciones de prevención, detección, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno sobre el intento de suicidio.

Al ser el suicidio un problema de salud pública, se debe promover acciones que comprometan a todos los agentes implicados tanto profesionales sanitarios, sociales como familiares; así recomendamos:

- Implementar asesoramiento e información sobre temas relacionados con el autoestima, mejor calidad de vida, salud física y mental en todas las instituciones desde temprana edad.
- Promover una educación integral en los adolescentes, en donde la participación familiar sea un pilar fundamental.
- Crear un compromiso con los medios de comunicación, contando con una cobertura responsable sobre noticias relacionadas con el suicidio para que la población tenga conocimiento real y verídico sobre de la realidad.
- Capacitar al personal docente de las instituciones para que puedan reconocer oportunamente signos que orienten a un posible intento de suicidio, para poder actuar tempranamente.
- Implementar en las instituciones intervenciones psicoterapéuticas como parte del tratamiento ante una conducta suicida, que constituya una terapia interpersonal, familiar y psicodinámica.



La OMS nos dice que no todos los suicidios pueden ser prevenidos, pero la gran mayoría sí. Desarrollando e implementado estrategias y planes nacionales de prevención, así como intervenciones a nivel local, se puede bajar considerablemente los índices de suicidio.

Estrategias exitosas para la prevención del suicidio incluyen:

1. Establecer programas de prevención en las comunidades.
2. Establecer pautas para reportajes en los medios de comunicación.
3. Involucrarse directamente con profesionales de primera línea adiestrándolos en “gatekeeping.”

La lista de antes mencionada enumera algunos ejemplos de estrategias para la prevención del suicidio que han demostrado efectividad en la reducción de las tasas de suicidio. Ciertamente, esta lista no es muy exhaustiva. La Asociación Internacional Para la Prevención del Suicidio (IASP, por sus siglas en inglés) solicita su apoyo y participación para el desarrollo y la diseminación de programas para la prevención del suicidio que tengan la evidencia de haber funcionado alrededor del mundo. Ya es hora de que todos los países del mundo exploren estrategias de salud pública para la prevención del suicidio. (41)

## CAPITULO X

### 10. BIBLIOGRAFÍA

#### 10.1 Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud, Prevención del Suicidio (SUPRE), agosto 2012. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)
2. Colman I., Swanson S., Asociación entre la exposición al suicidio y las tendencias suicidas en la juventud, Revista de Asociación Médica Canadiense, Volumen 185, Número 10, Canadá, 2013.
3. Betancourt A., El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso, FLACSO Sede Ecuador, Programa Estudios de la Ciudad, Ecuador, 2008. Disponible: <http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=20867>
4. Cerna E., Nivel de riesgo suicida en la población adolescente escolar de la I.E. N° 3051 del AA.HH. El Milagro de Lima Metropolitana e I.E. N° 21554 del Centro Poblado Palpa - Huaral, Lima, 2011
5. Organización Mundial de la Salud, Prevención de suicidio un imperativo global, 2014. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide\\_prevention/exe\\_summary\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/suicide_prevention/exe_summary_spanish.pdf)
6. Organización Panamericana de la Salud, Mortalidad por suicidio en los Andes, informe regional, México D.F. – México, 2014.
7. Ministerio de sanidad, política social e igualdad, Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, Edición 2012, España, 2012.
8. Aláez M., Tipos de Suicidio, España, 2013. Disponible en: [http://suite101.net/article/tipos-de-suicidio-a42492#.VN1Se\\_I5Pgs](http://suite101.net/article/tipos-de-suicidio-a42492#.VN1Se_I5Pgs)



9. Ministerio de sanidad y política social, Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, Edición 2007-2009, España, 2009
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Realidad, datos y espacio, revista internacional de estadística y geografía, Volumen 5, Número 3, México, 2014
11. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Principales causas de muerte, Ecuador, 2010.
12. Velasco A., Alto índice de suicidio en el Ecuador, septiembre 2012. Disponible en: <http://diariocentinel.com.ec/alto-indice-de-suicidio-en-el-ecuador/>
13. Cabra O, Infante D., Sossa F., El suicidio y factores asociados en niños y adolescentes, Revista Médica Sanitas, Volumen 13, Número 2, Bogotá – Colombia, 2010.
14. Ministerio de Chile, Situación actual del suicidio adolescente en Chile con perspectiva de género, Chile, diciembre, 2013. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SituacionActualdelSuicidioAdolescente.pdf>
15. Garduño A., Gómez K., Peña A., Suicidio en adolescentes, México, 2011.
16. Reynalte A., Disfuncionalidad familiar, Colombia, 2010.
17. Vargas H., Saavedra J., Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes, Revista de Neuropsiquiatría, Volumen 75, Número 1, Perú, 2012.
18. Rodríguez H., García I., Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio de suicidio de niños y adolescentes en Uruguay, Revista Médica Uruguaya, Volumen 21, Número 2, Monte Video - Uruguay, 2010.
19. Enríquez C., Segovia A., Tovar J., Factores de riesgo asociado a bajo rendimiento académico en escuelas en Bogotá, Investigaciones Andina, Volumen 15, Número 26, Pereira – Colombia, 2013.



20. Riveros A., Rubio T., Candelario J., Mangin M., Características psicológicas y desempeño académico en universitarios de profesiones de pronta ocupación, *Revista Latinoamericana de Psicología*, Volumen 45, Número 2, Bogotá – Colombia, 2013.
21. Merayo M., *Acoso escolar*, Editorial CEAPA, Primera edición, Madrid – España, 2013.
22. Valadez, I., Amezcua, R., González, N., Montes, R. & Vargas, V., Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, Volumen 9, Número 2, México, 2011.
23. Navas W., *Acoso escolar entre estudiantes, la epidemia silenciosa*, San José – Costa Rica, 2013.
24. Observatorio de drogas de Colombia, *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*, 2014. Disponible en: [www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](http://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf)
25. Ocampo R., Bojorquez L., Cortés M., *Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006*, Volumen 51, Número 4, México, 2009.
26. Mejía M., Sanhueza P., Gonzáles J., *Factores de riesgo y contexto de suicidio*, *Revista Memoriza*, Volumen 15–25, Número 8, Chile, 2011.
27. Huapaya D., *Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima*, 2009, Lima – Perú, 2010.
28. Mikulic., *Actualizaciones de las normas de la escala de desesperanza bhs (beck, 1974; adaptación Argentina: Mikulic, 1998)*, Buenos Aires-Argentina, 2014.
29. Mikulic., *Técnicas y procesos de evaluación psicológica. Escala de desesperanza bhs (a. beck, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la adaptación argentina*, Buenos Aires-Argentina, 2010.





30. Forero A., Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria, Revista Colombiana de Psiquiatría, Volumen 35, Número 1, Bogotá-Colombia, 2006.
31. Suárez m., APGAR familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar, La Paz – Bolivia, 2014.
32. Organización Mundial de la Salud, ASSIST: La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), Manual para uso en la atención primaria, 2011.
33. Cerezo F., Aplicabilidad del test Bull-S versión 2.2 para la evaluación del bullying, Murcia-España, 2014.
34. Rodríguez L., López J., Rodríguez F., Bringas C., Bellerín M., Estrada C., Validación del Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO) en jóvenes hispanohablantes: Análisis de resultados en España, México y Argentina, Anuario de psicología clínica y de la salud, número 6, Sevilla-España, 2010.
35. El Universo, Suicidios en Ecuador aumentaron 3,4%, revista digital, 2014. Disponible en: [www.eluniverso.com/vida-estilo/2014/09/04/nota/3711351/suicidios-ecuador-aumentaron-34-2000-2012-segun-oms](http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2014/09/04/nota/3711351/suicidios-ecuador-aumentaron-34-2000-2012-segun-oms)
36. Timbe D., Villa A., Prevalencia de suicidio y factores de riesgo en pacientes que acudieron al Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues, 2010-2012.
37. Últimas noticias, 6 mil suicidios, 8 años, diario digital, 2010. Disponible en: [www.ultimasnoticias.ec/noticias/1012-6-mil-suicidios-8-anos.html](http://www.ultimasnoticias.ec/noticias/1012-6-mil-suicidios-8-anos.html)
38. Cifuentes S., Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013.
39. Cortés A., Aguilar J., Medina R., Toledo J., Echemendía B., Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spíritus, Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, Volumen 48, Número 1, Cuba, 2010.



40. Vázquez A., Alcantar M., Factores asociados al intento de suicidio en adolescentes, México, 2010.
41. Asociación internacional para la Prevención del Suicidio, septiembre, 2010.



## ANEXOS

### Anexo N°1

#### Variables

Variable Dependiente	Variable Independiente	Variable Interviniente
Intento de Suicidio	Factores Asociados: <ul style="list-style-type: none"><li>• Estructura familiar disfuncional</li><li>• Consumo de sustancias tóxicas</li><li>• Bajo rendimiento académico</li><li>• Bullying</li><li>• Problemas de pareja</li></ul>	Edad Sexo

#### Operacionalización de la Variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que lleva existiendo una persona o ser vivo desde su nacimiento.	Años cumplidos	Edad	Numérica
Sexo	Características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer.	Sexo	Sexo	Masculino Femenino
Curso	Se constituye en la unidad estructural de la formación académica.	Nivel educativo	Nivel educativo	Primero de Bachillerato Segundo de Bachillerato Tercero de Bachillerato
Intento de suicidio	Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado	Nivel Psicológico	Test de desesperanza de Beck	Desesperanza Alta (riesgo de suicidio) Desesperanza Baja (no riesgo)



	fatal, para la que existe intencionalidad de provocarse la muerte.			de suicidio)
Estructura familiar disfuncional	Tipo de familia conflictiva o en la que se suceden conflictos, que la hacen no funcional, en la sociedad en la cual se encuentra.	Nivel familiar	APGAR Familiar	Si No
Consumo de sustancias tóxicas	Son productos químicos cuya fabricación, procesado, distribución, uso y eliminación representan un riesgo inasumible para la salud humana y el medio ambiente.	Nivel social	Test de ASSIST	Si No
Bajo rendimiento académico	Descenso en las calificaciones y desempeño escolar.	Nivel educativo	Registro académico	Mayor o igual a 7 (buen rendimiento) Menor a 7 (bajo rendimiento)
Acoso escolar (bullying)	Cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de forma reiterada a lo largo de un	Nivel Psicológico	Test Bull – S	Si No



	tiempo determinado.			
Problemas de pareja	estado de insatisfacción individual asociado con la relación de pareja	Nivel social	Test de CUVINO	Si No



## Anexo N°2

Cuenca, 22 de mayo del 2015

Doctora  
María Eugenia Verdugo  
Directora Zonal de Educación  
Ciudad.-

De nuestras consideraciones:

Nosotras Jessica Tamara Chaca Cordero y Rossana Carolina Idrovo Landy por medio de la presente, solicitamos de la manera más cordial se nos autorice realizar la investigación del tema: RIESGO DE SUICIDIO Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO BENIGNO MALO, CUENCA, 2015; esta investigación nos servirá como trabajo de tesis para la obtención del título de Médico de la Universidad de Cuenca.

Sin otro particular, suscribimos,

Atentamente,

Jessica Chaca C.  
C.I. # 0302083597

Carolina Idrovo L.  
C. I. # 0106069610



### Anexo N°3

Cuenca, 22 de mayo del 2015

Doctor

Saúl Rubio Arias

Director del Colegio Benigno Malo

Ciudad.-

De nuestras consideraciones:

Nosotras Jessica Tamara Chaca Cordero y Rossana Carolina Idrovo Landy por medio de la presente, solicitamos de la manera más cordial se nos autorice realizar la investigación del tema: RIESGO DE SUICIDIO Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO BENIGNO MALO, CUENCA, 2015; así como se nos permita el acceso al registro de calificaciones de los estudiantes participantes; esta investigación nos servirá como trabajo de tesis para la obtención del título de Médico de la Universidad de Cuenca.

Sin otro particular, suscribimos,

Atentamente,

Jessica Chaca C.

C.I. # 0302083597

Carolina Idrovo L.

C. I. # 0106069610

**Anexo N°4****ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK**

Se trata de una escala auto administrada.

Por favor, señale con una "X" si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuesta son Verdadero o Falso.

	VERDADERO	FALSO
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.		
7. Mi futuro me parece oscuro.		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo.		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera.		
15. Tengo una gran confianza en el futuro.		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.		
18. El futuro me parece vago e incierto.		
19. Espero más bien épocas buenas que malas.		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.		





## Anexo N°5

### Formulario

**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

FORMULARIO PARA EVALUAR EL RIESGO DE SUICIDIO Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO BENIGNO MALO, CUENCA, 2015.

Instrucciones: Marcar con una "X" en la opción que usted considere adecuada en cada pregunta y justifique la respuesta. Responder el cuestionario con seriedad y honestidad.

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: F\_\_\_ M\_\_\_

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

1. Por algún problema familiar ¿ha pensado o intentado suicidarse?

Si\_\_\_ No\_\_\_

¿Cuál \_\_\_\_\_ fue \_\_\_\_\_ el  
problema? \_\_\_\_\_

2. ¿El consumo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, drogas) le ha llevado a querer suicidarse?

Si\_\_\_ No\_\_\_

¿Por  
qué? \_\_\_\_\_



3. ¿Por tener bajas calificaciones ha pensado o intentado suicidarse?

Si\_\_\_ No\_\_\_

¿Por qué?\_\_\_\_\_

4. En alguna ocasión en la que haya sufrido de bullying. ¿Le ha llevado a pensar o intentar suicidarse?

Si\_\_\_ No\_\_\_

¿Por qué?\_\_\_\_\_

5. Por algún problema con su pareja. ¿Ha pensado o intentado suicidarse?

Si\_\_\_ No\_\_\_

¿Cuál fue el problema?\_\_\_\_\_

Responsables: Jessica Chaca, Carolina Idrovo.



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

FORMULARIO PARA EVALUAR EL RIESGO DE SUICIDIO Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DEL COLEGIO BENIGNO MALO, CUENCA, 2015.

Instrucciones: Marcar con una "X" en la opción que usted considere adecuada en cada pregunta.

**Consumo de Sustancia Tóxicas (alcohol, tabaco, drogas)**

A lo largo de su vida, ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez</u> ?	No	Si
1. Tabaco (cigarrillo, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		
2. Bebidas alcohólicas		
3. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)		
4. Cocaína (coca, crack, base, etc.)		
5. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		
6. Inhalantes (colas, gasolina, pegamento, etc.)		
7. Tranquilizantes o pastillas para dormir		
8. Alucinógenos		
9. Opiáceos		
10. Otros, especifique:		

**Relación de Pareja**

	No	Si
11. Deja de hablarte o desaparece por varios días, sin dar explicaciones.		
12. Llega tarde a las citas, no cumple lo prometido, se muestra irresponsable.		
13. No reconoce responsabilidad alguna sobre la relación de pareja.		
14. Ha ignorado tus sentimientos.		
15. Te manipula con mentiras.		
16. Te ha ridiculizado, insultado o maltratado.		
17. Te ha tratado como un objeto sexual.		
18. Invade tu espacio.		
19. Amenaza con suicidarse o hacerse daño si lo/la dejas.		
20. Te habla sobre relaciones que imagina que tienes.		



<b>Estructura Familiar</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi siempre</b>
21. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
22. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
23. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
24. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
25. ¿Siente que su familia le quiere?			

### **Acoso Escolar (Bullying)**

Anota el orden en que considere, iniciando desde 1 (el más importante):

1. Las agresiones suelen ser:

Insultos y amenazas \_\_\_\_

Maltrato físico \_\_\_\_

Rechazo \_\_\_\_

Otras formas \_\_\_\_

2. ¿Dónde suelen ocurrir las agresiones?

Aula \_\_\_\_ Patio \_\_\_\_ Pasillos \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_

Señala solo una respuesta

3. ¿Con qué frecuencia ocurren las agresiones?

Todos los días \_\_\_\_ 1-2 veces por semana \_\_\_\_

Rara vez \_\_\_\_ Nunca \_\_\_\_

4. ¿Crees que estas situaciones encierran gravedad?

Poco o nada \_\_\_\_ Regular \_\_\_\_ Bastante \_\_\_\_ Mucho \_\_\_\_

5. ¿Te encuentras seguro/a en el centro escolar?

Poco o nada \_\_\_\_ Regular \_\_\_\_ Bastante \_\_\_\_ Mucho \_\_\_\_

**Anexo N°6****ASENTIMIENTO INFORMADO**

Señor/Señorita Estudiante.

Nosotras Jessica Chaca, Carolina Idrovo estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos realizando nuestro trabajo de tesis sobre “Riesgo de suicidio y factores asociados en los estudiantes de bachillerato del Colegio Benigno Malo, Cuenca, 2015.”, como requisito para obtener el título de médico.

El suicidio es un problema que va en aumento y los adolescentes son la población más vulnerable, por lo que hemos visto necesario investigar sobre la realidad de este fenómeno en nuestro medio.

Los estudiantes fueron escogidos aleatoriamente, se les aplicará un test y un formulario con preguntas relacionadas a la investigación. La participación en la presente investigación es voluntaria, no presenta daño para el/la estudiante, así como ningún costo para la Institución o para los padres de familia, se guardará confidencialidad y será de uso único para el trabajo de investigación.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y comprendo los objetivos, procedimientos, beneficios y resultados para los que se realizará el trabajo de investigación, por lo que de mi libre voluntad acepto formar parte de la presente investigación.

Firma: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

**Anexo N°7****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Señores Padres de familia.

Nosotras Jessica Chaca, Carolina Idrovo estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos realizando nuestro trabajo de tesis sobre “Riesgo de suicidio y factores asociados en los estudiantes de bachillerato del Colegio Benigno Malo, Cuenca, 2015.”, como requisito para obtener el título de médico.

El suicidio es un problema que va en aumento y los adolescentes son la población más vulnerable, por lo que hemos visto necesario investigar sobre la realidad de este fenómeno en nuestro medio.

Los estudiantes fueron escogidos aleatoriamente, se les aplicará un test y un formulario con preguntas relacionadas a la investigación. La participación en la presente investigación es voluntaria, no presenta daño para el/la estudiante, así como ningún costo para la Institución o para los padres de familia, se guardará confidencialidad y será de uso único para el trabajo de investigación.

Yo \_\_\_\_\_, representante de \_\_\_\_\_, he leído y comprendo los objetivos, procedimientos, beneficios y resultados para los que se realizará el trabajo de investigación, por lo que de mi libre voluntad acepto que mi hijo/a forme parte de la presente investigación.

Firma: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

**Anexo N°8****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Señor/Señorita Estudiante.

Nosotras Jessica Chaca, Carolina Idrovo estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos realizando nuestro trabajo de tesis sobre “Riesgo de suicidio y factores asociados en los estudiantes de bachillerato del Colegio Benigno Malo, Cuenca, 2015.”, como requisito para obtener el título de médico.

El suicidio es un problema que va en aumento y los adolescentes son la población más vulnerable, por lo que hemos visto necesario investigar sobre la realidad de este fenómeno en nuestro medio.

Los estudiantes fueron escogidos aleatoriamente, se les aplicará un test y un formulario con preguntas relacionadas a la investigación. La participación en la presente investigación es voluntaria, no presenta daño para el/la estudiante, así como ningún costo para la Institución o para los padres de familia, se guardará confidencialidad y será de uso único para el trabajo de investigación.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y comprendo los objetivos, procedimientos, beneficios y resultados para los que se realizará el trabajo de investigación, por lo que de mi libre voluntad acepto formar parte de la presente investigación.

Firma: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_