

UCUENCA

Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Medicina Legal y Forense

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A SUICIDIO REGISTRADOS EN LA OFICINA TECNICA FORENSE LAGO AGRIO, PERIODO 2016 – 2020

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Magíster
en Medicina Legal y Forense

Autor:

Jheiccoff David Castillo Mora

CI: 2100151477

Correo electrónico: jheiccoffdcm@hotmail.com

Director:

Luis Eduardo Cely Espitia

CI: 1722831482

Cuenca, Ecuador

06 diciembre 2022

Resumen:

Antecedentes: El suicidio es un conflicto de salud pública que afecta a los individuos sin igual. Desde un punto de vista médico legal, resulta significativo identificar los factores que se le asocian, para entenderlo a cabalidad.

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores asociados a suicidio registrados en la Oficina Técnica Forense Lago Agrio, periodo 2016 – 2020.

Metodología: El estudio se realizó con un enfoque cuantitativo, observacional, analítico, transversal y retrospectivo. Se ejecutó en la Oficina Técnica Forense Lago Agrio, con universo de 315 expedientes, correspondientes a las muertes violentas intencionales suscitadas. La información fue tomada en una ficha de recolección de datos con las variables del estudio. Mediante estadística descriptiva se obtuvieron frecuencias, porcentajes y medias. Se aplicó chi-cuadrado y reportó odds ratio, intervalo de confianza del 95% y valor de p.

Resultados: El suicidio afectó predominantemente a individuos de entre 21 y 39 años (57,72%), hombres (77,24%), solteros (75,6%), con instrucción primaria (58,54%), residentes en zona rural (60,16%) y de etnia mestiza (73,98%). El método más común fue por asfixia (54,47%). Los casos predominaron en el tercer trimestre del año (32,52%), en horario nocturno (51,22%) y en el domicilio (82,92%).

Conclusiones: De entre las muertes las muertes violentas intencionales (N=315) el suicidio representó el 39,05% de los casos reportados entre 2016 – 2020. Se obtuvo que la edad menor de 25 años (OR=2,32; IC95%=1,37-3,92; p.=0) y el lugar de ocurrencia en el domicilio (OR=9,27; IC95%=5,31-16,17; p.=0), constituyeron factores de riesgo asociado.

Palabras clave: Suicidio. Muerte. Violencia.

Abstract:

Background: From a medicolegal perspective, homicide is a serious social problem that exerts its direct effect on the population, understood as a phenomenon, only the study of its characteristics would allow us to understand its behavior in the community.

Objectives: The objective of this study was to determine the frequency and characterization of homicide methods registered at the Lago Agrio Forensic Technical Office, 2016 - 2020.

Methodology: The research was carried out with a quantitative, observational, descriptive, cross-sectional and retrospective approach. It was carried out at the Lago Agrio Forensic Technical Office, with a universe of 192 files, corresponding to registered homicides. The study variables were sociodemographic, criminalistic or forensic, and forensic medicine. Using descriptive statistics, the results were obtained.

Results: Homicide affected more individuals between 18 and 50 years of age (74.48%), men (83.85%), Ecuadorians (84.38%), singles (68.75%). Those perpetrated with a firearm (52.6%) predominated. There were no signs of seasonality in the monthly distribution of homicides, however, night hours (52.21%) and public areas (59.38%) were preferred at crime scenes. Multiple injuries predominated for each method of homicide except asphyxiation, while the anatomical regions affected varied according to the weapon used in the crime.

Conclusions: It was possible to determine the frequency and characteristics of homicide methods, providing elements that can consolidate intervention strategies in the population.

Keywords: Homicide. Violence. Death. Causes of death.

Índice


1. INTRODUCCIÓN	7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
3. JUSTIFICACIÓN	9
4. FUNDAMENTO TEÓRICO	11
5. HIPÓTESIS	15
6. OBJETIVOS	15
6.1. Objetivo general.....	15
6.2. Objetivos específicos	15
7. DISEÑO METODOLÓGICO	16
7.1. Tipo de investigación	16
7.2. Área del estudio	16
7.3. Universo y muestra	16
7.4. Criterios de inclusión y exclusión	16
7.5. Variables de estudio	16
7.6. Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de la información ...	16
7.7. Procedimiento del estudio.....	17
7.8. Procesamiento de los datos o la información	17
7.9. Consideraciones éticas.....	18
8. RESULTADOS	19
9. DISCUSIÓN	23
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	26
10.1. Conclusiones	26
10.2. Recomendaciones	27
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS	30

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Jheiccoff David Castillo Mora, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A SUICIDIO REGISTRADOS EN LA OFICINA TECNICA FORENSE LAGO AGRIO, PERIODO 2016 – 2020", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN 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 este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 06 de diciembre de 2022



Jheiccoff David Castillo Mora

C.I: 2100151477

Cláusula de Propiedad Intelectual

Jheiccoff David Castillo Mora, autor del trabajo de titulación "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A SUICIDIO REGISTRADOS EN LA OFICINA TECNICA FORENSE LAGO AGRIO, PERIODO 2016 – 2020", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 06 de diciembre de 2022



Jheiccoff David Castillo Mora

C.I: 2100151477

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio se puede definir como cualquier acto deliberado por el cual la muerte de un individuo resulta directa o indirectamente de una lesión autoinfligida. Es un problema de salud mundial, que se sitúa entre la cuarta y la vigésima causa de mortalidad para cualquier región del mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un millón de personas en el mundo mueren de esta causa cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos. En 2012, representó el 1,4% de todas las muertes a nivel mundial, y la mayoría en países de ingresos bajos y medianos(1,2).

Se estima que alrededor del 30% de los suicidios globalmente se cometen por intoxicación con plaguicidas, ahorcamientos o armas de fuego, los medios dependen en gran medida de la disponibilidad y acceso al objeto letal utilizado por la persona(1).

Debido a que es un serio problema de salud pública, precisa su intervención, pero desafortunadamente su prevención y control no son tarea fácil. Investigaciones más recientes señalan que la prevención del suicidio si bien es posible, comprende una serie de actividades que se enfocan en la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación y el control sociocultural de los factores de riesgo(3). Por lo tanto, la difusión adecuada de la información y una campaña de sensibilización ante la problemática son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención.

En Ecuador se determinó que hubo 9 suicidios por cada 100.000 habitantes en el 2014, teniendo entre los países andinos, la segunda tasa más alta, por delante de Colombia y Perú y detrás de Bolivia(1). El suicidio es un problema multifactorial, y aunque en nuestro país se han documentado claramente varios factores asociados desde un punto de vista sociodemográfico y psicosocial; son pocos los informes que describen las características medicolegales de este tipo de muerte violenta intencional. A nivel local, en el Centro Forense de Sucumbíos existe sólo un estudio epidemiológico de muertes violentas sucedidas en el 2016(4).

En este contexto, el presente proyecto pretende responder a la falta de datos sobre la prevalencia y factores asociados al suicidio, determinando su impacto local en la salud pública y medicina legal. Los resultados ayudarán a mejorar la capacidad de formular estrategias y políticas para prevenirlo.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio es un conflicto de salud pública global con una enorme carga económica, social y psicológica para las personas, las familias, las comunidades y toda la sociedad. En 2012, fue la decimoquinta causa de muerte a nivel mundial, abarcando 1,4% del total de defunciones lo que se tradujo en casi un millón de suicidios; representó, casi la mitad de todas las muertes violentas para hombres y más de 70% para mujeres(5,6).

La mayoría de los suicidios ocurren en países en vías de desarrollo. Latinoamérica y el Caribe presentan tasas relativamente bajas de suicidio (6,1 por 100.000 habitantes), pero en los últimos 20 años han incrementado en toda la región(6).

El grupo poblacional de 15 a 24 años de edad ha recibido enorme cuidado por los entes de salud con respecto al suicidio(7), porque en ellos representa la segunda causa de muerte y, además, se ha generado un incremento de su frecuencia en las últimas décadas, sobre todo en países en vías de desarrollo. En Ecuador figura entre 15 y 20% de las defunciones por causas externas en este grupo de edad, en Colombia, este porcentaje representa entre 7 y 11% de estos fallecimientos, y en Perú, entre 6 y 7%(8).

En Ecuador, durante un período de 15 años desde 2001 hasta 2015, un total de 13.024 muertes se atribuyeron a lesiones autoinfligidas, con una tasa general de mortalidad por suicidio a nivel nacional de 7,5 por cada 100.000 muertes. Los hombres tenían 3 veces más probabilidades que las mujeres de morir por suicidio, siendo más afectados los adolescentes y adultos jóvenes. La mayor tasa de suicidio se registró en la provincia de Carchi (12,7 por 100.000) y las provincias de las tierras altas tuvieron tasas más altas que las ubicadas al nivel del mar (9 frente a 4,5 por 100.000)(1).

Las causas del suicidio siempre se han considerado como un constructo multifactorial(9).

Estudios han identificado varios factores de riesgo individuales para el suicidio: sexo masculino, edades jóvenes, raza blanca, solteros, nivel económico y escolaridad baja, tener algún trastorno psiquiátrico, entre otros(1,3,8–11). Así como también factores de riesgo asociados con el sistema de salud y con la sociedad en general: dificultades para acceder a la atención de salud y recibir la asistencia necesaria; la fácil disponibilidad de los medios que se utilizan para suicidarse; y el sensacionalismo de los medios de difusión en lo concerniente a los suicidios(5).

Los mencionados factores de riesgo con un correcto análisis resultan identificables y potencialmente prevenibles. Por ende, un tratamiento temprano y adecuado podría contribuir al bienestar de los sujetos y reducir sustancialmente los casos de suicidio(9).

Si bien, se cuenta con datos estadísticos que revelan el comportamiento del suicidio y sus factores asociados a nivel mundial, se nota una falencia en el análisis local de esta problemática, de ello surge la necesidad de conocer si los datos globales encasillan localmente, preguntándose ¿cuál es la prevalencia y factores asociados a suicidios registrados en la Oficina Técnica Forense Lago Agrio, periodo 2016 - 2020?

3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio responde a la necesidad de conocer la prevalencia y factores asociados a suicidios localmente, desde una perspectiva médica legal y forense. Se sitúa dentro del área 10 “lesiones auto-inflingidas y violencia interpersonal”, de la línea “violencia”, en las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública; y, de la línea “lesiones auto-inflingidas y violencia interpersonal”, de la Maestría de Medicina Legal y Forense.

Los resultados de la investigación pretenden servir de herramienta a la comunidad científica en la toma de decisiones y elaboración de protocolos ante las situaciones de riesgo que se logren identificar, buscando garantizar socialmente el derecho

constitucional de los individuos a la integridad personal y a una vida libre de violencia. Integridad que cuando se vulnera, impacta negativamente en la economía de las familias y del estado, quienes asumen los gastos del hecho suicida y la pérdida de un individuo activo económicamente.

Por lo expuesto, yace la importancia en que conocer los factores que se asocian al suicidio, benefician a la comunidad y las instituciones de salud públicas o privadas mediante la obtención de información fidedigna y útil para menguar el problema que acarrea.

La presente investigación constituye un requisito previo a la obtención del título de Magister en Medicina Legal y Forense. Los resultados pretenden ser difundidos en la revista científica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

4. FUNDAMENTO TEÓRICO

Suicidio. Del latín *sui*=de sí mismo y *caedere*=matar, es el acto por el cual una persona se quita voluntariamente la vida y que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como un acto deliberado(12). Es una forma de muerte violenta intencional, producida por agentes externos, traumáticos o tóxicos, que sobreviene de la voluntad, al igual que los homicidios y la muerte por intervención legal(13).

Debido a su prevalencia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), considera el suicidio como un problema de salud pública de extrema importancia(2,5).

Prevalencia del suicidio. En el año 2000 se suicidaron casi un millón de personas en el mundo, lo que convirtió al suicidio en la décimo tercera causa de muerte. En 2012, representó el 1,4% de las muertes a nivel global, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos(1). La OMS(14) estima cifras de aproximadamente 800.000 muertes anuales por suicidio a nivel mundial.

En Suramérica, las tasas de suicidio varían según factores culturales, de comportamiento y socioeconómicos. Y aunque la falta de disponibilidad de datos podría suponer estas diferencias, se apreció que más de 45.800 personas se suicidan cada año en esta región(1).

En Ecuador, desde 2001 hasta 2015, un total de 13.024 muertes se atribuyeron a lesiones autoinfligidas. Durante estos 15 años, la tasa de suicidios fluctuó entre 4,3 y 7,1 por 100.000. Se estima una tasa de mortalidad nacional por suicidios en los sistemas de salud públicos y privados promedio de 7,5 por cada 100.000 muertes(1).

Hechavarría(4), en el Centro de Investigación de Ciencias Forenses de Sucumbíos, reportó una frecuencia de suicidios del 32%, entre las muertes intencionales durante el año 2016.

Las causas del suicidio, consideradas como un constructo multifactorial se manifiestan en escenarios sociodemográficos, médicos legales y forenses(9).

Características del suicidio y factores asociados.

Dentro de las características sociodemográficas, estudios previos respecto al tópico refieren.-

- **Edad.** La OPS(2) reporta que la mayoría de los suicidios en América, ocurren en edades comprendidas entre los 25 y los 44 años (36,8%), y entre los 45 y los 59 años (25,6%). Sin embargo, en Ecuador los adolescentes y los adultos jóvenes son el grupo más propenso a cometer suicidio, la proporción por grupos de edad en relación con todas las demás causas de muerte de 2001 a 2015 fue del 2,9% en niños (6-12 años), 12,0% en adolescentes (13-20 años), 5,8% entre los adultos jóvenes (21-39 años), 1,5% en adultos (40-65 años) y 0,2% entre ancianos (>65 años)(1). Dávila(6), consideró que conforme aumenta la edad en las personas tienen menos posibilidad de suicidarse, por ende a menor edad aumenta el riesgo, obtuvo de 30 - 49 años $OR=0,420$; $IC95\%=0,41-0,43$; $p.=0,0001$, de 50 - 64 años $OR=0,109$; $IC95\%=0,10-0,11$; $p.=0,0001$ y 65 + años $OR=0,032$; $IC95\%=0,03-0,03$; $p.=0,0001$. Chávez et. al(15) consideró factor asociado a ideación suicida la edad joven $OR=5,64$; $IC95\%=2,77-11,52$; $p.=0,000$.
- **Sexo.** Los individuos de sexo masculino aparentan mayor tendencia al suicidio. La OPS(2) reportó en este sexo el 79% de los casos estudiados en las Américas, en Ecuador(1) 71,5% de los suicidados fueron hombres, con proporción de 3:1 respecto a las mujeres y en Sucumbíos(4) 81% de los casos de suicidio en 2016 afectaron aquel sexo. Tuesca et al.(16) refirió que el sexo femenino se asocia a menos riesgo de suicidio ($OR=0,20$; $IC95\%=0,08-0,48$; $p.=0,000$) coincidentemente con Dávila(6) ($OR=0,859$; $IC95\%=0,81-0,91$; $p.=0,0001$). En Perú, Chávez et. al(15) consideró factor asociado a ideación suicida el sexo masculino ($OR=3,06$; $IC95\%=1,50-6,23$; $p.=0,002$).
- **Estado civil.** Ortiz et. al(1), en Ecuador obtuvo que la mayoría de las personas que se suicidaron fueron solteras (48%) seguidas de las casadas (23%). La ideación suicida se ha asociado al estado civil sin pareja $OR=4,53$; $IC95\%=2,27-9,07$; $p.=0,000$ (15), mientras para el suicidio consumado a pesar de haberse

considerado por Tovilla, et al(17) a los solteros como individuos de riesgo, su estudio no demostró significancia estadística alguna (OR=1,81; IC95%=1,16-2,83; p.=0,12).

- **Nivel de instrucción.** Las personas que no terminaron la primaria (48,5%) o la secundaria (31,4%) tuvieron las tasas más altas de suicidio, en Ecuador(1). En México(6), tener algún grado de escolaridad incrementó la posibilidad de fallecer por suicidio: primaria OR=1,391; IC95%=1,34-1,44; p.=0,0001, secundaria OR=1,495; IC95%=1,44-1,55; p.=0,0001 y bachillerato o más OR=1,186; IC95%=1,14-1,24; p.=0,0001. Estudios en Perú(15) y Colombia(17), no demostraron asociación ni significancia estadística con la instrucción primaria (OR=0,31; IC95%=0,07-1,37; p.=0,103) o secundaria (OR=1,34; IC95%=0,83-2,18; p.=0,26), respectivamente.
- **Lugar de residencia.** Las comunidades urbanas tienen casi el triple de las tasas de suicidio de las comunidades rurales(1). En Brasil(18), las áreas urbanas (90,8%) fue el lugar de residencia más común, al igual que en Colombia(19) (78,5%). En Perú(15), un estudio estableció la ideación suicida asociada al lugar de nacimiento capitalino (OR=2,70; IC95%=1,34-5,46; p.=0,005).
- **Etnia.** En Ecuador(1), los mestizos tienen la tasa más alta (9/100.000) de suicidios, seguido de los indígenas (7/100.000) y las otras etnias (2/100.000).

Dentro de las características médicas legales y forenses, estudios previos respecto al tópico refieren.-

- **Mes del fallecimiento.** No se ha logrado establecer con precisión el mes con mayor incidencia de suicidios, y por ello es variable en cada región. En Kosovo(20), el mayor porcentaje fue en julio con 21,1% para 2007 y junio y octubre con 15,7% para 2008. En Brasil(18), julio y octubre tuvieron la misma cantidad de notificaciones (12,8%). En Sevilla(21), el 58,5% de los suicidios se produjeron en primavera y verano. En Colombia(19), se encontró que las mayores proporciones de suicidio tuvieron lugar en el quinquenio 1999-2003, con 30,4%; el mes de diciembre, 13,3%.

- **Hora de fallecimiento.** Tanto en la mañana como en la tarde ocurrieron con mayor frecuencia los hechos de suicidio; sin embargo, la diferencia con no es tan distante de aquellos hechos ocurridos durante la noche, según se reportó en Perú(22). En España(23), sin embargo, las horas diurnas fueron predilectas. En Colombia(24), se reportó para el horario nocturno $RP=0,56$; $IC95\%=0,38-0,84$; $p.=0,004$.
- **Lugar del suceso.** Resultan más frecuentes los hechos suscitados en el domicilio. En Brasil(18) 66%, España(21) 47,6%, Perú(22) 64,1% y Colombia(25) 58%. En este aspecto, Trovilla et. al(17) consideró el domicilio como sitio de riesgo $OR=2,36$; $IC95\%=1,48-3,79$; $p.=0,001$.

Mecanismos suicidas.

Los medios utilizados con fines suicidas en Ecuador fueron: asfixia, principalmente ahorcadura, seguido de envenenamiento intencional por exposición a pesticidas y disparos con armas de fuego. Las muertes autoinfligidas por armas de fuego representaron casi 15% de los medios de suicidios en 2001 y 5% en 2015. El ahorcamiento aumentó del 33% en 2001 al 69,3% en 2015 y el envenenamiento por plaguicidas disminuyó del 43% al 20% en el mismo período de tiempo(1).

En Las Américas(2) la asfixia (39,7%) fue el método más utilizado; no obstante, un estudio realizado en Brasil por De Carvalho et al.(18) reportó de causa más frecuente a los envenenamientos (66%).

5. HIPÓTESIS

El suicidio tiene una mayor prevalencia en personas con factores asociados como: edad menor de 25 años, hombres, estado civil soltero, instrucción primaria, residencia en zona urbana, etnia mestiza, meses de octubre a marzo, horario nocturno y suscitado en el domicilio.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia y factores asociados a suicidio registrados en la Oficina Técnica Forense Lago Agrio, periodo 2016 – 2020.

6.2. Objetivos específicos

- a. Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio, según: edad al fallecer, sexo, estado civil, nivel de instrucción, zona de residencia habitual y etnia.
- b. Determinar la prevalencia de suicidio, como tipo de muerte violenta.
- c. Caracterizar el suicidio de acuerdo con variables médico – legales: método de suicidio, mes del fallecimiento, hora probable del fallecimiento y lugar del suceso.
- d. Identificar la relación entre el suicidio y factores como: edad menor de 25 años, sexo hombre, estado civil soltero, instrucción primaria, residencia en zona urbana, etnia mestiza, meses de octubre a marzo, horario nocturno y suscitado en el domicilio.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. Tipo de investigación

Cuantitativa, observacional, analítica, retrospectiva de corte transversal.

7.2. Área del estudio

Oficina Técnica Forense Lago Agrio, ubicada en la parroquia Nueva Loja – cantón Lago Agrio – provincia Sucumbíos, Ecuador, durante el periodo de enero 2016 a diciembre 2020.

7.3. Universo y muestra

El universo de estudio fue 315 expedientes, correspondientes a las muertes violentas intencionales registradas. No se realizó calculo muestral, debido a que se trabajó con todo el universo.

7.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión.-

- Registros que correspondieron a muertes violentas en los expedientes de la Oficina Técnica Forense Lago Agrio, en el periodo 2016 – 2020.

Criterios de exclusión.-

- Registros que correspondieron a personas no identificadas.
- Registros incompletos que no contaron con todas las variables de estudio.

7.5. Variables de estudio

- Sociodemográficas.- edad al fallecer, sexo, estado civil, nivel de instrucción, zona de residencia habitual y etnia.
- Médico – legales.- tipo de muerte violenta, método de suicidio, mes del fallecimiento, hora probable del fallecimiento y lugar del suceso.

Operacionalización de las variables (*anexo 01*).

7.6. Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de la información

El método utilizado fue observacional, la técnica usada fue la revisión de expedientes medicolegales de la Oficina Técnica Forense Lago Agrio. El

instrumento empleado fue una ficha de recolección de datos (*anexo 02*) con las variables de estudio, el formulario constó de dos secciones:

- Sección A, concerniente a datos sociodemográficos: edad al fallecer, sexo, estado civil, nivel de instrucción, zona de residencia habitual y etnia.
- Sección B, respecto a características médico – legales de los casos investigados: tipo de muerte violenta, método de suicidio, mes del fallecimiento, hora del fallecimiento y lugar del suceso.

Los datos fueron tomados de los informes estadísticos de defunción general e informes forenses de autopsia médico legal por lo que no se requirió la aplicación de consentimiento informado.

7.7. Procedimiento del estudio

Para llevar a cabo la investigación se solicitó la autorización al Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud (COBIAS) y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Luego se solicitó a Oficina Técnica forense Iago Agrio y al Servicio Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense el acceso al archivo institucional para recolectar la información necesaria. Mediante la ficha de recolección de datos se obtuvo la información reportada en los informes estadísticos de defunción general e informes forenses de autopsia médico legal de los casos de muertes violentas intencionales. Por último, los datos recolectados fueron digitalizados en una matriz de Excel 365 e importada al programa SPSS Statistics versión 25 de prueba, para su procesamiento estadístico.

7.8. Procesamiento de los datos o la información

El procesamiento estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS v. 25 de prueba, para dar respuesta a los objetivos planteados. Para determinar la asociación del suicidio con las variables planteadas en la hipótesis de estudio se aplicó chi-cuadrado y reportó odds ratio, intervalo de confianza del 95% y valor de p. Los resultados fueron presentados en tablas con frecuencias y porcentajes.

7.9. Consideraciones éticas

La investigación cumplió las normas bioéticas expuestas por la Universidad de Cuenca y el Servicio Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. El Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca indicó su aprobación con el código 2021-010EO-MST-MLF. Además, se cumplieron con los principios promulgados por la Declaración de Helsinki.

8. RESULTADOS

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de las muertes violentas intencionales registradas en la Oficina Técnica Forense Lago Agrio 2016 – 2020

Variables	Categorías	Tipo de muerte violenta					
		Suicidio		Homicidio		Total	
		<i>f</i> ^a	%	<i>f</i> ^a	%	<i>f</i> ^a	%
Edad al fallecer	0-12 años	2	1,63	2	1,04	4	1,27
	13-20 años	23	18,7	16	8,33	39	12,38
	21-39 años	71	57,72	92	47,92	163	51,75
	40-65 años	20	16,26	71	36,98	91	28,89
	>65 años	7	5,69	11	5,73	18	5,71
Sexo	Hombre	95	77,24	161	83,85	256	81,27
	Mujer	28	22,76	31	16,15	59	18,73
Estado civil	Soltero	93	75,6	132	68,75	225	71,43
	Casado	19	15,45	35	18,23	54	17,14
	Divorciado	2	1,63	14	7,29	16	5,08
	Viudo	2	1,63	2	1,04	4	1,27
	Unión de hecho	7	5,69	9	4,69	16	5,08
	Separado	0	0	0	0	0	0
Instrucción	Ninguno	13	10,56	6	3,13	19	6,03
	Primaria	72	58,54	123	64,06	195	61,9
	Secundaria	36	29,27	57	29,69	93	29,52
	Superior	2	1,63	6	3,12	8	2,55
Zona de residencia habitual	Urbana	49	39,84	86	44,79	135	42,86
	Rural	74	60,16	106	55,21	180	57,14
Etnia	Indígena	24	19,51	23	11,98	47	14,92
	Afroecuatoriano	6	4,88	11	5,73	17	5,4
	Negro	0	0	3	1,56	3	0,95
	Mulato	2	1,63	1	0,52	3	0,95
	Blanco	0	0	1	0,52	1	0,32
	Mestizo	91	73,98	153	79,69	244	77,46
	Montubio	0	0	0	0	0	0
	Otros	0	0	0	0	0	0

^a*f* significa frecuencia o cantidad en cada categoría

Las características sociodemográficas representadas en la tabla 1 demuestran que, la mayoría de las muertes violentas intencionales ocurrieron en individuos con edades de entre 21 a 39 años (52,75%) tanto para suicidios (57,72%) como homicidios (47,92%), los menores de 12 años fueron los menos afectados. Más de las tres cuartas partes de las víctimas fueron hombres (81,27%); y, predominaron los solteros (71,43%). De los individuos que contaron con algún grado de instrucción formal, a menor nivel educativo más frecuentes resultaron las muertes violentas intencionales, concentrándose los casos hacia la educación primaria (61,9%). Los residentes rurales (57,14%) y mestizos (77,46%) encabezaron las listas en cuanto

a zona de residencia y etnia. A pesar de tratarse de tipos diferentes de muertes violentas con intencionalidad, los casos reportados de suicidios y homicidios parecen ser proporcionales al total general obtenido, con fluctuaciones de aproximadamente un 10% entre sí.

Tabla 2. Prevalencia de las muertes violentas intencionales registradas en la Oficina Técnica Forense Lago Agrio 2016 – 2020

Variable	Categoría	f ^a	%
Tipo de muerte violenta	Homicidio	192	60,95
	Suicidio	123	39,05

^af significa frecuencia o cantidad en cada categoría

Para el cálculo de la prevalencia de suicidios de entre las muertes violentas intencionales registradas en la Oficina Técnica Forense Lago Agrio durante el periodo 2016 – 2020 (N=315), en la tabla 2 se indicó qué, el suicidio (n=123) afecto al 39,05% de los individuos.

Tabla 3. Características médico – legales de los suicidios registrados en la Oficina Técnica Forense Lago Agrio 2016 – 2020

Variables	Categorías	f ^a	%
Método de suicidio	Envenenamiento	47	38,21
	Asfixia	67	54,47
	Arma de fuego	8	6,5
	Objeto cortante	1	0,82
	Precipitación	0	0
	Otras	0	0
Mes del fallecimiento ¹	Primer trimestre	36	29,27
	Segundo trimestre	23	18,7
	Tercer trimestre	40	32,52
	Cuarto trimestre	24	19,51
Hora probable del fallecimiento ²	Diurno	60	48,78
	Nocturno	63	51,22
Lugar del suceso	Domicilio	102	82,92
	Vía pública	6	4,88
	Área deportiva	0	0
	Área comercial o de servicios	12	9,76
	Área industrial	0	0
	Área agrícola	3	2,44
	Otro	0	0

^af significa frecuencia o cantidad en cada categoría

¹en trimestres del año: primer trimestre de enero a marzo, segundo trimestre de abril a junio, tercer trimestre de julio a septiembre y cuarto trimestre de octubre a diciembre

²en ciclos: diurno de 06:00 a 17:59 y nocturno de 18:00 a 05:59

La tabla 3 describe qué, la asfixia (54,47%) afectó a más de la mitad de los individuos que se suicidaron, siguiendo en orden decreciente los envenenamientos (38,21%), por arma de fuego (6,5%) y por objetos cortantes (0,82%), no se registraron precipitaciones u otros métodos. El tercer trimestre del año (de julio a septiembre) registro el mayor número de casos (32,52%). Más de la mitad de los suicidios ocurrieron en horario nocturno (51,22%), con una proporción de 1,05:1 en relación con el horario diurno. Más de las tres cuartas partes de los casos se suscitaron en el domicilio (82,92%).

Tabla 4. Factores asociados a los suicidios registrados en la Oficina Técnica Forense Lago Agrio 2016 – 2020

Factor asociado	Suicidio				OR ^b	IC ^c 95%	valor de p.	
	Si		No					
	f ^a	%	f ^a	%				
Edad menor de 25 años								
Si	42	54,55	35	45,45	2,32	1,37	3,92	0,00**
No	81	34,03	157	65,97				
Sexo hombre								
Si	95	37,11	161	62,89	0,65	0,36	1,15	0,14*
No	28	47,46	31	52,54				
Estado civil soltero								
Si	93	41,33	132	58,67	1,40	0,84	2,35	0,18*
No	30	33,33	60	66,67				
Instrucción primaria								
Si	72	36,92	123	63,08	0,79	0,49	1,26	0,32*
No	51	42,5	69	57,5				
Residencia en zona urbana								
Si	49	36,3	86	63,7	0,81	0,51	1,29	0,38*
No	74	41,11	106	58,89				
Etnia mestiza								
Si	91	37,3	153	62,7	0,72	0,42	1,23	0,23*
No	32	45,07	39	54,93				
Meses de octubre a marzo								
Si	60	36,36	105	63,64	0,78	0,50	1,24	0,30*
No	63	42	87	58				
Horario nocturno								
Si	63	37,28	106	62,72	0,85	0,54	1,34	0,48*
No	60	41,1	86	58,9				
Suceso en domicilio								
Si	102	60,71	66	39,29	9,27	5,31	16,17	0,00**
No	21	14,29	126	85,71				

^af significa frecuencia o cantidad en cada categoría

^bOR significa odds ratio

^cIC significa intervalo de confianza

*valor de p.>0,05

**valor de p.≤0,05

Sobre los factores asociados a suicidio, en la tabla 4 se observó qué, la edad menor de 25 años y el lugar de ocurrencia en el domicilio, constituyeron factores de riesgo asociado, con odds ratios e intervalos de confianza mayores a la unidad y valor de $p. \leq 0,05$. El resto de las variables que se propusieron para el estudio, no mostraron asociación alguna, los intervalos de confianza obtenidos para cada una de ellas fueron ambiguos y el valor de $p. > 0,05$ no fue estadísticamente significativo.

9. DISCUSIÓN

Sociodemográficamente, los resultados de la presente investigación se asemejaron en cuanto a la edad, con los datos reportados por la Organización Panamericana de la Salud(2) en su informe “Mortalidad por suicidio en las Américas”, dónde la mayoría de estos hechos en la región ocurrieron en individuos con edades de entre los 25 y 44 años (36,8%), es decir entre la segunda y tercera década de vida. Los individuos de sexo masculino claramente tuvieron mayor tendencia al suicidio, afectándose más de las tres cuartas partes la población estudiada, al igual que lo reporta la OPS(2) 79% y localmente Hechavarría(4) 81%. Un análisis realizado en Ecuador por un periodo de 15 años, publicado por Ortiz et. al(1), comparte proporciones semejantes, en cuanto a estado civil, la mayoría de las personas que se suicidaron fueron solteras (48%) seguidas de las casadas (23%), acorde a la instrucción, las personas que no terminaron la primaria (48,5%) o la secundaria (31,4%) tuvieron las tasas más altas de suicidio, y etnia, los mestizos tuvieron la tasa más alta (9/100.000) seguidos por los indígenas (7/100.000). El mismo estudio, en lo referente a la zona de residencia, reportó que las comunidades urbanas tuvieron casi el triple de las tasas de suicidio en comparación con las rurales; en contraste, la presente investigación reportó más de la mitad de los hechos en zonas rurales. En este contexto se podría atribuir que dentro de Las Américas, Ecuador y Sucumbíos el comportamiento sociodemográfico del suicidio no se aparta de la realidad expuesta en estudios precedentes, exceptuando lo relativo a la zona de residencia, debido probablemente a qué, en las provincias amazónicas de Sucumbíos y Orellana, la mayoría de los habitantes residen aún en áreas que no han sido urbanizadas.

Como lo reporta la OPS, el suicidio constituye un problema de salud pública de extrema importancia(2,5). La presente investigación concuerda con Hechavarría(4), que en su trabajo reportó una frecuencia de suicidios del 32%, entre las muertes intencionales.

De acuerdo con las características médico legales del suicidio, en Las Américas(2) la asfixia (39,7%) fue el método más utilizado; no obstante, un estudio realizado en

Brasil por De Carvalho et al.(18) reportó de causa más frecuente a los envenenamientos (66%). Particularmente en la presente investigación en orden decreciente los métodos de suicidio fueron: asfixias, envenenamientos, por armas de fuego y por objetos cortantes. Notándose diferencias regionales, que radican quizás en que los métodos de preferencia dependen en gran medida de la disponibilidad y acceso al objeto letal utilizado por la persona.

Según Zhjeqi et al.(20), en Kosovo, julio fue el mes con mayor incidencia de suicidios (21,1%). De manera similar, en la Oficina Técnica Forense Lago Agrio, el tercer trimestre del año acumuló la mayoría de los casos. En la actualidad, no se ha logrado reportar una causa específica al repunte de suicidios por meses, pero podría estar relacionado con las características particulares de cada población en cuanto a hábitos, festividades, clima y entre otros.

De Carvalho et al.(18) y Miguel et al.(21), atribuyeron en sus estudios que la mayoría de los suicidios se ejecutaron en el domicilio de las víctimas, 66% y 47,6%, respectivamente. Trovilla et. al(17) consideró el domicilio como sitio de riesgo OR=2,36; IC95%=1,48-3,79; p.=0,001. Esto podría ser debido a que un espacio privado favorece las condiciones para que se cometa el acto suicida, sin que una tercera persona lo pueda impedir.

Respecto a los factores de riesgos asociados, la presente investigación identificó a la edad menor de 25 años y la ocurrencia en el domicilio, siendo 2,32 y 9,27 veces más probable que el hecho les afectara, respectivamente, según la condición mencionada. Relativo a ello, otros autores han asumido las asociaciones siguientes: Tuesca et al.(16), refirió que el sexo femenino se asocia a menos riesgo de suicidio (OR=0,20; IC95%=0,08-0,48; p.=0,000) coincidentemente con Dávila(6) (OR=0,859; IC95%=0,81-0,91; p.=0,0001). Así mismo, este último consideró también, conforme aumenta la edad las personas tienen menos posibilidad de suicidarse y por ende a menor edad aumenta el riesgo, obtuvo de 30 - 49 años OR=0,420; IC95%=0,41-0,43; p.=0,0001, de 50 - 64 años OR=0,109; IC95%=0,10-0,11; p.=0,0001 y 65 + años OR=0,032; IC95%=0,03-0,03; p.=0,0001. Para Dávila(6), tener algún grado de escolaridad incrementó la posibilidad de fallecer por

suicidio, primaria OR=1,391; IC95%=1,34-1,44; p.=0,0001, secundaria OR=1,495; IC95%=1,44-1,55; p.=0,0001 y bachillerato o más OR=1,186; IC95%=1,14-1,24; p.=0,0001. En Perú, Chávez et. al(15) consideró factores asociados a ideación suicida edad joven (OR=5,64; IC95%=2,77-11,52; p.=0,000), sexo masculino (OR=3,06; IC95%=1,50-6,23; p.=0,002), lugar de nacimiento Lima (OR=2,70; IC95%=1,34-5,46; p.=0,005), estado civil sin pareja (OR=4,53; IC95%=2,27-9,07; p.=0,000).

Pese a que existieron limitaciones para la recolección de datos, debido al carácter confidencial de los expedientes de medicina legal y el estado incompleto en que se encontraban algunos informes por la diversidad de criterios para el llenado de estos; se logró reportar la prevalencia y algunos factores asociados al suicidio, información útil en la práctica para una oportuna intervención en la comunidad buscando menguar este fenómeno y en la investigación para el desarrollo de similares estudios.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10.1. Conclusiones

Según las características sociodemográficas, en proporción directa con las muertes violentas intencionales, los suicidios fueron más frecuentes en personas de 21 a 39 años, sexo masculino, estado civil solteros, con instrucción primaria, residentes en zonas rurales y de etnia mestiza.

Los casos de suicidios reportados en la Oficina Técnica Forense Lago Agrio durante el periodo 2016 – 2020, representaron el 39,05% del total de muertes violentas intencionales.

Desde una perspectiva médico legal, el método de suicidio más empleado fue la asfixia seguidos de los envenenamientos, los suscitados con arma de fuego y los cometidos con arma blanca. El tercer trimestre del año acumuló la mayor cantidad de casos reportados. El horario nocturno y los domicilios fueron los de preferencia para la consumación del hecho suicida.

A pesar de haberse reportado frecuencias altas de suicidio en individuos hombres, solteros, con instrucción primaria, mestizos; y, en horario nocturno, no se constituyeron como factores asociados al fenómeno de estudio; mientras, la edad menor a 25 años; y, el lugar de ocurrencia en el domicilio, sí mostraron asociación de riesgo estadísticamente significativa.

La prevalencia de suicidios de entre las muertes violentas registradas en las Oficina Técnica Forense Lago Agrio durante el periodo 2016 – 2020, fue de 39,05% (n=123); y, los factores de riesgos asociados fueron la edad menor de 25 años (OR=2,32; IC95%=1,37-3,92; p.=0) y el lugar de ocurrencia en el domicilio (OR=9,27; IC95%=5,31-16,17; p.=0).

Se pudo determinar la prevalencia y algunos factores asociados al suicidio en la Oficina Técnica Forense Lago Agrio.

10.2. Recomendaciones

Difundir los datos de la presente investigación a nivel local en la Oficina Técnica Forense Lago Agrio y las instituciones de salud públicas y privadas mediante su publicación editorial.

Utilizar los datos de la presente investigación a nivel académico como punto de partida para la elaboración futuros estudios en el ámbito médico y forense.

Promulgar la toma de decisiones y elaboración de protocolos de intervención a la conducta suicida, en base a los factores de riesgo identificados, prestando especial atención a la población menor de 25 años y divulgando el acompañamiento familiar como medida de prevención.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortiz E, Simbaña K, Gómez L, Henríquez A, Cornejo F, Vasconez E, et al. The disease burden of suicide in Ecuador, a 15 years' geodemographic cross-sectional study (2001–2015). *BMC Psychiatry*. diciembre de 2017;17(1):342.
2. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Washington, DC: OPS; 2014.
3. Gutiérrez A, Contreras C, Orozco R. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*. 2006;29(5):10.
4. Hechavarría L. Epidemiología de los casos trabajados en el Centro de Investigación de Ciencias Forenses de Sucumbíos (Ecuador), año 2016. *Cuadernos de Medicina Forense*. 2017;23(1–2):24–34.
5. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida. Washington, DC: OPS; 2016.
6. Dávila C. Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad por suicidios en México, 2012-2016. *Universidad y Salud*. 2019;21(3):235–9.
7. Gerstner R, Lara F. Análisis de tendencias temporales del suicidio en niños, adolescentes y adultos jóvenes en Ecuador entre 1990 y 2017. *An Sist Sanit Navar*. 2019;42(1):9–18.
8. Gerstner R, Soriano I, Sanhueza A, Caffé S, Kestel D. Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42.
9. Castellvi P, Piqueras J. El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes: panorama actual, recursos y propuestas. 2019;(121):45–59.
10. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, editores. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC: OPS; 2003. 346 p.
11. Hernández P, Villarreal R. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MEDISAN*. 2015;19(8):1051–8.
12. Fraraccio J. Medicina forense contemporánea. 1ª ed. Cuidadela: Dosyuna Ediciones Argentinas; 2005.
13. Ponce A, Bozal F, Pascual F. Las distintas formas de morir. *Gaceta internacional de ciencias forenses*. 2020;(34):4–9.
14. Gerstner R, Lara F. Análisis de tendencias temporales del suicidio en niños, adolescentes y adultos jóvenes en Ecuador entre 1990 y 2017. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2019;42(1):9–18.
15. Chavez R, Luna C, Mendoza S, Ubillus J, Correa L. Factores asociados a ideación suicida en pacientes de un hospital de Perú. *RFMH*. 2020;20(3):374–80.
16. Tuesca R, Navarro E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*. 2003;(17):19–28.
17. Tovilla C, Cuartas J, Manrique R, Ortega P, López C. Clinical and Epidemiological Characteristics of Suicides Committed in Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2014;43(2):106–12.

18. de Carvalho M, Laurentino S, Lima C, Alencar B, Veiga H, de Ceballos A, et al. Analysis of Factors Associated with the Risk of Suicide in a Brazilian Capital: Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 30 de diciembre de 2021;19(1):373.
19. Pérez O, Sánchez S, Duque D. Caracterización del suicidio en adolescentes del Departamento de Quindío. Colombia, 1989-2013. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 26 de septiembre de 2017;16(5):784–95.
20. Zhjeqi V, Ramadani N, Gashi S, Mucaj S, Berisha M, Neziri L, et al. Suicide prevalence in Kosova for the period 2007-2008. *Med Arh*. 2010;64(1):44–7.
21. Miguel L, Lucena J, Heredia F, Rico A, Marín R, Blanco M, et al. Estudio epidemiológico del suicidio en Sevilla en 2004. *Cuadernos de Medicina Forense*. enero de 2005;(39):43–53.
22. Leal R. Caracterización del suicidio consumado en la división médico legal de Cajamarca y Cajabamba. *Revista Perspectiva*. 2016;17(1):72–92.
23. Gutiérrez J. El suicidio consumado en Murcia, 1990-1992. 1996;
24. García J, Montoya G, López C, López M, Montoya P, Arango J. Características de los suicidios de áreas rurales y urbanas de Antioquia, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2011;40(2):199–214.
25. Rodríguez J. Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2010. 2013;

ANEXOS

Anexo 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad al fallecer	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta su defunción	Temporal	Informe Estadístico de Defunción General	Numérica
Sexo	Condición biológica que define el género	Biológica	Informe Estadístico de Defunción General	Hombre Mujer
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil, en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto aquello	Social	Informe Estadístico de Defunción General	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión de hecho 6. Separado
Nivel de instrucción	Niveles de educación aprobados hasta el último año cursado dentro del sistema educativo	Social	Informe Estadístico de Defunción General	1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior
Zona de residencia habitual	Lugar en que habita una persona	Geográfica	Informe Estadístico de Defunción General	1. Urbana 2. Rural
Etnia	Grupo social, comunidad de personas que comparten diversas características y rasgos	Social	Informe Estadístico de Defunción General	1. Indígena 2. Afroecuatoriano 3. Negro 4. Mulato 5. Blanco 6. Mestizo 7. Montubio 8. Otra
Tipo de muerte violenta	Es aquella en la que se produce el deceso debido a un mecanismo exógeno al sujeto	Médico Legal	Informe Estadístico de Defunción General	1. Accidental 2. Homicidio 3. Suicidio
Método de suicidio	Es una determinación oficial de las circunstancias que provocan la muerte de un ser humana, puede registrarse en un certificado de defunción	Médico Legal	Informe Estadístico de Defunción General	1. Envenenamiento 2. Asfixia 3. Arma de fuego 4. Objeto cortante 5. Precipitación 6. Otras
Mes del fallecimiento	Cada una de las doce partes en que se divide un año, en que ocurrió un deceso	Temporal	Informe Estadístico de Defunción General	1. Enero 2. Febrero 3. Marzo 4. Abril 5. Mayo 6. Junio 7. Julio 8. Agosto 9. Septiembre 10. Octubre 11. Noviembre 12. Diciembre
Hora probable del fallecimiento	Momento del día determinado por el tiempo que marca el reloj, en que ocurrió un deceso	Temporal	Informe forense de autopsia médico legal	Numérica

Lugar del suceso	Sitio en que se desarrolla un hecho o evento	Geográfica	Informe Estadístico de Defunción General	<ol style="list-style-type: none"> 1. Domicilio 2. Vía pública 3. Área deportiva 4. Área comercial o de servicios 5. Área industrial 6. Área agrícola 7. Otro
------------------	--	------------	--	--

Anexo 2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA MAESTRÍA EN MEDICINA LEGAL Y FORENSE
--

Prevalencia y factores asociados a suicidio
registrados en la Oficina Técnica Forense Lago Agrio, 2016 – 2020

Fecha:	
Nro. de Ficha:	
Expediente:	

Introducción: Prevalencia y factores asociados a suicidio registrados en la Oficina Técnica Forense Lago Agrio, 2016 – 2020. Los datos recolectados a continuación servirán para propósitos únicamente investigativos, resguardando la confidencialidad de la información adquirida.

Instrucciones: Este es un formulario de recolección de información referente a datos sociodemográficos y médico – legales.

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A.1. Edad al fallecer años cumplidos
A.2. Sexo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer
A.3. Estado civil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión de hecho 6. Separado
A.4. Nivel de instrucción	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior
A.5. Zona de residencia habitual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urbana 2. Rural
A.6. Etnia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indígena 2. Afroecuatoriano 3. Negro 4. Mulato 5. Blanco 6. Mestizo 7. Montubio 8. Otra

B. CARACTERÍSTICAS MÉDICO – LEGALES

B.1. Tipo de muerte violenta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accidental 2. Homicidio 3. Suicidio
B.2. Método de suicidio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Envenenamiento 2. Asfixia 3. Arma de fuego 4. Objeto cortante 5. Precipitación 6. Otras
B.3. Mes del fallecimiento
B.4. Hora probable del fallecimientoH.....
B.5. Lugar del suceso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Domicilio 2. Vía pública 3. Área deportiva 4. Área comercial o de servicios 5. Área industrial 6. Área agrícola 7. Otro

Anexo 3. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	TRIMESTRE										
	1			2			3			4	
	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.
1. Revisión final del protocolo y aprobación	X										
2. Diseño y prueba de instrumentos	X										
3. Recolección de datos	X	X	X								
4. Procesamiento y análisis de datos			X	X	X						
5. Informe final					X	X					

Anexo 4. CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR EL ESTUDIO



UCuenca / COBIAS

UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

Oficio Nro. UC-COBIAS-2021-469
Cuenca, 17 de noviembre de 2021

Señor
Jheiccoff David Castillo Mora
Investigador Principal
Presente

De mi consideración:

El Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca, le informa que su protocolo de investigación con código **2021-010EO-MST-MLF**, titulado: *“Prevalencia y factores asociados a suicidio registrados en la Oficina Técnica Forense Lago Agrio, periodo 2016 – 2020”*, se encuentra **APROBADO**, en la sesión ordinaria Nro.171 con fecha 08 de noviembre de 2021.

El protocolo se aprueba, en razón de que cumple con los siguientes parámetros:

- Los objetivos planteados en el protocolo son de significancia científica con una justificación y referencias.
- Los datos serán manejados considerando los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto a los demás.
- En el proyecto se definen medidas para proteger la privacidad y confidencialidad de la información del estudio en sus procesos de manejo y almacenamiento de datos.
- En el protocolo se detallan las responsabilidades del investigador.
- El investigador principal del proyecto ha dado respuesta a todas las dudas y realizado todas las modificaciones que este Comité ha solicitado.

Los documentos que se revisaron y que sustentan este informe incluyen:

- Anexo 1. Solicitud de aprobación.
- Anexo 2. Protocolo.
- Anexo 3. Declaración de confidencialidad.
- Hoja de vida del investigador principal.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

Esta aprobación tiene una duración de un año (365 días) transcurrido el cual, se deberá solicitar una extensión si fuere necesario. En toda correspondencia con el Comité de Bioética favor referirse al siguiente código de aprobación **2021-010EO-MST-MLF**.

Los miembros del Comité estarán dispuestos durante el desarrollo del estudio a responder cualquier inquietud que pudiere surgir tanto de los participantes como de los investigadores.

Es necesario que se tome en cuenta los siguientes aspectos:

1. El Comité no se responsabiliza por cualquiera de los posibles eventos por el manejo inadecuado de la información, lo cual es de entera responsabilidad del investigador principal; sin embargo, es requisito informar a este Comité sobre cualquier novedad, dentro de las siguientes 24 horas.
2. El Comité de Bioética ha otorgado la presente aprobación con base en la información entregada y el solicitante asume la veracidad, corrección y autoría de los documentos entregados.
3. De igual forma, el solicitante es responsable de la ejecución correcta y ética de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el Comité, así como la legislación vigente aplicable y los estándares nacionales e internacionales en la materia.

Se le recuerda que debe informar al COBIAS-UCuenca, el inicio del desarrollo de la investigación aprobada, así como cualquier modificación en el protocolo y una vez que concluya con el estudio debe presentar un informe final del resultado a este Comité.

Atentamente,

Digitally signed by

VICENTE MANUEL SOLANO PAUCAY

EC
2021/11/18 09:20

Dr. Vicente Solano Paucay
Presidente del COBIAS-UCuenca

C/C: archivo.
Elaborado por: DMB-C.