

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

**CARACTERÍSTICAS VITALES DE LOS ADOLESCENTES CON INTENTO
AUTOLÍTICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JULIO ENDARA EN EL ÁREA DE
PAIDOPSIQUIATRÍA EN LOS MESES DICIEMBRE 2019 – ENERO 2020**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRÍA**

AUTORA: MARÍA FERNANDA GUZMÁN JIMÉNEZ, MD

DIRECTOR ACADÉMICO: DR. FREDDY CARRIÓN

DIRECTOR METODOLÓGICO: DR. ALEXIS RIVAS, PhD

QUITO, 2020

DEDICATORIA

A Dios, por darme esta hermosa vocación.

A mis Padres, Sandra y Fernando y a mis Hermanas, Carla y Paula, por el apoyo incondicional que han sabido brindarme durante este largo proceso de formación.

AGRADECIMIENTO

Primero quiero agradecer a Dios por haberme hecho instrumento suyo para poder ayudar a los demás y ahora enfocarme especialmente en los más pequeños.

Agradezco a mis padres Fernando y Sandra por brindarme su amor, apoyo infinito, su fuerza y su paciencia.

A mis hermanas Carla y Paula por ayudarme y acompañarme mañanas, tardes noches e incluso madrugadas, por sus consejos y correcciones durante la elaboración de mi tesis. Les amo.

Agradezco al Hospital Especializado Julio Endara, a sus autoridades Dra. Martha Gordón y Dr. Esteban Bonilla por abrirme las puertas de su institución para la obtención de la información y de manera especial a la Lic. Martha Alquina y Lic. Yolanda Tipán quienes me ayudaron en la captación de los adolescentes tanto en el área de consulta externa y Hospitalización.

De manera especial quiero agradecer a los cuidadores y a los adolescentes por haberme permitido llegar a ustedes, por abrirme las puertas de su casa, de su vida, de sus historias y vivencias con el fin de ayudar a otros adolescentes.

Agradezco a mi tutor metodológico Dr. Alexis Rivas y a mi director Dr. Freddy Carrión por la paciencia y las enseñanzas durante todo este tiempo de la realización de mi tesis.

A todos mis maestros que conocí en los diferentes Hospitales durante estos tres años y medio, que colocaron su granito de arena de alguna manera para mi formación como especialista.

Al resto de mis familiares por estar pendientes de mí y brindarme su respaldo a pesar de estar lejos y como olvidarme de mis amigos que han estado conmigo a la distancia durante todo este posgrado, también a Anita, Wendy y Magaly, amistades que me dejó esta linda especialidad.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO.....	3
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	8
GLOSARIO.....	10
RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	13
CAPÍTULO I.....	15
INTRODUCCIÓN.....	15
CAPÍTULO II.....	18
MARCO TEÓRICO	18
2.1. LA VIDA.....	18
2.1.1. Definición Ciclo y curso de Vida	18
2.2. SUICIDIO	19
2.2.1. Definición	19
2.2.2 El Adolescente y el suicidio.....	21
2.2.3 Epidemiología.....	22
2.2.4 Factores de riesgo.....	25
2.2.5 Factores precipitantes.....	32
2.2.6 Factores protectores.....	33
2.2.7 Diagnóstico / Valoración del riesgo suicida	33
2.2.8 Evaluación de conducta suicida.....	35
2.2.9 Criterios de Hospitalización	36
2.2.10 Prevención	37
2.3. INVESTIGACIONES SOBRE HISTORIAS DE VIDA Y SUICIDIO EN ADOLESCENTES.....	38

CAPÍTULO III.....	40
METODOLOGÍA.....	40
3.1. Justificación.....	40
3.2. Problema de investigación.....	41
3.2.1. Pregunta de investigación	41
3.3. Objetivos.....	42
3.3.1. Objetivo general	42
3.3.2. Objetivos específicos	42
3.4. Hipótesis.....	42
3.5. Estrategia Metodológica.....	42
3.5.1. Tipo de Estudio	42
3.5.2. Muestra	43
3.5.3. Perfil del Hospital Psiquiátrico Julio Endara	43
3.5.4. Criterios de selección	44
3.5.4.1. Criterios de Inclusión	44
3.5.4.2. Criterios de Exclusión	44
3.5.5. Procedimiento de recolección de información.....	45
3.5.6. Investigación Cuantitativa	45
3.5.6.1. Muestra	45
3.5.6.2. Instrumentos	46
3.5.6.3. Procesamiento de información y análisis de datos.....	46
3.5.6.4. Operacionalización de variables.....	46
3.5.7. Investigación cualitativa	48
3.5.7.1. Muestra	48
3.5.7.2. Instrumentos	48
3.5.7.3. Procesamiento y análisis de información	49
3.5.8. Aspectos Bioéticos	51
CAPÍTULO IV	52
RESULTADOS.....	52
4.1. Análisis Cuantitativo	52
4.1.1. Resultados Univariados	52
4.1.1.1. Resultados de variables sociodemográficas del paciente.....	52
4.1.1.2. Resultados de variables sociodemográficas del cuidador.....	55
4.1.1.3. Resultados de variables socioculturales del paciente.....	57
4.2. Análisis Cualitativo	63
4.2.1 Perfil de informantes e historias de vida.....	64

4.2.3. Experiencias de vida de los adolescentes con intentos autolíticos.....	73
4.2.3.1. <i>“No soy feliz. Me siento triste, quiero llorar, pero no puedo”</i>	73
4.2.3.2. <i>“Mi mamá dejó que me abusaran sexualmente, su amante”</i>	79
4.2.3.3. <i>“No tuve amigos porque me molestaban, me hacían bullying, me decían que soy un virus”</i>	85
4.2.3.4. <i>“No quiero ir ni al psicólogo ni al psiquiatra, si me lleva yo no voy a decir nada”</i>	90
4.2.3.5. <i>“Lo que pasaba por mi mente es esto: morirme y que quede la huella que esta niña se murió por ser violada”</i>	96
CAPITULO V	105
CONCLUSIONES	105
RECOMENDACIONES	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
ANEXOS	115

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Variables cuantitativas.....	46
Tabla N° 2 : Variables cualitativas	50
Tabla N° 3: Características sociodemográficas del paciente	54
Tabla N° 4 Características sociodemográficas del cuidador.....	56
Tabla N° 5: Perfil de informantes con código.....	57
Tabla N° 6: Características socioculturales del paciente. Parte uno	62
Tabla N° 7 Características socioculturales del paciente. Parte dos.	63
Tabla N° 8: Historias de vida.....	64
Tabla N° 9: Indicadores cualitativos. Definición de subcategorías.....	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: Hospital Psiquiátrico Julio Endara	44
Figura N° 2: Indicadores cualitativos. Categorías y subcategorías.....	71
Figura N° 3: Problemas Afectivos: Tristeza, soledad/aislamiento, Agresividad. ..	74
Figura N° 4 Fotos proporcionadas de la madre del Chat con su hija de 15 años con episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, abusada sexualmente	76
Figura N° 5: Factores que inciden sobre Problemas afectivos del adolescente con intento autolítico.	77
Figura N° 6: Curso de Vida, sucesos vitales. Eventos Traumáticos: Abuso Sexual, Disfunción Familiar, Maltrato Físico/ Verbal.	80
Figura N° 7: Factores que inciden al desarrollo de Eventos Traumáticos en adolescente con intento autolítico.	84
Figura N° 8: Dimensiones Sociales y Comportamientos de Riesgo: Relación social de riesgo, Pobreza, Bullying, Alcohol/Drogas.	86
Figura N° 9: Factores que Influyen en el Comportamiento de riesgo del adolescente con intento autolítico.	89
Figura N° 10: Accesibilidad al Servicio: Facilidad al Servicio, Barrera de Accesibilidad al Servicio.	91
Figura N° 11: Factores que Influyen en la accesibilidad al servicio del adolescente con intento autolítico.	95
Figura N° 12: Visión de Futuro: Vida, expectativa y proyecciones, Intento autolítico.....	97

Figura N° 13: Factores que Influyen en la Visión de Futuro del adolescente con intento autolítico102

Figura N° 14: Carta de un adolescente masculino de 16 años con diagnóstico de Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.....103

GLOSARIO

BINCHA DE CARPETA: Objeto de metal con filos cortantes que sostiene las hojas dentro la carpeta.

BISTURÍ: Pequeño cuchillo de hoja muy afilada, larga y estrecha.

CD: Sigla de compact disc, disco compacto. Disco de material plástico de doce centímetros de diámetro que permite grabar sonidos e imágenes.

CUCHILLO: Utensilio para cortar que consiste en una hoja de metal generalmente alargada y afilada por un solo lado, a veces puntiaguda, con un mango de metal, madera u otro material.

DIABILLOS: Pequeño petardo o pastilla de pólvora que al encenderse se mueve rápidamente sin control por el aire o el suelo.

ESTILETE: Es un tipo de daga o cuchillo con una hoja muy larga y aguda de varios diseños, utilizada principalmente como arma punzante

FÓSFOROS: Palito de madera, de papel enrollado y encerado u otro material combustible, recubierto de fósforo y azufre en un extremo, que prende al rozarlo con una superficie rugosa.

GILLETTE: Marca registrada de “hojas de afeitar”. Maquinilla u hojilla de afeitar. desechable

LANZA QUIRÚRGICA: Otro término dado al bisturí. Pequeño cuchillo de hoja muy afilada, larga y estrecha.

PACHAKUTIK: Movimiento político ecuatoriano de tendencia indigenista.

SELLO ROJO: Marca de “lejía”, es un líquido creado químicamente para desinfectar el cuarto de baño, suelos y otras superficies,

TENEDOR: Utensilio para pinchar o recoger los alimentos sólidos y llevarlos a la boca que consiste en un mango con tres o cuatro púas iguales en uno de sus extremos.

RESUMEN

La adolescencia es una etapa importante para la vida adulta, debido que cualquier tipo de acontecimiento que ocurra durante este periodo o a su vez haya ocurrido desde la infancia, pueden actuar ya sea de manera favorable o desfavorable en la salud mental y emocional.

El intento autolítico en los adolescentes aumenta de manera significativa a nivel mundial, siendo actualmente la segunda causa de muerte en este grupo. A pesar de que se detallan factores de riesgo, no se conoce los detonantes o qué ocurre en ellos para que presenten ideaciones y realicen actos suicidas. Por esta razón, se decidió determinar las características vitales de los adolescentes que hayan presentado cualquier tipo de intento autolítico con el fin de prevención.

Objetivos. Describir y analizar las Características vitales de los adolescentes con intento suicida atendidos en el Hospital Julio Endara en el área de Paidopsiquiatría en los meses Diciembre 2019 – Enero 2020

Metodología. Se estudiaron a 15 pacientes del Hospital Psiquiátrico Julio Endara entre 14 a 18 años junto con su cuidador/a, tanto en el área de hospitalización como de consulta externa. En ellos se realizó un estudio etnográfico basado en entrevistas semi estructuradas y 15 historias de vida para de esta manera conocer la trayectoria de vida, creando capítulos varios para el análisis y comprensión.

Resultados: Tanto los hombres como mujeres presentan las mismas características de suicidalidad por lo que el intento autolítico es frecuente en ambos sexos. El cutting es el hallazgo físico primordial en adolescentes en riesgo ya que este acto fue presentado previo a las ideaciones e intentos suicidas. El 100% de los adolescentes

presentó disfunción familiar, asociado a otros factores como son: bullying, abuso sexual, maltrato físico y/o verbal.

Conclusiones: Los intentos autolíticos en adolescentes, son diagnosticados cada vez con más frecuencia en áreas de hospitalización y consulta externa en Ecuador, siendo el resultado de uno o varios eventos traumáticos presentados desde la infancia sin haber tenido una detección y seguimiento oportuno. Sin embargo, los adolescentes y su entorno no son conscientes que el intento autolítico es una enfermedad, llevándoles a cometer nuevas ideaciones e intentos suicidas, reflejando de esta manera; la importancia de tener una adecuada psicoterapia tanto personal como familiar.

Recomendaciones: Con el propósito de prevenir las ideaciones y actos suicidas, es importante realizar una identificación temprana y oportuna de acciones o comportamientos poco usuales presentados en la infancia y adolescencia, para lo cual; debe darse de manera conjunta una coordinación entre el entorno familiar, personal de salud y personal de educación mediante programas integrales definidos en planificaciones estratégicas de los ministerios de salud y educación.

Palabras Clave: Intento autolítico, depresión, soledad, agresividad, abuso sexual, adolescentes.

ABSTRACT

Adolescence is an important time for adult life, due to any type of incident happens within this period or in turn, has occurred since childhood, can act as a favorable or unfavorable fact on the mental and emotional health of the person.

Autolytic attempt in teenagers increases significantly worldwide, currently being the second leading cause of death in these groups. Despite the risk factors are detailed, the triggers are not known or what happens in them to present this kind of ideas and carry out suicidal acts. Furthermore, the vital characteristics of teenagers who have presented any type of autolytic attempt will be detected to prevent it.

Objectives: To describe and analyze the vital characteristics of teenagers with a suicide attempt at the Hospital Psiquiátrico Julio Endara in the months of December 2019 to January 2020.

Methodology: Fifteen patients between the ages of 14 and 18 years old were studied together with their caregiver at the Hospital Psiquiátrico Julio Endara, the hospitalization and in the external consulting. In them, an ethnographic study base on semi-structured interviews and fifteen life stories was carried out to know the life trajectory, creating several chapters for the understanding and analysis.

Results: Both men and women present the same characteristics of suicide, so an autolytic attempt is frequent in both sexes. Cutting is the main physical finding in teenagers at risk because this act was presented before the suicidal ideations and attempts. The 100% of the teenagers presented a dysfunctional family, associated with other factors such as bullying, sexual abuse, physical and verbal abuse.

Conclusions: Autolytic attempts in teenagers are increasingly diagnosed in areas of hospitalization and external consulting in Ecuador, being the result of one or more traumatic events presented since childhood without having had timely detection and follow-up. However, teenagers and their environment are unaware that the autolytic attempt is a disease, carrying them to commit new ideas and suicidal attempts, manifesting itself in the importance of having adequate personal and family psychotherapy.

Recommendations: To prevent suicidal thoughts and acts, it is important to carry out an early identification and the opportunity of determining unusual actions or behaviors in childhood and adolescence. For which, coordination between the family environment, health assistance, and education assistance must be realized through specific integrated programs in the strategic planning of the ministries of health and education.

Key Words: Autolytic attempt, depression, loneliness, aggressiveness, sexual abuse, teenagers.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Se conoce etimológicamente que el término suicidio proviene del latín sui (sí) caedes caedis (muerte o asesinato), traduciéndose como muerte a sí mismo (García de Diego, 1950).

La OMS lo define como “un acto con resultado letal”, iniciado y realizado por el sujeto, esperando su resultado letal. Es considerado la tercera causa de muerte en todo el mundo (Picazo-Zappino, 2014) y la segunda causa de muerte a nivel mundial en edades entre 15 a 29 años.

No tiene distinción de género, edad, religión, sexo o estrato social por lo que se puede presentar en cualquier individuo. (Pacheco & Peralta Lopez, 2016). Se estima que aproximadamente ocurren 800.000 suicidios al año, haciendo estas cifras relación a una muerte cada 40 segundos.(WHO, 2014)

El suicidio es un problema de salud pública tanto por su elevada prevalencia como por las consecuencias que caen sobre el individuo, su familia y la sociedad. A pesar de esto, la mayoría de los estudios no afrontan al grupo adolescente de forma independiente y mucho menos a los menores de 15 años creyendo que es un grupo excepcional por el escaso número de casos. (Carballo & Gómez, 2017)

El comportamiento suicida es complejo y puede ser un procedimiento continuo que va desde una ideación suicida, al intento suicida o hasta el suicidio consumado. Por ello es importante conocer su diferencia:

- Ideación suicida: incluye a pensamientos que pueden ir desde ideas como que la vida no merece la pena, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir o intensas preocupaciones autolesivas.

- Conducta suicida: es la visión de conductas que pueden o no tener un desenlace fatal. (OMS, 2015)

Se mencionan distintos factores de riesgo sobre el intento suicida en varias revisiones sistemáticas dentro de los que incluyen: depresión, sexo masculino, impulsividad, exposición a acontecimientos vitales estresantes, trastornos alimentarios (bulimia en adolescentes), trastornos ansiosos, conductas antisociales (más común en mujeres), tabaquismo, drogas, alcohol, orientación homosexual y bisexualidad, exposición a intentos suicidas en miembros de la familia y amigos, hogar disfuncional, abuso sexual. (Silva et al., 2017)

La presencia de varios factores aumenta más el riesgo, logrando pasar de una ideación suicida al intento suicida, ya sea este consumado o no.

Existen también factores protectores dentro de los que se destacan los siguientes: habilidad para resolver problemas, sexo femenino, creencias religiosas, habilidad para estructurar razones para vivir, nivel educativo, locus de control interno, autoestima, inteligencia, sistemas de apoyo y recursos: apoyo social, estar en una terapia, experiencia escolar positiva y tener aficiones (WHO, 2014)

Todos ellos indican la gran prevalencia de factores psicosociales indicando la importancia de medidas específicas para la prevención del comportamiento suicida,

siendo estudiado de manera comprensiva e incluyendo perspectivas psiquiátricas, somáticas, psicológicas y sociales. (Rueda & Camacho, 2010)

Sin embargo, no existen estudios que analicen detalladamente al adolescente con intento suicida y mucho menos en nuestro país, a pesar de ser éstos fuente de gran información para conocer que ocurre en un sujeto que no desea vivir, siendo esta razón el objetivo de realizar nuestro estudio para lograr la caracterización de factores, definir patrones dominadores en ellos y poder llegar al diagnóstico, prevención y manejo oportuno. (WHO, 2014)

No es de extrañar que el médico que atiende adolescentes se encuentre en más de una ocasión con un adolescente que le manifiesta una intencionalidad suicida. Surgen siempre los interrogantes de hasta qué punto aquel adolescente puede estar dispuesto a poner fin a su vida. Es evidente que los jóvenes necesitan discutir estos asuntos con los adultos y, a veces, el médico es el principal interlocutor. Los pensamientos suicidas se vuelven anormales cuando ven en la realización de éstos pensamientos la única salida para sus dificultades. (Vargas & Saavedra, 2016)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. LA VIDA

2.1.1. Definición Ciclo y curso de Vida

CICLO DE VIDA

Se refiere al desarrollo por etapas que da una idea lineal del proceso, en contraste con la visión del enfoque de curso de vida que asume el desarrollo como un proceso vital que se construye a lo largo de la vida e incide tanto en la vida de los sujetos como de las familias. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

CURSO DE VIDA

Es el estudio a largo plazo de los efectos en la salud o la enfermedad de la exposición a riesgos físicos o sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta (Kuh y cols., 2003).

Está determinado por 4 conceptos clave que son:

- Trayectoria: Se refiere al recorrido que realiza un ser humano por los diferentes roles o dominios (trabajo, escolaridad, vida conyugal, migración, etc.) en que se desenvuelve.
- Transición: Cambio de estado, posición o situación de un individuo en un momento determinado durante una trayectoria e implica un proceso de adaptación del ser humano al cambio realizado.

- Momentos significativos o sucesos vitales: acontecimientos favorables o desfavorables que cambian notablemente el curso de vida de un individuo y, en consecuencia, de varias de sus trayectorias vitales.
- Ventana de oportunidad: momento del curso de la vida que se presenta una oportunidad óptima para la implementación de respuestas que permitan a las personas desarrollar ciertas características, conductas, habilidades o capacidades.
- Efectos acumulativos: proceso por medio del cual a partir de las experiencias a lo largo de la vida se facilita el desarrollo, determinado por ganancias (fenómenos de crecimiento, maduración y de apertura de nuevas posibilidades) y/o pérdidas (fenómenos de declive, deterioro, regresión y pérdida efectiva de capacidades o facultades)

2.2. SUICIDIO

2.2.1. Definición

La 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 para-suicidio, 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. (OMS, 2015)

Quienes hablan de suicidio pueden estar pidiendo así ayuda o apoyo. Un número significativo de personas que contemplan el suicidio presentan ansiedad, depresión y desesperanza y pueden considerar que carecen de otra opción. (WHO, 2014)

En relación al aspecto biológico, en el suicida, ocurren anomalías en la neurotransmisión serotoninérgica de la corteza pre frontal, hipocampo, hipotálamo y tallo cerebral. Estos hallazgos obtienen relevancia dado que ya que sus funciones están en relación al control cognitivo, conductual y emociones principalmente. El daño en estas áreas produce desinhibición conductual, incremento de la impulsividad; pérdida de la capacidad de decisión, desesperanza, (Contreras. 2007)

A nivel social, Durkheim en el siglo XVIII, conocido como padre de la Sociología, realiza un estudio en el que demuestra cómo el suicidio es algo más que una acción individual “El suicidio. Estudio de sociología” (1897) es una de las obras más importantes, no solo a nivel psicológico sino incluso más a nivel sociológico, con ello rompe la tendencia tradicional de considerarlo como un fenómeno estrictamente individual y por ende sólo como objeto de la Psicología o de la moral. Nombra 4 tipos de suicidio:

- El suicidio egoísta: ocurre cuando los vínculos sociales son demasiado débiles para comprometer al suicida con su propia vida en la sociedad en la que radica. El suicida queda libre para llevar a cabo su voluntad de suicidarse.

- El suicidio altruista: causado por una baja importancia de la individualidad. Es el opuesto al egoísta o individualista.

- El suicidio anómico: Se da en sociedades cuyas instituciones y lazos de convivencia se hallan en situación de desintegración.

- El suicidio fatalista: se produce donde las reglas a las que están sometidos los individuos son demasiado férreas, de modo que éstos conciben y concretan la posibilidad de abandonar la situación en la que se hallan. Es el tipo exactamente opuesto al anómico.

Además, según (Hernández, 1987) los suicidios son actos con un significado social: los individuos que los realizan lo hacen para comunicar algo tanto a sí mismos como a los demás.

2.2.2 El Adolescente y el suicidio

La adolescencia ha sido identificada como un período de transición de la niñez hacia la adultez temprana. Se caracteriza por grandes cambios emocionales, sociales y físicos.

Los adolescentes son confrontados con la emergencia de una autonomía, el rechazo a la autoridad parental, el incremento de responsabilidades sociales y académicas y un deseo de intimar con otros. Deben lidiar simultáneamente con una variedad de problemas psicosociales, consolidar un sentido de identidad y madurar cognitivamente y emocionalmente.

Igualmente, este período de transición representa un tiempo de exploración de la identidad donde se perciben cambios frecuentes en las metas de vida, en los lazos románticos, en las aspiraciones de trabajo o estudio y en la visión del mundo.

Estos eventos pueden facilitar que algunos adolescentes cursen con síntomas depresivos o conductas suicidas por la inhabilidad de enfrentar los cambios tanto biológicos como psicosociales que ocurren durante este período crucial del desarrollo. También, los adolescentes pueden presentar conductas desadaptativas aprendidas para dirigir su inconformidad asociada a sus rápidas experiencias de cambios. (Vargas & Saavedra, 2016)

Por esta razón, gozar de una buena salud mental y de bienestar durante estos años, dependerá no solo de los recursos que posea el niño, niña o adolescente, sino también de cómo los diferentes contextos de desarrollo actúan como agentes de protección y soporte durante cada uno de estos cambios y retos evolutivos, respondiendo a las necesidades que cada uno vaya presentando. (Alvarez et al., 2019)

2.2.3 Epidemiología

No tiene distinción de género, edad, religión, sexo o estrato social por lo que se puede presentar en cualquier individuo. (Pacheco & Peralta Lopez, 2016).

La mayoría de los estudios internacionales han puesto de manifiesto este incremento en edades jóvenes, sobre todo en varones. (OMS, 2015).

Además mencionan que la ideación y el intento suicida son más altos en las mujeres, mientras que los hombres realizan eventos más letales al momento de intentar suicidarse. (Zygo et al., 2019)

Se estima que aproximadamente ocurren 800.000 suicidios al año, haciendo estas cifras relación a una muerte cada 40 segundos Y esta es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad a nivel mundial. (Orpana et al., 2019)

La mayor parte de los estudios muestran que los casos de intento suicida en población adolescente van en aumento, convirtiéndose en un trágico problema de salud pública, con efectos catastróficos emocionales, sociales y económicos sobre las familias, amigos y la comunidad en general.

Las estimaciones realizadas indican que en el mundo en 2020, las víctimas podrían ascender a 1,5 millones y de 10 a 20 veces más los intentos suicidas. (Pantoja et al., 2018)

Respecto a las tentativas de suicidio, se estima que son hasta veinte veces más frecuentes que los suicidios Consumados. (Salvo, Ramírez, & Castro, 2019)

Debido a que el suicidio es un asunto delicado, hasta considerado ilegal en algunos países, muy probablemente haya subnotificación. En los países con buenos datos de registro civil, el suicidio puede estar mal clasificado como muerte por accidente o por otra causa (WHO, 2014)

También podría existir un subregistro, especialmente relacionado con el fuerte impacto familiar que tiene la conducta suicida en un joven. Unos padres dolidos y con sentimiento de culpa tienden a encubrir o a minimizar las conductas autolesivas de

sus hijos, y en otras ocasiones las desconocen hasta que estas se hacen evidentes.
(Pacheco & Peralta Lopez, 2016)

2.2.3.1 Epidemiología En Ecuador

Estudios indican que los suicidios de adolescentes en lugar de disminuir han aumentado. Actualmente, en Ecuador es la primera causa de muerte en adolescentes. En el 2010 la tasa por 100 mil adolescentes fue 8, mientras que en 2016 se incrementó a 10.

La tasa más alta de suicidios es la de Zamora Chinchipe, donde llega a 53 por 100 mil adolescentes, seguida por Napo, donde es de 33 por 100 mil adolescentes. Cañar y Azuay, con alta migración de padres y madres de familia, registran tasas de 33 y 22 por 100 mil respectivamente.

Cotopaxi, con fuerte presencia de población indígena, tiene una tasa de 29 por cada 100 mil.

Otras provincias que superan el promedio nacional son Pastaza, Orellana, Carchi, Bolívar, Tungurahua y Morona Santiago. Finalmente, Galápagos, donde exhibe una tasa de suicidio de 25 por 100 mil adolescentes.

Las menores tasas de suicidio respecto del promedio nacional se registran en 6 provincias: El Oro, Esmeraldas, Guayas, Los Ríos, Santa Elena y Manabí.

Por otro lado, las diferencias por etnia en el porcentaje de suicidios como causa de muerte en adolescentes registran un mayor incremento en los grupos indígenas en un

26% y mestizos 21%. En el grupo de adolescentes afro descendientes es del 5%. (Observatorio Social del Ecuador, 2019)

2.2.4 Factores de riesgo

La mayoría de los suicidios han ido precedidos de signos de advertencia verbal o conductual que pasaron desapercibidos por familia y amistades, sin embargo, también algunos suicidios se cometen sin advertencia previa. Por esta razón es importante conocer los factores de riesgo para de esta manera tenerlos presente frente al adolescente en riesgo.

Es importante tomar en cuenta que muchas veces existen varios factores de riesgo que operan acumulativamente para incrementar la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida.

A continuación se detallan varios factores de riesgo:

Depresión:

Se ha asociado frecuentemente a la conducta e ideación suicida por lo que se considera el factor de riesgo más importante y se presenta tanto en hombres como en mujeres. Según la (OMS, 2015) está presente en el 49%-64% y se menciona que aumenta el riesgo de suicidio hasta 12 veces.

Los estudios de autopsias psicológicas han demostrado que cerca de 90% de las víctimas de suicidio se encontraba cursando un trastorno psiquiátrico al momento de

su muerte; siendo la depresión la enfermedad más frecuente, llegando a ser diagnosticada en aproximadamente en 50 – 60% de los casos. (Salvo et al., 2019)

Otros trastornos mentales

Autores han asociado la conducta suicida con la esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos aumenta en nueve veces el riesgo suicida y puede estar presente hasta en un 90% en los adolescentes con intento suicida, mientras que adolescentes diagnosticados con trastorno de personalidad tienen 10 veces más probabilidad de cometer suicidio que los no diagnosticados (Pacheco & Peralta Lopez, 2016)

Factores psicológicos:

En una revisión sistemática se encontró que los adolescentes con conducta suicida previa en comparación con adolescentes sanos o psiquiátricos, muestran un mayor déficit de habilidades de resolución de problemas.

La desesperanza es considerada un factor de riesgo si se asocia con depresión.

También se han identificado el neuroticismo o inestabilidad emocional un factor importante para que los adolescentes posean la propensión a atribuir a factores externos el control de su propia vida y a la impulsividad.

Otras variables como: dificultad de la capacidad de comunicación (identificar y expresar los sentimientos, solicitar ayuda y apoyo) y dificultad en la planificación

(incapacidad de resistirse a un impulso autolesivo) han sido relacionadas con conducta suicida en adolescentes.

Intento de suicidio previo

Estudios consideran que el intento de suicidio previo es uno de los factores de riesgo más significativos y más prevalente en varones. Cerca del 50% de los adolescentes que han cometido un intento de suicidio serio tienen como antecedente al menos un intento previo. (Vargas & Saavedra, 2016)

Es importante tener en cuenta que intentos suicidas previos en el adolescente no debe subestimar el riesgo suicida futuro. (Rueda-Jaimes, Rangel Martínez-Villalba, Castro-Rueda, & Camacho, 2010)

Edad

Antes de la pubertad varios estudios consideran que el suicidio como la tentativa es excepcional, relacionando a la inmadurez cognitiva que dificulta la ideación del plan y su ejecución y a que algunos niños pueden no apreciar el suicidio como un hecho irreversible. Esto explica que a mayor edad, mayor riesgo de intento suicida.

Sexo

Existen patrones de suicidio en cuanto al sexo, pero no son iguales en todos los países. En general el suicidio es más común en varones, pero las mujeres realizan más intentos de suicidio (Vargas & Saavedra, 2016)

Factores familiares y contextuales

La presencia de historia familiar de suicidio y el abuso de tóxicos intrafamiliar se han asociado a conducta suicida.

Adolescentes con historia familiar de suicidio se han asociado frecuentemente con la conducta suicida.

Estructura o funcionamiento familiar

El abandono de los padres independientemente del motivo y la falta de comunicación se han asociado con incremento del fenómeno suicida. Algunos estudios mencionan que los hombres son más reactivos a factores estresantes familiares que las mujeres. (OMS, 2015)

Los adolescentes con intento suicida manifiestan mayor percepción de disfunción familiar, provienen de hogares considerados como “rotos” y poseen una relación conflictiva adolescente-madre/padre. (Perales-Blum & Loredo, 2015)

Existen estudios indicando que la armonía familiar tiene un fuerte efecto en disminuir el riesgo de conducta suicida por lo que la falta de soporte parental incrementa el riesgo.

Factores sociales y nivel educativo

Bajo estatus socioeconómico y bajo nivel educativo se ha relacionado con conducta suicida.

Por otro lado, el tener una actitud negativa hacia la escuela y/o hacia el trabajo escolar fue asociado con un incremento de la prevalencia de la ideación o acto suicida. (Vargas & Saavedra, 2016)

Exposición

El “efecto de “contagio” como lo determinan varios estudios, indican que tener cerca a familiares, amistades o algún ser querido que hayan presentado ideaciones suicidas o a su vez cometido actos, aumentan la prevalencia de desarrollar en el adolescente los mismos sucesos.

Maltrato físico y/o abuso sexual

Los adolescentes que de niños fueron víctimas de abuso ya sea físico y/o sexual tienen un alto riesgo de conducta suicida. El abuso sexual está relacionado con trastornos psicopatológicos y no está claro si la alta prevalencia de conducta suicida se debe al abuso en sí o a la patología. (Pacheco & Peralta Lopez, 2016)

Algunos resultados de varios análisis multivariados mostraron que la asociación entre abuso sexual y conducta suicida es directa. (Vargas & Saavedra, 2016)

Bullying

Según la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, el bullying es una experiencia común para niños y adolescentes. La mitad de todos los niños son intimidados en algún momento durante los años escolares, y al menos el 10% lo es de manera regular. Esta intimidación puede ser física y/o verbal. Los niños y

adolescentes tienden a usar intimidación o amenazas físicas, independientemente del sexo de sus víctimas, mientras que las mujeres usan mayormente la intimidación verbal. (Carballo & Gómez, 2017)

El bullying puede modificar las respuestas al estrés y aumentar los procesos inflamatorios con consecuencias evidentes a largo plazo.

Consumo nocivo de alcohol y otras sustancias

Todos los trastornos que se asocian al consumo de sustancias, ya sea drogas y/o alcohol, incrementan el riesgo de suicidio. (WHO, 2014)

Artículos mencionan que el alcohol facilita la transición desde ideación a conducta suicida, además podría interactuar con otros factores de riesgo provocando disminución del autocontrol y estimulando la impulsividad. (Pacheco & Peralta Lopez, 2016)

Otros factores sociales

Se menciona además que problemas legales y disciplinarios, aniversario de alguna pérdida, pueden ser relacionados con la ideación y conducta suicida en los adolescentes. (Vargas & Saavedra, 2016)

Trauma cráneo encefálico grave

Estudios recientes mencionan que el trauma cráneo encefálico grave está asociado con un riesgo elevado de intento de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes. (Chang et al., 2019)

Exposición a medios de comunicación

La exposición de los adolescentes a determinado tipo de información en medios de comunicación sobre el tema de suicidios, se ha asociado con conductas suicidas.

La exposición al suicidio en la televisión fue asociada significativamente con autoagresión deliberada (Vargas & Saavedra, 2016)

Sobrepeso y obesidad

El sobrepeso es un rasgo específico que hace que los adolescentes se destaquen negativamente y por lo tanto conduce a persecución.

Los adolescentes con sobrepeso u obesidad informaron problemas psicosociales y pensamientos suicidas más a menudo. Este efecto indirecto fue más fuerte en adolescentes con obesidad. (Van Vuuren et al., 2019)

Factores biológicos y genéticos

Existen varias evidencias en donde indican que los individuos con intentos suicidas que tienen niveles bajos de 5-HIAA (ácido 5-hidroxi-indol-acético) en líquido cefalorraquídeo son significativamente más propensos a intentos suicidas futuros y/o cometer suicidio.

Mencionan además que determinar la concentración plasmática de serotonina, en combinación con algunas medidas psicométricas, podría servir como un marcador seguro de psicopatología y podría diferenciar subgrupos de adolescentes suicidas. (Vargas & Saavedra, 2016)

Factores asociados con el sistema de salud y la sociedad

En esta categoría hace referencia a las dificultades para el acceso a la atención de salud y poder recibir la asistencia necesaria y oportuna, la fácil disponibilidad de los medios utilizables para suicidarse (utensilios de cocina, rasuradoras, etc.), el sensacionalismo de los medios de difusión en lo concerniente a los suicidios, aumentando el riesgo de imitación de actos suicidas, la estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas o por problemas de salud mental y de consumo de sustancias psicoactivas. (WHO, 2014)

2.2.5 Factores precipitantes

Existen a lo largo de la vida acontecimientos vitales estresantes, que a menudo preceden a un suicidio y/o intento suicidio.

Su importancia radica en que operarían como factores precipitantes en los jóvenes con vulnerabilidad, se detallan a continuación algunos de ellos:

- Crisis con los padres
- Factores psicológicos/personales.
- Conflictos familiares
- Problemas con el grupo de pares o iguales.
- Dificultades escolares

2.2.6 Factores protectores

Por otro lado, existen a su vez factores que protegen a las personas contra el riesgo de suicidio. Estos han demostrado aumentar la capacidad de recuperación y conexión y lo más importante proteger contra el comportamiento suicida.

Algunos factores protectores que se han propuesto son:

- Habilidades de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento
- Relaciones personales sólidas
- Actitudes y valores positivos, en particular frente al suicidio
- Sexo femenino
- Creencias religiosas
- Habilidad para estructurar razones para vivir.
- Nivel educativo
- Locus de control interno.
- Autoestima
- Inteligencia.
- Sistemas de apoyo y recursos: apoyo social, estar en una terapia, experiencia escolar positiva y tener aficiones

2.2.7 Diagnóstico / Valoración del riesgo suicida

Existen varios cuestionarios o escalas para la evaluación del riesgo suicida, se detallan las más utilizadas a continuación.

Cuestionario de Riesgo de Suicidio /Risk of Suicide Questionnaire (RSQ).

Este cuestionario fue desarrollado por Horowitz en 2001 para detectar la conducta suicida en niños y adolescentes por parte de personal no especializado. Su versión original en inglés demostró ser un instrumento con alta sensibilidad y especificidad.

Consta de 14 preguntas tipo Lickert de 7 puntos (a mayor puntuación, mayor riesgo suicida) y existe una versión breve con tan solo cuatro ítems, que son aquellos que tienen relación con la conducta suicida actual, ideación suicida pasada, conducta autodestructiva pasada y factores estresantes actuales (Silva et al., 2017)

Escala de desesperanza de Beck

Es un instrumento diseñado para medir el grado de desesperanza, como un esquema cognitivo de expectativas negativas hacia el futuro inmediato y a largo plazo. Ha sido utilizado como indicador indirecto de los intentos de suicidio en adolescentes y ha resultado ser un instrumento válido, con alta consistencia interna y estabilidad temporal. Esta escala consta de 20 preguntas de verdadero o falso y cada uno con un puntaje, mientras más alto el puntaje mayor desesperanza. (OMS, 2015)

Escala de Intencionalidad Suicida

Beck diseñó la Suicidal Intent Scale (SIS) en 1974 como escala para medir la intencionalidad suicida, pero no ha sido muy estudiada para niños y adolescentes. En España esta escala ha sido aplicada a jóvenes de entre 15 y 24 años tras una tentativa de suicidio. En este estudio se observó que los adolescentes con un

trastorno afectivo con ánimo deprimido en el momento de realizar el intento de suicidio mostraron una intencionalidad suicida mayor que aquellos con otro tipo de trastorno.

2.2.8 Evaluación de conducta suicida

La evaluación del paciente con riesgo suicida es un proceso dinámico, el cual debe ser metódico y minucioso, que incluya las características del intento de suicidio mismo, del paciente, de los antecedentes personales y familiares de la presencia de psicopatología y de conducta suicida, de la red de apoyo y de los eventos vitales relacionados, pues es posible que el fracaso en una adecuada evaluación puede resultar en mortalidad. (Pacheco & Peralta Lopez, 2016)

Sobre la ideación suicida es necesario indagar acerca de aspectos como el momento de inicio y evolución, el esfuerzo realizado para no ser descubierto, la formulación de planes específicos, la motivación o intencionalidad de la conducta (llamada de atención, búsqueda de un cambio en las relaciones personales, percepción de estar viviendo una situación intolerable) y sentimiento de desesperanza.

Es necesario obtener información de los padres y otras personas que conozcan al adolescente, puesto que la eficacia de las entrevistas dependerá del nivel de desarrollo cognitivo y del tipo o grado de gravedad de distrés psicológico.

Es también importante evaluar otros factores subyacentes que pueden indicar un mayor riesgo y orientarnos acerca de aquellos aspectos que pudiesen requerir una intervención:

- Diagnóstico de enfermedad mental.
- Factores sociales y función cognitiva.
- Presencia de historia familiar de psicopatología.
- Historia de maltrato físico y abuso sexual.
- Abuso de tóxicos.
- Presencia de un acontecimiento vital estresante.

2.2.9 Criterios de Hospitalización

Se considera que la hospitalización es necesaria cuando el paciente presenta varios factores de riesgo y cuando el apoyo en la comunidad es limitado.

Algunos de estos factores que podrían orientar acerca de la necesidad de hospitalización en jóvenes con conducta suicida son:

- Agitación, manía o agresividad.
- Intoxicación.
- Difícil manejo ambulatorio.
- Trastorno psicótico agudo o ideación delirante.
- Depresión psicótica.
- Trastorno bipolar con irritabilidad e impulsividad.
- Consideraciones médico-legales.
- Historia familiar de suicidio.
- Sexo masculino (por presentar más riesgo).

- Historia de intentos de suicidio previos.
- Abuso de tóxicos.
- Dificultades familiares (supervisión o cuidados inadecuados).

2.2.10 Prevención

Los suicidios son prevenibles. Por lo tanto, para comenzar a prevenir eficazmente el suicidio, los países deben emplear un enfoque multisectorial que aborde el suicidio de una manera integral, reuniendo los diferentes sectores e interesados directos más pertinentes para cada contexto. (World Health Organization, 2014)

Se han planteado 3 estrategias principales:

- Estrategias de prevención universal: Están diseñadas para llegar a toda una población con la finalidad de potenciar al máximo la salud y reducir al mínimo el riesgo de suicidio al eliminar barreras a la atención y aumentar el acceso a la ayuda, fortalecer los procesos protectores como el apoyo social y modificar el entorno físico.
- Estrategias de prevención selectivas: Se dirigen a grupos vulnerables de la población sobre la base de características como la edad, el sexo, la situación ocupacional o los antecedentes familiares. Algunos individuos pueden no manifestar comportamientos suicidas en el presente, pero pueden correr un elevado riesgo biológico, psicológico o socioeconómico.
- Estrategias de prevención indicadas: Se dirigen a determinados individuos vulnerables dentro de la población, es decir quienes muestren

señales prematuras de potencial suicida o quienes hayan hecho un intento de suicidio.

La colaboración y la participación de los medios en el establecimiento y la difusión de prácticas responsables de información, así como en la capacitación al respecto, son también esenciales para mejorar cabalmente la notificación de suicidios y reducir la imitación de actos suicidas. (OMS & OPS, 2016)

Investigaciones indican que realizar intervenciones de prevención de la conducta suicida en establecimientos educativos han probado ser efectivas en el aumento de factores protectores -como el autocontrol, la resolución de problemas y la autoestima-, y en la disminución de factores de riesgo de suicidio -como por ejemplo la depresión. (Alvarez et al., 2019)

2.3. INVESTIGACIONES SOBRE HISTORIAS DE VIDA Y SUICIDIO EN ADOLESCENTES

Se han revisado investigaciones tanto a nivel mundial y en América Latina, encontrando que se han descrito pocos estudios cuantitativos los mismos que detallan en su mayoría factores de riesgo. No se encontraron estudios cualitativos sobre el tema.

A nivel de América Latina existe una publicación de tesis realizada en Chile en la cual describen como “relato de vida de un intento suicida adolescente” del año 2016;

otro en Perú con el título “Características del paciente adolescente con intento suicida en el Hospital José Agurto Tello de Chosica en los años 1995-2007”.

A nivel nacional no se encontró información sobre nuestro tema propuesto lo cual hizo más interesante realizar el estudio descrito.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Justificación

El suicidio en la adolescencia se está convirtiendo en una de las principales causas de mortalidad en este grupo etario llegando a ser la segunda causa de muerte en adolescentes a nivel mundial siendo importante recalcar que cada suicidio es una tragedia.

Ésta, parte desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio. Se han encontrado diversos factores que pueden predisponer al adolescente llevar a cabo el intento suicida.

Lamentablemente, el suicidio no suele priorizarse como un importante problema de salud pública.

A pesar del aumento de las investigaciones y los conocimientos acerca del suicidio y su prevención, el tabú y el estigma alrededor del suicidio persisten y muchas personas no buscan ayuda o quedan solas. Y si la buscan, muchos sistemas y servicios de salud no logran proporcionar una ayuda oportuna y eficaz.

Por esta razón creemos importante estudiar las características vitales del adolescente con intento suicida al ser gran fuente de información del por qué no quieren vivir y lograr entender por qué llegan a cometer dicho acto, además conocer ciertos patrones de suicidio para ponernos en alerta frente a otros pacientes que

cumplan sus mismas características haciendo énfasis en dar a conocer que el suicidio es prevenible.

Recordar siempre que cualquier persona que habla de suicidio nos está pidiendo ayuda de manera indirecta. No dejemos pasar por desapercibido este comentario. Ayudemos.

3.2. Problema de investigación

El suicidio en adolescentes es un problema de Salud Pública que está incrementando de manera significativa en los últimos años, sin embargo no es un tema del cual estemos capacitados o sepamos cómo manejar.

Es importante conocer cuáles son los principales factores de riesgo y detonantes a los que se encuentran expuestos los adolescentes y consecuentemente llegar a pensar o realizar el acto suicida, de esta manera se evitará que este terrible padecimiento siga ocurriendo en los adolescentes ecuatorianos.

3.2.1. Pregunta de investigación

¿Cuál es la trayectoria de vida de los adolescentes con Intento Autolítico atendidos en el Hospital Julio Endara en el área de Paidopsiquiatría en los meses Diciembre 2019 y Enero 2020?

3.3. Objetivos

3.3.1. Objetivo general

- Describir y Analizar las Características vitales del adolescente con intento suicida

3.3.2. Objetivos específicos

- Perfilar a los adolescentes con intento suicida a través de una historia de vida
- Evidenciar patrones dominadores en el adolescente con intento suicida
- Analizar los factores desencadenantes para llevar a cabo el comportamiento suicida.

3.4. Hipótesis

Mediante esta investigación generaremos conocimiento científico basado en las vivencias y sentimientos de los adolescentes con intento suicida y poder ayudar de manera temprana a jóvenes con sus mismas características evitando que lleguen al acto ya sea consumado o no.

3.5. Estrategia Metodológica

3.5.1. Tipo de Estudio

Para alcanzar los objetivos propuestos en el presente trabajo de investigación, el estudio constará de un estudio cualitativo etnográfico mediante entrevistas semi estructuradas e historias de vida.

3.5.2. Muestra

La población del presente estudio incluyó a adolescentes que se atienden en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, tanto en el área de consulta externa como de Hospitalización. También se incluyeron a los cuidadores de los Participantes.

Se identificó a 18 adolescentes junto con sus cuidadores. Se excluyeron 3 participantes, 2 por no desear la participación en el estudio y 1 adolescente porque se encontraba bajo custodia de casa hogar donde se nos manifestó la fragilidad y susceptibilidad de la menor decidiendo en conjunto el equipo de estudio no incluirla por lo manifestado. Quedando una muestra de 15 adolescentes y 15 cuidadores. En cada segmento de la investigación, tanto cualitativa como en el perfil sociodemográfico se detalla la población estudiada.

3.5.3. Perfil del Hospital Psiquiátrico Julio Endara

El Hospital Psiquiátrico Julio Endara, es un hospital especializado correspondiente al tercer nivel de atención de salud que pertenece a Ministerio de Salud Pública, pertenece al distrito de salud 17D08. Se encuentra ubicado en la Autopista General Rumiñahui; Av. Manuela Cañizares OE33-76, Parroquia: Conocoto. Atiende en un horario de 24 horas. Cuenta con 149 profesionales de la salud y atiende a un promedio de 26.000 pacientes anuales en los servicios de hospitalización y consulta externa de psiquiatría, psicología, neurología, medicina interna y odontología.



Figura Nº 1: Hospital Psiquiátrico Julio Endara

3.5.4. Criterios de selección

3.5.4.1. Criterios de Inclusión

- Adolescentes con diagnóstico de Intento autolítico atendidos en el Hospital psiquiátrico Julio Endara en el área de Hospitalización y Consulta Externa entre 14 y 18 años en los meses de diciembre 2019 y enero 2020.
- Cuidadores/as de los adolescentes con diagnóstico de intento autolítico atendidos en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara.
- Cuidadores/as que autoricen la participación en el estudio.

3.5.4.2. Criterios de Exclusión

- Cuidadores que no deseen colaborar o abandonen el proceso del estudio.
- Adolescentes con algún tipo de discapacidad

- Adolescentes con Intentos Suicidas que se encuentren hospitalizados en otras casas de salud.

3.5.5. Procedimiento de recolección de información

- En la primera etapa se realizó la fase exploratoria que consistió en observar y crear una conexión con los participantes y sus cuidadores.
- Posteriormente se realizó la elección de participantes mediante criterios de inclusión y exclusión con la firma respectiva de consentimientos y asentimientos informados.
- Con la aprobación, se llevó a cabo la realización de la ficha sociodemográfica al adolescente y posteriormente entrevistas semi estructuradas e historias de vida a los adolescentes y al cuidador en relación al adolescente, las mismas que fueron registradas en una grabadora y datos relevantes en una libreta por el autor.
- Como fuente secundaria se tomó información de la historia clínica en búsqueda de datos importantes que sean relevantes para nuestro estudio. (Se aplicó en pacientes hospitalizados)

3.5.6. Investigación Cuantitativa

3.5.6.1. Muestra

La muestra para el presente trabajo incluyó 15 adolescentes y 15 cuidadores que reciben atención médica en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara ya sea en consulta externa u hospitalización al momento del estudio.

3.5.6.2. Instrumentos

En primer punto se aplicó una encuesta para conseguir datos sociodemográficos y económicos, estuvo formada de preguntas cerradas y su duración fue de 5-10 minutos.

Posteriormente se revisó las Historias Clínicas para determinar el diagnóstico de los participantes que se encuentra relacionado con el intento autolítico.

3.5.6.3. Procesamiento de información y análisis de datos.

Se realizó con Microsoft Excel para obtener frecuencia de porcentaje del perfil socio demográfico y socio cultural.

3.5.6.4. Operacionalización de variables.

Tabla Nº 1: Variables cuantitativas

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ESCALA	INDICADOR
EDAD	Años Cumplidos desde su nacimiento hasta el momento de la evaluación	1: 14 años 2: 15 años 3: 16 años 4: 17 años 5: 18 años	Porcentaje Frecuencia
SEXO	Características que describen a un individuo y que permiten la identidad sexual	Femenino Masculino	Porcentaje Frecuencia
	Medida total económica y	1: < 1 SMV 2: 1 SMV 3: 2 SMV	Porcentaje

FACTORES SOCIO ECONÓMICOS	sociológica en relación a otras personas, medida según ingreso familiar en salarios mínimos	4: 3 SMV 5: > 4 SMV	Frecuencia
TIPOLOGÍA FAMILIAR	Tipo de Miembros de una familia que viven bajo el mismo techo	1: Nuclear (Madre y Padre) 2: Monopa-rental (Madre) 3: Monopa-rental (Padre) 4: Madre o padre y pareja actual 5: otros miembros	Porcentaje Frecuencia
ZONA DE RESIDENCIA	Lugar de residencia	Área rural Área Urbana	Porcentaje Frecuencia
INSTRUCCIÓN EDUCATIVA DEL ADOLESCENTE	Acción de adquirir conocimientos mediante el estudio.	1: Primaria 2: Secundaria 3: Superior	Porcentaje Frecuencia
INSTRUCCIÓN EDUCATIVA DEL CUIDADOR	Acción de adquirir conocimientos mediante el estudio.	1: Primaria 2: Secundaria 3: Superior	Porcentaje Frecuencia
ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL	Recopilación de la información sobre la salud de una persona.	Enferme-dad mental Enferme-dad crónica Enferme-dad discapacitante Ninguna	Porcentaje Frecuencia
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Sustancia que se usa para tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.	Si No	Porcentaje Frecuencia
MÉTODO AUTOLITICO	Método o forma de intentar de lesionarse o perder	Arma blanca	Porcentaje Frecuencia

	la vida	Arma de fuego Fármacos Caída de altura Ahorcamiento	
--	---------	--	--

Elaborado por la autora

3.5.7. Investigación cualitativa

3.5.7.1. Muestra

La realización del estudio cualitativo se hizo mediante la selección de informantes que cumplieron los criterios de inclusión, a los cuales se les realizó una entrevista semi estructurada, con un total de 15 adolescentes y 15 cuidadores, cumpliendo el criterio de saturación de información. Según los resultados se eligió a los 15 participantes para la elaboración de las historias de vida debido a que todas tuvieron un trasfondo importante y se obtuvo toda la información necesaria sobre las características socioeconómicas y de vida más relevantes en los individuos con intento autolítico.

3.5.7.2. Instrumentos

Para entender el comportamiento del individuo, se utilizó a la etnografía como método de estudio, de esta modo logramos conocer cómo percibe la situación, los obstáculos a los que debe enfrentarse, las alternativas que se le ofrece; sólo de esta manera pudimos entender por qué razón llegó a cometer dicho comportamiento. Esto se llegó a obtener mediante Entrevistas semi estructuradas que se aplicaron tanto al paciente como al cuidador, logrando obtener la mayor información posible.

Durante las entrevistas semi estructuradas hubo interacción entre la investigadora y los participantes para adquirir conocimientos y profundizar en la realidad y vivencias de cada participante, mejorar su comprensión, llegar a conclusiones mediante el diálogo; también fue importante el lenguaje no verbal que expresaron los participantes y cuidadores.

Posterior a las entrevistas, se eligieron participantes principales para construir la historia de vida, tratando de ejecutar una descripción en profundidad de la vida de un individuo relatada al investigador.

3.5.7.3. Procesamiento y análisis de información

Una vez recogida la información de manera escrita y mediante grabación de voz de las entrevistas semi estructuradas e historias de vida, serán transcritas en una bitácora en documento de Word 2016, para su posterior ordenamiento, análisis e interpretación de resultados

La información se procesó inicialmente con la organización textual de los datos obtenidos y posteriormente se procedió a la categorización y reagrupación para interrelacionar la información y hacer subcategorías y conceptualizar los datos. Posteriormente se interpretó mediante patrones y temas, con análisis de causas y elaboración de constructos. (Sandoval, 2002)

3.5.7.4. Operacionalización de Variables.

Tabla Nº 2 : Variables cualitativas

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR / CARACTERES	FUENTE
DESESPERANZA	Sentimiento de pérdida de ánimo, imposibilidad de poder imaginar que algo mejor pueda ocurrir, o perder la confianza de que las cosas pueden cambiar y ser mejores (Seligman, 1975;	<ul style="list-style-type: none"> • Salir Adelante • Tener Éxito • Alcanzar Objetivos • Solucionar Problemas 	Entrevista semi estructurada
COMPORTAMIENTO DE RIESGO	Comportamiento que quebranta las leyes y normas socialmente establecidas por un grupo de personas (Giddens, 2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de drogas • Alcohol • Sexo-pornografía • Pandillas • Juegos de video 	Entrevistas semi estructuradas Historias de vida
EVENTOS TRAUMÁTICOS	Cambios importantes en la vida del niño, muerte de seres queridos muy cercanos, separaciones y periodos de hospitalización prolongados (Rodríguez P. , 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Muertes de familiares cercanos • Separaciones • Maltrato infantil • Violaciones • Otros 	Entrevistas semi-estructuradas Historias de vida
EVENTOS ESTRESANTES NEGATIVOS	Eventos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de los individuos y son percibidos como indeseables	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Cambio de salud de miembro de familia • Muerte de amigo íntimo/ familiar • Problemas legales 	Entrevistas semi-estructuradas Historias de vida

	(Holmes y Rahe, 1976)	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de colegio • Otros 	
--	--------------------------	--	--

Elaborado por la autora.

3.5.8. Aspectos Bioéticos

Al tratarse de un estudio que involucró la interacción directa con los pacientes y su familia se solicitó la autorización mediante el consentimiento y asentimiento informado para la participación voluntaria al participante y a su cuidador/a. La información que se obtuvo será manejada de manera codificada y no se difundirá identidad. Se mantuvo y se mantendrá bajo confidencialidad.

Es importante recalcar que se basó principalmente en 2 principios de la bioética:

Beneficencia: Actuar en beneficio de los demás, curar el daño y promover el bien o el bienestar

No-maleficencia: No producir daño y prevenirlo, no provocar dolor ni sufrimiento.

El protocolo de este estudio fue enviado al Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para su respectiva revisión y aprobación.

El grupo participante y la población en general podrán beneficiarse de los conocimientos e intervenciones derivadas de la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis Cuantitativo

4.1.1. Resultados Univariados

4.1.1.1. Resultados de variables sociodemográficas del paciente.

Al analizar las características sociodemográficas se encontró que del total de participantes el 60% (n=9) fueron del sexo femenino, mientras que el 40% (n=6) fueron del sexo masculino. En cuanto a la edad, los datos reflejan la extensa variedad de edad de los participantes, encontrándose el 33.3% (n=5) en los 16 años, el 20% (n=3) en las edades de 15 y 17 años respectivamente y el 13.33% (n=2) en edades de 14 y 18 años respectivamente.

Con respecto al ingreso mensual, según los adolescentes el 53.3% (n=8) de sus familias viven con 1 salario mínimo vital (\$400 USD), sin embargo comparando con respuestas proporcionadas por los cuidadores indican que el 73.33% (n=11) de las familias tienen este ingreso mensual. Adolescentes mencionan que el 33.33% (n=5) tiene un ingreso mensual menor al salario mínimo vital, mientras que solo el 20% (n=3) de las familias tienen dicho ingreso según reporte de los cuidadores.

En cuanto a la conformación familiar, La mayor parte de las familias están conformadas solo por la madre en un 46.6% (n=7), el 40.2% (n=6) por mamá y papá, el 6,66% (n=1) por madre y abuelo/a, 6,66% (n=1) padre y abuelo/a. Llama la atención que, comparando datos con los cuidadores, 1 participante sólo describe a su madre como su familia y no menciona a su abuela, mientras que 2 participantes sólo

describen como su familia a su madre sin tomar en cuenta a las parejas sentimentales actuales de sus madres que conviven con ellos.

Con respecto al lugar de residencia el 80% (n=12) de los participantes viven en zona Urbana, mientras que el 20% (n=3) en zona rural, siendo la mayoría del sur de Quito en un 80% (n=12).

En relación a la escolaridad, el 100% (n=15) de los adolescentes se encuentran en la secundaria, estudiando en diferentes cursos según la edad y además tienen tareas dirigidas y cuentan con el apoyo de aulas hospitalarias cuando se encuentran hospitalizados.

Hablando sobre enfermedad, se observa que sólo el 46.66% (n=7) es consciente que tiene algún tipo de trastorno mental, mientras que el 53.33% (n=8) no describen su trastorno mental como enfermedad, pero el 100% (n=15) si menciona tomar medicación.

Tabla N° 3: Características sociodemográficas del paciente

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
SEXO		
Masculino	6	40
Femenino	9	60
EDAD		
14 años	2	13.33
15 años	3	20
16 años	5	33.33
17 años	3	20
18 años	2	13.33
INGRESO ECONÓMICO MENSUAL		
Menos de 1 salario	5	33.3
1 salario mínimo vital	8	53.3
2 salarios mínimos vitales	2	13.33
CONFORMACIÓN FAMILIAR		
Mamá y Papá	6	40.2
Solo Mamá	7	46.6
Mamá y abuelos	1	6.6
Papá y abuelos	1	6.6
ZONA DE RESIDENCIA		
Zona Urbana	12	80
Zona Rural	3	20
UBICACIÓN DE RESIDENCIA (QUITO)		
Norte	2	13.33
Sur	12	80
Valle	1	6.66
INSTRUCCIÓN EDUCATIVA		
Secundaria en Curso completa	15	100
ENFERMEDAD		
Mental	7	46.66
Ninguna	8	53.33
TOMA MEDICACIÓN		
Si	15	100
No	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario, 2020/ Autor: Md. Fernanda Guzmán

4.1.1.2. Resultados de variables sociodemográficas del cuidador.

Se encontró que del total de los cuidadores el 86.66% (n=13) son de Sexo femenino, mientras que el 13.33% (n=2) son del sexo masculino. La edad fue variable, no se encontró un rango predominante.

En relación al ingreso mensual nos revela que el 73.33% (n=11) de las familias cuentan únicamente con ingreso mensual de 1 salario mínimo vital y con el 20% (n=3) aquellos con un ingreso menor a un salario mínimo vital.

Sobre la información de la conformación familiar, se encontró que el 40.2% (n=6) de las familias están formadas por madre y padre, el 26.66% (n=4) sólo por mamá, también existen familias conformadas por mamá y abuelo/a y un mamá/papá más parejas que corresponden el 13.33% (n=2) respectivamente. Solo el 6.66% (n=1) está conformada por papá y abuelos. Es significativo recalcar como se lo hizo en el análisis de los adolescentes, estos datos son diferentes a lo descrito por ellos.

En relación al lugar de residencia el 80% (n=12) de los participantes viven en zona Urbana y el 20% (n=3) en zona rural. La mayor parte ubicada en el sur de Quito en un 80%.

En cuanto a la escolaridad de los cuidadores, la mayor parte no terminó la secundaria en un 33.3% (n=5), sólo el 26.66% (n=4) terminó el Bachillerato.

EL 80% (n=12) de los cuidadores son sanos y no refieren ningún tipo de enfermedad, el 13% (n=2) refieren tener enfermedad crónica (Hipertensión Arterial e Hipotiroidismo) y el 6.67% (n=1) menciona tener Artrosis y la cataloga como Enfermedad discapacitante. En relación con los datos anteriores sobre enfermedad, el

87%(n=13) refiere no tomar medicación y únicamente el 13% (n=2) que corresponden a los cuidadores con enfermedad crónica toman medicación. Antihipertensivo y levotiroxina respectivamente.

Tabla Nº 4 Características sociodemográficas del cuidador.

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
SEXO		
Masculino	2	13.33
Femenino	13	86.66
EDAD		
30 a 35 años	2	13.33
36 a 40 años	6	40
41 a 45 años	1	6.66
46 a 50 años	5	33.33
50 o >50 años	1	6.66
INGRESO ECONÓMICO MENSUAL		
Menos de 1 salario	3	20
1 salario mínimo vital	11	73.33
2 salarios mínimos vitales	1	6.66
CONFORMACIÓN FAMILIAR		
Mamá y Papá	6	40.2
Solo Mamá	4	26.66
Mamá y abuelos	2	13.33
Papa y abuelos	1	6.66
Mama/ papa más parejas	2	13.33
ZONA DE RESIDENCIA		
Zona Urbana	12	80
Zona Rural	3	20
UBICACIÓN DE RESIDENCIA (QUITO)		
Norte	2	13.33
Sur	12	80
Valle	1	6.66
INSTRUCCIÓN EDUCATIVA		
Primaria Completa	1	6.66
Primaria Incompleta	1	6.66
Secundaria Completa	4	26.66
Secundaria Incompleta	5	33.33

Superior Completa	3	20.22
Superior Incompleta	1	6.66
ENFERMEDAD		
Crónica	2	13.33
Discapacitante	1	6.67
Ninguna	12	80
MEDICACIÓN		
Si	2	13
No	13	87
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario, 2020

Autor: Md. Fernanda Guzmán

4.1.1.3. Resultados de variables socioculturales del paciente.

Tabla N° 5: Perfil de informantes con código.

Nº	INFORMANTE	Nº INTENTOS AUTOLITICOS Y/O IDEACIONES SUICIDAS	PERFIL
1	H16OYA	4	Paciente de 16 años, vive con madre, padre y hermanas, con diagnóstico de depresión con síntomas psicóticos, continua con medicación y seguimiento ambulatorio.
2	M15ATT	4	Paciente de 15 años, vive con madre y hermanas tiene diagnóstico de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Se encuentra Hospitalizada.
3	M16TPC	6	Paciente de 16 años, vive con madre padre y hermanos tiene trastorno ansioso depresivo recurrente. Continúa tomando medicación y con seguimiento ambulatorio.
4	M16APE	5	Paciente de 16 años, vive con madre y padrastro (2do), tiene trastorno depresivo recurrente sin síntomas psicóticos. Continúa tomando medicación y con seguimiento ambulatorio.
5	M17AAR	4	Paciente de 17 años, vive con madre, padre y hermana, tiene trastornos mental y del comportamiento + episodio depresivo con síntomas psicóticos. Continúa tomando medicación y con seguimiento ambulatorio
6	M18AFT	4	Paciente 18 años, vive con madre y abuela materna, con diagnóstico de trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos. Se encuentra Hospitalizada

7	H18ATA	3	Paciente de 18 años, vive con padre, madre y hermano, con diagnóstico de trastorno depresivo recurrente + episodio moderado presente. Se encuentra Hospitalizado
8	M14AFO	6	Paciente de 14 años, vive con padre, madre, hermana y sobrino, con diagnóstico de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Continúa con seguimiento ambulatorio y tomando medicación.
9	H17STC	3	Paciente de 17 años, vive con madre, padrastro y medio hermano, con trastorno depresivo recurrente. Se mantiene con seguimiento ambulatorio y tomando medicación.
10	H17CTT	2	Paciente de 17 años, vive con padre y abuelos paternos, tiene diagnóstico de Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos + trastornos no especificados emocionales y del comportamiento. Se encuentra hospitalizado
11	H16SLT	5	Paciente de 16 años, vive con madre y hermana tiene trastornos no especificados emocionales y del comportamiento. Recibe seguimiento ambulatorio y tomando medicación
12	H14TPC	2	Paciente de 14 años, vive con madre, con diagnóstico de trastornos no especificados emocionales y del comportamiento. Continúa con manejo ambulatorio y tomando medicación.
13	M16AYO	6	Paciente de 16 años, vive con madre y hermanos, con Trastorno depresivo recurrente + episodio actual grave con síntomas psicóticos. Se encuentra hospitalizada.
14	M16TYR	3	Paciente de 16 años, vive con madre y abuelos maternos con trastornos no especificados emocionales y del comportamiento. Continúa con seguimiento ambulatorio y medicación.
15	M15AAC	3	Paciente de 15 años con Trastornos mentales y del comportamiento, por uso de drogas y otras sustancias. Al momento hospitalizada

Fuente: Entrevista Semi estructurada e historias de vida, 2020

Autor: Md. Fernanda Guzmán

Tras haber realizado el perfil de informantes y resúmenes de las entrevistas se obtuvo la siguiente información: En un 26.66% (n=4) los pacientes tienen diagnóstico de trastorno depresivo con y sin síntomas psicóticos respectivamente, el 20% (n=3)

tienen trastornos mentales y del comportamiento por no uso de sustancias. También se encontraron otras patologías encontradas en la tabla 4.

Se encontró que el 100% (n=15) de los adolescentes tiene disfunción familiar, siendo un dato sumamente importante. El 40%(n=6) de los adolescentes fueron víctimas de abuso sexual, de este porcentaje el 100% fueron mujeres. Es importante mencionar en este punto que un adolescente fue acusado de haber cometido presunto abuso sexual.

Otro dato que conmueve es ver que el 67% (n=10) de los adolescentes vivió durante su infancia en un ambiente de maltrato y la mayoría aún lo hace ya sea este de tipo físico o verbal, incluso en algunos hogares se evidenció los dos tipos. Solo el 33% (n=5) no vivió en un ambiente de maltrato.

El consumo de drogas y alcohol en los adolescente no fue un indicador común, únicamente el 27% (n=4) es consumidor de algún tipo de droga y el 33% (n=5) consume alcohol de manera activa. Sin embargo, es importante recalcar que el 73% (n=11) de los adolescentes que no consume drogas y el 67% (n=10) que no consume alcohol si ha conocido ya sea de las drogas o alcohol y ha sido invitado a consumirlo por sus compañeros o vecinos pero se han negado.

El 87%(n=13) de los adolescentes ha sufrido de un o más episodios de bullying ya sea durante su infancia, en la adolescencia o en ambos. Esto nos hace pensar: ¿qué está ocurriendo con los niños? ¿En qué están fallando los padres? ¿Falta inculcar respeto al prójimo?

Dentro de las entrevistas se preguntó a los adolescentes si son felices y el 67% (n=10) tristemente contestó que no, sólo un 33% (n=5) mencionó que son felices. Además el 100% (n=15) indicó que se siente solo y fue manifestado por aislamiento. Tanto la tristeza como la soledad se relacionó con agresividad en los adolescentes el cual estuvo presente en el 73%(n=11) de los casos.

Abordando el tema de intento autolítico, se obtuvo que el 100% (n=15) de los adolescentes empezaron con cutting, con hoja de afeitar (Gillette), sacapuntas, cuchillos, CD, binchas de carpetas, tenedores; al inicio tal vez por curiosidad, porque alguien cercano también lo hacía pero posteriormente lo hicieron porque en verdad querían hacerse daño, pero así mismo un 60% (n=9) lo hizo con ingesta de medicamentos, recalcando que un su mayoría ingirieron medicación propia de tratamiento. También intentaron asfixiarse en un 6.67% (n=1) e ingiriendo veneno en el 6.67% (n=1) Lejía (Sello Rojo), que terminó en trasplante de esófago.

Es importante resaltar que dentro de las ideas de suicidio de los adolescentes está: lanzarse de un puente en un 26.67% (n=4), ahorcamiento en un 33% (n=5) e ingerir veneno en el 6.67% (n=1).

A todo esto surgió la pregunta: ¿Te arrepientes?; Obteniendo en un 80% (n=12) la respuestas de no arrepentirse de los actos suicidas realizados o ideas suicidas planeadas, lo cual es un factor alarmante en nuestro estudio. Sólo el 20% (n=3) refiere estar arrepentido. Se suma a esto que el 60% (n=9) piensa en volver a hacerse daño, solo el 40% (n=6) dice que no, sin embargo algunos contestaron de manera insegura.

En la literatura encontramos también al efecto espejo como causa de intento o ideación suicida por lo que preguntamos a los adolescentes si alguien cercano también ha intentado o ha tenido ideaciones suicidas, encontrando que el 47% (n=7) si tuvo a alguien cercano que cometió algún tipo de intento o ideación suicida, siendo 2 casos en su familia y 5 casos en amigos; el 53% (n=8) no ha tenido a alguien cercano que haya realizado dichos actos.

Otro dato importante era conocer si todas las veces que los adolescentes presentaron recaídas, es decir nuevos intentos o ideaciones suicidas fueron hospitalizados; y encontramos alarmantemente que el 93%(n=14) no lo fue, y las razones que nos indicaron fueron las siguientes: El cuidador no llevó al adolescente al hospital porque estaba bien y no hizo nada o a su vez acudió al hospital sin embargo solo aumentaron dosis y fueron enviados nuevamente a domicilio y controles por consulta externa.

Tabla N° 6: Características socioculturales del paciente. Parte uno

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
DIAGNÓSTICO		
Trastorno depresivo sin síntomas psicóticos	4	26.66
Trastorno depresivo con síntomas Psicóticos	4	26.66
Trastornos mentales y del comportamiento por uso de sustancias	1	6.67
Trastornos mentales y del comportamiento no por uso de sustancias	3	20
Trastorno Ansioso depresivo recurrente	1	6.7
Trastorno depresivo recurrente	2	13.33
DISFUNCIÓN FAMILIAR		
Si	15	100
No	0	0
ABUSO SEXUAL		
Si	6	40
No	9	60
MALTRATO FÍSICO Y/O VERBAL		
Si	10	66.67
No	5	33,33
CONSUMO DE DROGAS ILEGALES(n=15)		
Si	4	27
No	11	73
CONSUMO DE ALCOHOL (n=15)		
Si	5	33
No	10	67
BULLYING (n=15)		
Si	13	87
No	2	13
¿ES FELIZ? (n=15)		
Si	5	33
No	10	67
¿TE SIENTES SOLO? (n=15)		
Si	15	100
No	0	0
AGRESIVIDAD (n=15)		
Si	11	73
No	4	27
TOTAL	15	100

Fuente: Entrevista Semi estructurada e Historias de vida, 2020

Autor: Md. Fernanda Guzmán

Tabla N° 7 Características socioculturales del paciente. Parte dos.

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
FORMAS DE INTENTO AUTOLÍTICO		
Ingesta de medicamentos	9	60
Ahorcarse /Asfixiarse	1	6,67
Ingesta de Veneno	1	6,66
Cortes	4	26.67
TIPOS DE IDEACIONES SUICIDAS		
Ahorcamiento	5	33.33
Ingesta de veneno	1	6.67
Lanzarse de un puente	4	26.67
Buscar situaciones de Peligro	1	6.67
Ninguna	4	26.67
ARREPENTIMIENTO		
Si	3	20
No	12	80
INTENCIÓN DE REINTENTARLO		
Si	9	60
No	6	40
ALGUIEN CERCANO TAMBIÉN LO HIZO		
Si	7	47
No	8	53
SE HOSPITALIZÓ EN TODOS LOS INTENTOS Y/O IDEACIONES		
Si	1	7
No	14	93
TOTAL	15	100

Fuente: Entrevista semi estructurada e historias de vida, 2020

Autor: Md. Fernanda Guzmán

4.2. Análisis Cualitativo

Para el análisis cualitativo se usó la etnografía como método de investigación. Se realizó un total de 15 entrevistas semi estructuradas, tanto a los adolescentes como a los cuidadores de los participantes hasta lograr saturar información y poder realizar 15 historias de vida.

4.2.1 Perfil de informantes e historias de vida.

Tabla N° 8: Historias de vida

Nº	INFORMANTE	Nº DE HOSPITALIZACIONES POR INTENTOS AUTOLÍTICOS	Nº INTENTOS AUTOLITICOS Y/O IDEACIONES SUICIDAS	PERFIL
1	Adolescente 16 años, con diagnóstico de trastorno depresivo con síntomas psicóticos. Atendido de forma ambulatoria	2	4	Paciente masculino, el mayor de 4 hermanos, vive con padre, madre y hermanas, refiere actualmente mantener relación estable familiar, fue víctima de maltrato físico, violencia intrafamiliar (puñetes, correa, patazo, palos, le quemaron la mano por haber cogido dinero cuando fue niño), su padre abandona hogar cuando él era niño para convivir con otra mujer, sin embargo regresa a domicilio. Prueba tabaco, alcohol y drogas, no tiene problemas de consumo. Intenta matarse en dos ocasiones por varios cortes en brazos y cuello por las que fue hospitalizado y durante todo este tiempo se realiza Cutting. También menciona varias ideaciones suicidas como tomarse veneno, ahorcarse. Al momento toma medicación y se encuentra en controles periódicos con psicología y psiquiatría.
2	Adolescente de 15 años, con diagnóstico de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Se encuentra Hospitalizada.	2	4	Paciente femenino de 15 años, vive con su madre y hermana menor, sus padres se divorcian por violencia intrafamiliar (peleas, gritos, insultos, golpes), sufrió de bullying en la escuela y fue abusada sexualmente. No comenta el caso a nadie por amenaza, sin embargo comienza a realizarse Cutting y además con ideas y actos suicidas como tirarse de un puente, se tomó pastillas por dos ocasiones por lo que ingresa. Tiene además 2 ideas suicidas. Al momento se encuentra hospitalizada con cuadro depresivo grave.
3	Adolescente de 16 años, con diagnóstico de	5	6	Paciente femenina de 16 años, vive con padre, madre y hermano, durante su infancia existió violencia intrafamiliar, su padre abandona por 5 veces el hogar para ir con otra mujer.

	trastorno ansioso depresivo recurrente. Seguimiento ambulatorio			<p>Sufre bullying en la escuela por parte de compañeros y profesores, trata de encajar en grupos aparentando ser igual que ellos pero no da resultado, es rechazada, se junta con compañera que presenta trastornos emocionales y comienza a realizarse Cutting, tricotilomania y con ideas y actos suicidas por 6 ocasiones, siendo hospitalizada por 5 ocasiones, no todas en Hospital Julio Endara, sin embargo la más larga si fue en ese lugar por un lapso de 2 meses.</p> <p>Al momento con seguimiento ambulatorio por parte de psicología y psiquiatría. Continua tomando mediación</p>
4	<p>Adolescente de 16 años, con diagnóstico de Trastorno depresivo recurrente sin síntomas psicóticos. Seguimiento Ambulatorio.</p>	2	5	<p>Paciente de 16 años, femenina, venezolana, vive con su madre y su segundo padrastro, reside en Ecuador desde hace 2 años, vivió con su padre biológico hasta el 1 año de edad. Durante su infancia sufrió bullying por ser tímida y por condición física. Fue víctima de abuso sexual por su primer padrastro durante 3 años, nunca avisa lo sucedido, empieza con tratamiento psicológico donde comenta luego de 3 años, por esta razón madre decide salir del país además de situación propia de País. En Ecuador, es víctima de xenofobia por parte de compañeros y profesores por lo que recae nuevamente en su depresión. Se realiza Cutting de manera constante y ha intentado matarse por 5 ocasiones. Ha estado hospitalizada por 2 ocasiones y 1 en Julio Endara. Al momento con seguimiento ambulatorio y continua tomando medicación.</p>

5	Adolescente de 17 años, con diagnóstico de Trastornos mentales y del comportamiento + episodio depresivo con síntomas psicóticos. Seguimiento Ambulatorio	2	4	Paciente femenina de 17 años, vive con madre, padre y hermanos, padre alcohólico, machista. Desde pequeña es víctima de violencia intrafamiliar (maltrato físico y verbal por parte de su padre), su padre es infiel a su mamá. Se siente sola porque padres no pasan en casa, se vuelve violenta en escuela y colegio. Comienza con trastorno depresivo realizándose Cutting, se refugió en el alcohol desde los 15 años. Ha intentado matarse por 3 ocasiones de las cuales 2 estuvo hospitalizada. Continúa con seguimiento psicológico y psiquiátrico. Aún toma mediación.
6	Adolescente de 18 años, con diagnóstico de Trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos. Se encuentra Hospitalizada	2	4	Paciente femenina de 18 años, vive con madre y abuela materna. Padres se divorcian cuando tenía 5 años. Sufre de bullying en la escuela por ser callada. Fue abusada sexualmente a los 16 años por vecino siendo la causa de su trastorno depresivo y es hospitalizada por primera vez, continua con medicación, por periodos refiere hacerse Cutting. Al momento cursa su segunda hospitalización por debido a recaída desencadenado por pérdida de su bebé que nace a las 22 semanas. Comenta además haber intentado matarse por 3 ocasiones.
7	Adolescente de 18 años, con diagnóstico de trastorno depresivo recurrente + episodio moderado presente. Se encuentra Hospitalizado	2	3	Paciente masculino de 18 años, vive con madre, padre y hermanas. Crece en un ambiente de violencia intrafamiliar (maltrato físico y verbal por parte de su padre hacia sus hermanos y madre), se vuelve violento al igual que su padre, no recibe atención, se siente solo. En la infancia es víctima de bullying por ser gordito. Padre engaña a su madre, sin embargo vuelve a la casa. Empezó a tomar desde los 15 años, consumió marihuana y cocaína desde los 16 hasta los 17 años. Desde los 17 empieza con Cutting, empieza con ideas suicidas, intentando matarse por dos ocasiones por la cual una es causa de su reciente hospitalización, quiso lanzarse del tercer piso de su colegio.

8	Adolescente de 14 años con diagnóstico de Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Seguimiento ambulatorio	3	6	Paciente femenina de 14 años, vive con padre, madre, hermana y sobrino. Su padre solo pasaba en casa los fines de semana por el trabajo, ella pasa sola porque sus hermanos son mayores. Madre engaña a su padre, tenían relaciones sexuales frente a ella y además esta persona abusa sexualmente de ella por varias ocasiones, madre nunca la cree. Ella empieza a realizarse Cutting, cambia de humor, se siente sola. Intenta matarse por 2 ocasiones, comienza a recibir apoyo psicológico después de 3 años, en su colegio se enteran y es víctima de bullying, recae por 2 ocasiones. Ha tenido 4 ideas suicidas. Al momento continua con seguimiento por consulta externa de psicología y psiquiatría. Aún toma medicación.
9	Adolescente de 17 años con trastorno depresivo recurrente. Seguimiento ambulatorio	2	3	Paciente masculino de 17 años, vive con madre, medio hermano y padrastro, nunca conoció a su padre. Pasó toda su infancia al cuidado de su abuela materna debido al trabajo de su mamá, una vez que su madre se casa presencia violencia intrafamiliar (golpes, gritos, insultos) hasta los 11 años, se sentía solo, en la escuela es víctima de bullying, no tenía a quién contar sus problemas, empieza a realizarse Cutting, conoce a malas amistades, a los 14 años empieza a fumar marihuana, refiere de manera ocasional cuando se siente frustrado. Intenta matarse por 3 ocasiones siendo dos veces hospitalizado. Muere su mejor amigo hace 2 meses lo que causa recaída en él. Actualmente continúa con controles de manera ambulatoria y toma medicación.
10	Adolescente de 17 años con Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos + trastornos no especificados emocionales y del	1	2	Paciente masculino de 17 años, vive con su padre y abuelos paternos. Vivió con su madre hasta los 2 años, ella ha tenido dos compromisos más y viven en Tulcán. No tiene relación materna ninguna, no quiere a su madre. Su mundo es su Padre y él. Se ha sentido solo por la falta de su madre, sufre de bullying en su escuela y colegio por ser ñoño. Tiene una novia que sufre de depresión intentando 3 veces matarse, indican

	comportamiento. Se encuentra hospitalizado			terminar esa relación. Él empieza con Cutting. Se muere su mascota causando exacerbación de su depresión teniendo ideas suicidas realizando un intento autolítico por lo cual se encuentra hospitalizado actualmente.
11	Adolescente de 16 años con trastornos no especificados emocionales y del comportamiento. Seguimiento ambulatorio	2	5	Paciente masculino de 16 años, vive con madre y hermana. Sus padres se divorciaron cuando él tenía 11 meses, Vivió bullying desde la escuela, refiere que se siente solo. Se cambia varias veces de colegio por no encajar. Hubo problemas con la nueva pareja de su papá con su hermana y madre, por esto su papá se alejó de ellos 2 años. Su hermana intentó suicidarse, él observa eso y decide con más razón quedarme callado de lo que le pasa, para evitar problemas. Empieza a realizarse Cutting hasta que decide matarse tomándose SELLO ROJO, y va a HCAM donde pasa hospitalizado 6 meses, necesita trasplante de esófago, durante ese tiempo tuvo solo ayuda psicológica sin embargo fue reprendido por doctores diciendo que gastan recursos en alguien que hace tonteras sin nunca ver el fondo de todo. Sale con ayuda ocasional psicológica no hay resultados y continúa con Cutting ideas y actos suicidas, es hospitalizado por dos ocasiones. Al momento continua con manejo ambulatorio y tomando medicación

12	Adolescente de 14 años, con trastornos no especificados emocionales y del comportamiento. Seguimiento ambulatorio	1	2	Paciente masculino de 14 años vive con madre, su papá es alcohólico y aparece cuando quiere en la casa. No le quiere a su papá. Presencia violencia intrafamiliar desde pequeño, su padre y abuela paterna maltratan a su mamá. En el colegio es amenazado por ser “el sapo” al avisar que consumen alcohol y marihuana dentro del colegio. Sufre de bullying. Es acusado de haber violado a su prima de 6 años una noche que pasaron entre primos en la casa de la abuelita, madre lo piensa y él niega, sin embargo al llegar la orden judicial se encierra en su cuarto y se intentar asfixiar con una funda en la cabeza. Madre impide el hecho y es hospitalizado. Aun se realiza Cutting. Al momento continua con manejo ambulatorio y tomando medicación.
13	Adolescente de 16 años, con trastorno depresivo recurrente + episodio actual grave con síntomas psicóticos. Se encuentra hospitalizada	1	6	Paciente de 16 años, vive con su madre y hermanos, padre machista, alcohólico, vago. Existía violencia intrafamiliar (golpes, insultos por parte del padre) hasta que se fue de la casa. Fue abusada sexualmente por su padrastro, no avisa a nadie porque es amenazada solo a una amiga quien riega el chisme en el colegio sufriendo bullying (perra, puta, zorra) por lo que inicia con Cutting e ideas de muerte. Es hospitalizada por esta ocasión debido a intoxicación medicamentosa. Ha intentado matarse por 6 ocasiones. Al momento hospitalizada.

14	Adolescente de 16 años con trastornos no especificados emocionales y del comportamiento. Seguimiento ambulatorio	1	3	Paciente de 16 años, vive con madre, abuelos maternos y hermano. Evidencia violencia intrafamiliar desde pequeña. Su padre es alcohólico. Es criada por su tía porque su madre trabaja todo el día. Ella todo el tiempo se ha sentido sola y no querida. Compañera de colegio e hace Cutting por problemas y ella copia, comienza a mentir para no llegar a casa y escaparse para verse con su papá porque le deja hacer lo que quiere. Empieza a tener ideas suicidas llegando a un intento suicida por lo que ingresa a Hospital mental. Actualmente se encuentra en seguimiento ambulatorio y tomando medicación.
15	Adolescente de 15 años con Trastornos mentales y del comportamiento, por uso de drogas y otras sustancias. Se encuentra hospitalizada	1	3	Paciente de 15 años, vive con madre, hermanos y padrastro. Madre en la adolescencia consume marihuana. Sufre de violencia intrafamiliar desde pequeña (golpes, insultos de su padre a su madre), ella piensa que es normal y se vuelve agresiva en la escuela. Su padre se va con otra mujer y engaña algunas veces a su madre. Fue violada por el tío a la edad de 6 años, ella cuenta a madre lo sucedido 6 años después y no le cree. Se siente sola, sufre bullying sin embargo ella se defiende con golpes (su madre le enseña). Comienza a tomar y consumir marihuana desde los 11 años. Se realiza Cutting por placer y ha intentado matarse por 3 ocasiones. Ha estado hospitalizada en varios centros de rehabilitación y actualmente es la primera hospitalización en uno mental.

Fuente: Entrevista semi estructurada e historias de vida, 2020

Autor: Md. Fernanda Guzmán

4.2.2. Definición de categorías y subcategorías utilizadas para la integración de información.

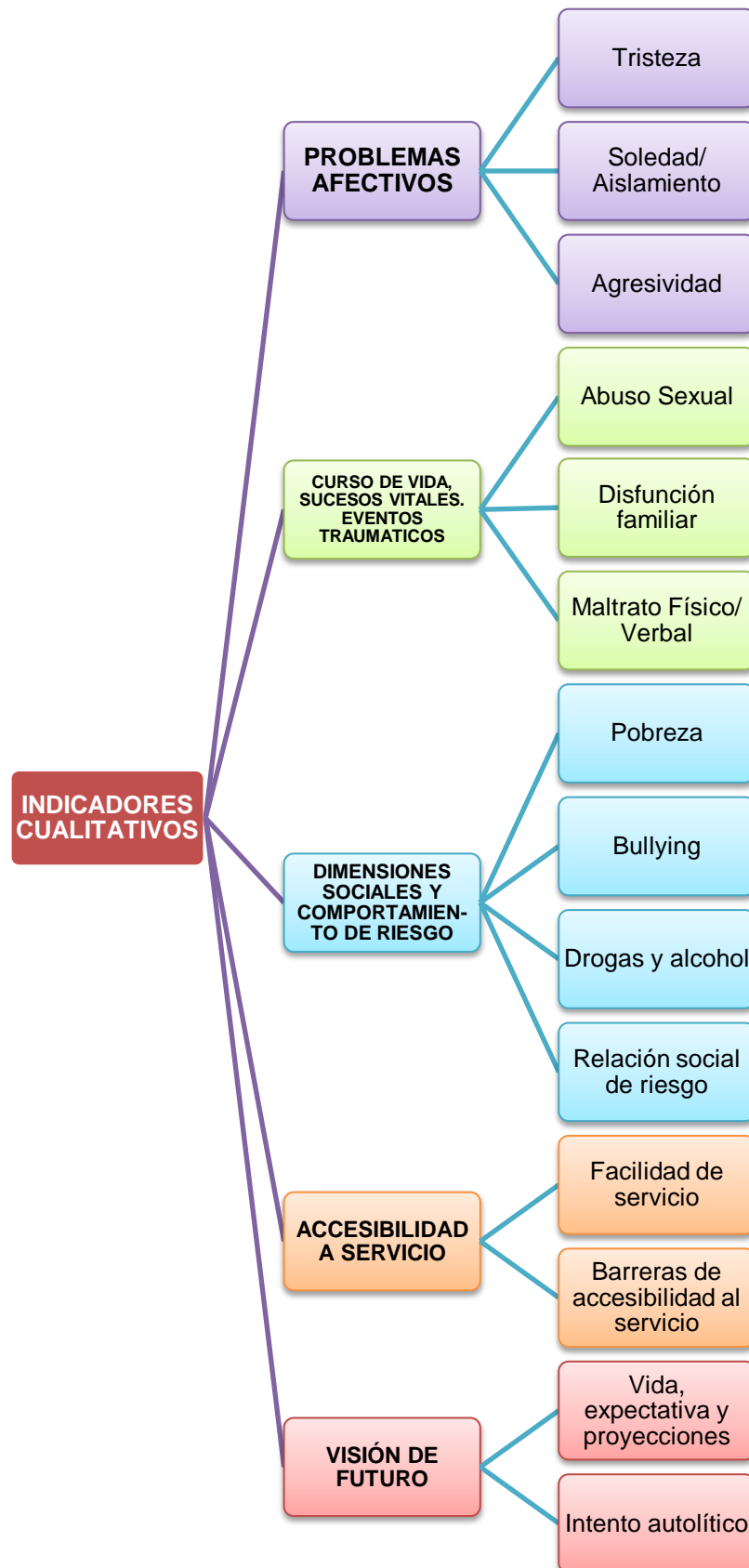


Figura Nº 2: Indicadores cualitativos. Categorías y subcategorías.

Tabla N° 9: Indicadores cualitativos. Definición de subcategorías

Nº	SUBCATEGORÍAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
1	TRISTEZA	Afectación del estado de ánimo debido a un suceso desfavorable, manifestado por tendencia al llanto, anhedonia, pérdida de interés. Estado de ánimo pesimista, insatisfacción.
2	SOLEDAZ/ AISLAMIENTO	Sentimiento de tristeza que provoca carencia de compañía y pérdida de contacto con otros individuos, de manera voluntaria o involuntaria
3	AGRESIVIDAD	Respuesta disfuncional ante la situación de vida que enfrentan, comportamiento perturbador que puede causar daño.
4	ABUSO SEXUAL	Cualquier actividad o contacto sexual que ocurre sin su consentimiento.
5	DISFUNCIÓN FAMILIAR	Familia en donde los conflictos, agresividad, violencia y abuso se producen frecuentemente llevando así a todos los miembros a acostumbrarse a estas acciones
6	MALTRATO FÍSICO/ VERBAL	Son todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder
7	POBREZA	Situación económica problemática que impide el acceso adecuado a educación, vivienda, salud y servicios básicos, como desempleo o remuneración económica por debajo del salario básico unificado.
8	BULLYING	También conocido como acoso escolar, es la violencia psicológica, verbal o física entre estudiantes tanto en la unidad educativa como en las redes sociales.
9	DROGAS Y ALCOHOL	Sustancias estupefacientes cuyo consumo puede generar dependencia influyendo en el comportamiento y ánimo de la persona.
10	RELACIÓN SOCIAL DE RIESGO	Grupo de personas que influyen de manera negativa en otra.
11	FACILIDAD DE SERVICIO	Algo que resulta posible de conseguirlo sin encontrar demasiadas dificultades u obstáculos.
12	BARRERAS DE ACCESIBILIDAD AL SERVICIO	Obstáculo que impide o dificulta la realización de una determinada tarea o actividad, afectando de esta manera a la plena integración social de esa persona.
13	VIDA, EXPECTATIVA Y PROYECCIONES	Visión a futuro de la persona en el ámbito profesional y familiar
14	INTENTO AUTOLÍTICO	Acto por el que una persona se provoca la muerte de forma intencional

Fuente: Entrevista semi estructurada e historias de vida, 2020

Autor: Md. Fernanda Guzmán

4.2.3. Experiencias de vida de los adolescentes con intentos autolíticos.

Mediante el método de investigación etnográfico se presenta la información más significativa de las categorías y subcategorías descritas anteriormente, de esta manera se identificará patrones de comportamiento y eventos cruciales en su vida relacionados con la trayectoria de vida de los adolescentes con intento autolítico, así como el de sus cuidadores.

A continuación, se puntualiza la información la cual está organizada en cinco capítulos con los respectivos subcapítulos para tratar de operar de mejor manera toda la información obtenida.

En cada uno se detallan los relatos más memorables enunciados por parte de los adolescentes como de los cuidadores. de esta manera se identificará patrones conductuales relacionados con la trayectoria de vida de los adolescentes con intento autolítico, así como el de sus cuidadores.

4.2.3.1. *No soy feliz. Me siento triste, quiero llorar, pero no puedo*

Problemas afectivos: Tristeza, soledad/ aislamiento, agresividad.

Los problemas afectivos o también llamados trastornos del estado de ánimo son varios tipos de padecimientos que generan o causan cierto malestar significativo y disfunción en las personas. Cuando un chico sufre todas sus actividades cotidianas se ven perjudicadas. Principalmente abarcan a trastornos depresivos y distimia que se caracterizan por tristeza, aislamiento, agresividad. (Feria & Palacios, 2010)

Figura Nº 3: Problemas Afectivos: Tristeza, soledad/aislamiento, Agresividad.



Elaborado: WordCloud Autor: Md. Fernanda Guzmán. Fuente: entrevistas semi estructuradas e historias de vida.

En la figura 3 se muestra las diferentes formas de expresar la tristeza, soledad/ aislamiento y agresividad por parte de los adolescentes en palabras como dormir, negatividad, triste, callada, llanto, destrozada, dolor, lágrimas, insomnio, voces, ansiedad, depresión. Es importante recalcar que la mayoría de los adolescentes presentaron fases tanto de tristeza y agresividad.

En su totalidad tuvieron signos de aislamiento siendo narrados en frases como: “No sirvo”, “a nadie le importo”, “no hay solución”, “no tengo atención”, “enfermedad de mi madre”, “por apariencia”, “soy un estorbo”, “fue abuso”.

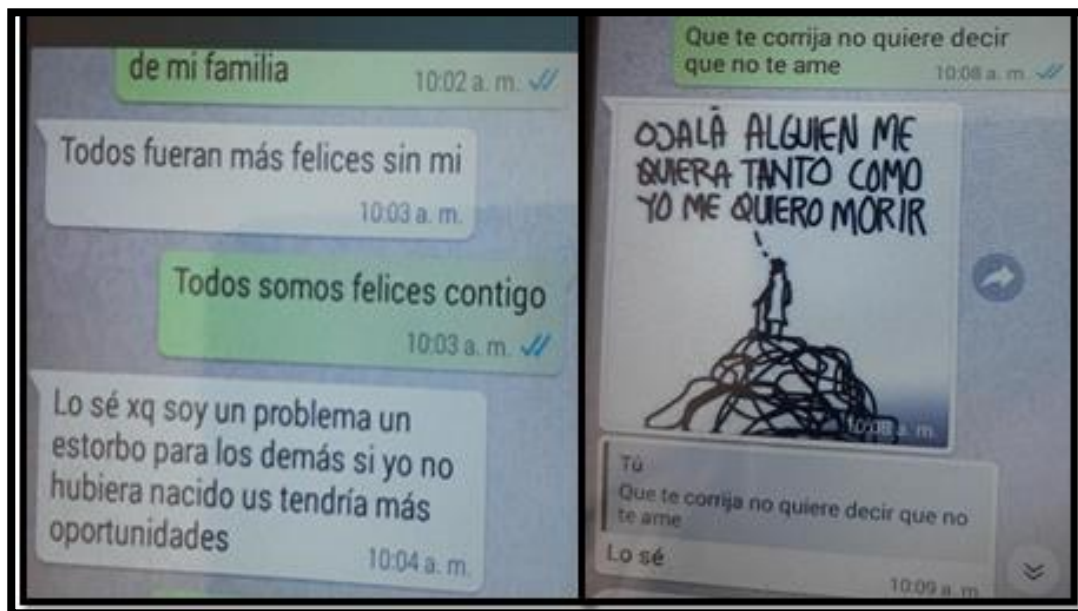
También se describieron palabras significativas como: “familia”, “madre”, “chico”, “padraastro”, “amigos”, las cuales detallan la falta de éstos o su mala influencia para que de una u otra manera hayan sido los causantes o factores detonantes de sus problemas afectivos.

En los siguientes fragmentos de los relatos de los adolescentes y cuidadores podemos apreciar más elementos relacionados a esta categoría y sus subcategorías:

- *Me enviaba estos mensajes: “sabe no quiero ir al psicólogo, no hay solución”, “mi mamá se enoja conmigo porque no le cuento muchas cosas de mí, pero ¿cómo decirle a la mujer que te dio la vida que te quieres morir?”. “me he odiado por tanto tiempo que para mí ya no es sencillo quererme” “todos fueran más felices sin mí, soy un problema, un estorbo”. “ojala alguien me quiera tanto como yo me quiero morir”. (Testimonio de madre de adolescente de 15 años, diagnóstico de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, abusada sexualmente)*
- *Pero lo hecho ya pues, ya está. Fue traumante porque encima el bebé nació malformado. Fue feo nos tocó enterrarle, ella vio la cajita, también se deprimió, le hizo caca. No dormía, ya se cortó, solo lloraba, no comía, pasó hecho caca. Decía mami: soy un asco no sirvo para nada, estoy llegando al hueco negro de nuevo, entonces yo ya se, escucho el hueco negro y puta yo ya se, así que de una le traje para acá, porque se aísla, no come. No puedo dejarle sola. (Testimonio de madre de adolescente de 18 años, diagnóstico de trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos, con intento autolítico previo, actualmente con recaída por pérdida de su bebé)*
- *Siento felicidad solo momentos, de ahí normal. A veces me siento solo. Se siente raro, pero como que uno se acostumbra a la soledad, ya es algo normal. Desde pequeño siempre me sentí solo. (Testimonio de adolescente de 17 años, con trastorno depresivo recurrente, sufrió maltrato físico y verbal durante toda su infancia, consume marihuana ocasionalmente cuando se siente frustrado)*

- *En la escuela si me iba bien, si era buena estudiante, pero me molestaban porque mi mamá nunca iba a la escuela y me decían que era huérfana, entonces les golpeaba y les decía que no me digan así. Un día le partí la cabeza a un niño, porque me intentó tocar entonces le di con un zapato en la cabeza, tenía 5 años. (Testimonio de adolescente de 15 años, con Trastornos mentales y del comportamiento, por uso de drogas y otras sustancias, sufrió abuso sexual y maltrato físico en la infancia)*
- *Hay días que no les aguanto, cuando tenía ataques de iras me daba ganas de pegarles, pero me aguantaba y mejor me iba a mi cuarto a pegar las cosas, romper con los puños. Luego veía lo que hacía y decía “que hice” y me iba en llanto. (Testimonio de adolescente de 16 años, con diagnóstico de depresión con síntomas psicóticos, sufrió maltrato durante su infancia)*

Figura Nº 4 Fotos proporcionadas de la madre del Chat con su hija de 15 años con episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, abusada sexualmente



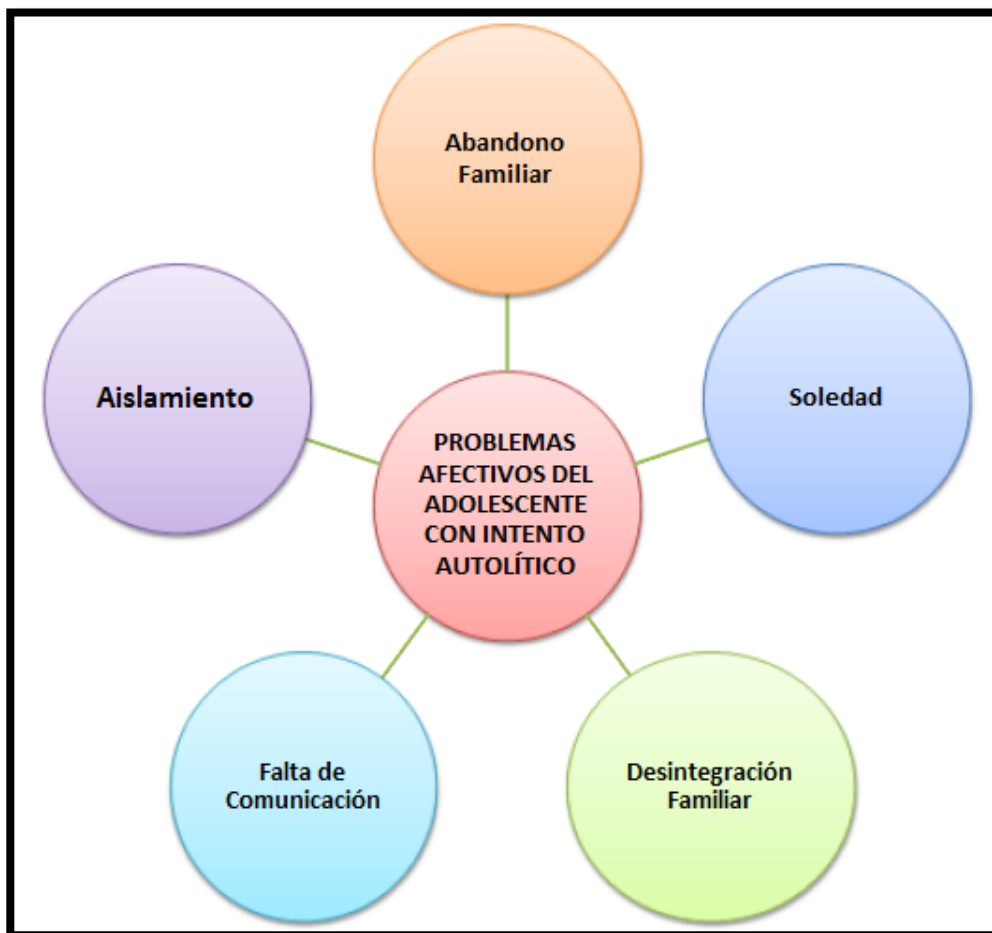
Fuente: Chat de Madre, Enero 2020

Estos relatos detallan con gran impacto dos polos de estados de ánimo que son la tristeza y la agresividad, que, analizando individualmente son los patrones que presentan de manera muy florida los adolescentes en riesgo, llevándolo a que se sienta solo o aislado.

En las entrevistas la mayoría mencionan la soledad que tuvieron desde pequeños y esto no sólo lo expresan los adolescentes sino también sus cuidadores, por ende, esto lleva al pensamiento de cuán importante es estar siempre al tanto de los hijos, mostrarles apoyo, fomentar la confianza y darles la atención necesaria para que no se sientan nunca solos.

Es importante en este punto el apoyo fundamental tanto del personal médico y tutores o profesores a nivel escolar para lograr la detección oportuna de los signos llamativos descritos en párrafos anteriores.

Figura Nº 5: Factores que inciden sobre Problemas afectivos del adolescente con intento autolítico.



Autor: Md. Fernanda Guzmán; modelo de enfermedad – salud de Browne (Giddens, 2004). Fuente: entrevistas semi estructuradas e historias de vida.

En la figura 5 se explica que existen factores tanto extrínsecos como intrínsecos causantes de problemas afectivos. En el caso de los adolescentes con intento autolítico se vio que la soledad causada por el abandono familiar ya sea de madre y/o padre durante su infancia debido a varias circunstancias (trabajo, engaños, violencia intrafamiliar) conlleva a la falta de comunicación entre padres e hijos conduciendo a la desintegración familiar, causando que el adolescente se aisle, no exprese sus sentimientos, inquietudes y problemas a otras personas (otros miembros familiares, profesores, médicos, amigos, etc.) volviéndose un círculo vicioso al que cada vez se añaden más factores negativos por ende mayor desesperanza en el adolescente en riesgo.

Es importante recalcar que no todos los cuidadores mencionaron que existió falta de comunicación en su entorno familiar, pero si fue un factor que lo mencionaron todos los adolescentes durante su entrevista. Además, a pesar de que se han hablado en varias ocasiones sobre la soledad, no se ha explicado que fue un acto minimizado por parte de los cuidadores.

Visto a nivel profesional, se observa que la falta de comunicación es algo normalizado hoy en día, por lo tanto, en la mayoría de los hogares no es un punto significativo y fundamental de mantenerlo para una buena relación intrafamiliar, sin darse cuenta que existe afectación en la salud del infante o adolescente, manifestándose con actos de aislamiento y soledad.

4.2.3.2. Mi mamá dejó que me abusaran sexualmente, su amante.

CURSO DE VIDA, SUCESOS VITALES. EVENTOS TRAUMÁTICOS: Abuso sexual, Disfunción Familiar, Maltrato Físico/ Verbal.

El desarrollo de la vida está determinado por 2 componentes: el primero conocido como ciclo de vida que es el desarrollo por etapas como es el nacer, crecer, reproducir y morir; y el segundo es el curso de vida, la cual aborda los resultados a largo plazo de la salud dependiendo de la interacción de diferentes factores que pueden estar influenciadas favorable o desfavorablemente por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Por esta razón se ha agrupado dentro de curso de vida a sucesos vitales desfavorables también llamados eventos traumáticos al abuso sexual, disfunción familiar y maltrato físico/verbal, como sabemos cada uno de estos eventos son factores de riesgo para el intento o ideación suicida.

pedido ayuda oportuna y únicamente esperar algún tipo de cambio de la pareja o simplemente se acostumbraron a ser tratadas de esa manera, desconociendo el daño que se están haciendo y ocasionando a los hijos.

En los siguientes fragmentos de los relatos de los adolescentes y cuidadores se detallan los relatos relacionados a esta categoría y sus subcategorías:

- *Lo que marcó mi vida fue lo que me pasó cuando fui niña, fueron algunas veces que me abusaron sexualmente y mi mamá no hizo nada cuando veía que me abusaba, además ella tenía relaciones al frente mío, eso se sentía raro. Pero creo que ya lo he ido superando, a esto se suma cuando me comencé a sentir sola, NO ENCONTRABA RAZONES PARA VIVIR. (Testimonio de adolescente de 14 años, diagnóstico de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, víctima de abuso sexual)*
- *Al inicio, realmente mi familia, o sea la relación con mi esposo, era disfuncional, discutíamos, peleábamos, a veces él me renegaba por mi hijo, pero pasaron casi 5 años y yo le tuve a mi segundo bebé y entonces la relación cambió, mi esposo cambió, ya no hay agresiones, ya no hay golpes, no hay insultos, ni reclamos, nada de eso. Yo creo que gran parte de la depresión que tiene mi hijo ahora es también por eso. (Testimonio de madre de adolescente de 17 años, con trastorno depresivo recurrente, sufre maltrato durante su infancia, consume marihuana de manera ocasional)*
- *Siempre ha venido chumado y en realidad mi esposo nunca ha dejado de tomar, siempre ha sido agresivo, hasta ahora, todas las cosas quiere con agresión y todo esto ellos han visto, hasta ahora y mi hijo dice “YO NO QUIERO VERLE A MI PAPI, LE ODIO, LE ODIO” y una vez me dijo “CUANDO TENGA CHANCE”, sabe querer pegarle al papá, no le tiene afecto. Y me dijo “EL DÍA QUE EL ME VENGA A PEGAR YO LE REGRESO” (Testimonio de madre de adolescente de 14 años, con diagnóstico de trastornos no especificados emocionales y del comportamiento, sufre maltrato físico en su infancia, acusado de violación sexual)*
- *A mí me criaron a golpe, si algo hacía mal un patazo, un puñete o con la correa o sino me hacían quitar la ropa y me pegaban con palo. Pero a mis hermanas nada. Ni siquiera piden permiso. En cambio a mí si me voy un rato a hacer deberes ya están “a donde te fuiste, con quien te fuiste, soplame”. (Testimonio de adolescente de 16 años, con diagnóstico de depresión con síntomas psicóticos, sufrió maltrato durante su infancia)*

Empezando con abuso sexual, es fácilmente percibido el dolor que presentan los adolescentes durante su entrevista, más aun cuando mencionan que los violadores son gente cercana a ellas, ya sean estos vecinos, padrastros, tíos, amantes. Sin embargo, no todos los sucesos presentados en la vida de cada adolescente fueron detectados de manera oportuna ya sea por falta de interés a señales o signos de alarma (aislamiento, huir de ciertas personas, cambios en la conducta, etc.) por los propios familiares o a su vez por médico de cabecera, si obviamente el adolescente lo visitaba.

Esto explica la falta de contención familiar, que existe en los hogares de estos adolescentes al no tener a un adulto de referencia que pueda permitir su desarrollo emocional, tolerando la expresión de sus afectos y angustias.

Punto importante en este capítulo fue el análisis del por qué los adolescentes no logran superar el abuso sexual vivido, y esto tiene relación a que los adolescentes se sienten defraudados, que han perdido el cariño y confianza hacia los padres al haber contado lo ocurrido y ellos no los crean, permitiendo que sea un acto repetido. También se suma a que los agresores estuvieron cerca de la madre haciéndolas ver como cómplices en dicho acto.

La disfunción familiar según lo hallado en las entrevistas es un factor común en los hogares de los adolescentes, siendo percibido por varias causas como “exceso de trabajo” o “la falta de trabajo”, causando distanciamiento familiar, volviéndolos agresivos, groseros. También fue expresado la disfunción familiar en frases como: “falta de amor”, “falta de Dios”, que analizando con la literatura son factores protectores para la conducta e ideación suicida, por ende, si hay falta de estos

factores, sumados los de riesgo, incrementa el riesgo de cometer nuevamente un acto suicida.

Se relata a continuación versiones de 3 madres que sufrieron maltrato físico y verbal, no sólo de sus parejas sino de otros familiares y además un relato de abuso sexual, todos ellos manifiestan el aprendizaje social que pudieron causar en sus hijos:

- *No me he divorciado, siempre viví el maltrato de mi suegro, de mi esposo, de mi suegra, para yo poderme separar de mi esposo, necesité ayuda psicológica, fui a la comisaria de la mujer porque mucho me maltrataba y todo eso, entonces decidí ya siguiendo un año el tratamiento de la psicóloga, decidí dejarle. Y ahí comprendí que yo solo estaba con él es por miedo, mas no porque le amaba, o le quería.* (Testimonio de madre de adolescente de 14 años, con diagnóstico de trastornos no especificados emocionales y del comportamiento, madre también fue víctima de maltrato físico y verbal por toda la familia de su esposo)
- *Entonces yo le castigaba, le pegaba, con mi puñete y patada (llora) porque todos me pegaban en mi infancia, menos mi abuelito y mi tía. Como siempre me pegaban, en el trabajo me vieron y me llevaron a denunciar, cuando mi familia se enteró, mi mamá intento matarme con un cuchillo y mi hija salió a pedir auxilio y ahí le conocí a quien es mi esposo ahora y él me ayudo bastante porque él no apoya la violencia y me hizo entender que el amor no son golpes, ahora por primera vez en una relación tengo nombre, no soy la Pachakutik (movimiento indígena), la sucia, la perra, porque para mi familia era eso, hasta mi papá me dijo que soy como un pañuelo porque todo se limpian los mocos en mí y me botan, ahora ya tengo nombre.*(Testimonio de madre de adolescente de 15 años con trastornos mentales y del comportamiento, por uso de drogas y otras sustancias, madre también consumió en su adolescencia y fue víctima de maltrato físico y verbal)
- *Cuando yo tuve 17 años el me violó, era mi vecino, a mí ni me gustaba, pero me encerró en su casa y me amenazó con un cuchillo y me violó, yo me acuerdo que ahí quedó la sangre de lo que me violó. Me obligaron a que me junte a él, porque mi familia solo vivía del que dirán, no me hicieron caso, no me creyeron, pensaron que me acosté porque quería, así que me obligaron a casarme con él, era horrible. Luego ya me acostumbré pero nunca pude olvidar lo que me hizo.* (Testimonio de madre de adolescente de 16 años con trastorno depresivo recurrente, madre fue también víctima de abuso sexual)

Como se pudo apreciar, estos son hechos que ocurren desde tiempo atrás, sin embargo, la revictimización, falta de apoyo, vergüenza a ser rechazado han llevados a que estos sucesos sean minimizados sin darles la importancia necesaria, permitiendo y llevando a que sea un problema mundial que cada día aumenta sin lograr un control oportuno.

Figura N° 7: Factores que inciden al desarrollo de Eventos Traumáticos en adolescente con intento autolítico.



Autor: Md. Fernanda Guzmán; modelo de enfermedad – salud de Browne (Giddens, 2004). Fuente: entrevistas Semi estructuradas e historias de vida.

Existen varios factores que influyen en el desarrollo de sucesos vitales y eventos traumáticos en el adolescente con intento autolítico como se describen en la figura 7. Se inicia con los traumas familiares como uno de los principales factores, puesto que en algunas familias al haber crecido en un entorno de maltrato, en el cual no hay amor ni confianza, siguen el mismo modelo de crianza, reflejándose en la violencia física y verbal hacia los hijos, ocasionando disfunción familiar llevando al adolescente a tener miedo y ser vulnerable a recibir amenazas de su entorno familiar y social.

Todo lo mencionado anteriormente fue expresado algunas veces por madres agresivas quienes también fueron víctimas de maltrato durante su vida. Nuevamente entra la normalización que se está dando a todos estos actos al no ser corregidos en el momento oportuno, convirtiendo que los eventos traumáticos no sean vistos como el problema grave que son.

4.2.3.3. No tuve amigos porque me molestaban, me hacían bullying, me decían que soy un virus

DIMENSIONES SOCIALES Y COMPORTAMIENTO DE RIESGO: Alcohol/drogas, bullying, pobreza, relaciones sociales de riesgo.

Se ha agrupado en este capítulo a dos temas que tienen relación entre sí; comenzando con las dimensiones sociales haciendo relevancia a la pobreza, bullying y a las relaciones sociales de riesgo que puede estar expuesto al adolescente y a su vez, llevarlo a comportamientos de riesgo en especial el consumo de drogas y alcohol.

El comportamiento o conducta de riesgo se ha convertido en un problema que genera serios problemas no solo a nivel personal, sino también, en el medio social inmediato de la persona: familia, ámbito educativo y laboral. (Salas, 2018)

Figura Nº 8: Dimensiones Sociales y Comportamientos de Riesgo: Relación social de riesgo, Pobreza, Bullying, Alcohol/Drogas.



Elaborado: WordCloud Autor: Md. Fernanda Guzmán. Fuente: entrevistas Semi estructuradas e historias de vida.

En la figura 8 se encuentran plasmadas frases y palabras más relevantes a este capítulo dichas tanto por los adolescentes como sus cuidadores. Ellos describen el bullying vivido en frases como: “soy rara”, “me escupían”, “no me hablan”, “por ser gorda”, “soy un virus”, “me pegaban chicle en el pelo”. También las relaciones de riesgo: “mi mamá quiso matarse”, “quedadita”, “tímida”, “quieren que roben”, “mátate”; y alcohol y drogas como: marihuana, cocaína, tragaso, tomar, “vendía”,

“amigos”, “desesperación”. Cada frase tiene una historia detrás con un contexto fuerte.

A continuación se detallan relatos más relevantes:

- *En el segundo colegio ya empecé a tomar a los 15 años, LE COGÍ SATISFACCIÓN AL ALCOHOL. Teníamos mi grupo de whatsapp con mis compañeros y ahí nos organizábamos, tomábamos lunes miércoles y viernes mintiendo que teníamos recuperación, nunca me cacharon. Y en este colegio era la “TRAGASO (toma bastante)”, no me chumaba, empezaba a ir a fiestas, y en mi casa ni enterados. (Testimonio de adolescente de 17 años, con trastornos mental y del comportamiento + episodio depresivo con síntomas psicóticos, sufrió maltrato físico y verbal, es alcohólica)*
- *Pero en ese entonces yo no sabía el daño que le hacía a mi hijo dejándole solo por ir a trabajar, para no ser pobres, porque yo decía le quiero dar a mi hijo lo que nunca tuve, pero, sin embargo, prácticamente tarde me vine a dar cuenta que le hice daño a mi hijo, pensé en otras cosas, pero no en lo que necesitaba: cariño, a que yo estese ahí. (Testimonio de madre de 17 años, con trastorno depresivo recurrente, sufrió maltrato físico y verbal toda su infancia, consume alcohol)*
- *Yo ya no podía más, lo que hacía era cortándome, solo le avisé a mi mejor amiga que me violaron y ella avisó a todos, me empezaron a hacer bullying ME DECÍAN ZORRA, PERRA, PUTA, ME PEGABAN CHICLE EN EL CABELLO, ME TIRABAN LECHE, por eso me cambiaron de colegio. (Testimonio de adolescente de 16 años, con Trastorno depresivo recurrente, víctima de abuso sexual y maltrato físico/verbal)*
- *El encierro, las computadoras, las amiguitas que están lejos pero son malas, le aconsejan que lo mejor que le puede pasar es irse a vivir sola, que se vaya de mí, y eso que no soy de las mamás que está al pendiente 100%, no entiende que hay amigos que no son buenos. UNA OCASIÓN UNA AMIGA LE DIJO “OYE PARA QUE HAGAS PLATA VENDE TU CUERPO”, todo esto vimos en el hospital. Lamentablemente esta amiga ha tenido millón problemas, viene de padres divorciados, aunque no es un delito pero es una niña rechazada, sola, sin atención, la mamá se fue a Chile y dejó botada a su hija. (Testimonio de madre de adolescente de 16 años, con trastorno depresivo recurrente sin síntomas psicóticos, sufrió abuso sexual por su padrastro)*

Estos fueron los relatos más relevantes que abarcaron tanto el bullying, pobreza, relaciones sociales de riesgo y alcohol/drogas. Como se observa, son historias que tiene un trasfondo social demasiado importante que llevan al razonamiento y análisis de una gran pregunta: ¿en qué se está fallando como sociedad?

Es importante no normalizar cualquier acto de violencia/ bullying, más bien analizar y darnos cuenta que detrás de estas señales existen otros problemas añadidos y que desencadenan en el alumnado problemas sociales, en casa, en el barrio, baja autoestima, papel irrelevante en la familia, etc.

Nuevamente se habla sobre “amigos” pero realmente pocos o casi nadie lo cumplen. La mayoría de los adolescentes involucrados en este estudio mencionan no tener amigos, ya que se han visto traicionados y muchas veces son ellos que han tomado el papel como “grupos de riesgo”, siendo los que hacen bullying, los que venden drogas, ofrecen alcohol, etc. A pesar de encontrarse deprimidos, se dan cuenta y aceptan la realidad.

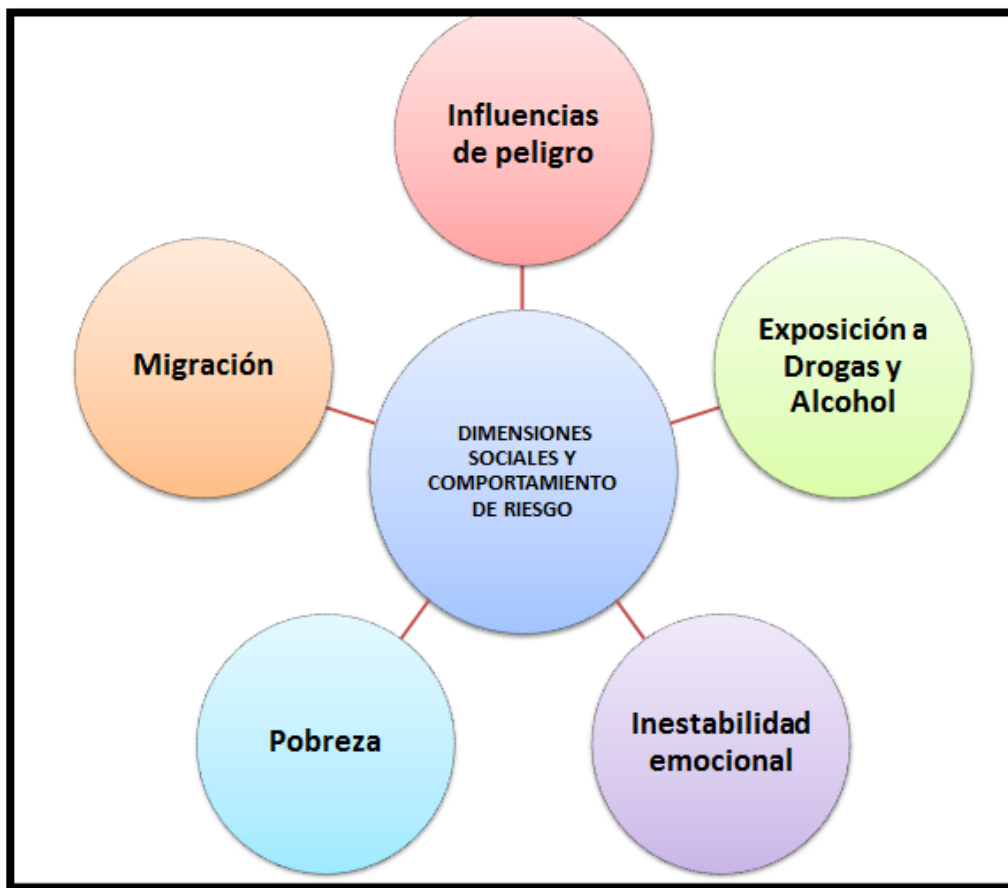
Por otro lado, analizando el lado paterno, falta indagar sobre las amistades que tienen tanto los infantes como adolescentes, al igual de cómo están conformadas las familias, y, si se observa que es un tema difícil de tratarlo ya sea que el adolescente no tenga confianza o por alguna otra razón, es importante comentarlo a un profesional de la salud para que este lo maneje de manera adecuada y sepa transferirlo o direccionarlo al área de psicología para un manejo en conjunto.

Se recalca en este punto que la mayoría de “amigos” también tuvieron o tienen problemas familiares importantes, lo que hace muy importante el manejo oportuno del personal de educación ya que son los que se encuentran en la primera línea en los colegios.

Aunque solo existió un caso de migración, este nos enriqueció en información y ayudó a determinarlo como un factor detonante en el adolescente suicida. Además, en el mismo caso se pudo observar que las relaciones sociales no importa tenerlas cerca o lejos, siempre van a lograr desestabilizar a la persona y aumentar el riesgo suicida.

Por todo lo mencionado en párrafos anteriores, es importante la adecuada relación de médico- paciente y familiar en el caso de Pediatría para tener un adecuado manejo y detectar a tiempo cualquier signo de alarma del adolescente.

Figura N° 9: Factores que Influyen en el Comportamiento de riesgo del adolescente con intento autolítico.



Autor: Md. Fernanda Guzmán; modelo de enfermedad – salud de Browne (Giddens, 2004). Fuente: entrevistas Semi estructuradas e historias de vida.

Analizando la figura 9, se presentaron casos en los que la pobreza (en la mayoría de adolescentes) asociada a la soledad por el mismo hecho de encontrarse solos en casa y la inestabilidad emocional ya sea por su propia depresión, disfunción familiar, por el abuso sexual y demás, llevaron al adolescente a exponerse a las drogas y alcohol, las mismas que fueron enseñadas por influencias o grupos de riesgo que en la mayoría de los casos fueron compañeros de curso y vecinos.

A esto se asocia el uso de redes sociales (Whatsapp, Facebook) que incentivan relacionarse con más personas de riesgo haciendo que los padres no se den cuenta de lo que ocurre con ellos.

A pesar de solo haber un caso de migración, también se lo catalogó como factor extrínseco detonante que afecta al adolescente, que junto con los otros factores aumentan el riesgo de cometer o realizar cualquier comportamiento de riesgo.

4.2.3.4. No quiero ir ni al psicólogo ni al psiquiatra, si me lleva yo no voy a decir nada.

ACCESIBILIDAD AL SERVICIO: Facilidad de Servicio, Barrera de Accesibilidad al Servicio.

La salud y el bienestar humano es el producto de una adecuada combinación de factores tanto biológico, psicológico, social y cultural, teniendo como resultado satisfacción de las necesidades de un individuo o de una sociedad. (Sánchez & Torres, 2017)

Por esta razón, se abarca en estas dos subcategorías a la facilidad y la barrera de accesibilidad al servicio enfocados en la salud mental

Figura Nº 10: Accesibilidad al Servicio: Facilidad al Servicio, Barrera de Accesibilidad al Servicio.



Elaborado: WordCloud Autor: Md. Fernanda Guzmán. Fuente: entrevistas semi estructuradas e historias de vida.

En la figura 10 destacan las palabras más trascendentes en relación a la facilidad como a la barrera de servicio, sin embargo si ponemos atención, recalcan en su mayoría palabras y frases sobre las barreras de accesibilidad al servicio como: “Me cerraron las puertas”, “no hay turnos”, “gasto de recursos”, “estigmatizar”, “hospital normal”, “revictimizar”, “no quiero”. Estas palabras fueron

expresadas tanto por los adolescentes como por sus cuidadores que revelan sus vivencias, no solo en el hospital o centro de salud, sino también en su propia familia o también por parte de ellos.

También hay frases de facilidad al servicio como: “ahora o nunca”, transferencia, psicóloga, medicamentos, traslado, confianza, cita, ayuda.

A continuación se detallan los relatos más significativos:

- *Cuando fue la primera vez que se cortó la doctora me dijo es ahora o nunca la hora de internarlo, porque si no lo hacemos mañana va a atender contra su vida, ese día me fui al hospital y mi esposo no quería, dijo: “solo los psicólogos son para los locos, eso no ayuda ni le alivia la carga”. Y yo le he dicho no mijo no es así, nuestro hijo se abre con esa persona, le cuenta lo que con nosotros no puede. Y yo le dije “negro de verdad si a mi hijo le pasa algo tú eres el culpable”. (Madre llora). A lo que escucho que le dije eso, mi esposo dijo. Mija haz lo que tengas que hacer. Mi hijo dijo “papi yo quiero curarme” (madre continua llorando), no quiero estar así. Esos 15 días fueron muy difíciles para mí. (Testimonio de madre de adolescente de 16 años, diagnóstico de depresión con síntomas psicóticos, sufrió maltrato físico y verbal toda su infancia)*
- *En el colegio que está ahora, ella inicia nuevamente con problemas y es donde nuevamente hay que llevarla al hospital, pero en esta vez si deciden hospitalizarla, le ven en el Hospital General y la mandaron al Hospital Psiquiátrico. Aunque es súper lejos pero bien. Ahí permaneció hospitalizada en noviembre. (Testimonio de Madre de adolescente de 16 años con trastorno depresivo recurrente sin síntomas psicóticos, sufrió abuso sexual)*

Estas versiones cuentan sobre la facilidad de servicio que tuvieron en diferentes tiempos, con rápida atención y transferencia oportuna. Se esperó que la mayoría mencione relatos sobre esta facilidad al acceso de salud en vista que todos los adolescentes han tenido más de una ideación o intento suicida, sin embargo esto no ocurrió.

A continuación se detallan relatos más en relación a la barrera de servicio que se presentaron en la mayor parte de adolescentes:

- *También intenté ahorcarme, no lo pensé mucho, pero llegue a la casa, preparé pero me arrepentí, esto pasó en el 2019. En esta ocasión avise a mi mamá de lo que quise hacer, me dijo que me quede tranquilo y me llevaron al Hospital psiquiátrico. Aquí solo me mandaron pastillas, no me hospitalizaron.* (Testimonio de adolescente de 16 años, con trastornos no especificados emocionales y del comportamiento., sufrió bullying, disfunción familiar)
- *Hace 1 año fue la primera vez que me hice daño, pero no me hospitalizaron. Desde hace 3 años me corto, el dolor me hace sentir mejor.me he cortado con Gillette (hoja de afeitar), estiletes, bisturí. Ahí tampoco me hospitalizaron, solo me pusieron psicóloga, una vez a la semana, pero sentía que no me ayudaba, que no servía, por eso lo seguía haciendo.* (Testimonio de adolescente de 1 años, con episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos + trastornos no especificados emocionales y del comportamiento)
- *A mi hijo cuando entró la primera vez en un hospital público no lo prestaron atención lo vieron solo como un registro más, no vieron el fondo de conocer que paso. A mi hijo le dijeron oye, estamos metiendo recursos en tu caso cuando tú lo provocaste, es tu culpa y esos recursos lo estamos quitando para alguien que en verdad lo necesita. Fue muy estigmatizado y eso no puede ocurrir. Entonces creo importante cambiar eso.* (Testimonio de padre de adolescente de 16 años, con trastornos no especificados emocionales y del comportamiento., ingirió “sello rojo (lejía)”)

Como se puede observar, los relatos son una clara muestra de que no está preparado el sistema de Salud para atender a este tipo de adolescentes, esto se observa en ejemplos como: no se brindó atención y hospitalización oportuna tras el Cutting y se esperó hasta que el adolescente trate de suicidarse por intoxicación medicamentosa para que se de la importancia necesaria; se hizo caso omiso al intento de ahorcamiento y se esperó a que tenga recaída para hospitalizarlo teniendo en cuenta que este paciente previamente se tomó veneno para intentar

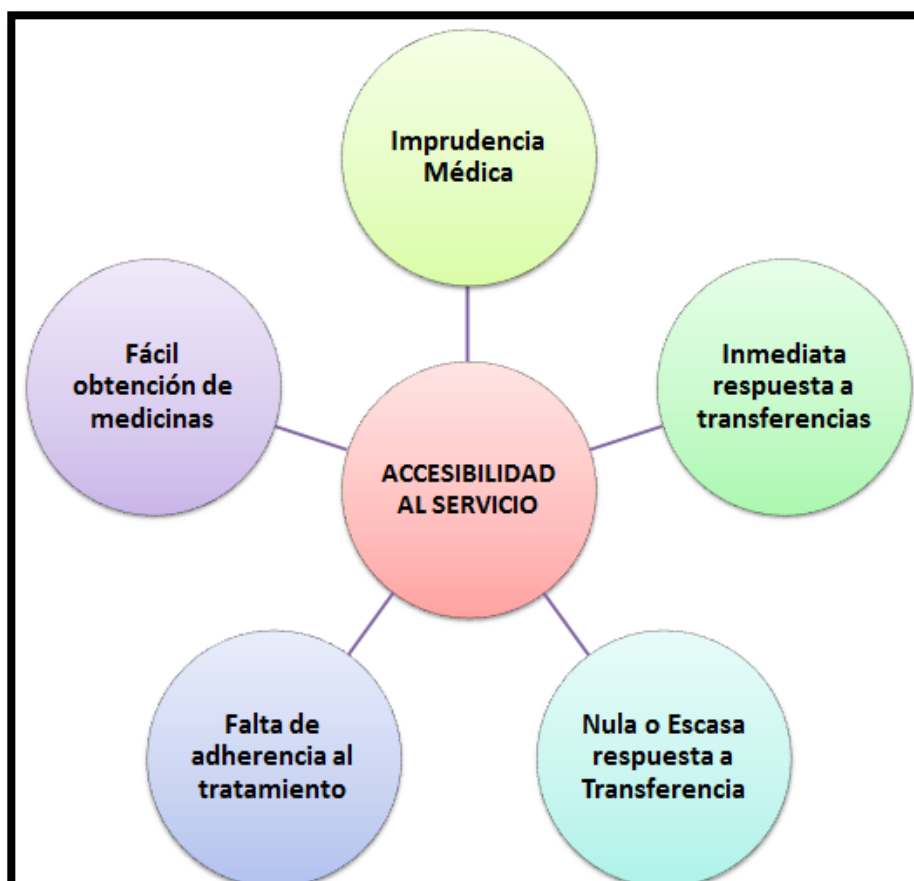
matarse; o se revictimizó y se trató como algo clínico al adolescente siendo juzgado por lo que hizo sin analizar el trasfondo de su actos.

Todo esto lleva a cuestionar si existen médicos suficientes para atender a pacientes en riesgo, si éstos médicos están actualizados sobre el tema, y por qué esperar que el adolescente cometa el intento suicida para hospitalizarlo en lugar de haberlo hecho desde que solo era una ideación.?

Existen varios criterios que se deben tomar en cuenta para hospitalizar a un adolescente con riesgo suicida como son: Intoxicación, difícil manejo ambulatorio, trastorno psicótico agudo o ideación delirante, depresión psicótica, trastorno bipolar con irritabilidad e impulsividad, consideraciones médico-legales, historia familiar de suicidio, sexo masculino (por presentar más riesgo), historia de intentos de suicidio previos, dificultades familiares (supervisión o cuidados inadecuados), sin embargo, esto no se practica, quedando solo en la literatura.

También se debe recalcar que hace falta la preparación y seguimiento de los padres, en vista de que no conocen la magnitud del problema que presentan los adolescentes, dejando desapercibidas las ideaciones suicidas justificándose en frases como: “es que no se hizo nada” ó “ya se le pasó”. Este punto lleva a la importancia de la psicoterapia familiar, ya que no es un problema solo del adolescente, sino familiar y social.

Figura Nº 11: Factores que Influyen en la accesibilidad al servicio del adolescente con intento autolítico.



Autor: Md. Fernanda Guzmán; modelo de enfermedad – salud de Browne (Giddens, 2004). Fuente: entrevistas semi estructuradas e historias de vida.

Se consideró como factores que benefician la facilidad del servicio a la fácil obtención de medicamentos y la inmediata respuesta de transferencias hacia casas de salud mental como lo es el Hospital Psiquiátrico Julio Endara; Se esperaba que todos los jóvenes hayan tenido esa accesibilidad.

Dentro de los factores que influyen en la barrera de accesibilidad se encuentra la escasa o nula respuesta a las transferencias a casa de salud de tercer nivel, junto con la espera y búsqueda muchas veces de turnos en la parte pública o falta de ingreso para los psicólogos particulares, también se consideró la falta de

adherencia al tratamiento por parte del adolescente y su cuidador debido a la poca importancia a las ideas o actos suicidas explicado en frases como: “ella no quiso”, “no se hizo nada”.

También se considera un factor importante la imprudencia médica ya que muchos de los pacientes sí acudieron al tener recaídas expresadas en nuevos actos o ideaciones suicidas, sin embargo el personal de salud no consideró hospitalización, no transferencia a casa de salud especializada teniendo como resultado empeoramiento del cuadro de recaída

Como es de conocimiento, las entrevistas se realizaron tanto en pacientes ambulatorios y hospitalizados, pudiéndose observar que varios pacientes deberían estar hospitalizados debido a que aún revela ideaciones suicidas activas o siguen realizándose Cutting.

Se añade que estos pacientes han tenido hospitalizaciones previas por lo que son catalogados como adolescentes más vulnerables a cometer nuevos intentos autolíticos.

4.2.3.5. *Lo que pasaba por mi mente es esto: morirme y que quede la huella que esta niña se murió por ser violada.*

VISIÓN DE FUTURO: Vida Expectativa y Proyecciones, Intento Autolítico.

Esta categoría engloba dos subcategorías: la primera: vida, expectativa y proyecciones que destaca la capacidad del adolescente de cómo ver su vida en un futuro ya sea a corto o largo plazo aprovechando sus fortalezas y superando las dificultades. (Fallis, A. G. 2013); y la segunda subcategoría, haciendo un gran

quiero liberar”, “me calma”, “soy la oveja negra”, “desangrarme”, “es mi culpa”, “me tomé pastillas”, “escucho voces”.

Estos son dos temas demasiado fuertes y con gran contraste debido que a pesar de haber sufrido por varias circunstancias, los adolescentes aún tienen una visión a futuro, unos de manera positiva y otros de forma negativa.

Se detalla a continuación relatos únicamente sobre intento autolítico expresados por los adolescentes:

- *El fin de cortarme era liberar momentos que no podía llorar, las lágrimas no me salían. Al principio duele pero después ya no, me podía cortar mil veces ahí mismo y no duele. En esos momentos no se piensa nada eres solo tú, la oscuridad y la Gillette. La depresión te incentiva a que lo hagas, escuchas voces que te dicen “hazlo”, te va a liberar. (Testimonio de adolescente de 16 años con diagnóstico de depresión con síntomas psicóticos)*
- *Esta es la segunda vez que me hospitalizan porque otra vez empecé a cortarme en los brazos, pero no solo por desahogarme sino porque YA QUERÍA MATARME, NO QUERÍA YA SENTIR NADA. Me he cortado con estilete y esta última vez con la bincha de una carpeta porque mi mamá ya me guardó todo. No me arrepiento de lo que hice, veo mis cicatrices y digo SON CICATRICES POR GUERRAS QUE HE VIVIDO. (Testimonio de adolescente de 15 años, con diagnóstico de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, sufrió abuso sexual en la infancia)*
- *Casi siempre pasaba solo llorando, parecía esponja viva. También pensaba mucho en las maneras de hacerme daño, decía: Y SI ME BOTO PARA QUE ME PISE UN CARRO (ella se ríe), TAMBIÉN PENSABA Y SI VOY AL TERCER PISO Y ME BOTO, Y SI VOY AL BAÑO Y ME CORTO, Y SI NO VOY A LA CASA Y ESPERO HASTA LA NOCHE A QUE ALGUIEN ME HAGA DAÑO. Estaba muy loca de verdad (solo agacha la cabeza). (Testimonio de adolescente de 14 años, con diagnóstico de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos sufrió de abuso sexual en la infancia)*
- *Mi bebé estaba malformado por la medicación que yo tomo desde hace dos años desde la primera vez que ingresé ahí fue porque me violaron (un*

amigo del barrio) entonces me cortaba, me tomé pastillas, no me importaba nada, tenía los brazo hecho crucigrama, hecho un mapa, yo sentía que solo servía para eso, para nada más. Ahora pues igual me puse mal, me siento inservible. (Testimonio de adolescente de 18 años, con trastorno depresivo grave sin síntomas psicótico, perdió a su bebé y hace 2 años sufrió violación).

También existieron relatos comentados por los cuidadores, en donde cuentan vivencias de personas cercanas o incluso propias de intentos autolíticos, se destacan las más significativas:

- *Pero cuando mi esposo me engañó si tuve una fuerte depresión que no quería saber nada, no comía, nada, entonces todo eso creo que le hizo a mi hijo mal, me quise matar pero justo llego una tía, nunca recibí ayuda, salí sola de ahí.* (Testimonio de madre de adolescente de 18 años, con trastorno depresivo recurrente + episodio moderado presente, sufrió maltrato físico y verbal por su esposo)
- *Mi mamá también ha intentado matarse, ella también le dio depresión, pero también era bipolar era súper rara. Se lanzó contra el carro por suerte el carro venía despacio, así loca era.* (Testimonio de hermana de adolescente de 14 años, diagnóstico de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos)
- *Mi hijo tuvo una relación de 1 año, terminó con la chica, ella también sufría de depresión y tuvo 2 intentos autolíticos previos, cuando terminaron tuvo el tercer ingreso y decidieron los médicos que ella no debe estar con mi hijo. Todas esas cosas han afectado.* (Testimonio de padre de adolescente de 17 años con diagnóstico de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos + trastornos no especificados emocionales y del comportamiento)
- *Mi otro hijo también ha intentado eso de cortarse y mi hermano menor, él ha intentado matarse dos veces, tomarse pinoclin y se lanzó del segundo piso, todo porque la muchacha con la que se casó, le ha engañado a los 15 días de casado.* (Testimonio de madre de adolescente de 14 años con trastorno ansioso depresivo recurrente.)
- *Yo también he intentado matarme comiendo fósforos, la segunda comiendo diablillos (fósforo blanco), la tercera lanzándome de un puente, la cuarta ahogándome en el mar, no busqué ayuda porque yo pensaba que*

podía salir sola; yo también consumía hasta cuando estaba embarazada de mi primer hijo, luego ya recapité. (Testimonio de madre de adolescente de 15 años con trastornos mentales y del comportamiento, por uso de drogas y otras sustancias)

Lo descrito anteriormente indica el daño que acarrearán muchas familias, que por diferentes circunstancias no han sido ayudadas en el momento oportuno, ocasionando que otros miembros, en este caso los hijos, sufran y se alimenten de los problemas, dolores, causando en ellos este gravísimo problema de querer atentar contra la vida. Además, todas ellas califican como una relación social de riesgo, incrementando el riesgo suicida.

Es evidente la falta de conocimiento de las familias que permiten esos comportamientos, ya sea por seguir una “cultura” o “crianza” y sea apreciada como “algo normal” que puede pasar en cualquier familia.

A pesar del dolor que han sufrido los adolescentes, también se obtuvo relatos de esperanza y superación como se detallan a continuación:

- *He luchado bastante por salir de la depresión, aunque aún no la completo, mi objetivo es dejarla en el pasado, aunque los cortes que me hice en mi piel no se borran, tal vez serán recuerdo que me incentivarán a enfocarme en transmitir a otras personas que eso no es una salida, no es un estilo de vida. (Testimonio de adolescente de 16 años con diagnóstico de depresión con síntomas psicóticos)*
- *En un futuro cercano me veo estudiando en la universidad, en un futuro lejano si puedo y si encuentro a alguien correcto con una familia, trabajando y ganando un buen dinero haciendo lo correcto. Chicos, si se puede salir, solo hay que poner de parte, tienes que querer con todo tu corazón para ver a los demás felices, y papás no piensen que los hijos cambiaron, simplemente están pasando por una etapa difícil de su vida que ellos van a volver, van a ser felices junto a ellos. (Testimonio de adolescente de 15 años, con diagnóstico de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, sufrió abuso sexual en la infancia)*

- *Yo creo que en la vida hay momentos buenos, malos, bajadas y altos pero no sé, todo es temporal, por lo que desgastarse por cosas absurdas no está bien. Y a los papás les diría que pongan atención, yo me acuerdo que mis papás no me daban atención, por eso me sentía sola. Y ahora que tengo apoyo es diferente. También es importante no consentir mucho. CON UNA MANO SE AMA Y CON LA OTRA SE REPRENDE, aunque cada familia tiene la manera de educar a sus hijos pero si recomendaría atención. (Testimonio de adolescente de 14 años con episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, sufrió abuso sexual)*
- *Podría decirles a los chicos que confíen en un profesional porque si yo me hubiera dejado ayudar desde el inicio, no hubiera llegado hasta este punto. A los papás que pongan más atención, que les lleven a terapia desde temprano porque cosas tan pequeñas se convierten en monstruos gigantes que en la adolescencia son los factores importantes para que uno trate de matarse. A los profesionales que les den más tiempo en la parte pública para tratar a personas como yo. (Testimonio de adolescente de 16 años, con trastornos no especificados emocionales y del comportamiento.)*
- *Padres cuiden a los hijos, tengan más amor y cariño, que no se despeguen y vigilen lo que hacen porque a veces pueden tener las ideas de suicidarse, que les pregunten ¿cómo les fue en el colegio? y ¿cómo son sus amigos? (Testimonio de madre de adolescente de 16 años con trastorno no especificado emocional y del comportamiento.)*

A pesar de los diferentes eventos traumáticos que han padecido durante la infancia y adolescencia, estos jóvenes han sabido dar testimonios y consejos de superación, indicando de una u otra manera lo que a ellos les hizo falta en algún momento de la vida y los llevó a cometer ideaciones y actos suicidas.

Se hubiera esperado que todos los adolescentes piensen de manera positiva ya que se encuentran recibiendo apoyo psicológico y psiquiátrico, pero lastimosamente la respuesta fue escasa. Falta trabajar en la parte médica sobre el manejo y apoyo de los adolescentes y familiares.

Figura N° 13: Factores que Influyen en la Visión de Futuro del adolescente con intento autolítico



Elaborado por la autora. Autor: Md. Fernanda Guzmán; modelo de enfermedad – salud de Browne (Giddens, 2004).

Fuente: entrevistas semi estructuradas e historias de vida.

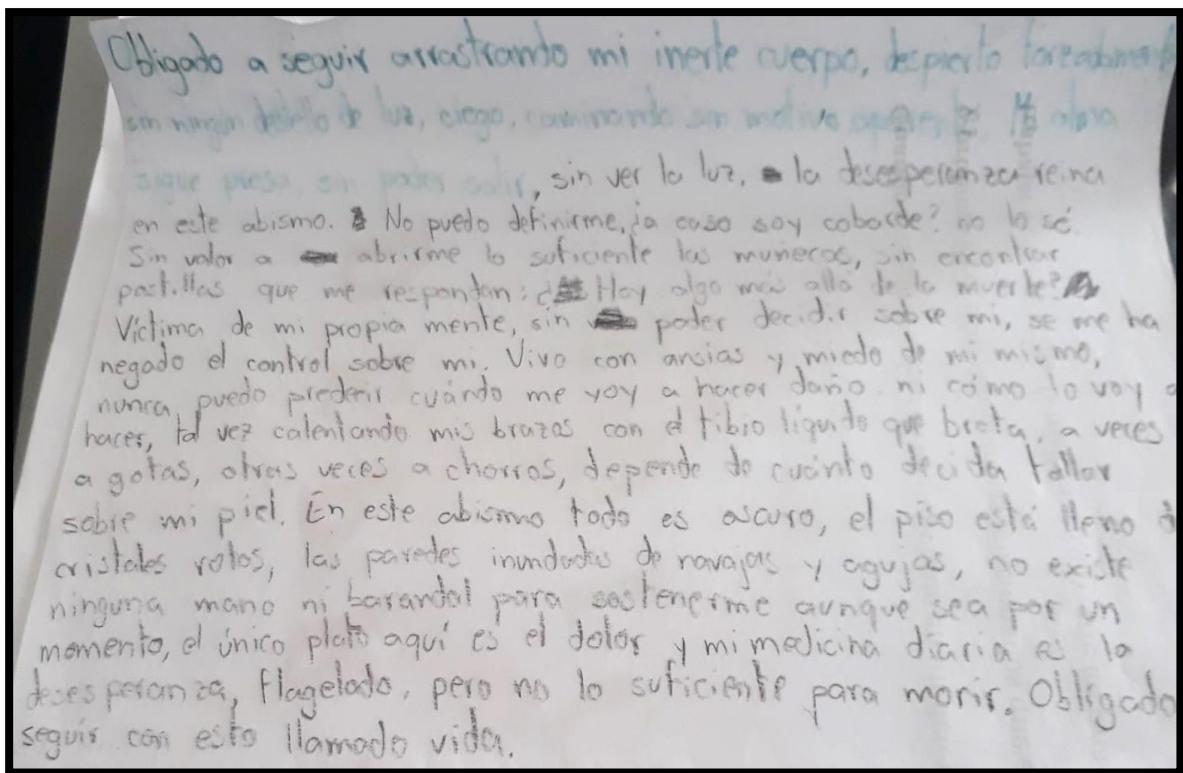
La figura 13 engloba dos tipos de factores: el primero hace relación a factores positivos para la visión a futuro del adolescente, que a pesar de todo el daño que sufrieron, tienen una expectativa de vida profesional, queriendo y luchando por una superación de vida personal, relacionadas principalmente en ser mejores personas y evitar que otros adolescentes pasen por lo mismo, tratando de servir como ejemplo.

Se esperaba que todos estos los relatos hayan sido descritos por el apoyo recibido tanto del profesional médico como del familiar, es decir un apoyo y trabajo en conjunto, para crear una salud mental adecuada, libre, clara y sin ataduras en el

adolescente, pero este apoyo fue escaso, más bien los relatos positivos se deben a resignación personal, que por las propias vivencias han decidido salir adelante. Es válido si se ve el lado positivo, sin embargo la manera no es la esperada.

El segundo grupo son factores que influyen de manera negativa la expectativa de vida del adolescente, pacientes que presentan signos y síntomas de desesperanza que ocasionan nuevos intentos e ideaciones suicidas, a esto se suma la negación de construir una familia o tener un futuro claro. Aquí nuevamente se ve la falta del trabajo en equipo del personal de salud, académico y familiar en el adolescente en riesgo, por lo tanto no se está creando salud mental óptima a corto ni a largo plazo.

Figura Nº 14: Carta de un adolescente masculino de 16 años con diagnóstico de Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos



Obligado a seguir arrastrando mi inerte cuerpo, despierto los días
sin ningún brillo de luz, ciego, caminando sin motivo alguno. Me abro
sigue preso, sin poder salir, sin ver la luz. La desesperanza reina
en este abismo. ¿No puedo definirme, ya acaso soy cobarde? no lo sé.
Sin valor a ~~me~~ abrirme lo suficiente las muñecas, sin encontrar
pastillas que me respondan: ¿Hay algo más allá de la muerte?
Victima de mi propia mente, sin poder decidir sobre mí, se me ha
negado el control sobre mí. Vivo con ansias y miedo de mí mismo,
nunca puedo perder cuando me voy a hacer daño. ni cómo lo voy a
hacer, tal vez calentando mis brazos con el tibio líquido que brota, a veces
a gotas, otras veces a chorros, depende de cuánto decida tallar
sobre mi piel. En este abismo todo es oscuro, el piso está lleno de
cristales rotos, las paredes inundadas de navajas y agujas, no existe
ninguna mano ni barandal para sostenerme aunque sea por un
momento, el único plato aquí es el dolor y mi medicina diaria es la
desesperanza, flagelado, pero no lo suficiente para morir. Obligado
seguir con esto llamado vida.

Fuente: Proporcionada por adolescente.

“Obligado a seguir arrastrando mi inerte cuerpo, despierto forzándome sin ningún destello de luz, ciego, caminando sin motivo. Mi alma sigue presa sin poder salir, sin ver la luz, la desesperanza reina en este abismo. No puedo definirme. ¿Acaso soy cobarde? No lo sé.

Sin valor a abrirme lo suficiente las muñecas, sin encontrar pastillas que me respondan: ¿Hay algo más allá de la muerte? Víctima de mi propia mente, sin poder decidir sobre mí, se me ha negado el control sobre mí. Vivo con ansias y miedo de mí mismo, nunca puedo predecir cuándo me voy a hacer daño, ni como lo voy a hacer, tal vez calentando mis brazos con el tibio líquido que brota, a veces a gotas, otras veces a chorros, depende de cuánto decida tallar sobre mi piel. En este abismo todo es oscuro, el piso está lleno de cristales rotos, las paredes inundadas de navajas y agujas, no existe ninguna mano ni barandal para sostenerme aunque sea por un

Transcripción de la Figura 14.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Grupo de Estudio

- Los intentos autolíticos en los adolescentes son cada vez más frecuentes en áreas de hospitalización y consulta externa en Ecuador, donde se observó que las características de suicidalidad son iguales en hombres y mujeres.
- No existe una patología que se asocie con mayores casos de intento autolítico, ya que se puede observar desde la depresión sin síntomas psicóticos hasta en los trastornos mentales y del comportamiento.
- Más de la mitad de la muestra de este estudio (53.3%), no son conscientes de que su trastorno mental (depresión, trastornos del comportamiento, etc.) sea una enfermedad, pero a pesar de aquello todos mencionan que reciben tratamiento farmacológico por prescripción médica.

Factores de riesgo

- Existen varios factores de riesgo asociados a la conducta suicida, sin embargo; la disfunción familiar cumple el factor más importante para desencadenarla, aspecto observado en el 100% de los adolescentes estudiados.
- La pobreza fue considerada por gran parte de los adolescentes como la causa principal de la disfunción familiar, complementada con la falta de comunicación y abandono de los padres.

- El bullying es otro factor importante y común en los adolescentes en riesgo, presentado en muchos de ellos desde la niñez; éste, junto a otros factores negativos convierten al adolescente más vulnerable para pensamientos suicidas.
- Se evidenció que el abuso sexual estuvo presente en la mayoría de las adolescentes siendo el abusador alguien cercano a la familia (padraastro, tío o vecino).
- El maltrato ya sea este físico o verbal se presenta como factor importante en el adolescente en riesgo, siendo en su mayoría el padre el agresor, tanto hacia las madres como a los adolescentes, causando que ellos sean víctimas y testigos, volviéndose un círculo vicioso.
- A pesar de que todos los adolescentes estuvieron expuestos a un ambiente en donde el consumo de alcohol y drogas era común en su grupo social, la mayoría de ellos no se convirtieron en consumidores de estas sustancias.
- Las amistades que conforman los grupos sociales de los adolescentes en riesgo son también personas que están pasando por momentos o circunstancias similares a ellos, haciendo que los cuadros se agraven.

Ámbito familiar

- Las cuidadoras (madres a cargo del adolescente) que fueron víctimas de maltrato durante su infancia, son ahora las que se presentan como agresoras, explicando la normalización del maltrato físico y verbal.
- La falta de comunicación, falta de atención, tiempo corto o nulo de compartir en familia, exceso de trabajo o su vez la falta de trabajo son detonantes en el adolescente en riesgo.

Intento autolítico

- La mayoría del grupo estudiado no se arrepienten de haber cometido actos suicidas, observando cuadros de recaída a pesar del tratamiento instaurado y hospitalizaciones previas.
- Cambios de humor reflejados en episodios de tristeza, agresividad y aislamiento, fue exhibido en los adolescentes durante las ideaciones suicidas.
- El cutting previamente a la ejecución del acto suicida estuvo presente en todos los adolescentes, haciendo de éste, un hallazgo importante en el examen físico del adolescente.
- La ingesta excesiva de medicación es el medio más común para realizar el intento autolítico, siendo la propia medicina psiquiátrica la ingerida.
- Todos los adolescentes han presentado mínimo dos ideaciones suicidas, llegando a cometer el acto suicida por lo menos una sola vez.
- No todos los intentos suicidas e ideaciones posteriores al primer intento fueron causa de hospitalización, ya sea por no acudir a la casa de salud o por criterio médico, causando cuadros de recaída en el adolescente.

Salud y educación

- El sistema educativo tiene falencias que no permiten detectar oportunamente las condiciones de vida, el ambiente familiar y por ende los comportamientos de riesgo del adolescente.
- La falta de protocolos adecuados en el servicio de consulta externa, no permite la valoración bio –psico- social del paciente que conlleve a la detección

oportuna de signos y síntomas considerados como factores de riesgo y así evitar que el adolescente tenga ideaciones y actos suicidas.

- No compaginar con su psicólogo, tener terapias muy cortas, conseguir citas médicas muy espaciadas, falta de atención de los padres, inexistencia de mejoras en el entorno familiar y social, son factores que no contribuyen al cambio en el modo de pensar y actuar del adolescente en riesgo.
- Los factores protectores que los jóvenes desean para ellos y otros son: buena comunicación, atención y mejor trato entre miembros de la familia, detección oportuna de comportamientos de riesgo y; atención temprana y apropiada del sistema de salud.

RECOMENDACIONES

A nivel educativo:

- Se recomienda que el ministerio de educación realice capacitación constante de profesores, tutores y directores sobre cuáles son los signos de alarma que puede presentar el infante o adolescente en riesgo.
- Realizar reuniones periódicas de profesores junto con el departamento de psicología dirigidas hacia los padres de familia e hijos, tanto juntos como separados para obtener mejores resultados y pesquisa temprana de casos de riesgo.
- Controlar el bullying entre los estudiantes tratando de buscar las razones por las que realizan, qué problemas tienen los alumnos que lo realizan y qué tipo de estudiante es el más vulnerable a ser víctima de esto.
- Establecer medidas que restrinjan la venta de drogas y alcohol que se realiza sobre todo en las instituciones fiscales.(Esta recomendación es emitida en base al comentario de los propios adolescentes)
- Tener una adecuada comunicación entre el sistema educativo y el sistema de salud, principalmente con la atención primaria, para de esta manera dar prioridad a la atención en casas de salud, logrando el manejo oportuno de los pacientes catalogados como “en riesgo”.
- Incluir en los departamentos de orientación y bienestar estudiantil a un psicólogo capacitado, que este presto a brindar apoyo inmediato al estudiante con comportamiento de riesgo o a su vez el adolescente se dirija de manera voluntaria a solicitar ayuda si lo amerita.

A nivel de salud

- Es primordial capacitar al personal de salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) mediante cursos y programas sobre la detección y manejo del adolescente con riesgo suicida, evitando los sub-registros del intento autolítico como patología. Esto aplica en todos los niveles de salud.
- Hacer grupos de apoyo para adolescentes con esta patología junto a su familia, con el adecuado seguimiento para de esta manera detectar si hay los cambios esperados o si se requiere reforzamiento en algún ámbito en particular.
- A médicos pediatras: Brindar atención adecuada en la consulta externa que nos permita la valoración bio- psico-social del paciente, no solo el enfoque de la patología por la cual acude. Este punto va dirigido de preferencia en la infancia, ya que la mayoría de los eventos traumáticos fueron presentados en esta etapa.
- Estar alertas a comportamientos tanto del infante o adolescente como del familiar durante la consulta externa, que pueda anunciar indirectamente que algo sucede.
- Procurar que al final de cada consulta el médico pueda tener una conversación únicamente con el paciente, para que pueda hablar con tranquilidad, confidencialidad e intimidad si lo amerita.
- Tratar que las terapias psicológicas y psiquiátricas tengan mejor adherencia con los adolescentes para conseguir mejores resultados, esto va enfocado principalmente a aumentar el tiempo de terapia, realizarlas de manera seguida y mejorar la empatía entre el profesional con el adolescente.
- No subestimar el intento autolítico en el adolescente ni tampoco revictimizar.

A nivel familiar:

En este nivel actuarán en conjunto el sistema educativo como del sistema de salud, los cuales se enfocarán en explicar a los representantes la importancia de los siguientes puntos:

- Detectar desde la niñez los problemas que presente el infante sea este a nivel escolar, familiar, social, para evitar grandes problemas en su adolescencia.
- Si presentan cambios de humor o aislamiento no dejarlo pasar o tomarlo como algo pasajero, más bien analizar en conjunto el comportamiento de ellos ya que con su forma de actuar y pensar nos están indicando que algo ocurre con ellos.
- Mejorar la comunicación intrafamiliar, eliminar la violencia, dedicar tiempo a la familia (realizar juegos, deportes, actividades varias que involucren a todos los miembros de la familia), poner la atención necesaria a los hijos, preguntar cómo fue su día, dar muestras de amor, preguntar cómo van las cosas en el colegio, acudir a reuniones escolares.
- Si existe alguna señal de alerta acudir inmediatamente al médico de cabecera y comunicar además al departamento de orientación y bienestar estudiantil para que pongan más atención sobre el comportamiento del adolescente o niño.
- Al adolescente en riesgo tratar de buscar ayuda temprana y adecuada para el tratamiento precoz de cualquier dificultad que este se vea sometido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez et al. (2019). *RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES Desarrollo de estrategias preventivas para Comunidades Escolares*. 69. Retrieved from <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCIÓN-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf>
- Carballo, J. J., & Gómez, J. (2017). Relación entre el bullying , autolesiones, ideación suicida e intentos autolíticos en niños y adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud, ISSN-e 0211-4364, N.º. 115, 2017 (Ejemplar Dedicado a: Jóvenes: Bullying y Cyberbullying)*, Págs. 207-218, (115), 207–218.
- Chang, H. K., Hsu, J. W., Wu, J. C., Huang, K. L., Chang, H. C., Bai, Y. M., ... Chen, M. H. (2019). Risk of attempted suicide among adolescents and young adults with traumatic brain injury: A nationwide longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 250*(201), 21–25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.059>
- Cornellà, J. (2005). Conducta autodestructiva en el adolescente. Suicidio, su prevención. Garbí de La Universitat de Girona., 1–22.
- Feria, M., & Palacios, L. (2010). Guía clínica para los trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes. In *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*.
- García de Diego, V. p. (1950). Diccionario ilustrado latino-español, español-latino. Barcelona: Spes.
- Giddens, A. (2000). Sociología (4ta ed.). Madrid, España: Alianza. Obtenido de <https://es.slideshare.net/heae2002/anthony-giddens-sociologia-7364054>
- Miller, B. (2011). Antropología Cultural. Madrid, España: Pearson Educación SA. Obtenido de https://drive.google.com/file/d/1OeV9_zYgg93U5Upev8QY_SxvKCKhfrTa/view
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *ABECÉ Enfoque de Curso de Vida ¿Qué es el enfoque de curso de vida?* 1–4. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfoqueCV.pdf>
- Observatorio Social del Ecuador. (2019). *Situación de la niñez y adolescencia en Ecuador*. 32,33,156. Retrieved from https://www.eluniverso.com/sites/default/files/archivos/2019/02/infome_de_la_unicef.pdf
- Oms. (2015). Guía De Práctica Clínica Sobre La Depresión Mayor En La Infancia Y La Adolescencia. *Guías De Práctica Clínica En El Sns*, 99–123.
- OMS, & OPS. (2016). *Prevención de la conducta suicida* (Vol. 18).
- Orpana, H. M., Marczak, L. B., Arora, M., Abbasi, N., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., ... Naghavi, M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality

- 1990 to 2016: Systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ (Online)*, 364. <https://doi.org/10.1136/bmj.l94>
- Pacheco, B. E., & Peralta Lopez, P. (2016). La Conducta Suicida en la Adolescencia y sus Condiciones de Riesgo. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 40(1), 47–55. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v40i1.38>
- Pantoja. (2018). Epidemiología del intento suicida en menores de 18 años atendidos en el Hospital Infantil los Ángeles, Pasto, Colombia. *Universidad y Salud*, 21(1), 19–26. <https://doi.org/10.22267/rus.192101.136>
- Perales-Blum, M. T. L., & Loredó, L. (2015). Disfunción familiar y suicidalidad en adolescentes con trastorno depresivo mayor. Family dysfunction and suicidality in adolescents with major depression disorder. *Salud Mental*, 38(3), 195–200. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.027>
- Picazo-zappino, J. (2014). El suicidio infanto-juvenil: una revisión 1. 42(3).
- Rogers, M. L., Hom, M. A., & Joiner, T. E. (2019). Differentiating acute suicidal affective disturbance (ASAD) from anxiety and depression Symptoms: A network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 250, 333–340. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.005>
- Rueda-Jaimes, G. E., Rangel Martínez-Villalba, A. M., Castro-Rueda, V. A., & Camacho, P. A. (2010). Suicide Potential in Adolescents: A Comparison with Adult Population. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 683–692.
- Salas, F. G. (2018). Caracterización de factores implicados en las conductas de riesgo en adolescentes. *Revista ABRA*, 38(56), 1. <https://doi.org/10.15359/abra.38-56.3>
- Salvo, L., Ramírez, J., & Castro, A. (2019). Factores de riesgo para intento de suicidio en personas con trastorno depresivo en atención secundaria. *Revista Médica de Chile*, 147(2), 181–189. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872019000200181>
- Sandoval, C. (2002). Programa de Especialización en Teorías, Métodos y Técnicas de Investigación Social. Investigación Cualitativa . Bogotá, Colombia: Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior (ICFES). Obtenido de <https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf>
- Sánchez. (2017). *Artículos de opinión*. 55(1). Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171q.pdf>
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., & Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(1), 33–42. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16170>
- Van Vuuren, C. L., Wachter, G. G., Veenstra, R., Rijnhart, J. J. M., Van Der Wal, M. F., Chinapaw, M. J. M., & Busch, V. (2019). Associations between overweight and mental health problems among adolescents, and the mediating role of victimization. *BMC Public Health*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889->

019-6832-z

Vargas, H. B., & Saavedra, J. E. (2016). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 75(1), 19. <https://doi.org/10.20453/rnp.v75i1.1539>

World Health Organization. (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*.

Zygo et al. (2019). Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13-19 years. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine: AAEM*, 26(2), 329–336. <https://doi.org/10.26444/aaem/93817>

ANEXOS

ANEXO 1



ASENTIMIENTO INFORMADO Y DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Este Formulario de Asentimiento Informado está dirigido a los Adolescentes del Hospital Especializado “Julio Endara”

Investigadora:

Md Fernanda Guzmán Jiménez

Nombre de la Organización

Postgrado de Pediatría

Facultad de Medicina

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Nombre de la Propuesta:

CARACTERÍSTICAS VITALES DE LOS ADOLESCENTES CON INTENTO AUTOLITICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JULIO ENDARA EN EL ÁREA DE PAIDO PSIQUIATRÍA EN LOS MESES DICIEMBRE 2019-ENERO 2020

PARTE I: Información

Introducción

La investigadora es estudiante del Postgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Está investigando sobre las características de los Adolescentes con Intento Autolítico y los factores que se encuentren asociados. Se le proporcionará información y lo invitamos a participar en este estudio. Si tiene preguntas, puede realizarlas cuando crea más conveniente.

Propósitos

El propósito de este estudio es determinar la trayectoria de vida de los adolescentes con Intento autolítico para de esta manera describir y analizar las causas que llevaron a cometer dicho acto y saber utilizarlas de manera preventiva con jóvenes que se encuentren en la misma situación.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación se realizará a través de una entrevista directa a los jóvenes que se encuentran en las instalaciones del Hospital Julio Endara”.

Selección de participantes

Están invitados a participar los adolescentes ingresados en el Hospital Julio Endara. De esta forma se recopilará datos sobre el Intento autolítico y factores asociados.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta institución. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

Procedimientos

Si desean participar en este estudio deben contestar todas las preguntas que están en la encuesta sobre: datos socios familiares y demográficos, así como lo referente a los cuestionarios de temas específicos sobre Intento autolítico. Las respuestas serán ingresadas en una base de datos y posteriormente analizada por los autores, escribiendo finalmente un informe final detallando los resultados del trabajo.

Duración

Estas preguntas tomarán aproximadamente 30 a 45 minutos de su tiempo.

Confidencialidad

La información que se recoja en este proyecto de investigación se mantendrá confidencial y solo la investigadora tendrá acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo la investigadora sabrá cuál es su número y se mantendrá la información bajo seguridad.

Compartiendo los Resultados

La información será presentada en la disertación del trabajo final de tesis de la investigadora. Si los resultados de este estudio se publican o presentan no utilizaremos el nombre de los participantes.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué formar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a:

Md. Fernanda Guzmán

Telf.: 0998541638

Correo: mafercita_1790@hotmail.com

FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado (a) a participar en la investigación **CARACTERÍSTICAS VITALES DE LOS ADOLESCENTES CON INTENTO AUTOLITICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JULIO ENDARA EN EL ÁREA DE PAIDO PSIQUIATRÍA EN EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2019**

Entiendo que se me realizarán un test psicológico y una entrevista. He sido informado (a) que los riesgos son mínimos. Sé que es posible que no me beneficie directamente al participar en el estudio; sin embargo, los resultados pueden ayudar a documentar aspectos y patrones relacionados con el Intento autolítico. Se me ha proporcionado el nombre y dirección de la investigadora y puede ser fácilmente contactada.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____ Fecha _____

ANEXO 2



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario se dirige a los padres o cuidadores de los adolescentes que se encuentran en el Hospital Especializado “Julio Endara”

He sido invitado para que mi hijo/a participe en una investigación sobre: **CARACTERÍSTICAS VITALES DE LOS ADOLESCENTES CON INTENTO AUTOLITICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JULIO ENDARA EN EL ÁREA DE PAIDO PSIQUIATRÍA EN LOS MESES DICIEMBRE 2019 – ENERO 2020**

Entiendo que ello significa que será entrevistado y se le harán una serie de preguntas respecto a las características de su vida y su conducta. He sido informado de que los riesgos son mínimos y no representa peligro para él/ella. Soy consciente de que puede que no haya beneficio personal para mí o mi hijo/a y que no seré compensado. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser contactado fácilmente usando el número que se me dio. He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente que mi hijo/a participe en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirar del estudio mi hijo/a en cualquier momento sin que afecte de ninguna forma mi atención médica ni la de mi hijo/a.

Nombre del Participante _____

Nombre del Padre/Madre o Cuidador/a _____

Firma del Padre/Madre o Cuidador/a _____

Fecha _____ Día/mes/año

Si es analfabeto un testigo que sepa leer y escribir debe firmar:

Los participantes analfabetos deben incluir su huella dactilar.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento al potencial participante, y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____

E impreso de la huella dactilar del padre/madre

Firma del testigo _____ Fecha _____ Día/mes/año

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____ Día/mes/año

Se ha proporcionado una copia de este documento de Consentimiento Informado al padre/madre o Cuidador/a del participante _____

ANEXO 3

FICHA SOCIO DEMOGRÁFICA PARA CUIDADOR

Favor marcar con una X en el casillero que desea seleccionar.

EDAD

- 30 a 35 años
- 36 a 40 años
- 41 a 45 años
- 46 a 50 años
- >50 años escriba su edad _____

SEXO

- Masculino
- Femenino

¿CUANTO ES SU INGRESO FAMILIAR?

- Menos de 1 salario mínimo vital
- 1 salario mínimo vital
- 2 salarios mínimos vitales
- 3 salarios mínimos vitales
- 4 o más salarios mínimos vitales

¿COMO ESTA FORMADA SU FAMILIA?

- Mamá y papá
- Solo Mamá
- Solo Papá
- Otros miembros Describa cual _____

¿DONDE ESTÁ UBICADA SU RESIDENCIA / CASA?

- Área Urbana

Área rural

CUAL ES SU INSTRUCCIÓN EDUCATIVA. (En caso de que su respuesta sea incompleta o en curso, escriba el año)

Instrucción Primaria completa Incompleta en curso describa cual _____

Instrucción Secundaria completa Incompleta en curso describa cual _____

Instrucción Superior Completa Incompleta en curso describa cual _____

¿TIENE USTED ALGUNA ENFERMEDAD?

Enfermedad mental Describa cual _____

Enfermedad crónica Describa cual _____

Enfermedad discapacitante Describa cual _____

Ninguna

¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN?

Si ¿cuál? _____

NO

ANEXO 4

FICHA SOCIO DEMOGRÁFICA PARA PACIENTE

Favor marcar con una X en el casillero que desea seleccionar.

EDAD

- 14 años
- 15 años
- 16 años
- 17 años
- 18 años

SEXO

- Masculino
- Femenino

¿CUANTO ES SU INGRESO FAMILIAR?

- Menos de 1 salario mínimo vital
- 1 salario mínimo vital
- 2 salarios mínimos vitales
- 3 salarios mínimos vitales
- 4 o más salarios mínimos vitales

¿COMO ESTA FORMADA SU FAMILIA?

- Mamá y papá
- Solo Mamá
- Solo Papá
- Otros miembros Describa cual _____

¿DONDE ESTÁ UBICADA SU RESIDENCIA / CASA?

Área Urbana

Área rural

CUAL ES SU INSTRUCCIÓN EDUCATIVA. (En caso de que su respuesta sea incompleta o en curso, escriba el año)

Instrucción Primaria completa Incompleta en curso describa cual _____

Instrucción Secundaria completa Incompleta en curso describa cual _____

Instrucción Superior Completa Incompleta en curso describa cual _____

¿TIENE USTED ALGUNA ENFERMEDAD?

Enfermedad mental Describa cual _____

Enfermedad crónica Describa cual _____

Enfermedad discapacitante Describa cual _____

Ninguna

¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN?

Si ¿cuál? _____

NO