



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD  
EDUCATIVA AL  
SERVICIO DEL PUEBLO

---

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA**

**“CARACTERIZACIÓN MÉDICO LEGAL DEL SUICIDIO  
CONSUMADO EN LA FISCALÍA PROVINCIAL DEL AZUAY,  
CANTÓN CUENCA, PERÍODO 2013 – 2018”**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTORA:**

NATHALY SOFÍA LEÓN SEGOVIA

**DIRECTORA:**

DRA. ROSA SOLÓRZANO BERNITA

**ASESORA:**

DRA. KATHERINE SALAZAR TORRES

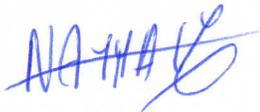
**CUENCA – ECUADOR**

2019

## CLAÚSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Nathaly Sofía León Segovia, autora del trabajo de titulación, "CARACTERIZACIÓN MÉDICO LEGAL DEL SUICIDIO CONSUMADO EN LA FISCALÍA PROVINCIAL DEL AZUAY, CANTÓN CUENCA, PERÍODO 2013 – 2018", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación, son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 8 de octubre de 2019.



---

Nathaly Sofía León Segovia

CI: 0105104186

Autora de la Investigación

## CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Nathaly Sofía León Segovia, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación: "CARACTERIZACIÓN MÉDICO LEGAL DEL SUICIDIO CONSUMADO EN LA FISCALÍA PROVINCIAL DEL AZUAY, CANTÓN CUENCA, PERÍODO 2013 – 2018", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible, no exclusiva, para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 8 de octubre de 2019.



---

Nathaly Sofía León Segovia

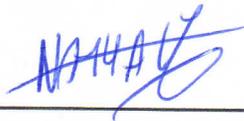
CI: 0105104186

Autora de la Investigación

## CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo, Nathaly Sofía León Segovia, con cédula de identidad: 0105104186, estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, declaro no tener ningún conflicto de intereses en relación al presente trabajo de titulación "CARACTERIZACIÓN MÉDICO LEGAL DEL SUICIDIO CONSUMADO EN LA FISCALÍA PROVINCIAL DEL AZUAY, CANTÓN CUENCA, PERIODO 2013-2018". Además, mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizará estrictamente para el análisis y desarrollo de esta investigación y los datos obtenidos se procesarán de manera confidencial.

Cuenca, 16 de septiembre de 2019.



---

Nathaly Sofía León Segovia

CI: 0105104186

Autora de la Investigación

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación con mucho cariño:

En primer lugar, a *Dios*, por todas sus bondades conmigo, las que me han permitido gozar de los bellos momentos y resistir a los arduos caminos de la vida.

A mis padres, *Alberto y Gloria* por ayudarme a forjar las alas que me han posibilitado avanzar cada etapa de la vida, por permitirme volar sin barreras, pero siempre guiándome con principios, valores y amor por la vida; además, por ser mis primeros maestros quienes me inculcaron el amor por las letras y me inspiraron a ser una profesional. Por su apoyo desde el momento que decidí estudiar Medicina sin dejarme caer en los momentos más difíciles de esta carrera.

A mi hermana *Leonela*, por ser la pequeña cómplice de aventuras, travesuras y de algunos deberes y trabajos, quien me ha ayudado a ser mejor persona y me ha inspirado a mantenerme firme, porque sé que imitaré muchos pasos de los que he dado.

A mi esposo *Damián*, por complementar esta parte de mi vida, por ser incondicional desde el inicio de la carrera y quien a pesar de las adversidades siempre confió en mí. Quien con su amor, detalles y esfuerzo ha sabido encontrar la forma de ayudarme todas aquellas veces en las que necesité refuerzos.

A toda mi *familia, maestros, tutores y amigos*; quienes con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y me alentaron para no desfallecer. Todos Ustedes de una u otra forma siempre están presentes en mis sueños y metas.

*Nathaly Sofía León Segovia*

## AGRADECIMIENTO

Este trabajo de titulación es de mi autoría, sin embargo, agradezco infinitamente a todos quienes fueron parte esencial para realizarlo y culminarlo.

Mis más sinceros agradecimientos a:

La *Universidad Católica de Cuenca*, prestigiosa institución que me abrió las puertas y me acogió brindándome las herramientas necesarias para terminar con éxito esta etapa de mi vida universitaria.

Doctoras *Katherine Salazar* y *Rosa Solórzano*, asesora y directora de tesis, por compartir conmigo sus conocimientos, corregir mis errores y apoyarme con gran dedicación en este reto académico.

Doctora *Paolita Molina Barahona*, por recibirme siempre con una sonrisa y un saludo caluroso en su lugar de trabajo, por guiarme y ayudarme en la recolección de datos para esta investigación.

Doctores *Adrián Rojas* y *Leonardo Amoroso*, por abrirme las puertas en la prestigiosa institución que presiden, escalón que fue esencial para lograr este sueño investigativo.

Doctor y doctora *Wilson Campoverde* y *María Santacruz*, médicos legistas, por su predisposición a ayudarme en la consolidación de este proyecto investigativo.

A mis padres *Alberto* y *Gloria*, por su sacrificio para brindarme una educación de calidad y por el apoyo incondicional en su lucha incansable de verme salir adelante.

A *Damián* y *Leonela*, porque, aunque el camino no fue fácil, Ustedes confiaron en mí y me animaron constantemente a no bajar la guardia.

*Nathaly Sofía León Segovia*

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN</b> .....	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>2</b>
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>3</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>3</b>
1.1. <i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i> .....	5
1.2. <i>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</i> .....	7
1.3. <i>JUSTIFICACIÓN</i> .....	7
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>9</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>9</b>
2.1. <i>ANTECEDENTES</i> .....	9
2.2. <i>BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS</i> .....	13
2.2.1. <i>DEFINICIÓN DE SUICIDIO</i> .....	13
2.2.2. <i>FASES DEL SUICIDIO</i> .....	13
2.2.3. <i>FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA</i> .....	14
2.2.3.1. <i>Factores de riesgo sociodemográfico</i> .....	15
2.2.3.2. <i>Factores de riesgo clínico</i> .....	20
2.2.4. <i>MÉTODO DE SUICIDIO</i> .....	22
2.2.5. <i>NOTA/CARTA SUICIDA</i> .....	23
2.2.6. <i>MODELOS INTEGRATIVOS DE FACTORES PSICOLÓGICOS, CLÍNICOS Y BIOLÓGICOS DE LA CONDUCTA SUICIDA</i> .....	24
2.2.6.1. <i>Modelo de estrés-diátesis de Mann</i> .....	24
2.2.6.2. <i>Modelo integrativo de Oquendo</i> .....	24
2.2.6.3. <i>Modelo integrativo de Turecki</i> .....	25
2.2.7. <i>MARCO MÉDICO LEGAL</i> .....	25
2.3. <i>DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS</i> .....	26
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>28</b>
<b>3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>28</b>
3.1. <i>OBJETIVO GENERAL</i> .....	28
3.2. <i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i> .....	28
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	<b>29</b>
<b>4. DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	<b>29</b>
4.1. <i>DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO</i> .....	29
4.1.1. <i>Tipo de Estudio</i> .....	29
4.1.2. <i>Área de Investigación</i> .....	29
4.2. <i>CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN</i> .....	30

4.2.1.	Criterios de Inclusión .....	30
4.2.2.	Criterios de Exclusión .....	30
4.3.	<i>MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN</i> .....	30
4.3.1.	Método de procesamiento de la información .....	30
4.3.2.	Técnica.....	31
4.3.3.	Procesamiento para la recolección de la información y descripción de instrumentos a utilizar.....	31
4.3.4.	Tablas.....	32
4.3.5.	Medidas Estadísticas .....	32
4.4.	<i>PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS BIOÉTICOS</i> .....	32
4.5.	<i>DESCRIPCIÓN DE VARIABLES</i> .....	33
4.5.1.	Listado de variables .....	33
<b>CAPÍTULO V</b> .....		<b>34</b>
<b>5. RESULTADOS</b> .....		<b>34</b>
5.1.	<i>CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO</i> .....	34
5.2.	<i>ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</i> .....	34
5.2.1.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	34
5.2.2.	MÉTODO DE SUICIDIO EMPLEADO.....	36
5.2.3.	FACTORES RELACIONADOS AL SUICIDIO.....	38
5.2.4.	EXISTENCIA DE NOTA/CARTA Y ANUNCIO PREVIO AL SUICIDIO ....	39
5.2.5.	RELACIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LOS FACTORES RELACIONADOS AL SUICIDIO .....	40
<b>CAPÍTULO VI</b> .....		<b>42</b>
<b>6. DISCUSIÓN</b> .....		<b>42</b>
<b>CAPÍTULO VII</b> .....		<b>51</b>
<b>7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA</b> .....		<b>51</b>
7.1.	<i>CONCLUSIONES</i> .....	51
7.2.	<i>RECOMENDACIONES</i> .....	52
7.3.	<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i> .....	54
<b>ANEXOS</b> .....		<b>60</b>

## RESUMEN

**Introducción:** el suicidio es un fenómeno en ascenso y cobra cerca de 1 millón de defunciones anuales, considerado por la Organización Mundial de Salud (OMS) como un problema de salud pública, cuya prevención es de alta prioridad y su investigación es una urgencia social. Ecuador al ser un país de ingresos bajos-medios es más vulnerable a presentar elevadas tasas de suicidio. La OMS en 2014 informó que en Ecuador se registraron un total de 1377 suicidios para todas las edades, y estudios nacionales reportan que la Ciudad de Cuenca se perfila como una de las ciudades con mayor prevalencia. (1)

**Objetivo:** caracterizar el suicidio consumado mediante la revisión de informes de autopsia médico legal y parte policial de levantamiento de cadáver en la Fiscalía Provincial del Azuay, Cantón Cuenca, período 2013 – 2018.

**Metodología:** estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal. La muestra fue censal de 218 suicidios registrados en la Fiscalía Provincial del Azuay, Cantón Cuenca, período 2013 - 2018. Se analizaron las variables según su naturaleza con los valores de frecuencia y porcentaje, se consideró significancia estadística con valor  $p < 0,05$ .

**Resultados:** la mayoría de fallecidos por suicidio en Cuenca fueron adolescentes (35,3%), de sexo masculino (71,6%), de raza mestiza (95,9%), de estado civil soltero (66,5%), procedentes del medio rural (46,8%) y por ende la ocupación más frecuente fue la de estudiante (29,8%). El método de suicidio que más emplearon fue la ahorcadura (82,1%) y el factor asociado de mayor relevancia fue la presencia de conflictos en las relaciones y disputas (39%).

**Palabras Clave:** suicidio consumado, caracterización, epidemiología, prevención.

## ABSTRACT

**Introduction:** suicide is a rising phenomenon taking about 1 million lives a year. Considered a public health problem by WHO (World Health Organization), suicide prevention is of high priority, and its investigation a social emergency. In 2014, WHO reported a total of 1377 registered suicides for all ages in Ecuador; national studies report that the city of Cuenca is emerging as one of the most prevalent (1).

**Objective:** to characterize the suicides committed by reviewing legal medical autopsy and police reports provided by the provincial prosecutors office of Azuay, Cantón Cuenca for the period of 2013-2018.

**Methodology:** retrospective, descriptive, cross-sectional study. The sample was a census of 218 suicides registered in the Provincial Prosecutor's Office of Azuay, Canton Cuenca, 2013-2018 period. The variables were analyzed according to their nature with the frequency and percentage values, statistical significance was considered with  $p < 0.05$  value.

**Results:** The majority of deaths due to suicide in Cuenca were adolescents (35.3%), male (71.6%), mixed race (95.9%), single civil status (66.5%), from rural environment (46.8%) and therefore the most frequent occupation was that of student (29.8%). The most common method of suicide used was hanging (82.1%) and the associated factor of greater relevance was the presence of conflicts in relationships and disputes (39%).

**Key Words:** consummate suicide, characterization, epidemiology, prevention.

# CAPÍTULO I

## 1. INTRODUCCIÓN

Cerca de 800 000 personas se quitan la vida anualmente y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países; y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. El suicidio no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. En 2016, más del 79% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos, de acuerdo a un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ecuador forma parte de los estados miembros de la OMS y se ha clasificado de acuerdo a la agrupación promedio per cápita dentro del grupo de países de ingresos bajos o medianos, lo que lo vuelve más vulnerable a presentar elevadas tasas de suicidios (1).

La OMS reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública. El primer informe mundial sobre el suicidio denominado, “Prevención del suicidio: un imperativo global”, publicado en 2014, procura aumentar la sensibilización respecto a la importancia del suicidio y los intentos del mismo para la salud pública, y otorgar a la prevención de este fenómeno alta prioridad en la agenda mundial de salud pública (1). En el plan de acción sobre salud mental 2013 – 2020, los Estados Miembros de la OMS se comprometieron a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidios en un 10% para 2020 (2).

El suicidio es un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo costo. Sin embargo, en nuestra localidad el suicidio es un problema social olvidado, que, si bien es cierto causa asombro y preocupación ante la presentación de algún caso, todavía existe ausencia de información, así como la falta de lineamientos para la detección, prevención y tratamiento de sus factores asociados (3). En los últimos años se ha visto un aumento en las tasas de presentación, lo que nos obliga a tomar medidas tanto de protección sanitaria, social e incluso



políticas; sin embargo, para poder tomar acción ante un problema primero es necesario conocer su magnitud y presentación (4).

Por lo expuesto anteriormente, es que nace la idea de este tema de tesis, proyectada a contribuir con los objetivos planteados por la OMS, pues es una realidad que en todo el mundo es insuficiente la disponibilidad y calidad de los datos sobre el suicidio. Solo 80 Estados Miembros disponen de datos de registro civil de buena calidad que se pueden utilizar directamente para estimar tasas de suicidio y solamente 28 países aplican estrategias nacionales que demuestran un compromiso con la prevención del suicidio. El presente estudio del suicidio consumado supone conocer la frecuencia suicida en nuestro territorio y valorar las características y factores asociados de estas muertes (5).

Esta investigación se llevó a cabo mediante el acceso a los registros de autopsia médico legal y parte policial de levantamiento de cadáver de todos los expedientes que reposan en la Fiscalía Provincial del Azuay. La etiología médico legal de las muertes violentas puede clasificarse como accidental, homicida y suicida, por tanto, existe un archivador de todos los casos clasificados como muertes violentas, de los cuales se seleccionarán los que son declarados como suicidios. Así, se realizará la revisión correspondiente a un período de tiempo de 6 años, desde el 1 de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2018, el motivo de la elección de este período se debe a que desde el año 2013 se documentan y archivan los informes de autopsias médico legales por suicidios en la provincia del Azuay (6).

La calidad insuficiente de los datos sobre mortalidad no es un problema exclusivo del suicidio, pero dada la sensibilidad de este fenómeno y la ilegalidad de las conductas suicidas en algunos países es probable que la subnotificación y la clasificación errónea de casos sea un problema más significativo en lo que respecta al suicidio que a otras causas de defunción (7). Motivo por el cual esta investigación no sólo tiene interés en la epidemiología del suicidio, sino también conocer los factores que están presentes en las víctimas y en su entorno y así llegar a recoger datos que podrán favorecer la evaluación de factores relacionados con la muerte y que nos ayudarán a resolver aquellos casos dudosos entre la etiología suicida y otra posible etiología (8).



De acuerdo a los datos que se recabaron de los informes médico legales y parte policial de levantamiento del cadáver, se pudieron obtener un total de 25 variables de cada caso de suicidio consumado, seleccionando para el presente estudio 18 variables: año del suicidio, edad, sexo, raza, estado civil, residencia, nivel de instrucción, ocupación, método de suicidio empleado, antecedente/s de otro/s intento/s autolítico/s previos, antecedentes familiares de muerte por suicidio, padecimiento de enfermedad orgánica o trastorno psiquiátrico, causa aparente que motivo al suicidio, notas suicidas dejadas y anuncio previo de idea suicida (9).

Estudios previos plantean que las estrategias eficaces de prevención del suicidio requieren un fortalecimiento de la vigilancia y el seguimiento de los suicidios y los intentos de suicidio. Esto incluye el registro civil de suicidios, los registros hospitalarios de intentos de suicidio, y los estudios representativos que recopilen información sobre los casos de suicidio que ya se han consumado (1). Así mismo, la literatura plantea que en el período previo al suicidio es frecuente el contacto de las víctimas con personal de salud. Por tanto, los resultados de esta tesis que realizará una revisión detallada de cada caso de suicidio consumado de la ciudad de Cuenca, podrán establecer características que presenta un paciente con perfil de potencial riesgo suicida, mismos que servirán en la formación de los profesionales de la salud para la detección de este fenómeno que es previsible y prevenible (10).

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado hasta en un 60%. El suicidio es considerado un problema de salud mundial que afecta a todos los grupos poblacionales sin hacer distinción de: sexo, edad, lugar de residencia, ocupación, instrucción académica o estrato social. En la actualidad su prevención constituye una prioridad para la OMS y plantea que los estudios epidemiológicos son urgencias sociales y mucho más su unificación, de manera que existan esfuerzos mancomunados para la intervención (10).

Así como las estadísticas de artículos publicados nos demuestran un aumento de las tasas a nivel mundial, en nuestro país Ecuador, las cifras de suicidios



consumados también han ido en aumento. Actualmente en la Provincia del Azuay, los únicos datos que se muestran de manera oficial en cuanto a defunciones por suicidio son las publicadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (11).

De acuerdo a los datos obtenidos por ciudades llama la atención que en 2017 Cuenca se mostró como la ciudad con mayor cantidad de defunciones por suicidio con un total de 104 casos con una población aproximada de 600 000 habitantes, en comparación con la ciudad de Guayaquil en donde se registró un total de 150 suicidios pero con una población de 3'000.000 de habitantes, lo que demuestra que Cuenca se presenta como la primera ciudad en registrar mayor número de muertes violentas de etiología suicida para dicho año, motivo que me ha llevado a desarrollar este tema de tesis (12).

Por ventaja en nuestro país y sobre todo a nivel de la Provincia del Azuay ante toda muerte violenta o sospechosa de criminalidad debe practicarse una autopsia, luego de la cual el médico legista puede establecer el tipo de muerte (natural o violenta) así como la etiología de la misma (accidental, homicida o suicida) y detallarlo en el informe de autopsia médico legal. Estos documentos reposan en la Fiscalía Provincial del Azuay, que constituye el ente oficial que realiza el seguimiento de toda muerte violenta.

A través de estos documentos se pudo obtener información de las características sociodemográficas más relevantes del occiso referentes a: edad, sexo, raza, lugar de procedencia, estado civil, instrucción, ocupación; así como factores relacionados a cada caso de suicidio como: método de suicidio empleado, antecedentes de otro/s intento/s autolítico/s previos, antecedentes familiares de muerte por suicidio, padecimiento de enfermedad orgánica o trastornos psiquiátricos, pérdidas de trabajo o financieras, conflictos en las relaciones y disputas, pérdida de un ser querido y la evidencia de nota o carta previa al suicidio, así como de un anuncio previo de idea suicida.

Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue la de caracterizar a la población suicidada de los últimos años de acuerdo a las variables antes mencionadas, cuyos datos se obtienen de los informes de autopsias médico legales y parte policial de



levantamiento del cadáver. De este modo se obtendrán resultados que nos permitan definir y elaborar un perfil de la población con riesgo suicida, pero que todavía está a tiempo de no consumir el plan suicida.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Dicho todo lo anterior interesa resolver la siguiente incógnita.

¿Cuáles son las características del suicidio consumado según la revisión de informes de autopsias médico legales y parte policial de levantamiento del cadáver, en la Fiscalía Provincial del Azuay, Cantón Cuenca, período 2013 – 2018?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN**

El suicidio es un fenómeno previsible y prevenible, y para poder tomar medidas preventivas ante este fenómeno es necesario primero conocer su magnitud e identificar factores de riesgo acordes a cada localidad. Es por esto, que estudios científicos recomiendan la identificación de los factores de riesgo, así como factores protectores a través de una evaluación continua de la población en riesgo con preguntas directas sobre la intención de suicidio (13).

Existen estudios que plantean que en el periodo previo al suicidio son frecuentes los contactos con médicos de atención primaria en salud, pues se dice que tres de cada cuatro víctimas contactan con atención primaria durante el año previo al suicidio y aproximadamente un tercio tiene contacto con salud mental. Mientras que, durante el mes previo el 45% contacta con atención primaria y una quinta parte contacta con salud mental. Se sabe también que son mayores las tasas de contacto con atención primaria en los sujetos mayores que en los adultos jóvenes y en las mujeres que en los hombres. La literatura también revela que, por cada suicidio consumado, veinte personas lo intentan y entre dos y cuatro suicidios se registran con otra causa de muerte (13).



Por tanto, los resultados de este estudio sirven para guiar a los profesionales de la salud, no solo médicos de atención primaria, sino también resulta de interés para paramédicos, enfermeras, psicólogos, geriatras, médicos especialistas en psiquiatría y todos aquellos profesionales de la salud, quienes al realizar una anamnesis a sus pacientes puedan obtener información tan relevante que les permita identificar a un paciente con perfil de riesgo suicida (14).

Así mismo, al conocer la magnitud de este problema, investigaciones posteriores pondrán plantear la creación de programas de prevención que se ajusten a cada grupo social y etario, dando prioridad a la detección temprana, ya que desde etapas tempranas de la vida como en la adolescencia ya existen efectos de potencial riesgo suicida (15).

Finalmente se prevé que esta investigación beneficiará a la sociedad en general, ya que al tratarse de una investigación médica se contribuye a fomentar el bienestar mental y social; y al conocer con certeza cuales fueron los factores que desencadenaron el suicidio en la población de la ciudad de Cuenca, se podrán establecer pautas de prevención de este fenómeno, sobre todo desde el ámbito de la salud, ya que este problema merece una intervención multidisciplinaria (15).

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES

La OMS reconoce al suicidio como un grave problema de salud pública que golpea a todos los grupos poblacionales. A nivel mundial estudios reportan que las tasas se han incrementado en un 60% en los últimos 45 años y se estima que se presentan cerca de 16 casos/100.000 habitantes, lo cual indica que esta causa de defunción supera la suma de víctimas por homicidio y por guerra. Esta entidad es causa de alrededor de un millón de defunciones anuales (16).

De acuerdo a la revisión de investigaciones previas se plantea que de forma global y a lo largo de la historia el suicidio se ha presentado de forma variable de acuerdo a la época y región específica, sin embargo, partiremos del informe más reciente publicado por la OMS en 2014 que revela que la tasa mundial de suicidio equivale a 11,4/100 000 habitantes (1). Potencias mundiales en 2012 presentaron tasas más elevadas por cada 100 000 habitantes: Japón (23,1), Estados Unidos (13,7), Alemania (13), China (8,7). En América Latina el estudio del suicidio es limitado, estadísticas indican que las tasas más elevadas en 2012 correspondieron a Cuba (14,6), Uruguay (13,8), Chile (13), Bolivia (11,7) y Argentina (10,8) (17). Es idóneo plantear las cifras en tasas para hacer comparaciones más equitativas, es así que la tasa en Ecuador según la OMS para 2012 fue de 8,9/100.000 y en 2017, Ortiz E y cols en una investigación ecuatoriana reportó que las tasas han fluctuado entre 4,3 y 7,1/100.000 habitantes entre los años de 2001 a 2015 (17).

De acuerdo a la publicación denominada “Prevención del suicidio: un imperativo global” publicado por la OMS, en Ecuador se registraron un total de 1377 casos de suicidios para todas las edades en 2012, de los cuales 967 correspondieron a hombres y 410 casos a mujeres, así también se obtuvieron datos de tasas de suicidio normalizadas según la edad (por 100 000) que en 2000 llegaron a 8,9 y en 2012 a 9,2 para ambos sexos; dando un porcentaje de cambio en las tasas de



suicidio normalizadas según la edad, de 2000 a 2012 de 3,4% para ambos sexos (18).

En España, se estudió el suicidio en jóvenes considerando que el suicidio corresponde la tercera causa de muerte en el grupo de edad entre los 15 a 29 años, superado solo por causas externas de mortalidad y el diagnóstico de tumores. Las tasas de suicidio en la población joven son de 2,65 por cada 100 000 habitantes en el tramo de edad de los 15 a 19 años. Además, la tasa de los hombres triplica a la de las mujeres. El modus operandi elegido por la gran mayoría de jóvenes de ambos sexos entre los 15 y los 29 años es el ahorcamiento, estrangulación o sofocación (45,85%), seguido de otras formas como precipitación (30,56%) (19).

Son múltiples las posibles causas que pueden provocar el suicidio. En el ámbito clínico, se ha encontrado alta asociación con trastornos depresivos, consumo de sustancias psicoactivas y antecedentes familiares de suicidio y abuso sexual. En la población hospitalaria también se han reportado mayores tasas de hasta 13,7/10 000 pacientes admitidos en instituciones psiquiátricas. Se presentan otros factores de tipo sociocultural, ambientales y económicos como la baja escolaridad, el desempleo, la soltería. En la población joven el suicidio está más asociado a trastornos como depresión, ansiedad, problemas académicos, desempleo y antecedentes personales y familiares de conducta suicida. En personas de más edad, las motivaciones para cometer suicidio están asociadas a pérdida de familiares y allegados, dificultades económicas, enfermedades incapacitantes y dolorosas, rechazo social y estrés (20).

En relación al método utilizado para provocar la muerte, el medio utilizado tiene estrecha relación con la facilidad de acceso que tenga el individuo en un medio específico (10). Esto puede explicar el hecho de que el ahorcamiento sea el método más empleado a nivel mundial, mientras que se mencionan altas prevalencias de uso de plaguicidas en poblaciones compuestas por más comunidades rurales o el empleo de armas de fuego en personas relacionadas con empleos de seguridad o vinculadas al ejército o a la Policía (20).

Una investigación estudió los casos de suicidios en Colombia durante once años, determinando que se percibe un aumento de muertes por esta causa durante los



días festivos, incluyendo los meses de enero y diciembre, y los fines de semana. El riesgo de que los varones cometan suicidio es 3,7 veces el de las mujeres. La edad promedio de los fallecidos fue de 34,5 años y el riesgo predominó en varones. La edad con más suicidios reportados fue de 19 años. En relación a la zona de residencia existe mayor prevalencia en zonas urbanas. La tasa promedio de suicidio en Colombia es de 5,3/100 000 habitantes lo que lo sitúa en el cuarto lugar de las causas de muerte violenta. El 43,6% de estas personas estaban solteras; los que tenían pareja, casados o en unión libre eran el 39,7% y el porcentaje restante eran separados o viudos (20).

Otro estudio en Bogotá realizó una caracterización sociodemográfica del suicidio en adultos mayores que superaban los 60 años, debido a que la literatura menciona que los hombres mayores de 60 años son más propensos a cometer suicidio en relación con los otros grupos de edad, en casi todas las regiones del mundo. Determinaron que los suicidas de este grupo etario son mayoritariamente hombres. El mecanismo utilizado para suicidarse varió de acuerdo con el género, mientras que para las mujeres los mecanismos más comunes fueron el ahorcamiento (45,45%) y el lanzamiento desde alturas (36,36%), los hombres escogen mayormente las armas de fuego (48,28%) y el ahorcamiento (25,29%). Las motivaciones son una variable difícil de determinar, pues solo dejaron algún tipo de nota suicida 14 hombres, correspondientes al 14,29% de todos los casos (21).

En Chile se estudió la mortalidad por suicidio entre los años 1998 – 2011 con una tasa de mortalidad de 12,1. Concluyendo que Chile presenta menores tasas de mortalidad general en relación al resto de los países de Sudamérica y es de 5,79 por 1 000 habitantes; y específicamente la tasa de mortalidad por suicidio en Chile también es más baja que las tasas de otros países. Al contrastar las tasas anuales de suicidio por sexo, se observa que las tasas promedio fueron siempre mayores en hombres que en mujeres. En relación a la tasa de mortalidad por suicidio en los distintos grupos de edad, se constató que la más alta fue en el grupo de 40 a 59 años; siendo la más baja, la del grupo de menores de 14 años. Este estudio refiere también que el impacto psicológico y social del suicidio sobre la familia y la sociedad no es mensurable. En promedio, un suicidio individual afecta íntimamente al menos



a otras seis personas y si ocurre en una institución educativa o en el sitio de trabajo, tiene impacto sobre cientos (22).

Así como las estadísticas de artículos publicados nos demuestran un aumento de las tasas a nivel mundial, en nuestro país Ecuador, las cifras de suicidios consumados también han ido en aumento cada año. A nivel nacional existen registros desde 1997, año en el cual se registró un total de 581 suicidios. Desde entonces hasta el año 2003 el total de suicidios se mantuvo entre 581 a 675 casos por cada año. Sin embargo, para los años siguientes se percibe un claro aumento, es así que para el 2005 las cifras se disparan a un total de 943 y en 2007 1.006 casos de suicidio. Posteriormente en 2013 y 2014 las cifras se muestran en descenso, para nuevamente aumentar en 2015 con 1.073 y en 2016 con 1.219 casos. Cabe recalcar que la población total de habitantes en Ecuador fue de 11 735 391 en el año 1997 y en 2016 se registró un total de 16 528 730 habitantes; lo cual no justifica el incremento marcado en las cifras de muertes por suicidio (22).

En la Provincia del Azuay, los únicos datos que se muestran de manera oficial en cuanto a defunciones por suicidio son las publicadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), con registros desde el año 2007 y que además muestran información clasificada según sexo (masculino o femenino) y zona de residencia (urbana o rural). En los años que se registraron mayor cantidad de suicidios en Azuay fueron en 2007 con 113 casos, en 2008 con 96 casos y en 2015 con 98 casos, según cifras oficiales proporcionadas por el INEC y obtenidas a través de su página web (12). De acuerdo a los datos obtenidos por ciudades llama la atención que en 2017, Cuenca se mostró como la ciudad con mayor cantidad de defunciones por suicidio con un total de 104 casos con una población aproximada de 600 000 habitantes, en comparación con Guayaquil en donde se registró un total de 150 suicidios, pero con una población de 3 000 000 de habitantes, lo que demuestra que Cuenca se presenta como la primera ciudad en registrar mayor número de muertes violentas tipo suicida para dicho año (23).

El suicidio es un fenómeno previsible y prevenible, y para poder tomar medidas preventivas ante este fenómeno es necesario primero conocer su magnitud e identificar factores de riesgo acordes al lugar de residencia. Una de las formas de conocer la importancia y el impacto del suicidio en un país es a través de las cifras

de fallecimientos por esta causa. Sin embargo, conocer con exactitud el número de suicidios consumados resulta una tarea compleja. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en España acerca de las cifras totales de suicidios consumados durante 5 años consecutivos determinó que existe una discrepancia importante entre los datos que registra el Instituto Nacional de Estadística (INE) y los aportados por los Institutos de Medicina Legal (IML), sin que ninguna de las dos fuentes consultadas pueda considerarse más fiable. Concluyeron que el número total de suicidios según el INE fue menor al obtenido directamente por los IML en todos los años (23).

## **2.2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS**

### **2.2.1. DEFINICIÓN DE SUICIDIO**

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define el suicidio como voz formada desde un punto de vista etimológico (a semejanza de “homicidio”) del latín *sui*, (sí mismo) y *caedere* (matar): por tanto, constituye la acción y efecto de matarse así mismo. El diccionario introduce también el concepto de conducta suicida, que incluye, no sólo la muerte autoprovocada, sino también cualquier acción perjudicial para quien lo realiza. Mientras que el término “suicidarse” se define como matarse voluntariamente a sí mismo (24).

### **2.2.2. FASES DEL SUICIDIO**

Autores como: Almaraz, Alaez, Ágora mencionan; que existe un orden de fases que llevan al acontecimiento del suicidio como objetivo final, estas interpretaciones luego de varias investigaciones se han planteando para que posteriormente se pueda comprender que soluciones o tratamientos emplear. El esquema de fases más detallado es el presentado en 2013 por Aláez, quien diferencia cinco fases previas y una sexta que se refiere al acto suicida (24):

**1. Fase ideativa:** la persona recibe el impacto emocional negativo que la lleva a pensar en el suicidio, se da la manifestación consciente sobre pensar o desear morir que puede ser o no manifestada y no descarta el hecho ni la posibilidad de su comisión.



**2. Fase deliberativa:** continúa la presencia de una estimulación negativa en el individuo, quien no busca ayuda o si la busca no encuentra una respuesta efectiva y tras manifestaciones o exclamaciones expresa su deseo de morir. Es en este momento que inicia la idea del suicidio como su última posibilidad.

**3. Fase decisiva:** en esta fase el individuo estructura el cómo, cuándo y dónde sin pasar al acto. Tras haber luchado contra sí mismo ya se ve inducido a poner en práctica el suicidio y a llevarlo a cabo, le guste o no. Aquí aún se puede frenar a la persona y prestarle ayuda. La persona siempre va dando muestras de que no desea hacerlo y, en ocasiones, lo anuncia.

**4. Fase dilatoria:** el sujeto se encuentra a la espera de que ocurra algo que pueda disuadirle de cometer el acto, pero no suele ocurrir nada. Entonces va alargando el plazo de la comisión pues este sabe de los resultados que se obtendrán.

**5. Fase operativa:** el individuo va preparando su muerte y dejando arreglados todos los asuntos para cuando no se encuentre en este mundo. En esta fase los parientes piensan que ocurre algo extraño, pero no sospechan el qué.

**6. Fase ejecutiva:** el sujeto lleva a cabo su idea y termina con su vida (24).

### **2.2.3. FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA**

La conducta suicida se explica como un espectro que va desde una gravedad mínima como la idea suicida o experimentar sentimientos de desesperanza y pocas razones para seguir viviendo, a la máxima que es el suicidio consumado.

Al momento de estudiar este fenómeno y para sensibilizarnos con él, es ideal evaluar cada uno de los factores asociados al suicidio, los cuales en varios estudios se definen como factores francos de riesgo. Estas investigaciones previas resumen que los factores más relacionados con la conducta suicida son los intentos previos de suicidio y la ideación suicida; así como la presencia de trastornos psiquiátricos principalmente la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos psicóticos, también se ha evidenciado gran influencia de riesgo con la enfermedad física, crónica o debilitante (24).

### 2.2.3.1. Factores de riesgo sociodemográfico

#### ❖ Edad

Algunas investigaciones proponen que conforme la población envejece, la incidencia de suicidios aumenta. Al ir envejeciendo, tanto la salud física como la psíquica disminuyen, se experimentan pérdidas interpersonales y se va entrando en un grupo social menos activo, rentable y deseable. A continuación, se explica a breves rasgos como se ha presentado el suicidio en los principales grupos de edad (25).

#### **En niños**

El suicidio en niños se presenta en edades comprendidas entre 5 y 14 años, ya que los menores de esa edad no tienen el concepto de muerte como final, por lo que no pueden desear la muerte al no poder comprender su concepto. Aunque los suicidios en esta época de la vida son extremadamente raros estadísticamente, si existen suicidios de niños. En esta edad existe una importante impulsividad e incluso ideación suicida grave, sin embargo, las tasas de suicidios consumados son bajas. El suicidio en niños y preadolescentes no es un fenómeno aleatorio, sino que ocurre en aquellos que tienen cierta predisposición y se plantea gran relación con historia familiar de patología psiquiátrica y situación ambiental patológica. Los factores de riesgo en niños prepúberes comprenden la presencia de enfermedades psiquiátricas, y al parecer la depresión es la que está más relacionada, que se estima que aumenta en 3.5 veces el riesgo de suicidio (25).

#### **En adolescentes y adultos jóvenes**

Existe una alerta mundial por la tendencia de aumento del suicidio en la población adolescente, la OMS plantea al suicidio como la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. En 2017, Ortiz E y cols en su estudio corroboran que en Ecuador los grupos más afectados fueron adolescentes y adultos jóvenes; y que la provincia del Azuay tuvo el porcentaje más alto. Igual que en 2018 Núñez S y cols realizaron un estudio donde se indicó que desde 1997 a 2016 la tendencia del suicidio en adolescentes aumentó en números absolutos de 165 muertes a 286 (26).



Esto podría fundamentarse en gran parte por las conductas de abuso de sustancias psicotrópicas como alcohol y drogas de nuestra juventud que luego tienden a comportamientos de autodestrucción y suicidas. También influyen las presiones y expectativas del ámbito académico, familiar y profesional que abruman a los adolescentes quienes de forma impulsiva optarían por el suicidio, así los adultos jóvenes son influenciados por factores de salud psíquica y situaciones financieras que promueven problemas de salud mental como la depresión (27).

Sobre el nivel educativo y socioeconómico, la mayoría de los estudios que han examinado las asociaciones entre las medidas de la desventaja social y el suicidio o intento de suicidio han informado de aumento del riesgo entre las personas desfavorecidas socialmente. Así, el riesgo de suicidio parece ser el doble para los sujetos jóvenes con niveles socioeconómicos bajos, cinco veces mayor para aquellos que han abandonado la escuela y cerca de ocho veces mayor para aquellos sin estudios universitarios. Las tasas de suicidio y de intento de suicidio se incrementan entre los jóvenes con antecedentes familiares de patología psiquiátrica de 1,9 a 2,3 veces siendo: las conductas antisociales, la depresión, y trastornos por uso de sustancias los principales. Las malas relaciones entre padres e hijos, los estilos de comunicación negativos o la existencia de expectativas demasiado altas o bajas también se han relacionado con un mayor riesgo de suicidio y de intento de suicidio (27).

### **En adultos mayores**

Conviene recordar que los hombres mayores suelen morir con mayor frecuencia en su primer intento de suicidio. La pérdida de autonomía en actividades de la vida diaria, también se relaciona con un mayor riesgo de conducta suicida. Además, el riesgo de suicidio aumenta según las enfermedades se vayan sumando y dado que la pluripatología es una realidad en el anciano, es lógico que el riesgo también sea mayor en este grupo (28).

El aislamiento social, como riesgo para el suicidio es más evidente en hombres viudos o divorciados. El periodo de mayor riesgo es el año tras la pérdida o la separación del cónyuge y permanece elevado hasta los cinco años tras la pérdida. La razón por la que la pérdida de la pareja es más difícil en los hombres puede ser



por la tendencia de éstos a tener menos relaciones afectivas cercanas fuera del matrimonio, la sensación de desconexión con la sociedad si no existe la esposa, el expresar menos los sentimientos, incluidos los de duelo y la incapacidad de llevar adelante el hogar (28).

### ❖ **Sexo**

La epidemiología mundial informa que los hombres se suicidan 3,5 veces más que las mujeres en los países de ingresos altos, mientras que, en los de ingresos medios-bajos es de 1,5 por cada mujer. Lo cual es resultado de la impulsividad del sexo masculino quienes emplean métodos de suicidio más letales como armas de fuego, precipitación y ahorcamiento que en su mayoría son infalibles; mientras que las mujeres optan muchas veces por la intoxicación y lesiones cortantes, métodos que en ocasiones no provocan una muerte inmediata y que requieren ser más elaborados. Por otro lado, es probable que la tasa de suicidios en hombres presente un aumento, debido a un cambio en los factores causales y protectores, pues estos se presentan de forma distinta en los dos sexos y suponen un estrés que el hombre puede soportar menos que la mujer (29).

Entre los aspectos familiares y de estado civil se señala que los factores socioeconómicos, como el desempleo, la jubilación o la soltería, tienen un peso mayor en los suicidios de hombres que en mujeres (29).

Los hombres presentan vulnerabilidad al suicidio consumado influenciados probablemente por el hecho de que las mujeres propenden a reconocer sus problemas y a buscar ayuda terapéutica más a menudo que los hombres. Los factores sociales y culturales asociados con la masculinidad inducen a que los hombres, desde la niñez repriman sus sentimientos de tristeza y depresión, sin buscar ayuda psicológica o emocional (30).

Otra diferencia importante es la que presentan ambos sexos a la hora de pedir ayuda psicológica en las consultas de medicina general, posiblemente estos datos están influenciados por el hecho de que la efectividad de los programas de prevención en las tasas de detección y de tratamiento es mayor en mujeres. La respuesta por parte de los hombres a los tratamientos puede ser distinta y este se ve afectado por un pobre cumplimiento terapéutico (30).

## ❖ Estado Civil

El matrimonio ha demostrado ser un factor protector en ambos sexos, sin embargo, se ha visto que es la maternidad lo que protege a la mujer más que el matrimonio en si, como ocurre en el hombre. Otros datos acerca de la influencia del estado civil de las mujeres es que las solteras no tienen mayor riesgo y sí lo tienen las divorciadas, o que las viudas tienen un riesgo mucho menor de quitarse la vida que los viudos. En 2013, Erlangasen y cols. tras estudiar a casi dos millones de daneses durante un periodo de cinco años, estimaron que el ser viudo supone un riesgo suicida incrementado en 15 veces frente al hecho de ser viuda (30).

Numerosos trabajos defienden el matrimonio como factor protector frente al suicidio. A su vez, el divorcio se considera un factor de riesgo. Sin embargo, al tratar sobre los estados civiles de viudez y soltería no queda tan clara su asociación con el suicidio. La separación matrimonial ha sido estudiada en 2014 por Wyder y cols., encontrando un riesgo cuatro veces mayor que cualquier otro estado civil, incluido el divorcio, el grupo etario con mayor riesgo fue el de 15-24 años, de acuerdo con otros estudios. La explicación que dan los distintos autores es la estabilidad emocional e integración social que proporciona el matrimonio y el desequilibrio que producen las rupturas matrimoniales a todos los niveles (30).

## ❖ Ocupación

Más importante que la ocupación, es el desempleo, el cual se ha relacionado con las tasas de suicidio más elevadas desde hace mucho tiempo. Estos datos se van confirmando por sucesivos estudios, tanto en intentos de suicidio como en suicidio consumado. El riesgo aumenta en menores de 45 años y aquellos que han perdido el trabajo recientemente. Es curioso también que algunos trabajos señalan la poca influencia que el desempleo tiene en la conducta suicida de la mujer (31).

El trabajo es un protector frente a la conducta suicida, y esto se ha evidenciado sobre todo en consumidores de alcohol, lo que disminuye el tiempo de consumo de alcohol. El grupo de trastornos de la personalidad también parece ser más frágil ante el quedarse sin trabajo, como indica el hecho del elevado número de individuos suicidados que tenían trastorno de personalidad y que habían perdido su empleo en la semana previa al suicidio (31).



En este sentido, la ocupación es otra variable importante a considerar en el estudio del comportamiento de los suicidios, a nivel mundial se sabe que el tener un empleo fijo disminuye el riesgo de cometer suicidio, pues este acto es más común entre la población desempleada. Incluso, el fenómeno se agrava para los adultos de entre 25 a 60 años en épocas de recesión económica y aumento del desempleo, pues estas situaciones inciden en la intensificación del estrés y el malestar social y/o familiar, lo cual, a su vez, contribuye al desarrollo de depresiones (24).

#### ❖ **Instrucción**

La asociación entre el nivel educativo y la conducta suicida no está aclarada, ya que por un lado hay estudios que indican que los suicidios consumados de mujeres tenían un mejor nivel educativo que las mujeres que morían por muerte natural. Otros estudios han informado de resultados que muestran mayor prevalencia de suicidio en personas que tuvieron una educación solo hasta primaria y secundaria, mientras que también lo han reportado como más frecuente en población que tuvo entre 1 y 7 años de estudio (24).

#### ❖ **Antecedente de intento de suicidio**

La historia de intento de suicidio es uno de los factores de riesgo más claro en este tipo de muerte, riesgo que se mantiene por el resto de la vida. Se estima que alrededor del 6% de los individuos con intentos de suicidio graves, se suicidan en los siguientes 5 años. Al igual que entre el 10 y 20% de las personas que han intentado suicidarse, terminaran suicidándose. El riesgo de cometer suicidio de los sujetos que ya han intentado suicidarse en el primer año es del 0,7%, aumentando a 1,7%, 2,4% y 3% después de 5 y 15 años (24).

#### ❖ **Conflicto en las relaciones y disputas**

Son numerosos los estudios que indican la existencia de acontecimientos negativos o estresantes en los meses previos a la ideación suicida, al intento de suicidio o al suicidio consumado. Se estima que un suicida tiene cuatro veces mayor riesgo de haber sufrido acontecimientos vitales adversos en los seis meses anteriores o en los días previos a su suicidio que la población control. Se ha observado que los



hombres suicidas presentan un mayor número de situaciones estresantes que las mujeres. (24).

Hay casos en que acontecimientos adversos se van acumulando en un período de tiempo y otros en que un acontecimiento agudo precipita el suicidio, aunque es muy infrecuente encontrar que estos individuos no hubiesen sufrido de acontecimientos vitales estresantes previos. Dentro de este tópico, parecen tener gran influencia los conflictos interpersonales y la pérdida o falta de una relación interpersonal significativa. Todo esto parece influir más en poblaciones específicas, como son los adolescentes, los adultos jóvenes, los alcohólicos y en personas con trastornos de personalidad (24).

En la gran mayoría de casos de suicidio en jóvenes, entre el 70% y el 97%, se identifica un acontecimiento vital estresante previo. Las características de estos acontecimientos vitales señalan las pérdidas, los conflictos interpersonales, problemas de disciplina o legales como más frecuentes, presentes tanto en suicidios como en intentos de suicidio. La presencia de acontecimientos vitales adversos indica un odds ratio de 1.3 a 15.8 en los intentos de suicidio. Cabe mencionar en este apartado el efecto Werther, lo que significa que tras un suicidio dado se producen un mayor número de suicidios, se ha observado que es de dos a cuatro veces mayor en población entre 15 y 19 años (24).

### **2.2.3.2. Factores de riesgo clínico**

#### **❖ Enfermedad mental y trastorno psiquiátrico**

Se identifica patología psiquiátrica en cerca del 90% de los suicidios consumados. Entre estas causas se incluyen diferentes trastornos psiquiátricos como depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, alcohol y trastornos relacionados con uso de drogas. Sin embargo, solo un pequeño porcentaje de sujetos con patología psiquiátrica optan por el suicidio (24).

La prevalencia de enfermedad mental en hombres y mujeres en suicidios consumados e intentos de suicidio es alta. Los estudios mediante autopsia



psicológica demuestran claramente que los trastornos afectivos predominan en los suicidios de ambos sexos, con comorbilidad de trastornos de la personalidad en el 40-50% de los casos (24).

Otras investigaciones han determinado que el riesgo de suicidio varía con el tipo de trastorno, y los trastornos más frecuentemente asociados con el comportamiento suicida son la depresión y los trastornos asociados al consumo de alcohol. Se calcula que el riesgo de suicidio para toda la vida es de un 4% entre los pacientes con trastornos del estado de ánimo, de un 5% entre las personas con esquizofrenia, de un 7% entre las personas con dependencia de alcohol y de un 8% entre las personas con trastorno bipolar. Es importante señalar que el riesgo de comportamientos suicidas aumenta con la comorbilidad, por lo que aquellos individuos con más de un trastorno mental tienen riesgos significativamente mayores (1).

En 2013 Gladstone y cols. realizaron un estudio prospectivo con objeto de identificar predictores para el suicidio consumado en pacientes depresivos. Para ello, realizaron un seguimiento de más de 10 años a unos 800 pacientes con al menos, un episodio depresivo mayor. Durante el estudio, el 3,8% de pacientes se suicidaron. Observaron que estos sujetos habían tenido un mayor número de ingresos por episodio depresivo, menor número de intentos previos y menor ideación suicida en comparación con sujetos que habían hecho solo el intento de suicidarse (24).

#### ❖ **Padecimiento de enfermedad orgánica**

La enfermedad somática o incapacitante, sobre todo si es funcionalmente invalidante, crónica, dolorosa o grave, parece desempeñar un papel fundamental en el suicidio, sobre todo en el grupo de adultos mayores. Se ha investigado que, en edades mayores, el riesgo de suicidio aumenta más de cinco veces en sujetos con dolor, déficit visual, cáncer o enfermedad neurológica. Así mismo, se ha determinado que el cáncer; trastornos neurológicos como migraña con aura, epilepsia, esclerosis múltiple, lesiones medulares, corea de Huntington y Alzheimer; constituyen las patologías más influyentes en esta decisión (24).



En el año 2014, la OMS planteó que el dolor crónico y las enfermedades son importantes factores de riesgo de comportamientos suicidas. Entre quienes padecen dolores crónicos se registran de 2 a 3 veces más comportamientos suicidas que en la población general. Todas las enfermedades acompañadas de dolor, discapacidad física, deficiencia del desarrollo nervioso y angustia aumentan el riesgo de suicidio, sobre todo aquellas patologías relacionadas con el cáncer, la diabetes y la infección por VIH/sida (1).

#### **2.2.4. MÉTODO DE SUICIDIO**

Lamentablemente, los datos de nivel nacional sobre los métodos usados para el suicidio son muy limitados. En los países de ingresos altos el ahorcamiento es el método utilizado en el 50% de los suicidios y las armas de fuego son el segundo método más frecuente utilizado en el 18%. La proporción relativamente alta de suicidios con armas de fuego en los países de ingresos altos corresponde principalmente a los países de ingresos altos de las Américas, donde las armas de fuego constituyen el método utilizado en el 46% de los suicidios (32).

Aproximadamente la mitad de los suicidas de nuestro entorno eligen como método de suicidio el ahorcamiento. Se trata de un método de elección en la Europa occidental y también en España. La aparición y constancia, tan frecuente, del ahorcamiento puede obedecer a diferentes razones como la facilidad del registro de este método y de la intencionalidad suicida, ya que por sus características es más fácil evidenciar que estamos frente a una muerte autoinfligida que cuando se usan otros métodos, favoreciéndose así que el registro del método sea muy fiable. Así mismo se considera un método para el que se pueden emplear instrumentos de fácil acceso en el momento del impulso de la idea suicida, siendo también poco laborioso a comparación de otros (32).

En base a diversas, pero aún faltantes investigaciones nacionales, la OMS concluye que uno de los principales métodos de suicidio en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en aquellos con una proporción alta de residentes rurales que trabajan en la agricultura de pequeña escala, es la intoxicación con plaguicidas.



De acuerdo a este cálculo, la ingestión de plaguicidas se encuentra entre los métodos más frecuentes de suicidio a nivel mundial (32).

Es importante tener en cuenta que, el principal método de suicidio utilizado en una comunidad puede estar determinado por el ambiente, cambiar rápidamente con el transcurso del tiempo y difundirse de una comunidad a otra. En áreas sumamente urbanizadas como Hong Kong y Singapur, donde la mayor parte de la población vive en edificaciones de gran altitud, un método frecuente de suicidio consiste en arrojararse de edificios altos denominándose como método por precipitación. En 1998 en Hong Kong se desató una epidemia de uso de carbón vegetal de barbacoa para producir monóxido de carbono, gas sumamente tóxico, con el fin de suicidarse, epidemia que se extendió rápidamente a Taiwán, donde en ocho años se convirtió en el método más frecuente de suicidio (1).

Otros métodos popularizados recientemente en algunos lugares consisten en mezclar productos químicos para producir gas de sulfuro de hidrógeno (por ejemplo, en Japón) o utilizar helio. Estos resultados destacan la importancia que tiene la vigilancia continua de los métodos empleados tanto en los suicidios como en los intentos de suicidio, para garantizar que los esfuerzos de restricción de los medios y educación de la comunidad respondan a las características cambiantes de los suicidios (32).

#### **2.2.5. NOTA/CARTA SUICIDA**

La nota suicida constituye uno de los instrumentos de mayor relevancia para comprender el fenómeno del suicidio. Investigadores como Ceballos Espinoza F, se han centrado en el contenido de las notas de suicidio para diferenciar los intentos de suicidio de los suicidios consumados. Las notas de suicidio, aunque no están presentes en todos los suicidios consumados, han demostrado tener diferencias con las notas escritas por los intentos de suicidio, ya que tienden a ser menos metafóricas, usar más tiempos verbales de futuro, emociones positivas que las de los intentos de suicidio, o muestran más preocupación sobre los demás y menos sobre las razones del suicidio que notas simuladas. En el suicidio el tema principal



es el de disculpas o vergüenza, sin embargo, este tópico está presente con menor frecuencia en aquellos suicidios con antecedentes de intentos de suicidio (29).

## **2.2.6. MODELOS INTEGRATIVOS DE FACTORES PSICOLÓGICOS, CLÍNICOS Y BIOLÓGICOS DE LA CONDUCTA SUICIDA**

De acuerdo a varias investigaciones a nivel mundial sobre el fenómeno del suicidio, se puede realizar un análisis de las causas o motivos que lo desencadenan, teorías que son planteadas por varios autores, pues surge la necesidad de explicar el porqué de su existencia.

Los modelos integrativos intentan dar una explicación coherente a los factores de riesgo encontrados desde distintos acercamientos, principalmente los factores tempranos que indican una predisposición a la conducta suicida y los factores precipitantes (24,33).

### **2.2.6.1. Modelo de estrés-diátesis de Mann**

Este se basa en el modelo médico de predisposición para un trastorno determinado y nos dice que la aparición es precipitada por otros factores. Los factores motivadores o precipitantes incluyen la presencia de deterioro de la enfermedad mental, sin embargo, menciona que lo más evidente suele ser una crisis vital de acontecimientos psicosociales como: la agresividad o la impulsividad o el pesimismo, mientras que otros factores como el género, la religión, la predisposición genética, antecedentes familiares y experiencias tempranas tienen una mayor o menor influencia para la propensión suicida. Este modelo interpreta un antes y un después de la conducta suicida, que es entendida como un espectro que iría de lo más leve a lo más extremo, el suicidio consumado (33).

### **2.2.6.2. Modelo integrativo de Oquendo**

Consiste en un esquema de tipo integrativo que asocia los factores de riesgo clínicos conocidos con los endofenotipos a través del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) principalmente. Menciona la existencia de factores propios del desarrollo, como serían el genotipo y las experiencias tempranas, que tienen un



efecto directo sobre la función neuroendocrina (eje HHA), neuroquímica (mediante los sistemas serotoninérgico, noradrenérgico y dopaminérgico) y sobre la expresión clínica (impulsividad, agresividad, neuroticismo, pesimismo y desesperanza). Al mismo tiempo que los sistemas neuroquímicos ejercen una significativa influencia sobre el HHA y sobre los endofenotipos de expresión clínica antes mencionados. Se plantea una hipótesis de que la suma de carga genética, más las experiencias tempranas influyen en la función del eje HHA que a su vez regula los circuitos neuronales explicando la conducta suicida y sus distintos hallazgos biológicos (33).

### **2.2.6.3. Modelo integrativo de Turecki**

Este autor plantea que el suicidio consumado se relaciona principalmente con la impulsividad y la agresividad. Situaciones psicológicas que las relaciona con los acontecimientos en la vida infantil (como por ejemplo el abuso físico/sexual o negligencia parental) y adulta, debido a que existe una predisposición a la suma de experiencias negativas. Por otro lado, “los factores biológicos relacionados con la conducta suicida son paralelos a aquellos, encontrados en los sujetos con impulsividad y agresividad”, define este aspecto como un endofenotipo de conducta suicida. Para dar un sustento a los casos de suicidios sin rasgos agresivos y/o impulsivos, Turecki señala la presencia de este tipo de suicidios en personas mayores con poca comorbilidad con el consumo de sustancias y en general, comorbilidad parecida a los sujetos controles (33).

### **2.2.7. MARCO MÉDICO LEGAL**

El estudio del suicidio consumado ha sido y continúa siendo una de las tareas más frecuentes en la práctica médico forense. De acuerdo al tipo de muerte, esta se clasifica en natural o violenta y de acuerdo a la etiología: en accidental, suicida y homicida. Por lo tanto, el suicidio consumado es un diagnóstico médico legal que realizan los médicos forenses tras el estudio de las circunstancias de la muerte y realizar la autopsia. (34).

Es una realidad que existen limitantes al momento de clasificar una muerte como suicida, lo que dificulta conocer la verdadera magnitud del problema, pero a pesar



de ello es una ventaja que en nuestro país ante toda muerte violenta se establece que se realice el levantamiento del cadáver y deba practicarse una autopsia médico legal por los especialistas en medicina forense adscritos a los órganos judiciales, esto permite determinar la causa y etiología de la muerte. (34)

Es probable que los estudios dedicados a la investigación del fenómeno del suicidio a nivel mundial, describan los casos mínimos y no totales, ya que resulta una tarea compleja conocer con exactitud el número de suicidios, quedando la posibilidad de que desde del ámbito médico legal algunos casos no han sido bien identificados y se han registrado como muerte indeterminada o accidental, pues en nuestro medio existe la posibilidad de registrar algunos casos bajo estas denominaciones. (34)

Existen diversas fuentes de donde se obtiene información de los casos de suicidio, pero básicamente se conoce que estos pueden provenir de: institutos que llevan registro de estadísticas oficiales, así como de los organismos encargados de realizar autopsias médico legales, aunque pueden existir otras entidades, estas son las principales. Estudios reportan que existe discrepancia entre las cifras obtenidas por estos dos entes, resaltando la subnotificación reportada por los institutos de estadísticas frente a los remitidos por entidades médico legales. (35)

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

La terminología referente al suicidio ha tenido algunas variaciones conforme el paso del tiempo, podemos decir que existen tantas definiciones como autores, lo que conlleva a que su nomenclatura se encuentra en constante revisión.

Este acto voluntario ha existido y ha sido bien conocido a lo largo del tiempo y lugar de nuestra historia, pero la aparición del término concreto de suicidio, es relativamente reciente en la historia. (35)

**Suicidio:** etimológicamente proviene del término en latín “sui caedere”, que significa “matarse a uno mismo”. Se define como un daño autoinfligido, con intención, cuyo fin es acabar con la propia vida. Otro concepto lo da la OMS, 2014: “se comprende como un trastorno mental multidimensional, resultado de una



interacción compleja de diversos factores; biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales”.

**Ideación suicida:** es un concepto muy amplio, para referirse desde la presentación de pensamientos fugaces de que no vale la pena vivir, pasando por intensas preocupaciones de autodestrucción, hasta planes específicos y muy meditados para matarse (cuándo, dónde y cómo). La mayoría de las personas que intentan suicidarse avisan anteriormente mediante ideación suicida verbalizada por lo que es importante evaluar este comportamiento a la hora de evaluar el riesgo de suicidio.

**Intento de suicidio:** tiene todos los elementos del suicidio completo, cuyo resultado no es fatal, pero existe clara intención de morir como consecuencia de la conducta.

**Parasuicidio:** término poco utilizado, se emplea para referirse a toda conducta autolesiva, que no provoca la muerte, sin considerar si tiene o no intención de muerte. La OMS favorece el término intento de suicidio, para referirse a este caso.

**Tentativa de suicidio:** es un acto que cumple las características de ser suicida, sin embargo, el resultado no es la muerte, porque se ha detenido en su camino.

**Comportamiento suicida:** la OMS, lo define en su informe mundial como una variedad de comportamientos, desde pensar en el suicidio, como ideación suicida, el planificarlo, o intentarlo y hasta finalmente ejecutarlo.

**Actos suicidas:** expresión que surgió en el año 1969, la OMS se refiere a ellos como “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil”

**Suicidio consumado:** cuando un individuo se causa a sí mismo la muerte, con intento consciente. (35,36)

## CAPÍTULO III

### 3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el suicidio consumado mediante la revisión de informes de autopsia médico legal y parte policial de levantamiento de cadáver en la Fiscalía Provincial del Azuay, Cantón Cuenca, período 2013 – 2018.

#### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio por edad, sexo, raza, estado civil, residencia, nivel de instrucción y ocupación.
- ❖ Determinar el método de suicidio empleado de los integrantes del estudio.
- ❖ Estimar la frecuencia de los factores relacionados al suicidio: intento de suicidio anterior, antecedentes familiares de suicidio, enfermedad física, trastornos psiquiátricos, pérdidas de trabajo o financieras, conflictos en las relaciones y disputas, pérdidas de un ser querido.
- ❖ Establecer la existencia de nota/carta y anuncio previo del suicidio.
- ❖ Relacionar las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil) y los factores relacionados al suicidio.

## CAPÍTULO IV

### 4. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

##### 4.1.1. Tipo de Estudio

- ❖ **De acuerdo al fin que se persigue:** investigación básica
- ❖ **De acuerdo al enfoque de investigación:** estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo

##### 4.1.2. Área de Investigación

La investigación fue realizada en la Fiscalía Provincial del Azuay, del Cantón Cuenca, ubicada en las calles Pasaje Paucarbamba 2-82 y Carlos Vintimilla.

##### 4.1.3. Universo y Muestra de estudio

El universo estuvo constituido por todos los casos de suicidios consumados registrados en la Fiscalía Provincial del Azuay, Cantón Cuenca, durante 6 años en el período comprendido entre 1 de enero de 2013 hasta 31 de diciembre de 2018.

Para lo cual, se revisaron todos los archivadores de casos de muertes “no delictivas”, ya que de acuerdo a la Fiscalía Provincial del Azuay no existe un informe del número total de casos de suicidio consumado registrado, sino que estos casos son archivados junto con todos los demás reportes de muertes no delictivas, ocurridas en la ciudad de Cuenca.

La muestra estuvo constituida por todo el universo de estudio, debido a que el número de casos es pequeño y de fácil acceso.

En cuanto al muestreo, no se requirió realizarlo.

## **4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN**

### **4.2.1. Criterios de Inclusión**

- ❖ Todos los casos de suicidios consumados correspondientes al período comprendido entre 1 de enero de 2013 a 31 de diciembre de 2018.
- ❖ Todos los casos en los que el informe de autopsia médico legal certifique que la etiología de la muerte fue por suicidio.
- ❖ Todos los casos de fallecimiento en los que se ha esclarecido la causa y etiología de la muerte y se encuentren cerrados y archivados.

### **4.2.2. Criterios de Exclusión**

- ❖ Los casos de suicidios consumados que no correspondan al periodo enero de 2013 a diciembre de 2018.
- ❖ Los casos de fallecimiento en los que el informe de autopsia médico legal certifique que la etiología de la muerte no fue suicida
- ❖ Los casos de fallecimiento en los que el informe de autopsia médico legal informe una muerte indeterminada.

## **4.3. MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

### **4.3.1. Método de procesamiento de la información**

El estudio se llevó a cabo en la Fiscalía Provincial del Azuay ubicada en la ciudad de Cuenca. Se solicitó el acceso a la autoridad correspondiente para la revisión de todos los archivos de autopsia médico legal y parte policial de levantamiento de cadáver por muertes violentas cuya causa fue el suicidio, los mismos que reposan en esta Fiscalía. No fue necesario utilizar el consentimiento informado ya que se trabajó con revisión de documentos previa autorización de los respectivos jefes de departamento.

### **4.3.2. Técnica**

Una vez aprobado el acceso a la información, la técnica empleada fue el análisis de registros y se revisó manualmente cada informe de manera individual, correspondientes al período de enero de 2013 a diciembre de 2018, la revisión de cada informe de suicidio llevó un tiempo aproximado de 12 a 15 minutos. Además, otra técnica utilizada a la par fue la recopilación bibliográfica de marco teórico.

### **4.3.3. Procesamiento para la recolección de la información y descripción de instrumentos a utilizar**

Los procedimientos utilizados fueron: la revisión teórica de autores que han trabajado la problemática del suicidio y de investigaciones similares a esta que se han desarrollado en otras localidades, tratando de recopilar información de nivel internacional, de latino américa, nacional y provincial. Luego, una revisión de las autopsias médico legales de los casos definidos como suicidio, lo cual se realizó de acuerdo a los tiempos establecidos en un cronograma. Para finalmente plasmar los resultados mediante un procedimiento de análisis crítico y establecer una discusión comparativa entre nuestros resultados y los resultados de investigaciones previas.

Para registrar la información se elaboró una base de recolección de datos propia, en la que constaron todas las variables de estudio que pudieron ser recabadas de cada informe médico legal y parte policial de levantamiento de cadáver; obteniendo información como: edad, sexo, raza, estado civil, residencia, nivel de instrucción, ocupación, método de suicidio empleado para provocar la muerte; así como antecedentes de otro/s intento/s autolítico/s previos, antecedentes familiares de muerte por suicidio, padecimiento de enfermedad física o trastorno psiquiátrico, pérdidas de trabajo o financieras, conflictos en las relaciones y disputas, antecedente de pérdida de un ser querido, registro de notas suicidas y anuncio previo de idea suicida. Como información adicional algunos informes brindaron datos acerca de los instrumentos utilizados en los casos de muerte por ahorcadura, tóxicos utilizados en los casos de muerte por intoxicación por sustancias y en los que se presentó un antecedente de conflicto en las relaciones, se pudo especificar el tipo de conflicto (sentimental, familiar, académico).



Los datos obtenidos fueron primero registrados en un formulario de recolección de datos y posteriormente ingresados en la base de datos digital y analizados mediante el programa estadístico SPSS v 22.

#### **4.3.4. Tablas**

La presentación de los resultados se mostró a través de tablas simples y de doble entrada, las cuales expresan la información ubicada en columnas y filas, constan de un encabezado y en la parte inferior la fuente de donde se obtuvieron dichos datos.

#### **4.3.5. Medidas Estadísticas**

Para el análisis e interpretación de los datos se utilizaron frecuencias absolutas, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión. La asociación entre variables se realizó mediante el estadístico Chi Cuadrado de Pearson y se consideraron estadísticamente significativos valores de  $p < 0,05$ .

### **4.4. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS BIOÉTICOS**

La presente investigación se realizó con la autorización del Fiscal y director del departamento en donde se han archivado los informes de las autopsias médico legales de la Fiscalía Provincial del Azuay, Cantón Cuenca, para lo cual se envió un oficio de solicitud de permiso en el que se explicó a detalle el propósito del estudio.

En ningún momento los datos que se obtengan en esta investigación se utilizarán para otros propósitos que no sean parte de los objetivos planteados. No se tomarán los nombres de los fallecidos al momento de la presentación de resultados para garantizar el anonimato.



## 4.5. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

### 4.5.1. Listado de variables

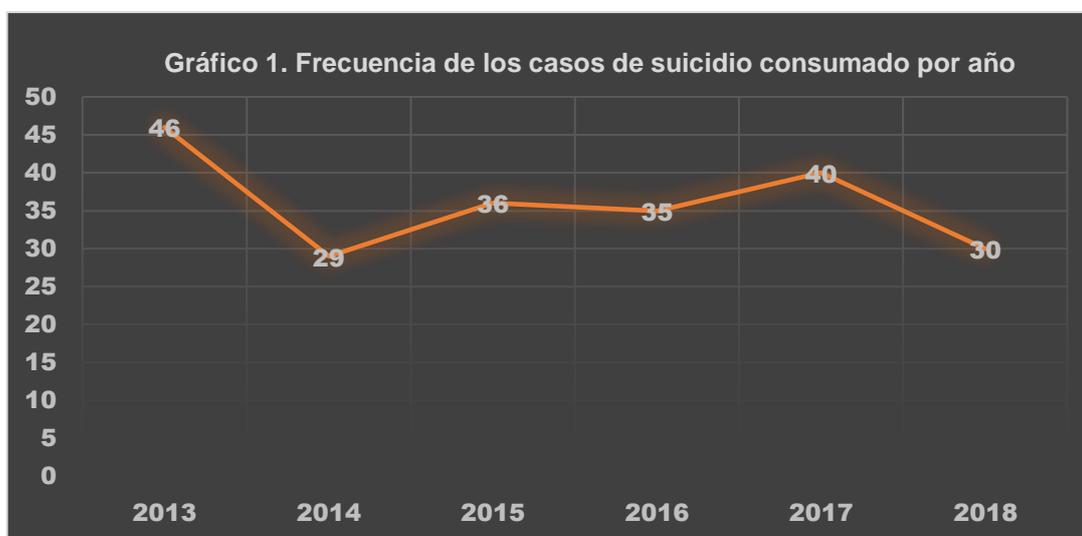
1. Edad
2. Sexo
3. Raza
4. Estado civil
5. Residencia
6. Nivel de Instrucción
7. Ocupación
8. Método de suicidio empleado
9. Intento de suicidio anterior
10. Antecedentes familiares de suicidio
11. Enfermedad física
12. Trastornos psiquiátricos
13. Pérdidas de trabajo o financieras
14. Conflictos en las relaciones y disputas
15. Pérdida de un ser querido
16. Nota/carta previa al suicidio
17. Anuncio previo del suicidio

## CAPÍTULO V

### 5. RESULTADOS

#### 5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó a partir de la información contenida en 218 informes de autopsias médico legales y de levantamiento del cadáver archivados en la Fiscalía Provincial del Azuay, Cantón Cuenca, desde el 1 de enero de 2013 a 31 de diciembre de 2018. Los formularios se llenaron con esta información para proceder a la realización del estudio (Gráfico 1).



**Fuente:** Registros de autopsias médico legales y levantamiento del cadáver, base de datos del programa SPSS v 23

**Realizado por:** Nathaly Sofía León Segovia

Con los datos obtenidos se realizó un análisis de la frecuencia de casos presentados por año, evidenciando que la prevalencia del suicidio en la ciudad de Cuenca durante un periodo de 6 años se ha mantenido en un rango entre 46 y 29 casos por año, siendo el año 2013 el que se presentó con la mayor prevalencia de 21,1% (Gráfico 1).

#### 5.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

##### 5.2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de 218 casos de suicidio consumado. Fiscalía Provincial del Azuay, Cantón Cuenca, período 2013 – 2018.

Variables Sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
Edad	Niño	1	0,5
	Adolescentes	77	35,3
	Juventud Plena	46	21,1
	Adulto Joven	39	17,9
	Adulto Maduro	42	19,3
	Adulto Mayor	13	6
	<b>Total</b>	<b>218</b>	<b>100</b>
Sexo	Masculino	156	71,6%
	Femenino	62	28,4%
	<b>Total</b>	<b>218</b>	<b>100</b>
Raza	Mestizo/a	209	95,9 %
	Indígena	3	1,4 %
	Blanco	2	0,9 %
	Afroecuatoriano	2	0,9 %
	Shuar	1	0,5 %
	Sin dato	1	0,5 %
	<b>Total</b>	<b>218</b>	<b>100</b>
Estado Civil	Soltero	145	66,5 %
	Casado	48	22%
	Unión Libre	7	3,2%
	Viudo	6	2,8%
	Divorciado	6	2,8%
	Sin dato	3	1,4%
	Separado	2	0,9%
	Unión de hecho	1	0,5%
<b>Total</b>	<b>218</b>	<b>100</b>	
Residencia	Rural	102	46,8%
	Urbano	73	33,5%
	Sin dato	33	15,1%
	Otro cantón	10	4,6%
	<b>Total</b>	<b>218</b>	<b>100</b>
Nivel de Instrucción	Sin dato	158	72,5%
	Primaria	20	9,2%
	Secundaria	18	8,3%
	Básica	9	4,1%
	Superior	8	3,7%
	Ninguna	2	0,9%
<b>Total</b>	<b>218</b>	<b>100</b>	
Ocupación	Estudiante	65	29,8%
	Sin dato	43	19,7%
	Agricultor	14	6,4%
	Empleado	12	5,5%
	Albañil	10	4,6%
	Quehaceres domésticos	8	3,7%
	Comerciante	6	2,8%
	Ninguna	5	2,3%
	Ayudante de albañil	4	1,8%
	Carpintero	3	1,4%
	Jubilado	3	1,4%
	Mecánico	3	1,4%

**Fuente:** Registros de autopsias médico legales y levantamiento del cadáver, base de datos del programa SPSS v 23

**Realizado por:** Nathaly Sofía León Segovia

**Interpretación.** De acuerdo a los grupos de edad se constata que la etapa de adolescencia fue la más afectada por el suicidio con una prevalencia del 35,3%, seguido del grupo que corresponde a juventud plena afectado en el 21,2%. En relación al sexo de los integrantes del estudio, el masculino se vio claramente más afectado presentándose en un 71,6%. Al analizar el patrón racial fue la raza mestiza la que predominó con el 95,9%. Referente al estado civil la mayor cantidad de casos correspondió al estado de soltero con un total de 66,5%. El lugar de residencia que corresponde al medio rural fue el que predominó sobre el medio urbano, con porcentajes del 46,8% y 33,5% respectivamente. Para referirnos al nivel de instrucción no se pudo contar con el total de información de los casos ya que el 72,5% se encontró sin dato, sin embargo, dentro de los que constaron con este dato fue más frecuente la instrucción primaria en el 9,2%. Finalmente, dentro de las ocupaciones registradas el mayor porcentaje se presentó con la categoría de estudiante en el 29,8% y se encontró también un gran porcentaje de casos sin dato (19,7%), se recalca que esta categoría fue registrada exactamente como se describió en los registros revisados (Tabla 1).

## 5.2.2. MÉTODO DE SUICIDIO EMPLEADO

**Tabla 2.** Método de suicidio empleado en los 218 casos de suicidio consumado. Fiscalía Provincial del Azuay, Cantón Cuenca, período 2013 – 2018.

Método empleado para el suicidio	Frecuencia (n = 218)	Porcentaje (100%)
Ahorcadura	179	82,1%
Intoxicación aguda por sustancias	28	12,8%
Arma de fuego	5	2,3%
Precipitación-caída	2	0,9%
Intoxicación por monóxido de carbono	1	0,5%
Trauma cortante	1	0,5%
Inmolación	1	0,5%
Sin dato	1	0,5%

**Fuente:** Registros de autopsias médico legales y levantamiento del cadáver, base de datos del programa SPSS v 23

Realizado por: Nathaly Sofía León Segovia

**Interpretación.** De acuerdo al segundo objetivo que cumple con determinar el método más frecuente empleado para llevar a cabo el suicidio, este estudio determinó que la ahorcadura fue el más utilizado en el 82,1% de los casos, seguido de la intoxicación aguda por sustancias que se presentó en el 12,8%. Se encontraron únicamente 5 casos que fueron producto de disparo por arma de fuego y el resto de métodos fue menor al 1%. Existieron 6 casos que describen que el occiso aparentemente empleo más de un método suicida, sin embargo, todas estas situaciones finalizaron con el ahorcamiento (Tabla 2). Cabe mencionar que, dentro de la ahorcadura, se registró que los instrumentos empleados más frecuentemente fueron sogas, bufandas, correas, cordones de zapatos y cables de luz, constituyendo todos elementos de fácil accesibilidad. Así mismo, se pudo obtener datos de las sustancias tóxicas más utilizadas que fueron los órganos fosforados, paraquat y alcaloide estricnina como se evidencia en el Gráfico 2.



**Fuente:** Registros de autopsias médico legales y levantamiento del cadáver, base de datos del programa SPSS v 23

**Realizado por:** Nathaly Sofía León Segovia

### 5.2.3. FACTORES RELACIONADOS AL SUICIDIO

**Tabla 3.** Frecuencia de los factores relacionados a los casos de suicidio consumado. Fiscalía Provincial del Azuay, Cantón Cuenca, período 2013 – 2018.

Factores relacionados al suicidio	Frecuencia	Porcentaje
Intento de suicidio anterior	20	9,2%
Antecedentes familiares de suicidio	5	2,3%
Enfermedad Física	14	6,4%
Trastornos Psiquiátricos	65	29,8%
Pérdidas de trabajo o financieras	5	2,3%
Conflictos en las relaciones y disputas	85	39%
Pérdida de un ser querido	14	6,4%

**Fuente:** Registros de autopsias médico legales y levantamiento del cadáver, base de datos del programa SPSS v

**Realizado por:** Nathaly Sofía León Segovia

**Interpretación.** Como se evidencia en la Tabla 3, se pudo evaluar 7 factores asociados al suicidio, debido a que estos fueron los descritos en los informes de las defunciones, tales factores son aquellos que aumentan el riesgo de suicidio como lo menciona la OMS. De acuerdo al factor intento de suicidio anterior este, se habría presentado en el 9,2% de los fallecidos, mientras que el antecedente de suicidio de un familiar se presentó únicamente en el 2,3%. Se registró la presencia de alguna enfermedad orgánica en el 6,4% de los casos, entre las que se encontraban el dolor crónico y discapacidad intelectual como las más frecuentes. El 29,8% de los suicidados padecían de trastorno psiquiátrico en el momento del fallecimiento entre los que se encontraron la depresión, alcoholismo crónico y adicción a sustancias como los más prevalentes (Gráfico 3). Referente al factor relacionado a pérdidas de trabajo o financieras el 2,3% de suicidados se encontraron afectados por este factor, mientras que el 39% se vio afectado por el factor de conflictos en las relaciones y disputas, dentro de los cuales predominaron los problemas de carácter sentimental y familiar. La pérdida de un ser querido que aquejaba al fallecido se detectó en un 6,4%.



**Fuente:** Registros de autopsias médico legales y levantamiento del cadáver, base de datos del programa SPSS v 23

**Realizado por:** Nathaly Sofía León Segovia

#### 5.2.4. EXISTENCIA DE NOTA/CARTA Y ANUNCIO PREVIO AL SUICIDIO

**Tabla 4.** Existencia de nota/carta y anuncio previo al suicidio de los 218 casos de suicidio consumado. Fiscalía Provincial del Azuay, Cantón Cuenca, período 2013 – 2018.

Existencia de nota/carta y anuncio previo al suicidio	Frecuencia	Porcentaje
Nota/carta previa al suicidio	21	9,6%
Anuncio previo del suicidio	31	14,2%

**Fuente:** Registros de autopsias médico legales y levantamiento del cadáver, base de datos del programa SPSS v 23

**Realizado por:** Nathaly Sofía León Segovia

**Interpretación.** La evidencia de una nota o carta que dejó el occiso en algunas de las cuales se daba a conocer el motivo que le llevó al suicidio se encontró en el 9,6% de los casos. Por otra parte, el 14,2% de los casos, de alguna manera anunciaron previamente la idea suicida (Tabla 4).

## 5.2.5. RELACIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS (EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL) Y LOS FACTORES RELACIONADOS AL SUICIDIO

**Tabla 5.** Relación entre los grupos de edad y los casos de suicidio consumado. Fiscalía Provincial del Azuay, Cantón Cuenca, período 2013 – 2018.

<b>Edad</b>	Niño	Adolescentes	Juventud Plena	Adulto Joven	Adulto Maduro	Adulto Mayor	Valor P
<b>Factores Asociados</b>							
Intento de suicidio anterior	0	4	4	7	4	1	0,390
Antecedentes familiares de suicidio	0	2	1	0	2	0	0,788
Enfermedad Física	0	2	1	2	5	4	0,003
Trastornos Psiquiátricos	0	15	11	15	16	7	0,041
Consumo nocivo de alcohol y otras sustancias	0	3	7	5	5	1	0,366
Pérdidas de trabajo o financieras	0	0	2	0	3	0	0,139
Conflictos en las relaciones y disputas	1	34	24	14	12	0	0,006
Pérdida de un ser querido	0	5	0	2	4	3	0,075

**Fuente:** Registros de autopsias médico legales y levantamiento del cadáver, base de datos del programa SPSS v

**Realizado por:** Nathaly Sofía León Segovia

**Interpretación.** Los factores asociados en relación al suicidio como son la enfermedad física, los trastornos psiquiátricos, así como los conflictos en las relaciones y disputas si tienen significancia con los grupos de edad. Sin embargo, con los otros factores no hubo una relación estadística significativa ( $p = >0,05$ ).

**Tabla 6.** Relación entre el sexo y los casos de suicidio consumado. Fiscalía Provincial del Azuay, Cantón Cuenca, período 2013 – 2018.

Factores Asociados	Sexo		Valor P
	Masculino	Femenino	
Intento de suicidio anterior	15	5	0,720
Antecedentes familiares de suicidio	4	1	0,672
Enfermedad Física	11	3	0,548
Trastornos Psiquiátricos	48	16	0,468
Pérdidas de trabajo o financieras	4	1	0,672
Conflictos en las relaciones y disputas	57	28	0,239
Pérdida de un ser querido	9	5	0,533

**Fuente:** Registros de autopsias médico legales y levantamiento del cadáver, base de datos del programa SPSS v

**Realizado por:** Nathaly Sofía León Segovia

**Interpretación.** Dentro de los factores asociados al suicidio ninguno tuvo una relación estadísticamente significativa con el sexo de los integrantes del estudio.

**Tabla 7.** Relación entre el estado civil y los casos de suicidio consumado. Fiscalía Provincial del Azuay, Cantón Cuenca, período 2013 – 2018.

Factores Asociados	Estado Civil	Casa- do	Solte- ro	Divor- ciado	U. Libre	Viudo	U. Hecho	Sepa- rado	Valor P
	Intento de suicidio anterior		4	15	0	0	0	0	1
Antecedentes familiares de suicidio		2	3	0	0	0	0	0	0,986
Enfermedad Física		4	8	1	0	1	0	0	0,838
Trastornos Psiquiátricos		12	42	4	1	4	0	0	0,160
Consumo nocivo de alcohol y otras sustancias		8	10	1	2	0	0	0	0,292
Pérdidas de trabajo o financieras		2	3	0	0	0	0	0	0,986
Conflictos en las relaciones y disputas		18	60	2	4	0	1	0	0,186
Pérdida de un ser querido		3	7	1	0	3	0	0	0,003

**Fuente:** Registros de autopsias médico legales y levantamiento del cadáver, base de datos del programa SPSS v

**Realizado por:** Nathaly Sofía León Segovia

**Interpretación.** Dentro de los factores asociados al suicidio solamente el antecedente de pérdida de un ser querido, tuvo una relación estadísticamente significativa con el estado civil de los integrantes del estudio, mostrándose como más afectado el estado civil de soltero.

### 6. DISCUSIÓN

El suicidio es un fenómeno que va en aumento a nivel mundial, la presente investigación demostró las características relativas al total de muertes por suicidio en la ciudad de Cuenca - Ecuador, en un período de 6 años de 2013 a 2018, en el cual se suicidaron 218 personas.

A pesar de que las tasas de Ecuador se consideran relativamente bajas a comparación de otros países, su prevalencia ha ido en aumento, resaltando que, la ciudad de Cuenca se ha considerado una de las más afectadas por el suicidio, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Existen pocos estudios del suicidio en Ecuador: de acuerdo a una publicación de 2008, el Azuay se encontraba como la tercera provincia con el número de suicidios más alto y la mayor parte de casos se dieron en Cuenca, Betancourt A. El estudio más actual realizado en Ecuador, también reportó que Azuay se presentó dentro de las provincias con las tasas más altas, siendo esta de 11/100000 habitantes entre los años de 2001 y 2015, Ortiz E y cols, 2017 (11,16,17).

La única investigación previa realizada en Cuenca por Flores V y Jerez D, 2003, fue un estudio de prevalencia del suicidio en Azuay que analizó los casos entre 1997 y 2001, encontrando 113 suicidios en toda la provincia, de los cuales 52 se produjeron en Cuenca representando la prevalencia más alta (46%) y con una tasa de  $1,36e-4$ . Comparando estos resultados con nuestro estudio que registró un total de 218 suicidios, se concluye que ha existido un incremento de 4 veces más, lo que nos confirma el aumento de la prevalencia de este fenómeno en la ciudad de Cuenca (30).

Las características sociodemográficas de esta investigación establecen que el perfil de muerte por suicidio en Cuenca se ve encabezado por adolescentes (35,3%), de sexo masculino (71,6%), mestizos (95,9%) y que por tanto su estado civil es de soltero (66,5%). Además, la mayor prevalencia revela que son procedentes del medio rural (46,8%) y la ocupación más frecuente es la de estudiante. (Tabla 1). A



continuación, nuestros resultados serán analizados y contrastados con otros estudios a nivel mundial y nacional.

De acuerdo a los grupos de edad, la OMS menciona al suicidio como la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años, lo cual va acorde con los resultados de esta investigación, pues los grupos más vulnerables fueron adolescentes (10-19 años) y juventud plena (20-24 años), y la edad con más suicidios registrados fue 17 años. El estudio de Ortiz E y cols, 2017, corrobora que en Ecuador el grupo más afectado fue el de 13 a 20 años y que la provincia del Azuay tuvo el porcentaje acumulado más alto para este grupo (4%). Igual mencionan Núñez S y cols, 2018, al analizar el suicidio en adolescentes desde 1997 a 2016, que la tendencia a nivel nacional en adolescentes aumentó en números absolutos de 165 muertes en 1997 a 286 en 2016. Sin embargo, el estudio previo en Cuenca por Flores V y Jerez D, 2003, reportó que la edad más afectada fue de 34 a 38 años (21.1%), lo cual nos informa que ha existido un cambio importante pues ahora es nuestra juventud entre 10 a 24 años la más vulnerable (1,16,17,23).

De acuerdo al sexo, la epidemiología mundial informa que efectivamente los hombres se suicidan 3,5 veces más que las mujeres en los países de ingresos altos, mientras que, en los de ingresos medios-bajos es de 1,5 por cada mujer, OMS, 2014. De acuerdo a nuestros resultados los hombres se suicidaron 2,5 veces más que las mujeres, demostrando ser diferente al patrón establecido, ya que Ecuador es un país de ingresos medios-bajos. Pero, nuestro resultado es coincidente con el de Ortiz E y cols, 2017, que determinaron que en el período 2001 - 2015 la relación de hombres a mujeres fue de 3:1. Comparando nuestra prevalencia a nivel internacional: con el estudio por Naudó J y cols, 2017, en Cataluña con una muestra de 31 casos, se encuentra similitud referente al porcentaje de varones (77,4%). Al igual que en México Sánchez F y cols, 2015, plantearon que del total de muertes (n=10222) el 68,4% correspondió a hombres y la razón hombre/mujer fue de 2.2:1. Mientras que, en Colombia Dávila C y Pardo A, 2017, encontraron que la razón hombre-mujer osciló entre 3.3 y 4.6 suicidios masculinos por cada femenino (1,16,31,32,33).

En relación al patrón racial, solamente la investigación de Ortiz E y cols, 2017 determinó que en Ecuador la tasa general de suicidio por raza muestra que los



mestizos tienen la tasa más alta (9/100.000), seguida por los indígenas (7/100.000). Resultados que concuerdan con el nuestro ya que la raza con mayor prevalencia fue la mestiza y en segundo lugar la indígena (16).

Los resultados que se refieren al estado civil de nuestra investigación reflejan mayor frecuencia de suicidios en personas solteras, siendo 3 veces más frecuente que el estado de casado. Esto se corresponde con un estudio de México por Jiménez R y Cardiel L, 2013, que al analizar 5718 defunciones hallaron que la mayor cantidad de personas se encontraban en un estado conyugal de soltería (44,2%). En Colombia Cardona D y cols, 2015, también reportan que en su artículo de 24.882 suicidios la mayor cantidad correspondieron al estado civil de soltero con el 43,6%, en concordancia con nuestro estudio. En contraste con estos resultados Naudó J y cols, 2017, con una muestra de 31 casos, demostraron que el estado civil más prevalente fue el de casado (41,9%). A nivel de provincia del Azuay, Flores V y Jerez D, 2003, observaron un predominio de los casados con 12% ya que el 79% de casos no lo reportaban, esto nos demuestra que hay un mejor registro de este dato pero que la epidemiología en nuestro medio cambió, al ser ahora el estado de soltero el más vulnerable (17, 30,31,38,41).

Al evaluar el lugar de residencia los estudios previos reportan que el mayor número de casos se encuentran en el medio urbano: Suso C y cols, 2017, reportaron que en Castellón-España con una muestra de 312 casos, el número de suicidios en las zonas urbanas y rurales fue de 63,8% y 32,6% respectivamente; Cardona D y cols, 2015, en su análisis de 24.882 suicidios en Colombia, determinaron que el 66% de fallecidos residían en la cabecera urbana y el 30% en la zona rural. Así mismo en Ecuador: Ortiz, E y cols, 2017, confirmaron que, en una muestra de 13.024 suicidios, las comunidades urbanas (69,9%) tienen casi el triple de las tasas de suicidio de las comunidades rurales (25,1%); al igual que Betancourt A, 2008, concluyó que existe una fuerte relación entre la vida urbana y el suicidio, pues las áreas urbanas han concentrado más del 68% del total de suicidios. Todas estas investigaciones se contradicen con la nuestra ya que nuestro resultado indica que en la ciudad de Cuenca el medio más vulnerable es el rural (16,17,35,38).

Si analizamos el nivel de instrucción resultó que la mayor prevalencia se da en el nivel de primaria y secundaria, pero la mayor cantidad de casos no reportaron este



dato. Resultados que se corroboran con los siguientes: en Brasil Rosa N y cols, 2017, estudiaron los suicidios por ahorcadura en el cual, la mayor prevalencia con el 57,4% tenían entre 1 a 7 años de instrucción lo que puede equipararse a la primaria en nuestro medio; en Colombia Andrea P y cols, 2014, reportaron que en 389 suicidios fueron mayores las tasas en los niveles de educación primaria y secundaria con 52,5% y 28,9% respectivamente; en Colombia la investigación por Cardona D y cols, 2015, reporta que la mayor cantidad de integrantes tenían estudios hasta primaria (28,6%) y así mismo obtuvieron un subregistro de este dato en el 37,6%; en Ecuador Ortiz E y cols, 2017, afirman que las personas que no terminaron la escuela primaria (48,5%) o secundaria (31,4%) tuvieron las tasas de suicidio más altas entre los ecuatorianos y así mismo, encontraron un subregistro del 8,7% (16,36,38,39).

Comparando nuestra prevalencia referente a la ocupación con estudios previos, estos son poco comparables probablemente por la cantidad de categorías que se pueden atribuir a esta variable. En Japón, Onishi K, 2015, determinó que las personas desempleadas mostraron la mayor prevalencia con 52% en hombres y 79% en mujeres, mientras que en el grupo que registró un empleo fue más frecuente la agricultura (25%). Los resultados de Pérez R, 2016, de un estudio en Cataluña-España indicaron mayor frecuencia de suicidios entre personas jubiladas (37%), lo que estuvo en relación directa con la distribución de edad y en la ocupación fue más frecuente la de agricultor-ganadero (21,1%). En Ecuador Betancourt A, 2008, menciona que los grupos más vulnerables son los de estudiantes y trabajadores independientes, sin mencionar cifras estadísticas. De acuerdo a esta comparación lo más destacable es la coincidencia que se encuentra a nivel internacional de que una de las profesiones que tiene mayor prevalencia es la relacionada a la agricultura y a nivel nacional la mayor frecuencia está en los estudiantes (17,24,27).

En relación al método de suicidio empleado la OMS, 2014 plantea que el principal método utilizado en una comunidad puede estar determinado por el ambiente, sin embargo, en los países de ingresos altos el ahorcamiento es el método más utilizado (50%), mientras que en los países de ingresos bajos y medianos es la intoxicación con plaguicidas. Otzen T y cols, 2014, al evaluar 21.874 suicidios



comprobaron que el ahorcamiento fue el método más frecuente, en Chile. Navarro N, 2017, al estudiar el suicidio en jóvenes en España menciona que la gran mayoría eligió el ahorcamiento (45.85%). Sánchez F y cols, 2015, con una muestra de 10.222 suicidios encontraron al ahorcamiento como el método más frecuente (75,7%), en México. Cardona D y cols, 2015, determinaron también como método más empleado el ahorcamiento (35,4%), en Colombia. Ortiz E y cols, 2017, afirman como principal método el ahorcamiento (51,1%) en los últimos 15 años, en Ecuador. Todos estos estudios plantean un resultado igual al nuestro ya que también determinamos como método más frecuente al ahorcamiento (1,18,21,32,38).

En Cuenca, Flores, V y Jerez D, (R) en el año 2003, reportaron que el método de suicidio más empleado fue el uso de tóxicos, siendo los órganos fosforados los más utilizados, y en segundo lugar se encontró el método de ahorcamiento. De acuerdo al sexo, las mujeres emplearon más el método de uso de tóxicos (71,43%), mientras que los hombres emplearon más la ahorcadura (42,11%). Al contrastar con nuestros resultados, nos sorprende que existe un cambio en el método de suicidio empleado, lo cual probablemente obedece a las medidas de control que a lo largo del tiempo se han instaurado en relación a la compra y venta de sustancias tóxicas (30).

Al evaluar los factores asociados al suicidio, se plantean estudios que se han dedicado a evaluar de manera individual algunos de ellos mientras que otros han quedado en el olvido y en Ecuador se sabe que únicamente se han realizado estudios de descripción sociodemográfica sin tomar en cuenta otros factores que se asociaron a cada caso de suicidio. En relación al intento de suicidio anterior Pérez R, 2016, en su investigación en Cataluña-España de un total de 246 suicidios concluyó que el 8,9% registró intento previo. En Bogotá, Ordoñez I y cols, 2013, de un total de 98 suicidios en adultos mayores encontraron que el 14,2% presentaron 1 o más intentos previos de suicidio. Estos son resultados aproximados a nuestro estudio ya que si recordamos en el nuestro se encontró una prevalencia del 9,2%. Mientras que, en Barcelona-España analizando 31 casos Naudó J y cols, 2017, obtuvieron un porcentaje mucho más alto con un 45,2% de suicidios previos. (25,27,31)



En relación al antecedente familiar de suicidio nuestra investigación encontró que se presentó en el 2,3% de los casos, lo cual, comparado con el artículo de Bogotá, por Ordoñez I y cols, 2013, que encontraron el 1%, son similares por su bajo porcentaje. Mientras que el estudio de Barcelona por Naudó J y cols, 2017, al evaluar 14 casos con autopsia psicológica determinó este antecedente en el 35,7% y el estudio de Antequera por Pérez L y cols, 2014, determinaron en el análisis de 96 casos, que este factor estuvo presente en el 49% de los suicidios, resultados que contrastan con los nuestros ya que representan valores más elevados (25,31,39).

En relación a la presencia de enfermedad física: Pérez L y cols, 2014, en la ciudad de Antequera reportaron este factor como enfermedad somática en un 39,6% de un total de 96 casos; mientras que Naudó J y cols, 2017, en Barcelona, clasificaron algunos padecimientos como síntomas de las funciones somático-viscerales (42,9%) y síntomas de las funciones vegetativas (64,3%); en Bogotá, Ordoñez I y cols, 2013, de un total de 98 suicidios en adultos mayores encontraron el padecimiento de una enfermedad crónica en un 40,8% y una enfermedad terminal en el 4%. En nuestra muestra la enfermedad física fue determinada en el 6,4%, en la cual se incluían todos los padecimientos de tipo orgánico que los estudios mencionados los han clasificado por grupos, por lo tanto, este factor puede ser poco comparable, ya que nuestro resultado se basó en la información reducida que se encontró de este factor; pero de forma general los estudios demuestran gran prevalencia de enfermedades orgánicas a comparación de nuestro resultado (25,31,39).

En relación a los trastornos psiquiátricos los siguientes artículos mencionan: de un total de 77 fallecidos, 35 tenían un historial de salud mental y el 37,1% presentó trastorno depresivo como el más frecuente, de acuerdo a Gómez E y cols, 2014, en España; en un análisis de 246 casos, el 39% reportaron tener enfermedad psíquica, según Pérez R, 2016, en España; al analizar 31 muertes suicidas el 51,6% presentó algún antecedente psiquiátrico y el trastorno más prevalente fue el depresivo mayor (35,5%), indicaron Naudó J y cols, 2017, en Barcelona; en su muestra de 96 suicidios el trastorno depresivo mayor fue el más frecuente con un 50% de prevalencia reportaron Pérez L y cols, 2014, en Antequera; finalmente el estudio de



la OMS, 2014 reportó que en países de ingresos altos hasta el 90% de suicidados presentan algún trastorno mental, siendo el más frecuente el depresivo. Todos estos estudios son coincidentes con el nuestro pues, la presencia de algún trastorno psiquiátrico demostró ser uno de los principales factores de riesgo, siendo más frecuente el trastorno depresivo (1,20,27,31,39).

El factor referente a pérdidas de trabajo o financieras se encontró en pocos de los casos de nuestra investigación, lo cual es poco coincidente con los siguientes estudios que reportan frecuencias más elevadas de esta variable. Pérez L y cols, 2014, plantean un factor similar denominado como “conflictos laborales” que de 96 casos representó el 29,2%. En la investigación de Naudó J y cols, 2017, determinaron mediante autopsia psicológica de 14 casos que como factor estresor negativo se encontró el ocupacional en un 21,4% y el factor financiero en un 7,1%; mientras que como un problema motivador el factor ocupacional ocasionó el 50% de suicidios y el factor financiero el 42,9%. Estos estudios indican que constituye un fuerte factor de riesgo individual de suicidio, el cual en nuestra base de datos probablemente no se encontró por ser un dato no registrado, más no por no presentarse; ya que es poco comparable una autopsia psicológica con los datos obtenidos de autopsias e informes médico legales. (31,39)

En relación al factor “conflictos en las relaciones y disputas” tuvimos una elevada frecuencia de registro y esto se relaciona con la gran prevalencia de este factor en investigaciones previas, sin embargo, esta variable es difícil de analizar y comparar ya que no existe una denominación específica para clasificarla y designarla, los estudios la han planteado de diferentes formas y la información se ha obtenido de diferentes fuentes como: registros médico legales, autopsias psicológicas y notas suicidas. Pérez L y cols, 2014, España, reportaron este factor de forma dividida en “conflictos de pareja” en un 50% y “otros conflictos interpersonales” en un 66,7%. Mientras que Naudó J y cols, 2017, España, al realizar autopsia psicológica de 14 suicidios encontraron casos de “discordia familiar o de pareja” en el 21,4% como un factor estresor negativo, además definieron como factor motivador los “problemas con el grupo de soporte primario” en el 92,9% y los “problemas con el ambiente social” en el 42,9%. A raíz de las notas suicidas Ceballos, F, 2013, Chile,



encontró “conflictos con la pareja” en el 32,5% y “problemas familiares” en el 3,75% (29,31,39).

La pérdida de un ser querido es un factor poco evaluado en los estudios previos de suicidio consumado. Ordoñez I y cols, 2014, con una muestra de 98 suicidios determinaron que la pérdida de un ser querido fue un factor motivacional en el 18,18% de las mujeres y en el 4,6% de hombres. En nuestro estudio se encontró una prevalencia de 6,4% para ambos sexos, lo que resulta en una frecuencia ligeramente más baja en relación al estudio previo. En Ecuador se han llevado a cabo estudios que han evaluado y asociado los datos basados netamente en las características sociodemográficas del suicidio, pero no se conocen estudios que evalúen los factores motivadores o causantes y demás factores asociados que desencadenan las muertes por suicidio, probablemente porque esta no es una variable de registro obligatorio en las defunciones. Por lo que esta investigación constituye unas de las primeras con estas características (25).

Algunas investigaciones se han centrado totalmente en el análisis de las notas o cartas suicidas, ya que este constituye un instrumento que por sí sólo puede ser de gran ayuda para comprender el fenómeno del suicido, sin embargo, otras no mencionan este acontecimiento. Ceballos F, 2013, en Chile, demostró que, de un total de 2272 suicidios, en 80 casos se encontró una nota suicida (3,5%). Azcárate L y cols, 2015, en Navarra, al analizar 180 muertes encontraron una nota de despedida en el 18,4% de casos. Pérez R, 2016, en España, con una muestra de 246 casos, reportó que el 14,6% dejó una nota previa al suicidio. Al contrastar estos resultados con el de nuestra investigación nos damos cuenta de que nuestra cifra se encuentra dentro de los rangos que mencionan estas investigaciones previas como si de una media se tratara (27, 28, 29).

En referencia al anuncio previo de suicidio: en un estudio de la comunidad de Navarra, Azcárate L y cols, 2015 reportaron que luego de analizar 180 muertes suicidas, el 6,7% de los occisos anunciaron la idea suicida. Este valor indica una frecuencia menor a la encontrada en nuestra investigación, pero es una realidad que un porcentaje considerable de personas con tendencias suicidas notifican a sus allegados sobre este problema, ya que probablemente es su forma de buscar ayuda ante este deseo ambivalente entre la vida y la muerte (28).



Aunque este y algunos estudios en los que nos hemos basado para este análisis son de tipo descriptivo simple, si son juzgados e interpretados con sensibilidad pueden ayudar a cambiar la realidad de nuestra ciudad e incluso de nuestro país, ya que de forma urgente se necesita detener el crecimiento sostenido de este fenómeno.

## CAPÍTULO VII

### 7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA

#### 7.1. CONCLUSIONES

1. De acuerdo a las características sociodemográficas de la población de estudio se establece que el perfil del suicidio en Cuenca está encabezado por adolescentes, hombres, de raza mestiza y provenientes del medio rural, y en correspondencia con el grupo de edad la ocupación más frecuente encontrada es la de estudiante. En cuanto al nivel de instrucción la mayor cantidad de casos no reportaban este dato, sin embargo, la mayor parte de la población que se reportó tenían solo estudios de primaria.
2. La determinación del método de suicidio empleado nos refleja que el ahorcamiento es el método más frecuente utilizado en el 82,1% de casos, seguido de la intoxicación por sustancias, dentro de la cual las sustancias más empleadas fueron órganos fosforados y paraquat.
3. Dentro de los factores relacionados a cada caso de suicidio concluimos que: el factor que se presentó con más frecuencia dentro de los suicidados fue la presencia de conflictos en las relaciones y/o disputas (39%) y en segundo lugar la presencia de un padecimiento psiquiátrico, dentro del cual fue más prevalente la depresión.
4. El 9,6% de casos dejaron una nota o carta antes de consumar el suicidio, que, en muchas ocasiones, pero no en todas explicaba el motivo que los llevó al suicidio. Mientras que referente al anuncio previo del deseo de suicidio lo realizaron el 14,2% de los casos.
5. Al relacionar las variables sociodemográficas como edad, sexo y estado civil con los factores relacionados al suicidio concluimos que:
  - ❖ En cuanto a los grupos de edad la enfermedad física tuvo gran relación presentado mayor impacto en los adultos maduros que padecen alguna enfermedad orgánica. Por otro lado, los trastornos psiquiátricos también se relacionaron con la edad de la población y



de forma equitativa estos trastornos se presentaron con mayor prevalencia en los grupos de adolescentes, adulto joven y adulto maduro. Finalmente, en cuanto al factor de conflicto en las relaciones, este constituyó un factor de significancia positiva sobre todo para el grupo de adolescentes y juventud plena.

- ❖ Al relacionar el estado civil con los factores asociados al suicidio, fue la pérdida de un ser querido el único factor que tuvo significancia y este afectó más al grupo de estado civil soltero.

## 7.2. RECOMENDACIONES

- ❖ Es oportuno recomendar como lo hicieron estudios previos, que es imperativo realizar un análisis y una corrección de la manera en la que se están registrando los casos de suicidio y todas sus características sociodemográficas en nuestro medio. Debido a que esta investigación evidenció que existe gran variabilidad en la forma de llenar estos registros, situación que complicó la recolección de la información, ya que no se pudo contar con todos los datos que de forma básica debían constar en los esquemas de autopsias médico legales. De manera general se pudo evaluar que conforme el paso de los años, los informes presentaban mayor cantidad de datos faltantes, siendo los más antiguos más completos. Esto constituye a la vez un llamado de atención a las instituciones encargadas de este registro médico legal.
- ❖ Al interpretar los resultados se recomienda tomar en cuenta que el porcentaje que corresponde a la no presentación de las variables estudiadas, en ocasiones no fue resultado de que no se han presentado dichos casos; y su falta no obedece en su totalidad a la no existencia, sino que es posible que se deba al no registro de aquel dato, ya que no se cuenta con un modelo de registro de casos de suicidio uniforme y hay datos que pueden ser o no llenados a voluntad del profesional.

- 
- ❖ Se recomienda que las medidas preventivas y el seguimiento en relación al suicidio inicien lo más temprano y partan de los grupos más vulnerables como: adolescentes y adultos jóvenes, población con diagnóstico de trastornos psiquiátricos (depresión, alcoholismo crónico y consumo de otras sustancias estupefacientes), así como en población con antecedentes familiares de suicidio e intento de suicidio.
  
  - ❖ Es recomendable relacionar y aplicar estos resultados en medios que compartan similares características sociales, temporales y demográficas a nuestro medio, ya que como se ha mencionado previamente, la investigación del fenómeno del suicidio constituye una urgencia social que debe ser estudiada y vigilada con las características propias de cada sociedad, debido a que se ha constatado que a lo largo de la historia el fenómeno del suicidio se ha presentado de forma variable de acuerdo a cada época y región específica.
  
  - ❖ Aunque constituye un verdadero reto en sociedades como la nuestra, si queremos contribuir con información de buena calidad de los casos de suicidio consumado, sería recomendable registrar los datos del fallecido tan pronto como sea posible y que estos estén basados en la información de diferentes fuentes como: historias clínicas, familiares directos de las víctimas, notas suicidas; y si es posible instaurar modelos de registros que permitan obtener información más uniforme y relevante como el modelo que plantea el Centro de Control de Enfermedades denominado: Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements.

### 7.3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Ginebra, Suiza: Editorial World Health Organization; 2014. 89 p.
2. World Health Organization. Plan de Acción sobre salud mental 2013 - 2020 [en línea]. Ginebra, Suiza: Editorial World Health Organization; 2013. [fecha de acceso 28 de septiembre de 2019]. URL disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506?sequence=1>
3. Rodríguez Burbano M. Estrategias de prevención para disminuir el intento autolítico en estudiantes de la unidad educativa Tulcán. [Tesis pregrado]. Ecuador: Repositorio Institucional Uniandes; 2017.
4. Ortega PA, Manrique RD, Tovilla Zarate CA, López Jaramillo C, Cuartas JM. Clinical and Epidemiological Characteristics of Suicides Committed in Medellin, Colombia. Rev Colomb Psiquiatr 2014; 43 (2):106-12.
5. World Health Organization. WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2012 [en línea]. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2014. [fecha de acceso 29 de septiembre de 2019]. URL disponible en: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalCOD\\_method\\_2000\\_2012.pdf](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000_2012.pdf)
6. Sendra Gutiérrez JM, Esteban Vasallo M, Domínguez Berjón MF. Características de la conducta suicida y factores asociados a su mortalidad en el ámbito hospitalario. Revista Psiquiatría Salud Mental 2018; 11 (4): 234-243
7. Giner Jimenez L. Diferencias en la conducta suicida. Estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2013.
8. Gómez-Durán EL, Forti-Buratti MA, Gutiérrez-López B, Belmonte-Ibáñez A, Martín-Fumadó C. Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio

consumado en un área hospitalaria entre 2007-2010. Rev Psiquiatr Salud Ment. 1 de enero de 2016;9(1):31-8.

9. Cardona Arango D, Medina Pérez ÓA, Cardona Duque VD. Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. Revista Colombiana de Psiquiatría 2015; 45 (3):170-177.
10. Instituto Nacional de Estadística y Censos [base de datos en línea]. Ecuador: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2016. [fecha de acceso 10 de septiembre de 2019]. URL disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos-y-defunciones-informacion-historica/>
11. Instituto de Estadísticas y Censos. Nacimientos y Defunciones -2017 [base de datos en línea]. Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2017 [fecha de acceso 10 de septiembre de 2019]. URL disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos-y-defunciones-2017/>
12. Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. Rev Psiquiatr Salud Ment 2014; 7 (3):139-146.
13. Salvo L, Ramírez J, Castro A. Factores de riesgo para intento de suicidio en personas con trastorno depresivo en atención secundaria. Rev Médica Chile 2019; 147 (2):181-189.
14. World Health Organization. Estadísticas sanitarias mundiales [en línea]. Ginebra, Suiza; 2014. [fecha de acceso 17 de septiembre de 2019]. URL disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131953/9789240692695\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131953/9789240692695_spa.pdf?sequence=1)
15. Ordóñez Monak IA, Franco Agudelo SA, González Ortiz JO. Caracterización sociodemográfica de los suicidas adultos mayores de 60 años: Bogotá 2003-2007. Rev Colomb Psiquiatr 2013; 43: 56-64.

16. Ortiz Prado E, Simbaña K, Gómez L, Henriquez Trujillo AR, Cornejo Leon F, Vasconez E. The disease burden of suicide in Ecuador, a 15 years' geodemographic cross-sectional study (2001–2015). *BMC Psychiatry* 2017; 17 (1): 342.
17. Betancourt A. El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso. *Ciudad Segura* 2008;6: 4-9.
18. Navarro Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica Salud*. 1 de marzo de 2017; 28 (1): 25-31.
19. Tizón JL. Aspectos clínicos del paciente con riesgo de suicidio: ¿atender como “enfermedad” o como comunicación? *FMC - Form Médica Contin En Aten Primaria*. 1 de febrero de 2016; 23 (2): 61-76.
20. Gómez Durán EL, Martín Fumandó C, Hutado Ruíz G. Clinical and epidemiological aspects of suicide in patients with schizophrenia. *PubMed - NCBI* 2013; 40 (6): 333-345
21. Otzen T, Sanhueza A, Manterola C, Escamilla Cejudo JA. Mortalidad por suicidio en Chile: tendencias en los años 1998-2011. *Rev Médica Chile*. marzo de 2014;142 (3): 305-313.
22. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Estadísticas de Nacimientos y Defunciones 2015 [base de datos en línea]. Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2015. [fecha de acceso 18 de septiembre de 2019]. URL disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas-de-nacimientos-y-defunciones-2015/>
23. Núñez González S, Lara Vinuesa AG, Gault C, Delgado Ron JA. Trends and Spatial Patterns of Suicide Among Adolescent in Ecuador, 1997-2016. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 8 de noviembre de 2018;14 (1): 283-92.
24. Onishi K. Risk Factors and Social Background Associated with Suicide in Japan: A Review. *Jpn-Hosp J Jpn Hosp Assoc*. julio de 2015; (34): 35-50.

- 
25. Ordóñez Monak IA, Franco Agudelo SA, González Ortiz JO. Caracterización sociodemográfica de los suicidas adultos mayores de 60 años: Bogotá 2003-2007. *Rev Colomb Psiquiatr.* 1 de enero de 2013; 43(Supplement 1): 56-64.
  26. Hernández Alvarado M, González Castro T, Tovilla Zárata C, Fresán A, Juárez Rojop I, López Narvárez M. Increase in Suicide Rates by Hanging in the Population of Tabasco, Mexico between 2003 and 2012. *Int J Environ Res Public Health.* 1 de junio de 2016;13 (6): 552.
  27. Pérez Pérez RM. Estudio epidemiológico del suicidio consumado en los partidos judiciales de Balaguer y Cervera, 1960-1990 [Tesis doctoral]. Lérida: Universitat de lleida; 2016.
  28. Azcárate L, Peinado R, Blanco M, Goñi A, Cuesta MJ, Pradini I, et al. Características de los suicidios consumados en Navarra en función del sexo (2010-2013). *An Sist Sanit Navar.* 2015; 38(1): 9-20.
  29. Ceballos Espinoza F. El suicidio en Chile: Una aproximación al perfil suicida a partir del análisis de notas suicidas. *Investigaciones de Chile, Academia Superior de Estudios Policiales. Estudios policiales: en la senda del liderazgo policial.* 2013; 10 (1): 77-92
  30. Flores Montesinos VH, Jerez Cárdenas DP. Suicidio; prevalencia del suicidio y sus métodos más utilizados en la provincia del Azuay entre enero de 1997 a Mayo del 2001. [tesis previa a la obtención del título de médico]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2003
  31. Naudó Molist J, Arrufat Nebot FX, Sala Matavera I, Villaroel RM, Briones Buixassa L, Jiménez Nuño J, et al. Análisis descriptivo de los suicidios y la aplicación del método autopsia psicológica durante el período 2013-2015 en la comarca de Osona (Barcelona, España). *ScienceDirect.* 2017; 43 (4): 138-145
  32. Sánchez Cervantes FS, Serrano González RE, Márquez Caraveo ME, Dirección General Adjunta de Epidemiología, Secretaría de Salud, México D.F., Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Méx-Ote., Edo. de México., División de Investigación, Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N.

- Navarro”, Secretaría de Salud, México D.F. Suicidios en menores de 20 años. México 1998-2011. *Salud Ment.* 27 de octubre de 2015; 38(5): 379-89.
33. Dávila Cervantes CA, Pardo Montaña AM. Impacto de factores socioeconómicos en la mortalidad por suicidios en Colombia, 2000-2013. *Gerenc Políticas Salud.* 10 de noviembre de 2017; 16(33): 36-51.
  34. Jiménez Ornelas RA, Cardiel Téllez L. El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles Poblac.* septiembre de 2013; 19(77): 205-29.
  35. Suso Ribera C, Mora Marín R, Hernández Gaspar C, Pardo Guerra L, Pardo Guerra M, Belda Martínez A, et al. El suicidio en Castellón entre 2009 y 2015: ¿ayudan los factores sociodemográficos y psiquiátricos a entender las diferencias entre los ámbitos urbano y rural? *Rev Psiquiatr Salud Ment.* enero de 2018; 11(1): 4-11.
  36. Rosa NM, Oliveira RR, Arruda GO, Freitas Mathias TA. Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. *J Bras Psiquiatr.* junio de 2017; 66(2): 73-82.
  37. Otzen T, Sanhueza A, Manterola C, Escamilla-Cejudo JA. Mortalidad por suicidio en Chile: tendencias en los años 1998-2011. *Rev Médica Chile.* marzo de 2014; 142(3): 305-13.
  38. Cardona Arango D, Medina Pérez ÓA, Cardona Duque DV. Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. *Rev Colomb Psiquiatr.* 1 de julio de 2016; 45(3): 170-7.
  39. Pérez Costillas L, Blasco Fontecilla H, Benítez N, Comino R, Antón JM, Ramos Medina V, et al. Clusters de casos de suicidio espacio-temporal en la comunidad de Antequera (España). *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015; 8 (1): 26-34.
  40. Gómez Durán EL, Forti Buratti MA, Gutiérrez López B, Belmonte Ibáñez A, Martín Fumadó C. Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007-2010. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 1 de enero de 2016; 9(1): 31-38.



41. Jiménez Ornelas RA, Cardiel Téllez L. El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. Papeles de Población.2013; 19(77): 205-229



# ANEXOS

# **ANEXO 1**

## **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PRESUPUESTO**

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES												RESPON-SABLE
	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	
Elaboración de protocolo de investigación	X	X	X										Nathaly Sofía León Segovia
Aprobación del comité de bioética e institución donde se realizará la investigación				X									Nathaly Sofía León Segovia
Recolección de datos					X	X	X	X	X				Nathaly Sofía León Segovia
Tabulación y análisis estadístico de la información										X			Nathaly Sofía León Segovia
Elaboración y presentación de resultados y discusión											X		Nathaly Sofía León Segovia
Finalización de tesis y revisión por antiplagio												X	Nathaly Sofía León Segovia
Elaboración del informe final												X	Nathaly Sofía León Segovia

Realizado por: Nathaly Sofía León Segovia

### PRESUPUESTO

Elemento	Valor/Unidad	Cantidad	Total Presupuesto
Transporte	\$ 2,50	80	\$ 200
Material de Escritorio	\$ 2	15	\$ 30
Mantenimiento Software	\$ 40	2	\$ 80
Impresiones	\$ 0,15	300	\$ 45
Alimentación	2	50	\$ 100
Trámites	5	15	\$ 75
Ejemplar de tesis final empastado	\$10	1	\$ 10
<b>Total</b>			<b>\$ 540</b>

Realizado por: Nathaly Sofía León Segovia

## **ANEXO 2**

### **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
<b>Edad</b>	Tiempo cronológico transcurrido en días, meses y años cumplidos.	Cronológica	Años cumplidos confirmados según informe médico legal o cédula de identidad	Numérica -Niño (5 a 9 años) -Adolescente (10 a 19 años) -Juventud Plena 20 a 24 años) -Adulto joven (25 a 34 años) -Adulto Maduro (35 a 65 años) -Adulto Mayor (> de 65 años)
<b>Sexo</b>	Características morfológicas que distinguen a un hombre de una mujer	Genotípica	Recogido de informe médico legal o de cédula de identidad	Nominal -Masculino -Femenino
<b>Raza</b>	Grupos en que se subdividen algunas especies biológicas sobre la base de rasgos fenotípicos, a partir de una serie de características que se transmiten por herencia genética.	Genotípica	Recogido de informe médico legal	Nominal -Mestizo/a -Blanco/a -Negro/a -Amarillo/a -Indígena -Afroecuatoriano -Sin dato
<b>Estado Civil</b>	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes.	Estado conyugal	Recogido de informe médico legal o de cédula de identidad	Nominal -Casado/a -Soltero/a -Viudo/a -Divorciado/a -Unión libre -Unión de hecho -Separado/a -Sin dato
<b>Residencia</b>	Lugar geográfico o población donde reside habitualmente la persona en los últimos años.	Geográfica	Recogido de informe médico legal o de cédula de identidad	Nominal -Urbana -Rural -Sin dato
<b>Nivel de instrucción</b>	Años de estudio de una persona en una institución formal que define el nivel académico alcanzado	Académica	Recogido de informe médico legal o de cédula de identidad	Nominal -Primaria -Educación básica -Bachiller -Tecnológico -Superior -Ninguna -Sin dato
<b>Ocupación</b>	Se refiere a la labor de las personas, o a su trabajo o actividad remunerada	Social	Recogido de informe médico legal o de cédula de identidad	Nominal _____

<b>Método de suicidio empleado</b>	Procedimiento o forma utilizada para llevar a cabo el suicidio consumado	Médico legal	Recogido de informe médico legal	Nominal -Ahorcamiento, estrangulamiento sofocación. -Ahogamiento y sumersión -Disparo de arma de fuego -Por material explosivo -Por humo fuego y llamas -Por vapor de agua, vapores y objetos calientes -Por objeto cortante -Por objeto romo o sin filo -Saltar desde un lugar elevado -Por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento -Por colisión de vehículo de motor -Sobredosis de fármacos -Ingesta de venenos o tóxicos -Otros -Varios métodos -Sin dato
<b>Intento de suicidio anterior</b>	Evidencia de una o varias lesiones autoinfligidas que pudieron ocasionar la muerte previos a la última lesión que provocó la muerte.	Médico legal	Recogido de informe médico legal	Nominal -Sí -No
<b>Antecedentes familiares de suicidio</b>	Evidencia del deceso de un familiar o allegado del fallecido que tenga como tipo de muerte suicida	Médico legal	Recogido de informe médico legal	Nominal -Sí -No
<b>Enfermedad física</b>	Enfermedades orgánicas diagnosticadas en vida del fallecido, ya sea que estas se encontrasen en tratamiento o no	Médico legal	Recogido de informe médico legal	Nominal -Sí -No
<b>Trastorno psiquiátrico</b>	Evidencia del diagnóstico de un trastorno psiquiátrico que haya padecido el fallecido, ya sea que este se encontrase en tratamiento o no.	Médico legal	Recogido de informe médico legal	Nominal -Trastornos depresivos -Esquizofrenia -Trastorno de ansiedad generalizada -Trastorno de bipolaridad -Trastorno de alcoholismo crónico

				-Adicción a sustancias -Depresión posparto -Conducta suicida -Otros -Varios trastornos
<b>Consumo nocivo de alcohol y otras sustancias</b>	Evidencia de consumo nocivo de alcohol y otras sustancias previo a la decisión suicida, la cual se evidencia tras exámenes complementarios a la autopsia médico legal.	Médico legal	Recogido de informe médico legal	Nominal  -Sí -No
<b>Pérdidas de trabajo o financieras</b>	Evidencia de pérdida de un trabajo o recesión económica que afectaba al fallecido.	Médico legal	Recogido de informe médico legal	Nominal  -Sí -No
<b>Conflictos en las relaciones y disputas</b>	Los conflictos en las relaciones, las disputas, así como las relaciones insalubres, la violencia incluida la violencia sexual, la violencia infligida por el compañero íntimo; que se asocian con un aumento de los intentos de suicidio y del riesgo de suicidio.	Médico legal	Recogido de informe médico legal	Nominal  -Sí -No
<b>Pérdida de un ser querido</b>	Pérdida por fallecimiento de un familiar o persona allegada al suicidado.	Médico legal	Recogido de informe médico legal	Nominal  -Sí -No
<b>Evidencia de nota/carta suicida</b>	Cuando el fallecido dejó evidencia de una nota o carta suicida	Médico legal	Recogido de informe médico legal	Nominal  -Sí -No
<b>Anuncio previo del suicidio</b>	Existencia de un aviso de la idea suicida a familiares o allegados del fallecido previos al suicidio	Médico legal	Recogido de informe médico legal	Nominal  -Si -No

Realizado por: Nathaly Sofía León Segovia

## **ANEXO 3**

### **OFICIO DE BIOÉTICA**



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 16/9/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

**CERTIFICA**

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado

Caracterización médico legal del suicidio consumado en la fiscalía provincial del Azuay, Cantón Cuenca, periodo 2013-2018

Trabajo de titulación realizado por Nathaly Sofía León Segovia

Código: Le86CarME41



**DR. CARLOS FLORES MONTESINOS**

**RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA**

## **ANEXO 4**

### **OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN**



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

*Dr. Wilson  
Campoverde*

Cuenca, 09 de noviembre de 2017

Señor Doctor  
Adrián Rojas Calle  
FISCAL DEL AZUAY  
Su despacho.-

De mis consideraciones:

Reciba un atento y cordial saludo deseándole éxito en sus funciones. Por medio de la presente le solicito muy comedidamente, se permita acceso a información que reposa en los archivos de la Institución que usted muy acertadamente conduce, referentes a informes medico legales de autopsias cuya causa de muerte haya sido autolisis (suicidio), con motivo de elaborar un estudio de tesis para pregrado en la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, cuya investigadora será Nathaly Sofía León Segovia y estará siendo dirigida por el Dr. Wilson Campoverde Barros.

Por la favorable acogida a la presente, con sentimientos de consideración y estima, suscribo

Atentamente;

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

  
Dr. Wilson Campoverde Barros

Dr. Wilson Campoverde Barros.:  
MÉDICO LEGISTA  
BIOÉTICA  
MSP: 0102690264 C.J. 232312  
GENESCYT: 5789R-14-34639

**FGE**

Documento No. : FPA-GD-2017-001123-EXT  
Fecha : 2017-11-13 08:35:00  
Anexo : S/A  
Recibido por : GALAN SAMANIEGO LENNY BEATRIZ  
[www.fiscalia.gob.ec](http://www.fiscalia.gob.ec)

Manuel Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 - 4123175



*Alfonso Dr. Ximara Jerez Gar  
Fiscal Jefe*  
Cuenca, 16 de septiembre de 2019.

Señor Doctor  
Dr. Leonardo Amoroso Garzón  
Fiscal Provincial del Azuay  
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina LEON SEGOVIA NATHALY SOFIA con CI: 0105104186, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguida institución, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "CARACTERIZACION MEDICO LEGAL DEL SUICIDIO CONSUMADO EN LA FISCALIA PROVINCIAL DEL AZUAY, CANTON CUENCA, PERIODO 2013-2018". La Investigación será dirigida por el Dra. Rosa Solorzano, Especialista en Psiquiatría, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:



LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

RECIBIDO: En Cuenca, en la OFICINA DE CONTROL DE DOCUMENTOS de la Fiscalía Provincial del Azuay, el día de hoy 16 de 09 del 2019 a las 16:00 con documentación acompañada en \_\_\_\_\_ fs, certifico.-

F. \_\_\_\_\_  
RESPONSABLE

*nathalyleon94@hotmail.com  
gmail.com*

**FGE**

Documento No. :FPA-GD-2019-001290-EXT  
Fecha :2019-09-17 09:42:00  
Anexo :S/A  
Recibido por :IÑIGUEZ ARICHAVALA JOANA PATRICIA  
www.fiscalia.gob.ec

**Manual Vega y Pío Bravo**  
Teléfonos: 830752 – 4123175

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

*Autorizado*

## **ANEXO 5**

### **FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS LLENADO**

**TRABAJO DE TITULACIÓN: CARACTERIZACIÓN MÉDICO LEGAL DEL SUICIDIO  
CONSUMADO EN LA FISCALÍA PROVINCIAL DEL AZUAY, CANTÓN CUENCA, PERÍODO  
2013 – 2018**

**FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Código: 1 Fecha de muerte: 29/3/2017 Edad: 37

SECCIÓN I: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	
<p>Sexo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 1. Masculino</li> <li><input type="radio"/> 2. Femenino</li> </ol>	<p>Raza:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 1. Mestizo/a</li> <li><input type="radio"/> 2. Blanco/a</li> <li><input type="radio"/> 3. Negro/a</li> <li><input type="radio"/> 4. Amarillo/a</li> <li><input type="radio"/> 5. Indígena</li> <li><input type="radio"/> 6. Afroecuatoriano</li> <li><input type="radio"/> 7. Sin dato</li> </ol>
<p>Estado Civil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 1. Casado/a</li> <li><input type="radio"/> 2. Soltero/a</li> <li><input type="radio"/> 3. Viudo/a</li> <li><input type="radio"/> 4. Divorciado/a</li> <li><input type="radio"/> 5. Unión libre</li> <li><input type="radio"/> 6. Separado/a</li> <li><input type="radio"/> 7. Sin dato</li> </ol>	<p>Residencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 1. Urbana</li> <li><input checked="" type="radio"/> 2. Rural</li> <li><input type="radio"/> 3. Sin dato</li> </ol>
<p>Nivel de instrucción:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 1. Primaria</li> <li><input type="radio"/> 2. Secundaria</li> <li><input type="radio"/> 3. Educación Básica</li> <li><input type="radio"/> 4. Bachiller</li> <li><input type="radio"/> 5. Tecnológico</li> <li><input type="radio"/> 6. Superior</li> <li><input type="radio"/> 7. Ninguna</li> <li><input type="radio"/> 8. Sin Dato</li> </ol>	<p>Ocupación:</p> <p><u>Agricultor</u></p> <hr/> <hr/> <hr/>
SECCIÓN II: MÉTODO DE SUICIDIO EMPLEADO	
<ol style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 1. Ahorcamiento, estrangulamiento, sofocación Instrumento utilizado: <u>Soga</u></li> <li><input type="radio"/> 2. Ahogamiento y sumersión</li> <li><input type="radio"/> 3. Disparo de arma de fuego</li> <li><input type="radio"/> 4. Por material explosivo</li> <li><input type="radio"/> 5. Por humo fuego y llamas</li> <li><input type="radio"/> 6. Por vapor de agua, vapores y objetos calientes</li> <li><input type="radio"/> 7. Por objeto cortante</li> <li><input type="radio"/> 8. Por objeto romo o sin filo</li> <li><input type="radio"/> 9. Saltar desde un lugar elevado</li> <li><input type="radio"/> 10. Por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento</li> </ol>	

11. Por colisión de vehículo de motor 12. Sobredosificación de fármacos 13. Ingesta de venenos o tóxicos 14. Otros 15. Varios métodos 16. Sin dato	Nombre del fármaco _____ Nombre del tóxico: _____
---	--

**SECCIÓN III: FACTORES ASOCIADOS AL SUICIDIO**

<b>Intento de suicidio anterior</b>  1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No	<b>Antecedentes familiares de suicidio</b>  1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No
<b>Antecedente de enfermedad física</b>  1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No  ¿Cuál? _____	<b>Antecedente de trastorno psiquiátrico</b>  <input checked="" type="radio"/> 1. Sí 2. no
<b>Tipo de trastorno psiquiátrico</b>  1. Trastornos depresivos 2. Esquizofrenia 3. Trastorno de ansiedad generalizada 4. Trastorno de bipolaridad <input checked="" type="radio"/> 5. Trastorno de alcoholismo crónico 6. Adicción a sustancias 7. Depresión posparto 8. Conducta suicida 9. Varios trastornos 10. Otro: _____	<b>Pérdidas de trabajo o financieras</b>  1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No
<b>Conflictos en las relaciones y disputas</b>  1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No	<b>Pérdida de un ser querido</b>  1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No
<b>Evidencia de nota/carta suicida</b>  1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No	<b>Anuncio previo del suicidio</b>  1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No

## **ANEXO 6**

### **INFORME DEL SISTEMA ANTIPLAGIO**

# INFORME FINAL DE TITULACION NATHALY SOFÍA LEÓN SEGOVIA

---

## INFORME DE ORIGINALIDAD

---

9%

INDICE DE SIMILITUD

7%

FUENTES DE  
INTERNET

7%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

---

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

---

1%

★ [dspace.ucacue.edu.ec](https://dspace.ucacue.edu.ec)

Fuente de Internet

---

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 1%

Excluir bibliografía

Activo

# ANEXO 7

## RÚBRICA DE PARES REVISORES



**Rubrica 5 Pares Revisores**

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: CARACTERIZACIÓN MÉDICO LEGAL DEL SUICIDIO CONSUMADO EN LA FISCALÍA PROVINCIAL DEL AZUAY, CANTÓN CUENCA, PERÍODO 2013 - 2018

Nombre del estudiante: Nathaly Sofía León Segovia

Director: Dra. Rosa Solórzano

Nombre de par revisor: Dr. Cristian Ramirez

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumplé	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	/			1 /1
Redacción Científica	/			1 /1
Pensamiento crítico	/			1 /1
Marco teórico	/			1 /1
Anexos	/			1 /1
Total				5 /5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

\* Marcar con una x lo que corresponda

**Observaciones y recomendaciones:**

---



---



---



---

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

**Rubrica 5 Pares Revisores**

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: CARACTERIZACIÓN MÉDICO-LEGAL DEL SUICIDIO CONSUMADO EN LA FISCALÍA PROVINCIAL DEL AZUAY, CANTÓN CUENCA, PERIODO 2013-2018

Nombre del estudiante: Nathaly Sofía Ledo Segovia

Director: Dra. Rosa Salazar

Nombre de par revisor: Dra. María Santacruz

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	/			1 /1
Redacción Científica	/			1 /1
Pensamiento crítico	/			1 /1
Marco teórico	/			1 /1
Anexos	/			1 /1
Total				5 /5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

\* Marcar con una x lo que corresponda

**Observaciones y recomendaciones:**

---



---



---



---



---

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo

Teléfonos: 830752 – 4123175

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)



## **ANEXO 8**

### **RÚBRICA DE REVISIÓN FINAL POR PARTE DE DIRECCIÓN DE CARRERA DE MEDICINA**



**Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina**

Tema:	CARACTERIZACIÓN MÉDICO LEGAL DEL SUICIDIO CONSUMADO EN LA FISCALÍA PROVINCIAL, CANTÓN CUENCA, PERIODO 2013 - 2018		
Nombre del estudiante:	Nothaly Sofía León Segovia		
Nombre del responsable de la calificación			
Director:	Dra. Rosa Solórzano		
Asesor:	Dra. Katherine Salazar		

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	/			/	
Redacción Científica	/			/	
Pensamiento crítico	/			/	
Marco teórico	/			/	
Anexos	/			/	

\* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

\* Marcar con una x lo que corresponda

**Observaciones y recomendaciones:**

---



---



---

Firma y sello del Director o Representante de Dirección de la Carrera de Medicina

Firma de aceptación del estudiante

## **ANEXO 9**

# **INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN**



## UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA  
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA

### INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION "TRABAJO DE TITULACIÓN"

**Antecedentes:** para el internado septiembre 2018 – agosto 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rubricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rubricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

**Informe:** la alumna LEON SEGOVIA NATHALY SOFIA ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación titulado CARACTERIZACION MEDICO LEGAL DEL SUICIDIO CONSUMADO EN LA FISCALIA PROVINCIAL DEL AZUAY, CANTON CUENCA, PERIODO 2013-2018, obteniendo las siguientes notas:

1. Rubricas de director y asesor: 40/40
2. Rubrica de pares revisores: 10/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 50/100

**Revisores:** DRA. MARIA SANTACRUZ/ DR. CRISTIAN RAMIREZ

**Director:** DRA. ROSA SOLORIZANO/ **Asesor:** DRA. ZOILA KATHERINE SALAZAR

**Conclusiones:** de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

5. La alumna ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

**Recomendaciones:** de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación de la alumna antes mencionada.

Atentamente,



Lcda. Caren Prieto M. Sc.

Responsable de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



10 OCT 2019

RECIBIDO  
HORA: 10:05 FIRMA:

## **ANEXO 10**

### **CARTA DE DIRECTORA PARA SUSTENTACIÓN**



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**

COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

**UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA  
SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

Cuenca, a 9 de octubre de 2018

**Sra. Mgs**

**Carem Prieto**

**RESPONSABLE (S) DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA DE  
LA UCACUE**

Su despacho.

De mi consideración:

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el trabajo de grado, de título: "CARACTERIZACIÓN MÉDICO LEGAL DEL SUICIDIO CONSUMADO EN LA FISCALÍA PROVINCIAL DEL AZUAY, CANTÓN CUENCA, PERÍODO 2013 - 2018". Realizado por la estudiante NATHALY SOFÍA LEÓN SEGOVIA, ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados, motivo por el cual me permito sugerir se de paso a la sustentación del mismo.

Con sentimientos de distinguida consideración.

**Atentamente,**

*Dra. Rosa Solorzano*  
*PSIQUIATRA*

**Dra. Rosa Solorzano**

**DIRECTORA DE TRABAJO DE GRADO**