

El suicidio, alertas convergentes de un fenómeno silencioso. Casos en Machala de la provincia de El Oro en Ecuador.

Suicide, convergent alerts of a silent phenomenon. Cases in Machala in the province of El Oro in Ecuador.

Para citar este trabajo:

Valdiviezo, M., Caamaño, R., Granda, A., Yangua, R. (2024). El suicidio, alertas convergentes de un fenómeno silencioso. Casos en Machala de la provincia de El Oro en Ecuador. *Reincisol*, 3(5), pp. 266-287. [https://doi.org/10.59282/reincisol.v3\(5\)266-287](https://doi.org/10.59282/reincisol.v3(5)266-287)

Autores:

Dr. Manuel Horacio Valdiviezo Cacay

Docente de la Universidad Técnica de Machala (UTMACH)

Ciudad: Machala País: Ecuador

Correo electrónico: mvaldiviezo@utmachala.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7082-2921>

Lcda. Rosa Mirian Caamaño Zambrano, Mgs

Docente de la Universidad Técnica de Machala (UTMACH)

Ciudad: Machala País: Ecuador

Correo electrónico: rcaamano@utmachala.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7221-7992>

Soc. Alba Violeta Granda Granda, Mgs

Docente de la Universidad Técnica de Machala (UTMACH)

Ciudad: Machala País: Ecuador

Correo electrónico: avgranda@utmachala.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0021-5023>

Psi.Cl. Carmen del Rocío Yangua Jaramillo, Mgs

Psicoterapeuta en el Ministerio de Salud Pública

Ciudad: Guayaquil País: Ecuador

Correo electrónico: psic.rociy77@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1786-3918>

RECIBIDO: 11 noviembre 2023

ACEPTADO: 26 marzo 2024

PUBLICADO: 9 abril 2024

Resumen

En el presente estudio se plantea el tema de la muerte voluntaria que alude al suicidio como una forma de disuasión a la existencia. Generalmente ha sido abordado desde las ciencias de la salud y la psicología, concepción que no es enteramente integral, urge concebir que los detonantes de incidencia en los patrones o patologías conductuales son sociales, producto de roles y relaciones asimétricas. Con base en esta concepción, el objetivo es contribuir a la tarea de activar alertas al flagelo silencioso de autoagresión a la vida, en perspectiva de alentar al diseño de políticas públicas que coloquen en las agendas institucionales, estrategias de intervención a factores etiológicos, identificación y modificación de conductas depresivas que inducen al suicidio. Metodológicamente es una investigación de tipo básica, descriptiva, explicativa, no experimental, enfoque mixto, con base en la técnica de la encuesta sobre una muestra de 399 informantes, con un margen de error del 5%. Los resultados muestran una sociedad con características suicidógenas desencadenantes de actitudes suicidas, con factores etiológicos en marcas sociales que los sentidos transforman y conducen a una de las formas de exclusión condicionada por manifestaciones de creencias culturales, políticas, económicas, religiosas, entre otras, el 93% han tenido pensamiento suicidas, el 88% acusan a precariedades socioeconómicas, el 94% a situaciones emocionales, que influyen negativamente en los pensamientos y actuaciones que avocan la cesación de la existencia. Es imprescindible diseñar políticas públicas nacionales y sectoriales con sistemas de atención a la salud mental estatal con participación de gobiernos locales.

Palabras claves: el suicidio; muerte voluntaria; sociedades suicidógenas; conductas suicidas.

Abstract

In the present study, the issue of voluntary death is raised, which refers to suicide as a form of deterrence to existence. It has generally been approached from the health sciences and psychology, a conception that is not entirely comprehensive, it is urgent to conceive that the triggers of incidence in behavioral patterns or pathologies are social, the product of asymmetrical roles and relationships. Based on this conception, the objective is to contribute to the task of activating alerts to the silent scourge of self-harm to life, with a view to encouraging the design of public policies that place intervention strategies for etiological factors, identification and modification of depressive behaviors that induce suicide. Methodologically, it is a basic, descriptive, explanatory, non-experimental, mixed approach, based on the survey technique on a sample of 399 informants, with a margin of error of 5%. The results show a society with suicidal characteristics that trigger suicidal attitudes, with etiological factors in social brands that the senses transform and lead to one of the forms of exclusion conditioned by manifestations of cultural, political, economic, religious beliefs, among others, 93 % have had suicidal thoughts, 88% accuse socioeconomic precariousness, 94% emotional situations, which negatively influence the thoughts and actions that call for the cessation of existence. It is essential to design national and sectoral public policies with state mental health care systems with the participation of local governments.

Key words: suicide; voluntary death; suicidal societies; suicidal behavior.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno silencioso ligado a la psiquis humana de difícil resolución; los impactos más significativos se sienten en el núcleo familiar y el entorno más cercano carente de herramientas para interpretar manifestaciones previas a la decisión voluntaria de ponerle fin a la vida. Es una de las causas más severas de muerte, con tendencia peligrosa por la incapacidad de los sistemas institucionales de advertir la sintomatología para la intervención efectiva; problema que ha sido tratado desde la ciencia de la salud y la psicología, sin embargo, estos tratamientos quedan expuestos al debate por cuanto los casos de suicidios silenciosamente se mantienen. Medina, et al (2014) coinciden que es un problema responsable de inestabilidad en entornos sociales y familiares. Un grupo ampliamente afectado son los adolescentes y adultos jóvenes; se mueve entre la segunda o tercera causa de decesos a escala mundial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2014 consideró que el suicidio es una de las principales amenazas a la salud humana. Estima que cada 40 segundos una persona se suicida en el mundo. 90 cada hora. 2160 cada día. Unas 800.000 al año; representa un estimado de 11,4 muertes por cada 100 mil habitantes. El 75 % de suicidios tiene lugar en los países de ingresos bajos y medios. China, India y Japón son países que por su densidad poblacional concentran el 40 % de la totalidad global de suicidios. Este organismo sitúa al suicidio en la segunda causa principal de muerte a nivel mundial en el grupo de 15 a 29 años de edad, después de los accidentes de tránsito.

La OMS advierte que detrás de cada joven suicida, al menos 40 intentan suicidarse. En el año 2021 fue la cuarta causa de defunción en el grupo de 15 a 29 años. Es una tragedia para la familia, las comunidades y el país que enfrentan fuertes

secuelas. Gerstner et al., (2018) aseveran que los hombres se suicidan más que las mujeres; en el primer grupo, el ahorcamiento es el método más usado, en el segundo, el envenenamiento. Prevalece el suicidio masculino, con ventaja comparativa de dos a uno, es decir, por cada dos hombre se suicida una mujer. El segmento más vulnerable es el de 15 a 44 años de edad. La persona que ha tenido un intento tiene el 50% de posibilidades de un segundo intento; luego la posibilidad aumenta al 75% (Ministerios/Educación, 2023).

Statista (2023) registra en América Latina y el Caribe en el 2019 datos interesantes; por cada 100 mil los índices se presentan de la siguiente manera: Guayana 40.4; Surinam, 25.4; Uruguay, 21.2; Cuba, 14.5; Haití, 9.6; Chile, 9; Trinidad y Tobago, 8.7; Argentina, 8.4; Costa Rica, 8.1; Santa Lucía, 7.9; Ecuador, 7.6; Belice, 7.1; Brasil, 6.9; Bolivia, 6.2; El Salvador, 6.1; Paraguay, 6; Guatemala, 5.9; México, República Dominicana, 4.9; Nicaragua, 4.3; Colombia, 3.0; Bahamas, 3.5; Panamá, 2.9; Perú, 2.8; Jamaica, 2.4; Honduras, 2.1; Venezuela, 2.1; San Vicente de las Granadinas 1; Granada, 0.7; Barbados, 0.6; Antigua y Barbuda, 0.4. Ecuador ocupa el puesto 11 de 31 países con mayores tasas de suicidios.

Es un problema complejo, La Dirección Nacional de la Policía Judicial, el INEC y el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), registra que en el año 2009 en el Ecuador ocurrieron 900 suicidios; 2010, 586; 2011, 913; 2012, 913; 2013, 1025. En total en el lapso de 5 años: son 4449 suicidios; el promedio de este periodo es de 913 al año, 2.5 diarios.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) del Ecuador, indica que entre 1997 y 2009, más de 1.400 adolescentes a nivel nacional se quitaron la vida intencionalmente. En el año 2021, 880 fallecimientos por suicidios, 703 hombres

y 177 mujeres (INEC, 2021); año 2022 fallecieron por suicidio 1143, de los que 892 fueron hombre y 251 mujeres (INEC, 2022). Por cada 4 suicidas de sexo masculino, una es de sexo femenino; la prevalencia aumenta en hombres frente a las mujeres. Según esta misma fuente, en adolescentes de cinco a 17 años es la segunda causa de muerte; en jóvenes de 18 a 28 años de edad es la cuarta causa de muerte, índice que disminuye a partir de los 30 años en adelante.

Para el Observatorio de Seguridad Ciudadana de Quito, la tasa de suicidios en esta ciudad es más alta que la de homicidios. “En el 2014 hubieron 7 suicidios por cada 100 mil habitantes, mientras que homicidios fueron 6 por cada 100 mil. En total en ese año se registraron 154 casos, de los que el 79 % fueron hombre y el 21 % mujeres”. En general, de acuerdo con esta fuente, en Ecuador desde el 2019 hasta mayo del 2022 son 5400 las personas que se quitaron la vida. El promedio de dos y tres casos diarios.

Entre los casos más comunes que investiga la Dirección Nacional de Investigación de delitos contra la Vida, Muertes Violentas, Desapariciones, Secuestros y Extorsiones (DINASED) - El Oro, son decepciones amorosas y problemas económicos. De hecho, en el 2017, en el Hospital Teófilo Dávila de Machala se atendieron 360 casos de depresión, de los que 114 fueron por intento de suicidio. La fiscalía de El Oro también aborda el tema, sostiene que de cada 10 suicidas, siete son hombres. En El Oro, año 2014 ocurrieron 35 suicidios. Año 2015, 38 muertes voluntarias. En el año 2016 fueron 52 suicidios. En el 2017 de enero a noviembre DINASED enlistó 42 suicidios. En el año 2019 un promedio de 51 y en el 2020 con 59 casos. Hasta agosto del 2022 se reportaron 23 suicidios y nueve alertas, el ECU 911 reporta 214 emergencias de intentos suicidas.

El rol de la psicología clínica en el abordaje de este fenómeno es fundamental, con el apoyo de otras áreas disciplinares, le corresponde diagnosticar comportamiento suicidas bajo el criterio que los antecedentes previos a la autoeliminación son esencialmente emocionales; sin perder de vista que los procesos que provocan estados emocionales disyuntivos son sociológicos, que devienen de frustración y sensación de desprotección, al extremo de arraigar anomias en sociedades caracterizadas por estructuras y roles deficitarios del Estado, la familia, la religión, la educación, la cultura, a las que las personas en indefensión les pierde la fe y la credibilidad, por considerarlas difusas frente a sus expectativas de vida, optando por rutas de escape y/o de rebelión inconsciente.

Las razones y los síntomas varían de persona a persona, aunque se identifican algunos patrones comunes depresivos. La depresión afecta al 80 % de suicidas, lo que exige el abordaje de los factores de riesgo para alertar a padres, profesores y amigos, de tal manera que visualicen comportamientos disfuncionales, en procura de sumar esfuerzos entre la familia, los entes sociales, el sistema educativo y fundamentalmente el Estado que tiene que formular políticas públicas para evitar que los índices de suicidios aumenten (Castellvi & Piqueras, 2018).

La depresión es una enfermedad que se presenta de diferentes maneras y que puede ser completamente tratada para prevenir sus desenlaces. Quienes padecen la depresión se hallan en la situación imprecisas de decidir entre la muerte y la vida, en estos casos es importante identificar los síntomas y buscar el acompañamiento de un profesional en la salud mental para disminuir los factores motivantes de la depresión, generando una esfera de afrontamiento para

reemplazarlos con la consolidación consiente de las razones que las personas tienen para vivir.

Guajardo et al (2017) en sus reflexiones dejan entrever la gravedad del tema, encuentran que si bien se aborda el suicidio, su tratamiento desde la psicología y la salud biológica resulta fraccionado, hay que atender las causas más profundas, se requiere mayor preocupación por las condiciones socioeconómicas que dejan a los sujetos en estado de indefensión con relaciones desiguales, dispersas y discriminatorias, donde los individuos se crean expectativas que al volverse inalcanzables asumen conductas depresivas suicidas.

Son variadas y complejas las etiologías de la muerte voluntaria, se relacionan con secuelas de episodios traumáticos por: violación sexual, despedidos laborales intempestivos, decepciones amorosas, fracaso escolar, expresiones derivadas de conductas provocadas por motivaciones que surgen en el contexto inmediato de la sociedad, donde Emilio Durkheim identifica distintos síntomas patológicos que determinan la actitud suicida, como el altruismo social, el fatalismo, la anomia y el egoísmo. De allí que el objetivo es, contribuir a la tarea de activar alertas al flagelo silencioso de autoagresión a la vida, en perspectiva de alentar al diseño de políticas públicas que coloquen en las agendas institucionales, estrategias de intervención a factores etiológicos, identificación y modificación de conductas depresivas e inductivas al suicidio.

MATERIALES Y METODOS

Es una investigación de tipo básica, de alcance descriptivo, explicativo, de diseño no experimental, enfoque mixto, con base en el paradigma empírico, método inductivo, con sujeción al neopositivismo. La técnica de recolección de datos es la encuesta, previo al diseñado un cuestionario con preguntas de selección múltiple

que ha sido aplicado a una muestra de 399 informantes de la ciudad de Machala, con un margen de error del 5%.

La sistematización de datos expuesto en tabla una estadística, permite tener una visión amplia de las dimensiones de la problemática, la que es complementada con la información proporcionada por instituciones estatales del Ecuador. La fundamentación del problema y la discusión de resultados se han realizado con apego a las bases teóricas y el estado del arte que sobre el tema han generado investigadores que han divulgado sus hallazgos en artículos científicos de revistas indexadas.

RESULTADOS

Tabla 1. Relación de los factores causales con las actitudes suicidas

Variables	Incidencia		Prevalencia	%
	No	Si		
Pensamientos suicidas	7%	93%	Una vez	58%
			Dos veces	24%
			Más de tres veces	11%
Intentos suicidas	18%	83%	Una vez	30%
			Dos veces	42%
			Más de tres veces	11%
Factores causales Socioeconómicos	12%	88 %	Desempleo	43%
			Falta de recursos económicos	34%
			Falta de vivienda	11%
Factores causales emocionales	6%	94%	Conflictos con los padres	43%
			Convivencia conyugal	19%
			Divergencias entre hermanos	15%
			Rupturas amorosas	12%
			Divorcios o separaciones	5%
Actitudes suicidogenas	4%	96%	Acto de cobardía	51 %
			Decisión valiente	22 %

			Actitud de inmadurez	12 %
			Rebeldía	11 %
Actitudes anómicas	12%	88%	Fe	35%
			Esperanza	28%
			Credibilidad	25%

Nota: datos tomados de aplicación de encuestas a población de la ciudad de Machala.

DISCUSIÓN

El ser humano es social por antonomasia, situación que lo hace vulnerable a las experiencias cotidianas; cuando la salud mental se pulveriza, el comportamiento de las personas se convierte en el reflejo de las cargas emocionales marcadas por interrelaciones e interdependencias disfuncionales; es decir, la conducta se deriva de las acciones colectivas jurídicas, teologales, deontológicas, políticas, económicas, teleológicas, etc., consecuentemente el estado de anomia de Durkheim en el que los individuos se ven envueltos, se relaciona con el disipamiento a la credibilidad en la institucionalidad de la familia, la sociedad, la iglesia, las manifestaciones culturales y el Estado, de las que se siente desprovisto, provocando posturas radicales frente a lo convergente, de tal manera que, como dice Herrera (2000), la relación que era el pegamento para ligar las expectativas, se transforma en la categoría que los anula y los absorbe, dejándolos por fuera de sus idearios.

Por su parte Corona et al., (2016) se muestran preocupados por la disfuncionalidad de las relaciones encarnadas por la cultura, el sexo, la historia familiar, el grupo étnico, la violencia, el maltrato infantil, los trastornos emocionales, que son condiciones desfavorables en la epidemiología del suicidio. Para Cañón & Carmona (2018) el suicidio tiene características multifactoriales conectadas a

manifestaciones socioculturales y sociopolíticas que provoca estados depresivos, siendo más susceptibles aquellos que están desprovistos de herramientas de afrontamiento. La investigación de Gutiérrez et al., (2006) corrobora el fenómeno al encontrar que más del 50% de los suicidios consumados están íntimamente ligados a trastornos psiquiátricos con cuadros depresivos.

La cuestión es que la decisión de ponerle fin a la vida mediante el suicidio básicamente ha sido vista como una disfuncionalidad emocional, pero hay otras visiones; Palacio (2010) refiriéndose al suicidio, le da elevado valor a la primera premisa cuando lo categoriza entre las enfermedades derivadas de una profunda afectación a la salud mental y sobre todo, al situar su origen en la depresión, que a final de cuentas termina siendo una de las patologías más difundidas y justificadas para explicar el fenómeno.

Mejía, et al (2011) van más allá de la explicación biológica y puramente emocional, dan fuerza a la segunda premisa, en efecto las secuelas de episodios traumáticos son la cúspide emanada por factores sociales, producto de improntas de una sociedad atravesada por la existencia de valores y creencias comunes, que al estar fuertemente definidas y estructuralmente instruidas, brindan cohesión e integración, asegurando y proveyendo de sentido colectivo a las acciones individuales de sus miembros, pero cuando estas fuerzas que operan como ligamento fallan, las expectativas se disuaden y caen en un sin sentido a la vida. Esto se confirma con la investigación de Vargas & Saavedra (2012) que sus conclusiones dan más fuerza a los factores sociales como vectores del auto-delito, sostienen que la conducta suicida en infinidad de casos aparece atravesada por factores sociales, familiares e individuales.

Durkheim (1897) advierte causas sociales desde dos dimensiones extra-sociales: las disposiciones orgánico – psicológicas y la naturaleza del medio físico. Reafirma los antecedentes previos a la autoeliminación esencialmente sociales, en tanto que la decisión suicida deviene de la frustración y la sensación de desprotección e incapacidad para afianzarse en el medio físico. Factores multicausales sociales, culturales, psicológicos que la OPS-OMS (2014) los sitúa como elementos que interactúan en el comportamiento suicida de las personas. Cabra et al., (2010) también coinciden con estos factores múltiples influyentes en comportamientos suicidas; Para Cruz & Roa (2005) los intentos y casos consumados están precedidos por episodios de crisis.

Los pensamientos suicidas del 93 % de los encuestados en Machala, sitúan a la auto-transgresión como un fenómeno silencio y alarmante; a su vez, exige repensar y/o recategorizar los tipos de violencia para dar mayor visibilidad al suicidio, que representa una forma de violencia severa. Betancourt (2008) concuerda que es un problema individual cuya intensidad social y esencialmente a la familia.

Cordero & Tapia (2009) sostienen que sin bien el suicidio es un problema de salud pública, las causas son más profundas, se dinamizan en escenarios de violencia fertilizados por condiciones sociales, económicas, políticas y/o culturales. Es un tipo de violencia que medra cuando los sujetos ven alejarse sus posibilidades de realización material e inmaterial, dado que perciben que se obstaculiza la democracia, los derechos humanos y la buena gobernanza, que más allá de incluirlos, los expulsa y los discrimina (Etienne et al., 2003).

La percepción del 88% de los investigados de Machala de que los factores socioeconómicos asociados a la ausencia de fuentes de empleo, las limitaciones económicas, junto a la dificultad para acceder a la vivienda, tienen significativa

preeminencia en la toma de decisiones suicidas, activan las alertas sobre el tema; DeZubiría (2007) relaciona a las causas del suicidio con factores profundamente sociológicos: el desempleo, la precariedad habitacional, la pobreza, entre otros.

La vía de la autoagresión advierten posición desfavorable frente a modelos sociales con relaciones profundamente asimétricas de poder, a los que Carlos Marx en el *Capital - Tomo 1* (1975) los resume como producto del “incremento embriagador de poder y riqueza” en sociedades con características egocentristas. Córdova et al., (2011) identifican rasgos individualistas prominentes en sociedades darwinianas que encubran actitudes mentales de tensión y desesperanza, que restringen el compartir abiertamente sus sentimientos en la interacción con los demás.

Gérmenes que aparecen como factores coadyuvantes de actitudes indignantes y de desvalorización que impactan negativamente en el comportamiento colectivo, ya que el discurso se asienta en atmósferas que provocan inminente coacción social atomizada por “desajustes económicos” a los que el 96 % asignan identifican como causa de actitudes “suicidógenas”, en extensión de las típicas sociedades del “Panoptismo” (Foucault, 2002).

La OMS (2002) relaciona al suicidio con factores de insatisfacción, pobreza, desempleo, pérdida de personas queridas, discusiones familiares o amigos, ruptura de relaciones amorosas, problemas legales o relacionados con el trabajo, que en ausencia de respuestas provocan sensaciones de sin sentido y de desesperanza, lo que hace que las personas incorporen fases de crisis reflejadas en profundas conmociones y agotamientos mentales que anarquizan la capacidad de discernimiento, encontrando en la tragedia del suicidio un mecanismo de defensa. Para Maldonado (2002), se trata de “la huida, es decir, el intento de escapar de

una situación dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de su vida, ya que ésta se percibe como insoportable” (pág. 22) .

Los factores emocionales son de elevada incidencia en el 94%, ocasionados por disfuncionalidades al interior del núcleo familiar: las divergencias entre humanos, las rupturas amorosas, se relieván los conflictos con los padres, las discordias en la convivencia conyugal, aunque los divorcios asoman con un índice reservado. En adolescentes, los problemas en casa, principalmente con sus papás, son temas recurrentes que motiva a intentar suicidarse (Rivera, 2010)

Se esbozan diversos factores causantes, más, en amplios tramos se ligan a la disfuncionalidad familiar. En Ecuador algunas evidencias: Rivadeneira (2013) en Morona Santiago es del 48 %. Correa (2010) en Quito el 36 %. Encalada et. al, (2011) en Machala es del 61 %. Garcia (2012) en Guayaquil es del 26 %. Datos que evidencian las relaciones de conflicto detonantes de estados de anómicos, pues lo que haga o no la familia se convierte en factor de impulso para la toma de decisiones favorables o desfavorables.

Garay & Vásquez (2010) también asignan responsabilidad del desarrollo, curso e intensidad de la depresión a las inconsistencias de orden familiar; las frustraciones constantes por separaciones, abandonos, rechazos, competencias de alta velocidad, tienen enorme influencia en el comportamiento de sus integrantes. Pero no solo aquello, Pérez (1996) amplía la visión, recomienda explorar la terminología o el tipo de expresiones que se usan en el seno familiar, con frecuencia puede ir cargadas de mensajes autodestructivos que incitan a poner fin a la vida; es decir, los padres permanentemente consiente e inconsciente bombardean a sus hijos con términos o palabras que engendran reproche o fatalismo que a la larga mina sus emociones.

La alerta de la OMS que detrás de cada joven que muere voluntariamente hay 40 que intentan suicidarse, se relaciona con el hallazgo de esta investigación que da cuenta que 93 de cada cien personas han tenido pensamientos suicidas, lo que es altamente preocupante, porque el hecho empieza con la idea de auto-eliminarse hasta que finalmente toman la decisión final de suicidarse.

La OPS (2014), al tiempo de corroborar lo antes dicho, subraya en los factores sociales, culturales, psicológicos y otros, como condicionantes de comportamientos suicidas. Moya (2007) también aporta a la concepción social del fenómeno, destaca la influencia social en los suicidios y los intentos de suicidio. La versión de la (OPS, 2002) abona la preocupación, agrega que en algunas partes del mundo el suicidio es escondido y rodeado de tabúes, lo que aumenta la probabilidad de registros subvalorados, que no se reconozca, se clasifique erróneamente o se oculten las actas oficiales de defunción de manera deliberada.

Donas (2001) abona a la conjetura de la motivación social del suicidio con dos elementos no mencionados antes: la copia de culturas foráneas y la delincuencia; el primero, incide que en estereotipos, dogmas, marcas que tratan de imitarse y en el segundo, la coacción que lo orilla hasta el suicidio. En el mismo campo Andrade (2012) adiciona tres factores causales del suicidio, producto de interrelaciones confusas e inestables: factores extra-sociales (alineación mental), las causas y tipos sociales (es un fenómeno colectivo) y el suicidio como fenómeno social (situación exterior y circunstancias causantes del suicidio).

Frente a los índices suicidas, es urgente diseñar políticas públicas que integren a este fenómeno en la agenda de la gestión institucional de la salud, con líneas objetivas de prevención, persuasión y tratamiento a las personas que tienen

pensamientos suicidas, con mayor énfasis en los casos que hayan registrado intentos suicidas. No es casual que en este estudio se encuentre que el 83% hayan intentado suicidarse, entre una, dos y más de tres veces. ¿Qué hacer? Se requiere que los programas y/o estrategias impulsados por el Estado nacional a través del Ministerio de salud en prevención del suicidio, sean más eficaces, en palabras de Pérez (2015) los programa de prevención del suicidio deben realizar un abordaje integral, que incluyan además de la institución rectora de la salud, las instancias relacionadas con la atención ciudadana, GAD's provinciales, municipales, parroquiales, delegaciones desconcentradas del gobierno nacional, unidades educativas de nivel medio, universidades, ONG's, gremios, comités ciudadanos, cámaras de la producción, entre otros, con la colaboración y asesoría de expertos nacionales e internacionales en prevención del suicidio.

Adicionado a lo anterior, algunas acciones inmediatas: 1), tener claro que el suicidio es una causa de muerte de elevada prevalencia. 2) Asumir la prevención como tarea tripartita: Estado, sociedad y familia, con psico-educación para actuar en situaciones de riesgo. 3) El suicidio no monopoliza las disciplinas; el hecho causal es sociológico, mientras que a la prevención debe sumarse las ciencias de la educación y otras, a su vez, la modificación de conductas corresponde a la psicología y psiquiatría. 4) Se tiene que llegar a todos los auditorios sin racionalizar la información, más bien articularla desde una posición holística. 6) promover la organización de eventos científicos con demostración de investigaciones y relatos de experiencias suicidas advertidas, intervenidas y controladas.

En la idea del ¿qué hacer? Caiminagua et al, (2012) recomiendan implementar programas con contenidos para la prevención de cobertura masiva a través de medios de comunicación, en la comunidad, en centros hospitalarios donde se

realice diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico individual, familiar y grupal, además de potenciar lo que está desarrollando el Ministerio de Salud en los centros médicos comunitarios. Lo fundamental es psico-educar y concientizar a padres y población en general sobre signos de alerta de suicidio y la importancia de abordar el tema de manera abierta y comprensiva.

CONCLUSIÓN

El suicidio es un fenómeno invisibilizado, en aumento. Los factores de riesgo son categorizados como de origen individual, psicológicos y de acción medica; en tanto, las evidencias muestran que las causas son de carácter social, por antonomasia. Si el ser humano es un ser social, recibe de esta sociedad toda la información que la incorpora, la interioriza, se familiariza y la pone al servicio de su propia práctica. Hacer referencia al componente genético del individuo es otra área de discusión, como lo es la psicología, pero está demostrado que no es ni la locura, ni la neurastenia, ni la alucinación; la génesis del suicidio está en lo social.

Lo social lo constituyen las instituciones fundamentales: la familia, el Estado, la iglesia, el sistema educativo y las manifestaciones culturales, que toman a los individuos, los coaccionan y los expulsan, decidiendo unos por la locura, otros por la rebelión social o antisocial (delincuencia) y otros por el suicidio.

Se requiere de urgencia declarar al suicidio como enemigo silencioso que atenta contra la vida. Implica el diseño de políticas públicas con estrategias efectivas de diagnóstico, prevención y tratamiento psicológico y/o psiquiátrico a las personas con conductas suicidas, a la vez de intervenir en los factores que actúan como vectores del suicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, S. J. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 688-721.
<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/32373>
- Betancourt, A. (2008). El Suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso. *FLACSO - sede Ecuador*, 1-6.
<https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2350/1/BFLACS-O-CS26-04-Betancourt.pdf>
- Cabra, O. L., Infante, D. C., & Sosa, F. N. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas*, 13(2), 28-34.
<https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/rms/article/view/268/196>
- Caiminagua, N. D., Duran, A. D., & Pesantes, U. A. (2012). *Factores sociales que generan el trastorno depresivo con intento de suicidio en adolescentes, estudio de casos: Pacientes del Hospital Teofilo Dávila en el Área de medicina interna, de la ciudad de Machala*. Machala: Carrera de Psicología Clínica - Universidad Técnica de Machala.
- Cañón, B. S., & Carmona, P. J. (2018). Ideación de conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Padiatri Aten Primaria*, 20, 387-395.
<https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v20n80/1139-7632-pap-20-80-387.pdf>
- Castellvi, O. P., & Piqueras, R. J. (2018). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *REVISTA DE ESTUDIOS DE JUVENTUD*(121), 45-59.
https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf
- Cordero, T. S., & Tapia, C. P. (2009). *Estudio de riesgo de suicidio en estudiantes de las Escuelas de Medicina y Psicología de la Universidad del Azuay: Identificación de los riesgos asociados*. Cuenca: Universidad del Azuay. Facultad de Filosofía Letras y Ciencias de la Educación: Escuela de Psicología Clínica. <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/1183>
- Córdova, M. M., Cubillas, R. M., & Román, P. R. (2011). ¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de

- bachillerato. (C. Pontificia Universidad Javeriana - Cali, Ed.) *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 21-32.
<https://www.redalyc.org/pdf/801/80122596002.pdf>
- Corona, M. B., Hernández, S. M., & García, P. R. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas - Redalyc.org*, 15(1), 90-100.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011
- Correa, A. C. (2010). *Incidencia de la situación familiar en el comportamiento académico y disciplinario de los estudiantes de noveno y décimo año de Educación Básica del Colegio "El Prado" de Tumbaco en el año lectivo 2009 - 2010*. Quito - Ecuador: Universidad Tecnológica Equinoccial.
<https://dokumen.tips/documents/universidad-tecnologica-eq-informe-original-del-director-de-titulacin-comportamiento.html?page=2>
- Cruz, F., & Roa, V. (2005). *Intento suicida en niños y adolescentes: Criterios para un modelo de intervención en crisis desde el enfoque Constructivista Evolutivo*. Santiago: Universidad de Chile - Facultad de Ciencias Sociales - Carrera de Psicología.
- DeZubiria, S. M. (2007). Mil Motivos y Tres Causas del Suicidio Juvenil. *Tesis Psicológica - Redalyc*(2), 11-34.
<https://www.redalyc.org/pdf/1390/139012670003.pdf>
- Donas, B. S. (2001). *Adolescencia y Juventud en América Latina*. Costa Rica: LUR - Libro Universitario Regional.
<https://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf>
- Durkheim, E. (1897). *El Suicidio- Factores extrasociales*. Paris: Psikolibro.
- Encalada, R., Johanna, N., & Mercedes, Q. (2011). *La Disfunción Familiar y su Influencia en el Desarrollo Cognitivo de los Estudiantes del Primer Año de Bachillerato de la Sección Nocturna del Colegio Nacional en Ciencias "Juan Montalvo" de la Ciudad de Machala Periodo Lectivo 2010-2011*. Machala - Ecuador: Universidad Técnica de Machala.
http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/25/browse?type=title&sort_by=1&order=ASC&rpp=45&etal=10&null=&offset=33

- Etienne, G. K., Dahlberg, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2003). *Informe Mundial sobre la Violencia y La salud*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud - OMS-.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. Librería los Libros. <https://www.ivanillich.org.mx/Foucault-Castigar.pdf>
- Garay, M., & Vásquez, L. (2010). Suicidio e Intento de Autoeliminación, en el Uruguay Hoy. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 27.
file:///C:/Users/ASUS/Downloads/rueadmin,+Gestor_a+de+la+revista,+93-365-1-CE.pdf
- García G, N. d. (2012). *El rol de los padres de familia en relación al Rendimiento académico de los estudiantes que cursan la Educación básica superior en la unidad educativa Franciscana "San Diego de Alcalá" de Azogues*. Guayaquil - Ecuador.: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/430/1/T-UCSG-PRE-FIL-EP-3.pdf>
- Gerstner, R. M., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffé, S., & Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Rev Panam Salud Pública*, 42, 1-7.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49163/v42e1002018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Guajardo, S. G., Toledo, J. M., José, L. M., & Parra, C. C. (2017). Dispositivo metodológico crítico y transformador para delimitación del tema de investigación "suicidio en la escuela". En S. G. Guajardo, *Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido* (pp. 231- 261). Ediciones FLACSO-Chile.
<https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/56708.pdf>
- Gutiérrez, G. A., Contreras, C. M., & Orozco, R. R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. (I. N. Muñiz, Ed.) 29(5), 66-74.
<https://www.redalyc.org/pdf/582/58229510.pdf>

- Herrera, G. M. (2000). La Relación Social como Categoría de las Ciencias Sociales. *Ris - Dialnet, S/V(90)*, 37-77.
<https://www.redalyc.org/pdf/997/99717877002.pdf>
- INEC. (2021). *Estadísticas Vitales- Registro Estadístico de Defunciones Generales de 2021*. Quito. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2021/Principales_resultados_EDG_2021_v2.pdf
- INEC. (2022). Estadísticas Vitales- Registro Estadístico de Defunciones Generales de 2022. *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador, s/v(s/n)*, 1-38.
- Maldonado, A. G. (2002). *El Suicidio*. Puebla , México: Guatavo Maldonado Abascal. http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj_suicidio.pdf
- Marx, C. (1975). *El Capital - Tomo I*. La Abana: Archivo Digital de Fidel Ernest Vásquez. https://ecopol.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/202/2013/09/Marx_El-capital_Tomo-1_Vol-1.pdf
- Medina, P. Ó., Díaz, T. Á., & Roza, D. A. (2014). Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000-2010. *Rev. Fac. Med.*, 431-438.
- Mejía, L. M., Sanhueza, O. P., & González, J. (2011). Factores de Riesgo y Contexto del Suicidio. *Revista Memoriza.com, s/v(8)*, 15-25.
https://www.memoriza.com/documentos/revista/2011/Suicidi02011_8_15-25.pdf
- Ministerios/Educación. (2023). *Protocolos de actuación frente a situaciones de suicidio e intentos autolíticos detectadas en el sistema nacional de educación*. Quito: Ministerio de Educación - República del Ecuador.
<https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2023/11/situaciones-de-suicidios.pdf>
- Moya, J. (2007). La Conducta Suicida en adolescentes- sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil. *Osamcat/publicaciones(I)*, 29-36.
<file:///C:/Users/ASUS/Downloads/Dialnet-LaConductaSuicidaEnAdolescentesSusImplicacionesEnE-3247531.pdf>
- OMS. (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y Salud*. Washington, D.C: O.MS - Organización Panamericana de la Salud.

- OPS. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2014). *Prevención del Suicidio: Un imperativo Global*. Washington, D. C: Organización Panamericana de la Salud.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
- OPS-OMS. (2014). *Prevención del Suicidio - Un imperativo global*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Palacio, A. f. (2010). La comprensión clásica del suicidio de Emile Durkheim a nuestros días. *Affectio Societatis*(12), 13.
<file:///C:/Users/ASUS/Downloads/Dialnet-LaComprensionClasicaDelSuicidioDeEmileDurkheimANue-3703186.pdf>
- Péres, B. S. (1996). El Suicidio, Comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 196-217.
- Pérez, B. S. (2015). Recomendaciones para una estrategia de prevención del suicidio. (U. P. Heredia, Ed.) *Rev. de Neuro-Psiquiat*, 68(3-4), 222-227.
<https://www.redalyc.org/pdf/3720/372039388010.pdf>
- Rivadeneira, S. y. (2013). *Incidencia de las familias disfuncionales en el proceso de la formación integral en los niños del sexto año de Educación Básica de la UE R del Ecuador, cantón Huamboya, provincia de Morona Santiago*. Cuenca - Ecuador: Universidad Politécnica Salesiana - Sede Cuenca. .
- Rivera, H. M. (2010). *La prevención del suicidio en Adolescentes*. México: Facultad de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2015/07/prevencion_del_suicidio_en_adolescentes_si.pdf
- Statista. (15 de Octubre de 2023). (S. R. Department, Productor) Retrieved 14 de marzo de 2024, from <https://es.statista.com/estadisticas/1382318/tasa-de-suicidios-en-paises-de-america-latina-y-el-caribe/>
- Vargas, B. H., & Saavedra, E. J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev Neuropsiquiatr*, 75(1), 19-28.
<https://www.redalyc.org/pdf/3720/372036937004.pdf>

Conflicto de intereses

El autor indica que esta investigación no tiene conflicto de intereses
con certificación de

