

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

**CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA**

*Tesis para optar por el grado académico de  
Licenciatura en Medicina y Cirugía*

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A  
INTENTOS DE AUTOELIMINACIÓN Y  
SUICIDIO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA,  
2025.**

**DANIELA FALLAS GAGO**

Junio, 2025

## **TABLA DE CONTENIDOS**

TABLA DE CONTENIDOS.....	2
ÍNDICE DE TABLAS .....	5
ÍNDICE DE FIGURAS .....	6
DEDICATORIA .....	7
AGRADECIMIENTO .....	8
RESUMEN .....	9
ABSTRACT.....	10
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>11</b>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	12
1.1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA .....	12
1.1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.1.3 JUSTIFICACIÓN.....	15
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	16
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	16
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	17
1.4.1 ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN .....	17
1.4.2 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN .....	17

<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
2. 1 CONTEXTO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	19
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>37</b>
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	39
3.3.1 ÁREA DE ESTUDIO.....	39
3.3.2 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	39
3.3.3 POBLACIÓN.....	40
3.3.4 MUESTRA.....	40
3.3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	42
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	43
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	43
3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45
3.7 ORGANIZACIÓN DE DATOS.....	46
3.8 ANÁLISIS DE DATOS.....	47
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
4.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
4.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS ESCOGIDOS.....	49
4.3 ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA INVESTIGACIÓN.....	49
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>58</b>

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	59
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>63</b>
6.1 CONCLUSIONES .....	64
6.2 RECOMENDACIONES .....	66
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>67</b>
<b>GLOSARIO Y ABREVIATURAS .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>77</b>
DECLARACIÓN JURADA.....	77
CARTAS DE APROBACIÓN .....	78

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N°1.</b> Modelo CASA para la detección temprana de riesgo suicida.....	33
<b>Tabla N°2.</b> Escala Nemotécnica PALI para la identificación de señales de alerta.....	33
<b>Tabla N°3.</b> Criterios de Inclusión y exclusión .....	42
<b>Tabla N°4.</b> Lista de verificación de artículos científicos .....	43
<b>Tabla N°5.</b> Componentes de la pregunta PICO.....	44
<b>Tabla 6.</b> Estrategia de búsqueda en las bases de datos .....	45
<b>Tabla 7.</b> Artículos encontrados en las distintas bases de datos.....	46
<b>Tabla 8.</b> Estudios seleccionados para la revisión sistemática.....	50

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura N°1.</b> Diagrama de flujo PRISMA.....	41
--	----

## **DEDICATORIA**

A Dios, por volver a encontrarme siempre y recordarme que soy suficiente.

A mis papás, por su amor y apoyo incondicional.

Y a mi abuelo, Guillermo Gago, que desde el cielo ha sido mi inspiración y compañía para iniciar este camino en la Medicina.

## **AGRADECIMIENTO**

Primero, a Dios, por hacer posible este proceso y por bendecirme en cada paso del camino.

A mi mamá, Adriana Gago, y a mi papá, Fulvio Fallas, por ser mi impulso y motor, por nunca rendirse conmigo y por creer en mí, incluso en los momentos difíciles.

A mi hermana, Mariana Fallas, y a mi cuñado, Kevin Mora, por su compañía constante y su apoyo incondicional.

A mi prima Mónica Fallas, por ser mi confidente y escucharme.

A mis amigos, por estar presentes, motivarme y acompañarme en este largo camino.

A mi tutora, por su guía, sus consejos y por acompañarme en la construcción de este proyecto.

Y a todos los profesionales que, a lo largo de este camino, me han enseñado con dedicación y paciencia, ayudándome a crecer y formarme en la profesional que hoy soy.

## RESUMEN

**Introducción:** La conducta suicida representa una problemática urgente de salud pública en América Latina. Factores psicológicos, familiares, sociales, clínicos y estructurales influyen significativamente en la ideación e intento de autoeliminación a lo largo del ciclo vital.

**Objetivo:** Analizar los factores de riesgo asociados a intentos de autoeliminación y suicidio en la población general latinoamericana dentro del período 2015-2025. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática de enfoque cualitativo, siguiendo los lineamientos de la Declaración PRISMA 2020. Se seleccionaron 10 artículos científicos, extraídos de distintas bases de datos, los cuales abordan los factores de riesgo asociados a intentos de autoeliminación y suicidio en distintos grupos etarios de América Latina, durante el periodo 2015-2025. **Resultados:** La mayoría de los estudios coincidieron en señalar la multicausalidad del fenómeno suicida, resaltando la necesidad de intervenciones integrales, culturalmente adaptadas, con participación de instituciones de salud, centros educativos, entornos comunitarios y familiares. **Discusión:** Los estudios analizados evidencian que trastornos como la depresión y la ansiedad, junto con contextos de violencia familiar, exclusión social, pobreza y discriminación estructural, son factores determinantes en la conducta suicida. Además, variables como el género, la pertenencia étnica, el nivel educativo, la orientación sexual o el acceso limitado a servicios de salud mental incrementan la vulnerabilidad. **Conclusión:** La prevención de la conducta suicida en América Latina requiere un abordaje intersectorial que combine estrategias clínicas, psicosociales y educativas, considerando las condiciones estructurales que perpetúan el riesgo en la región y reconociendo la diversidad de factores según grupo poblacional.

**Palabras clave:** conducta suicida, intento de autoeliminación, factores de riesgo, América Latina, salud mental, prevención.

## ABSTRACT

**Introduction:** Suicidal behavior represents an urgent public health issue in Latin America. Psychological, familial, social, clinical, and structural factors significantly influence suicidal ideation and suicide attempts throughout the life cycle. **Objective:** To analyze the risk factors associated with suicide attempts and completed suicide in the general Latin American population between 2015 and 2025. **Methodology:** A systematic review with a qualitative approach was conducted, following the PRISMA 2020 guidelines. Ten scientific articles were selected from various databases; all addressed risk factors related to suicide attempts and completed suicide across different age groups in Latin America within the 2015-2025 timeframe. **Results:** Most of the reviewed studies identified suicidal behavior as a multicausal phenomenon and emphasized the need for comprehensive, culturally adapted interventions involving healthcare institutions, educational centers, communities, and families. **Discussion:** The reviewed studies show that disorders such as depression and anxiety, alongside contexts of family violence, social exclusion, poverty, and structural discrimination, are key determinants of suicidal behavior. Additionally, variables such as gender, ethnic background, educational level, sexual orientation, and limited access to mental health services increase vulnerability. **Conclusion:** Suicide prevention in Latin America requires an intersectoral approach that integrates clinical, psychosocial, and educational strategies, while considering the structural conditions that perpetuate risk and acknowledging the diversity of contributing factors across population groups.

**Keywords:** suicidal behavior, suicide attempt, risk factors, Latin America, mental health, prevention.

# **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1.1 Antecedentes del problema**

#### **Antecedentes internacionales**

Reyes Puebla et al. (2020), reportaron que por cada suicidio hay al menos 30 intentos y un 40% no reciben atención médica. En Chile, entre 2011 y 2017 los métodos más frecuentes fueron ahorcamiento (81,3%), armas de fuego (7,7%) y envenenamiento (4,1%). Se observó alta comorbilidad en casos de autolesión: TCA (40,7%), TDAH (29,6%) y trastornos emocionales (29,6%). Asimismo, el CITUC (2018), reveló que el 29,2% de 16.570 de intoxicaciones correspondieron a intentos suicidas, principalmente por psicofármacos (59%).

Soto Salcedo et al. (2020) identificaron factores asociados al riesgo suicida y parasuicida. En Chile, el suicidio es una de las causas principales de muerte en población joven, con tasas que han crecido un 90% entre 1990 y 2011, alcanzando 13,3 muertes por cada 100,000 habitantes. A nivel universitario, se reportó una prevalencia de vida de intento suicida del 14,3%, 5,3% de estudiantes con puntuaciones de desesperanza moderada a severa, 13,7% con criterios de depresión mayor y 26% para cualquier tipo de depresión y un 10,4 con trastorno bipolar.

El informe técnico de Johnson & Johnson (2022) destacó que en 2019 hubo aproximadamente 700.000 muertes por suicidio en el mundo, siendo la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años y la quinta entre los 30 y 49 años. El suicidio representa el 1.8% de todas las muertes globales, (una muerte cada 40 segundos). En América Latina, el 5% de los adultos sufre depresión y hasta el 60% no recibe tratamiento. Las personas con depresión mayor tienen un riesgo de suicidio 20 veces mayor. Además, el 80% de los suicidios ocurre en países de ingresos medio o bajos. La OMS promueve su reducción mediante el plan “LIVE LIFE” centrado en seis ejes estratégicos.

Hinojosa-Vega et al. (2023) señalaron que el suicidio es la cuarta causa de muerte en varones entre 15 y 29 años en México, con una tasa de 16,2 por cada 100,000 habitantes. En 2016 más de 60.000 adolescentes murieron por suicidio, 78% en países de ingresos bajos y medios. Por cada suicidio consumado, hay entre 10 y 30 intentos y la ideación suicida persistente en los doce meses posteriores al alta hospitalaria duplica el riesgo de recaída.

Camargo Júnior et al. (2023) examinaron la relación entre estrés e intentos de suicidio en personas con trastorno por consumo de sustancias. El 31,4% había intentado suicidarse y el 21% presentó ideación suicida en la semana previa. Las mujeres tuvieron un riesgo 4 veces mayor ( $p= 0.002$ ) y la ideación suicida aumentó el riesgo siete veces ( $p<0.001$ ). Además, el abuso emocional infantil se mantuvo como predictor significativo para ideación suicida ( $p= 0.006$ ).

Arango-Gutiérrez et al. (2024) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis sobre factores de riesgo durante la pandemia COVID-19. De 1717 estudios, se seleccionaron 30. La depresión fue el principal factor de riesgo con un OR= 10,50 (IC 95% 9.90-11.14) para ideación suicida y un OR= 7,31 (IC 95% 6,38-8,39) para el intento de suicidio.

Casas-Muñoz et al. (2024) reportaron que un intento de suicidio incrementa hasta 31 veces el riesgo de reincidencia (OR hasta 31.33 en hombres) y las autolesiones hasta 22 veces (OR= 22.53), el maltrato familiar hasta 34 veces, el acoso escolar hasta 8 veces (OR= 7.8), la violencia sexual (OR= 5.12) y la inseguridad alimentaria (RR= 1.92) para conductas suicidas. En México, la tasa de suicidio en jóvenes de 15 a 29 años pasó de 8.1 a 10.4 por cada 100,000 habitantes entre 2015 y 2021.

### **Antecedentes nacionales**

Campos-Chaves et al. (2021) desarrollaron múltiples factores de riesgo asociados al suicidio en La Cruz, Guanacaste. Entre 2016 y 2019 se registraron 8 suicidios consumados, siendo el

ahorcamiento el método más frecuente (más del 50% de los casos) y 46 intentos, con predominio en mujeres de 18 a 35 años. La tasa de intentos en el cantón alcanzó los 43 por cada 100 000 habitantes en 2017, la más alta de Guanacaste y presentó subregistros significativos.

Bérenzon Quirós et al. (2024) estudiaron adolescentes entre los 12 y 19 años, de Santa Bárbara de Heredia, San Carlos y Quepos. Se reportaron 3959 intentos de suicidio en el 2023, mientras que en el primer semestre del 2024 ya se habían contabilizado más de 1800 casos. Las tasas más elevadas se observaron en los grupos etarios de 10 a 14 años (80.8 por cada 100.000 habitantes) y de 15 a 19 años (121.3 por cada 100.000 habitantes), siendo las mujeres las que presentaron el 60% de los intentos registrados.

Martínez-Esquivel et al. (2024) analizaron las condiciones de salud mental y el riesgo de suicidio en estudiantes universitario. Se encontró que el 38,2% presentaba síntomas moderado-severos de depresión, el 19,7% síntomas severos de ansiedad y el 32,9% reportó riesgo de suicidio. La depresión tuvo un efecto significativo sobre el riesgo suicida ( $p=0,001$ ), mientras que el apoyo social percibido mostró una correlación negativa con dicho riesgo.

Millán-González (2024) reportó 2648 intentos de suicidio en Costa Rica, con predominio en Montes de Oro de Puntarenas y en personas de 10 a 19 años. El primer semestre cerró con 182 suicidios consumados, 146 correspondieron a hombres, siendo la ahorcadura el método más frecuente.

La Política Nacional de Salud Mental 2024-2034 prioriza la prevención del suicidio mediante acciones oportunas, con enfoque de derechos humanos y coordinación interinstitucional. Esta se complementa con la Normativa Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida (Decreto N. 40881-S) y protocolos como el del MEP, enfocados en detección temprana y atención integral, especialmente en adolescentes.

### **1.1.2 Delimitación del problema**

La presente revisión sistemática tiene como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a intentos de autoeliminación y suicidio en el período comprendido entre los años 2015 y 2025. El estudio se basa exclusivamente en artículos científicos obtenidos de bases de datos como PubMed, DialNet, SciELO, Redalyc y Google Académico.

### **1.1.3 Justificación**

El suicidio y los intentos de autoeliminación representan un problema de salud pública global de gran complejidad y profundas implicaciones clínicas, sociales y éticas. A pesar de los avances en el abordaje de la salud mental, estas conductas siguen siendo una de las principales causas de muerte en personas jóvenes y adultas, y su impacto es particularmente preocupante en regiones donde los sistemas de salud carecen de recursos suficientes para la detección y atención oportuna.

La literatura científica disponible señala múltiples factores de riesgo que contribuyen a la conducta suicida, incluyendo antecedentes psiquiátricos, consumo de sustancias, dinámicas familiares disfuncionales, acoso escolar, exclusión social, pobreza y eventos traumáticos. Sin embargo, estos factores no actúan de forma aislada, su peso varía según el contexto sociocultural, el grupo etario, el género y otros determinantes sociales de la salud.

Aunque existen estudios relevantes sobre el tema, la mayoría se encuentran dispersos, con enfoques muy localizados o metodologías poco comparables. Esto dificulta construir un panorama claro y actual sobre cuáles son los factores de riesgo más relevantes en los últimos años, especialmente tras los efectos psicosociales derivados de la pandemia por COVID-19, el auge del ciberacoso y el deterioro progresivo de la salud mental en poblaciones vulnerables.

Esta revisión sistemática se plantea como una herramienta para organizar y analizar la evidencia científica publicada entre 2015 y 2025, de modo que permita reconocer patrones, diferencias y vacíos en el conocimiento existente. El objetivo es aportar insumos útiles para el trabajo clínico, la elaboración de políticas públicas y el desarrollo de intervenciones preventivas más contextualizadas y efectivas. Asimismo, se espera que el estudio fortalezca la formación médica en salud mental, al promover una visión integral y crítica sobre las causas del sufrimiento psíquico y sus manifestaciones extremas.

## **1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a los intentos de autoeliminación en la población latinoamericana, y cómo pueden estos factores contribuir a la prevención del suicidio o de futuros intentos?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo general**

- Analizar los factores de riesgo asociados a intentos de autoeliminación y suicidio en la población general latinoamericana dentro del período 2015-2025.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Describir los principales factores de riesgo identificados en los estudios revisados, considerando las dimensiones individuales, familiares, sociales y clínicas.
- Examinar la distribución de dichos factores según variables como edad, sexo y contexto sociocultural, según lo reportado por los autores.
- Reconocer estrategias y posibles acciones identificadas en la literatura que contribuyan a la prevención y atención de la conducta suicida.

## **1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1.4.1 Alcances de la investigación**

La presente investigación logró cumplir con los objetivos planteados. Permitió identificar, categorizar y analizar los factores de riesgo asociados a intentos de autoeliminación y suicidio en población latinoamericana durante el periodo seleccionado. Además, permitió reunir evidencia reciente y confiable que puede ser útil para orientar intervenciones clínicas y educativas, especialmente en contextos vulnerables. El análisis realizado también brinda herramientas para futuras investigaciones y para el diseño de políticas públicas enfocadas en la prevención del suicidio.

### **1.4.2 Limitaciones de la investigación**

Entre las limitaciones del estudio, se encuentra el acceso restringido a varios artículos científicos que no se encontraban disponibles en texto completo. También se presentó una escasez de estudios nacionales recientes que cumplieran con el rango de años elegido. Puede haberse presentado cierto sesgo de publicación, ya que se priorizaron estudios tipo revisión sistemática o metaanálisis, lo que limitó la inclusión de otros enfoques.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## **2.1 CONTEXTO TEÓRICO CONCEPTUAL**

Esta investigación tiene como objetivo revisar los factores de riesgo asociados a los intentos de autoeliminación y suicidio en población adolescente y joven de América Latina. Este abordaje busca profundizar en los conceptos fundamentales, las clasificaciones clínicas, las perspectivas socioculturales y filosóficas del suicidio, así como en los modelos de evaluación del riesgo y las estrategias de intervención disponibles.

La relevancia de esta sección radica en que permite contextualizar la conducta suicida como un fenómeno multicausal y complejo, influido por variables individuales, familiares, sociales y estructurales. Además, ofrece las bases teóricas necesarias para interpretar los hallazgos empíricos de los estudios analizados, con el propósito de generar propuestas integrales de prevención, atención y acompañamiento, desde un enfoque que respete los derechos humanos, la diversidad y la dignidad de las personas.

### **2.2 Definiciones clave**

#### **2.2.1 Suicidio**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.), el suicidio es el acto de quitarse la vida deliberadamente”. Este fenómeno constituye una de las principales causas de muerte en personas menores de 25 años, con fuerte asociación a trastornos mentales como la depresión, así como a condiciones médicas graves y determinantes sociales como la pobreza o la falta de acceso a atención especializada.

Aunque existan distintas definiciones establecidas, se concuerda que existen elementos comunes en todas estas: una conducta autoinfligida, la intención deliberada de morir y el desenlace fatal al que conlleva este comportamiento. (Rangel-Villafaña & Jurado-Cárdenas, 2022)

### **2.2.2 Intento de suicidio**

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2014), “un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte” (p.801).

### **2.2.3 Ideación suicida**

Según el Protocolo de Atención en el Tema del Suicidio por parte del Consejo de la Persona Joven (2021), la ideación suicida corresponde a pensamientos o fantasías relacionados con el hecho de suicidarse. Esta puede variar en frecuencia, intensidad y nivel de planificación, y no implica necesariamente la ejecución del acto suicida.

### **2.2.4 Conducta suicida**

El Protocolo de Actuación frente a Situaciones de Suicidio e Intentos Autolíticos detectadas en el Sistema Nacional de Educación del Ecuador (2023) define la conducta suicida como una “conducta lesiva y autoinfligida en la que hay evidencia de que, por un lado, la persona desea usar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad y presenta algún grado, determinado o no, de intencionalidad suicida”.

### **2.2.5 Autolesión no suicida**

Según el DSM-5 (APA, 2014), la autolesión no suicida se define como el acto intencional de provocarse daño físico leve o moderado sobre la superficie corporal (como cortes, quemaduras, pinchazos o golpes), en al menos cinco ocasiones durante el último año, sin intención de provocar la muerte. Este comportamiento tiene como principal objetivo el alivio de estados emocionales negativos, la resolución de conflictos interpersonales o la inducción de sensaciones positivas.

### **2.3 Etapas del proceso suicida**

El suicidio no debe entenderse como un acto repentino, sino como un proceso gradual, según Chávez, Cortés, Hermosillo y Medina (2008). Este proceso consta de cinco etapas:

- Fantasía o ideación suicida: pensamientos o fantasías vinculadas al suicidio, generalmente acompañadas de tristeza o desesperanza.
- Amenaza suicida: manifestaciones verbales o no verbales con contenido autodestructivo, como frases sobre querer morir o mensajes escritos.
- Gesto suicida: conductas autolesivas sin intención letal clara, a modo de anticipo del acto suicida.
- Tentativa de suicidio: acto autoinfligido con intención de morir, pero sin resultado fatal.
- Suicidio consumado: muerte voluntaria, consciente e intencional causada por el propio sujeto.

### **2.4 Clasificaciones**

#### **2.4.1 Clasificación sociológica del suicidio según Émile Durkheim**

Una de las primeras aproximaciones teóricas al fenómeno del suicidio desde una perspectiva social fue planteada por el sociólogo francés Émile Durkheim, quien, a finales del siglo XIX, propuso que los factores sociales y culturales desempeñan un rol crucial en la aparición de conductas suicidas. Su propuesta, considerada una de las más influyentes en el campo de la sociología, distingue tres tipos fundamentales de suicidio: egoísta, altruista y anómico (Kaplan & Sadock, 2015).

El suicidio egoísta se presenta en individuos con escasa integración social, es decir, aquellos que se encuentran desvinculados de redes comunitarias, familiares o religiosas. Durkheim observó que las personas solteras o sin hijos, así como quienes profesan religiones menos

cohesionadas como los protestantes mostraban tasas más elevadas de suicidio en comparación con los católicos. (Condorelli, 2016).

En contraste, el suicidio altruista se produce cuando el sujeto está excesivamente integrado en su grupo, al punto de sacrificar su vida en nombre de valores colectivos o por obediencia a normas impuestas por la comunidad. Ejemplos de este tipo de suicidio pueden encontrarse en contextos militares o religiosos donde la vida individual se subordina al bienestar o al honor del grupo. (McFarlane, 2024).

Por último, el suicidio anómico ocurre cuando hay una ruptura de las normas o valores sociales que rigen la conducta, lo que lleva a una sensación de falta de propósito o de dirección. Este tipo está asociado a situaciones de crisis económicas, cambios sociales o transformaciones súbitas, donde las personas se enfrentan a disfunciones sociales o pérdida de sentido de unidad moral, lo que dificulta la adaptación. (Kar & Singh, 2023).

Esta clasificación sociológica resulta especialmente útil para comprender el vínculo entre los procesos de integración social, los cambios estructurales y el riesgo suicida en distintas poblaciones. (Mueller et al., 2021)

#### **2.4.2 Clasificaciones clínicas complementarias según el DSM-5**

Desde el contexto psiquiátrico, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) propone distintas formas de clasificar el comportamiento suicida, con el objetivo de valorar su gravedad, intencionalidad y riesgo de recurrencia. Estas clasificaciones clínicas permiten al profesional determinar el tipo de intervención más adecuada y la intensidad del seguimiento requerido.

##### **2.4.2.1 Clasificación temporal del comportamiento suicida**

Esta categoría contempla el tiempo transcurrido desde el intento suicida más reciente. Si el evento ocurrió en los últimos doce meses, se considera un comportamiento actual, mientras que, si han pasado entre doce y veinticuatro meses, se clasifica como en remisión inicial. Esta distinción permite ajustar la vigilancia clínica y prever posibles recaídas, ya que el riesgo continúa presente incluso pasado el primer año posterior al intento (APA, 2014).

#### **2.4.2.2 Clasificación según grado de planificación o impulsividad**

El DSM-5 diferencia entre actos suicidas cuidadosamente planificados y aquellos ejecutados de manera impulsiva. Los intentos planificados suelen implicar una elección deliberada del método, momento y lugar, procurando evitar interrupciones. En cambio, los impulsivos se desarrollan sin premeditación, en medio de crisis emocionales intensas. Esta distinción tiene implicaciones clínicas importantes, tanto para valorar el nivel de letalidad como para definir estrategias de contención emocional (APA, 2014).

#### **2.4.2.3 Clasificación por letalidad del método empleado**

Otra clasificación relevante se basa en el impacto médico del intento. Se habla de letalidad cuando el método utilizado produce consecuencias físicas graves o requiere hospitalización prolongada, como en casos de armas de fuego, ahorcamiento o caídas desde altura. En contraste, se considera de baja letalidad cuando se utilizan medios como sobredosis de fármacos o cortes superficiales, que permiten una intervención médica oportuna. Esta diferenciación permite valorar no sólo la intención, sino también la capacidad real del individuo para llevar a cabo el acto (APA, 2014).

Todas estas clasificaciones, tanto desde la sociología como desde la psiquiatría, permiten una comprensión integral del fenómeno suicida, considerando no sólo su contexto estructural y

cultural (Kaplan & Sadock, 2015), sino también sus dimensiones clínicas y temporales (APA, 2014).

## **2.5 Suicidio soberano y suicidio patológico: una distinción filosófica fundamental**

El suicidio, como fenómeno humano complejo, no puede reducirse exclusivamente a su dimensión médica o psicopatológica. Desde una perspectiva filosófica, Neira (2017) plantea la necesidad de distinguir entre dos formas radicalmente distintas de darse muerte: el suicidio patológico y el suicidio soberano.

El suicidio patológico implica una total pérdida de la soberanía, ocasionada por alguna patología mental que interfiera en la capacidad de decisión del individuo. (Neira, 2017). Esta forma de suicidio es comprendida como el resultado de una enfermedad mental, sin analizar o distinguir las vías o formas en la que es cometido. (García-Haro et al., 2020).

En contraste, el suicidio soberano implica la libertad del ser, en la cual este está consciente y en buenas condiciones de evaluar su situación. Aunque pueda estar expuesto a presiones morales, políticas o de salud. Se resalta que en estas circunstancias, la persona tiene la alternativa de escapar o evitar cometer este acto. (Neira, 2017).

A lo largo de la historia, filósofos como Kant y Spinoza se han opuesto al suicidio desde concepciones racionalistas sobre la preservación de la vida. Kant, por ejemplo, lo considera como un acto que va en contra de Dios y de los demás hombres, ya que implicaría que quien se suicida, está tratando a su propia vida como un medio y no como un fin. Spinoza, por su parte, entiende el suicidio como la evitación de un mal mayor, en respuesta a la amenaza e influencia de causas externas y opuestas a la naturaleza. (Neira, 2017)

Jean Améry, profundamente influenciado por Sartre, defiende el suicidio como una manifestación de libertad humana, involucrando la felicidad, el privilegio y la dignidad humana.

También menciona que, a pesar de ser una muerte difícil, sigue siendo una muerte natural. (Neira, 2017).

Neira (2017), destaca las experiencias a las que estuvieron expuestos Sócrates, Cristo, Séneca y Salvador Allende. Las asume como gestos políticos, morales o espirituales. En el caso de Cristo y Séneca, destaca que ellos tuvieron alternativas, las cuales no tomaron, para poder evitar su condena. Cristo, aun sabiendo el destino que le esperaba, asumió voluntariamente la muerte en la cruz como un acto de entrega, sin huir ni renegar su camino. Séneca eligió su forma de morir para conservar su dignidad ante la tiranía. Por otro lado, Allende optó por quitarse la vida, antes de renunciar su libertad ante una dictadura. Y Sócrates, eligió suicidarse antes de renunciar a sus decisiones y principios políticos.

En este marco, autores como Giovanni Papini ofrecen un punto de vista distinto, ya que señala que los suicidas no necesariamente rechazan la vida, sino que se rehúsan a vivirla, bajo condiciones que se consideran indignas o contrarias a su esencia. (Neira, 2017)

En conclusión, reconocer la diferencia entre el suicidio soberano y el suicidio patológico es indispensable tanto para la filosofía como para la medicina. Esta distinción permite no sólo una mejor comprensión del fenómeno, sino también una mirada más justa, ética y respetuosa hacia quienes han tomado decisiones radicales sobre sus propias vidas. Patologizar todo acto suicida implica negar la libertad humana. En cambio, reconocer la dimensión soberana del suicidio permite resignificarlo como un gesto político, existencial y, en ciertos casos, profundamente humano.

## **2.6 Prevalencia y magnitud del suicidio en adolescentes y jóvenes en América Latina**

El suicidio constituye una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial y representa una problemática de salud pública urgente, compleja y multifactorial. De acuerdo con la

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), más de 720.000 personas fallecen por esta causa cada año, y muchas más sobreviven a intentos previos. Estas conductas tienen un impacto devastador no sólo para quien las protagoniza, sino también para su entorno, con consecuencias emocionales, sociales y económicas de largo plazo.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por cada persona que se suicida, 20 lo intentaron. (Sanabria 2020).

A nivel global, el suicidio es la tercera causa de defunción entre personas de 15 a 29 años, y se estima que el 73% de los casos ocurren en países de ingresos bajos y medianos, lo que revela una clara relación con contextos de vulnerabilidad estructural (OMS, 2025). Esta conducta no tiene un origen único, sino que resulta de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales que puedan emerger desde edades tempranas y persistir a lo largo del ciclo vital.

En América Latina, la situación refleja patrones similares. En Argentina, se reportaron 3.340 suicidios en 2014, con la mayor concentración en el grupo de 15 a 24 años, alcanzando una tasa de 13,8 por cada 100.000 habitantes (DEIS, 2014, como se citó en UNICEF, 2017).

En Ecuador, el 76,7% de los suicidios registrados corresponden a hombres y los adolescentes figuran entre los más afectados: el suicidio es la primera causa de muerte en el grupo de 10 a 14 años (36,6%) y la segunda entre los 15 y 19 años (26,4%) (Ministerio de Educación del Ecuador, 2023).

En Chile, los datos también son alarmantes. La tasa general de suicidio ha alcanzado los 10,4 por cada 100.000 habitantes, con una progresión sostenida desde los años 80. Además, se ha documentado una prevalencia de ideación suicida en el 29,9% de los adolescentes, lo que demuestra la magnitud del problema desde etapas tempranas del desarrollo (Baader et al., 2011).

Costa Rica no escapa a esta realidad. Entre 2014 y 2018, los intentos de autoeliminación pasaron de 25,2 a 41,6 por cada 100.000 habitantes, especialmente entre jóvenes de 15 a 19 años, con una mayor prevalencia en mujeres, aunque son los hombres quienes consuman más suicidios (Comisión Técnica Interinstitucional, 2019, como se citó en Millán-González, Córdoba-López y Moreno-Salas, 2020).

Estudios en adolescentes mexicanos han señalado que las mujeres, particularmente aquellas mayores de 18 o menores de 16 años, presentan mayor prevalencia de ideación, planificación e intento suicida. Estos hallazgos sugieren que la conducta suicida puede iniciarse en la adolescencia temprana y culminar con un suicidio consumado en etapas posteriores (Dávila-Cervantes & Luna-Contreras, 2019).

En cuanto a los factores asociados, se ha determinado que la mayoría de los adolescentes con conductas suicidas presentan algún tipo de psicopatología. Los trastornos del ánimo, el abuso de sustancias y las conductas antisociales son los más frecuentemente reportados, mientras que los problemas familiares, como la falta de comunicación, la frialdad emocional o los conflictos constantes, se identificaron como factores de riesgo independientes que incrementan significativamente la probabilidad de la ideación o intento. Finalmente, se ha observado que aproximadamente el 10% de los adolescentes que han intentado suicidarse llegan a consumir el acto en los diez años siguientes (Baader et al., 2011).

## **2.7 Factores de riesgo asociados en población adolescente latinoamericana**

La adolescencia representa una etapa particularmente vulnerable del desarrollo humano, ocurre en un periodo de transición entre la niñez y la adultez. En este periodo, se combinan transformaciones en el comportamiento, biológicas y sociales. (Viejo & Ortega, 2015). Esta etapa de transición conlleva una alta sensibilidad ante situaciones de estrés, especialmente

cuando confluyen factores de riesgo individuales, familiares o ambientales sin adecuados sistemas de protección. (Liu & Wang, 2024)

En un enfoque clínico, se ha identificado que los trastornos mentales como la depresión, la ansiedad, el trastorno bipolar, los trastornos de personalidad y el uso de sustancias psicoactivas son condiciones comunes en adolescentes que han intentado o consumado suicidio. Factores como la impulsividad, la desesperanza persistente o la presencia de antecedentes familiares de conducta suicida aumentan significativamente el nivel de riesgo, sobre todo cuando hay historial de hospitalización o intentos previos (Kaplan & Sadock, 2015).

Estudios desarrollados en países latinoamericanos coinciden en que existen ciertos factores que se repiten con frecuencia en jóvenes en situación de riesgo. Por ejemplo, en adolescentes de México, se ha documentado mayor prevalencia de ideación e intento suicida en mujeres, especialmente en aquellas menores de 16 años o mayores de 18, así como en quienes presentan baja autoestima, dificultades de comunicación familiar, experiencias de abuso sexual, problemas de conducta o consumo de sustancias (Dávila-Cervantes & Luna-Contreras, 2019).

En el entorno familiar, se han descrito situaciones que incrementan la vulnerabilidad emocional del adolescente, como la violencia intrafamiliar, el abandono afectivo, el autoritarismo o una crianza negligente (Consejo de la Persona Joven, 2021). Estos factores también se relacionan con el aislamiento social, la ruptura de vínculos importantes y la falta de redes de apoyo emocional, lo cual agrava el malestar psíquico y favorece el desarrollo de pensamientos autodestructivos (Ministerio de Educación del Ecuador, 2023).

El ámbito escolar y social también cumplen un papel determinante. Experiencias de fracaso académico, acoso escolar, exclusión o discriminación por motivos de género, orientación sexual, etnia o situación económica afectan directamente la autoestima y la percepción de

pertenencia del adolescente, generando muchas veces una sensación de desesperanza frente al entorno (UNICEF, 2017).

Por otra parte, existen condiciones estructurales que pueden facilitar la aparición de conductas suicidas, como el fácil acceso a métodos letales, la ausencia de políticas públicas de salud mental, o la exposición continua a contenidos digitales que refuerzan ideales inalcanzables sobre el cuerpo o el éxito personal. Estos elementos, combinados con una baja percepción de apoyo social, constituyen un riesgo importante para quienes ya enfrentan dificultades emocionales (Ministerio de Educación del Ecuador, 2023).

Es importante también reconocer que, en muchos casos, los adolescentes manifiestan señales de alerta antes de un intento suicida. Entre las más comunes, se encuentran los cambios repentinos de comportamiento, el retraimiento, alteraciones del sueño o del apetito, el descuido personal, expresiones verbales sobre el deseo de morir o incluso actos de autolesión (UNICEF, 2017).

No obstante, la presencia de factores de protección puede marcar una diferencia significativa. El contar con una red de apoyo emocional, relaciones familiares estables, autoestima fortalecida, habilidades de afrontamiento y participación en actividades recreativas o culturales son elementos que amortiguan el riesgo y favorecen la resiliencia. Asimismo, tener un proyecto de vida definido y acceso a espacios seguros para hablar sobre el sufrimiento emocional son condiciones que contribuyen a prevenir conductas autolíticas (UNICEF, 2017; Ministerio de Educación del Ecuador, 2023).

En definitiva, la comprensión del suicidio adolescente en América Latina exige una mirada integral que contemple tanto el sufrimiento individual como los factores estructurales que lo rodean. Fortalecer entornos protectores, mejorar el acceso a servicios de salud mental y crear

espacios seguros para la expresión emocional son pasos fundamentales para la prevención eficaz en esta etapa de la vida.

## **2.8 Evaluación del riesgo suicida**

La evaluación del riesgo suicida constituye una herramienta clínica esencial para definir el nivel de peligro inmediato en pacientes que expresan ideación suicida o que han realizado un intento autolítico. Su finalidad no es únicamente establecer un diagnóstico, sino orientar decisiones terapéuticas urgentes, incluyendo el nivel de vigilancia requerido, la necesidad de hospitalización y la derivación a psiquiatría. (UNICEF, 2021).

Esta valoración debe realizarse considerando tanto aspectos subjetivos del paciente como indicadores clínicos objetivos, integrando herramientas validadas que permitan estandarizar el proceso y disminuir el margen de error (Rangel-Garzón, Suárez-Beltrán & Escobar-Córdoba, 2015).

### **2.8.1 Escalas clínicas principales en atención primaria**

Las escalas de riesgo suicida no reemplazan la entrevista psiquiátrica, pero pueden facilitar el proceso de tamizaje inicial especialmente en escenarios donde la atención es brindada por personal no especializado en salud mental, como en servicios de urgencias o atención primaria. Rangel-Garzón et al. (2015) identificaron nueve escalas con propiedades psicométricas sólidas, aplicables a pacientes adultos sin necesidad de un diagnóstico psiquiátrico confirmado.

Entre las más destacables, se encuentran:

- **Scale for Suicide Ideation (SSI):** Diseñada por Beck, esta escala explora la intensidad y gravedad de la ideación suicida, considerando la actitud hacia la vida o muerte, la planificación y la intención de llevarlo a cabo. Compuesta por 19 ítems con puntuación de 0 a 2. Se aplica mediante una entrevista semiestructurada. (Pérez et al., 2022).

- **Modified Scale for Suicide Ideation (MSSI):** Versión mejorada de la anterior, diseñada con el fin de evaluar la ideación suicida presente en las últimas 48 horas, mediante 18 ítems, cada uno puntuado en una escala de 0 a 3. Teniendo en cuenta que una puntuación total igual o mayor a 21 se asocia con ideación suicida grave. A los ítems originales del BSSI se le añadieron 5 ítems orientados en medir intensidad, coraje, capacidad para intentarlo y manifestaciones verbales o escritas sobre la muerte. (Ghasemi et al., 2015).
- **Plutchik Suicide Risk Scale:** Escala autoaplicada con 26 ítems (o 15 en su versión abreviada en español), que evalúa historia de intentos previos, desesperanza, ideación actual e indicadores de depresión. (Suárez-Colorado et al., 2019)
- **SAD PERSONS Scale:** Instrumento mnemotécnico que evalúa diez factores de riesgo clásicos como sexo, edad, depresión, intento previo, uso de sustancias, pérdida del pensamiento racional, ausencia de apoyo, plan organizado, sin cónyuge y mala salud física. Aunque es fácil de aplicar, algunos estudios han cuestionado su precisión para predecir riesgo real (Sanz-Gómez et al., 2025).
- **Suicide Assesment Scale (SUAS):** Escala clínica semiestructurada de 20 ítems que considera aspectos como tristeza, energía, hostilidad, ansiedad, tensión, impulsividad, pensamientos suicidas, deseo de morir, iniciativa, entre otros. Requiere de 20 a 30 minutos para su aplicación. (Abarca et al., 2018).

### 2.8.2 Fortalezas y limitaciones psicométricas

Las escalas más utilizadas presentan diferencias notables en cuanto a confiabilidad, validez y aplicabilidad. La SSI y MSSI destacan por su solidez teórica y base empírica, aunque requieren cierto nivel de entrenamiento clínico. En contraste, la Plutchik y la SAD PERSONS ofrecen

facilidad de aplicación, pero pueden sobrestimar o subestimar el riesgo en ciertos contextos (Rangel-Garzón et al., 2015).

Se ha señalado que muchas escalas evalúan sólo un dominio del riesgo suicida (como desesperanza, ideación o conducta previa), lo cual puede limitar su capacidad predictiva. Por ello, se recomienda utilizarlas como apoyo a la entrevista clínica, no como instrumentos únicos de decisión.

### **2.8.3 Escalas recomendadas para uso rápido**

De acuerdo con la revisión de Rangel-Garzón et al. (2015), las escalas MSSSI y Plutchik son las más adecuadas para el entorno de atención primaria. Ambas combinan buena sensibilidad, aplicabilidad práctica, tiempo reducido de aplicación y una estructura comprensible tanto para el paciente como para el evaluador.

Estas herramientas permiten realizar un tamizaje inicial confiable y orientar con rapidez la conducta clínica ante un paciente con posible riesgo suicida.

### **2.8.4 Integración con entrevista clínica y protocolos nacionales**

Las escalas clínicas deben integrarse siempre con la entrevista psiquiátrica y con protocolos establecidos a nivel institucional. En Costa Rica, el Protocolo de Atención al Suicidio desarrollado por el Consejo de la Persona Joven (2021) propone herramientas adaptadas al contexto local:

- **Modelo CASA:** Basado en la observación de cambios repentino, amenazas verbales y no verbales, sentimientos alterados y acciones inusuales o riesgosas.
- **Escala PALI:** Recurso nemotécnico que identifica pensamiento de muerte con plan estructurado, aislamiento físico y emocional, letalidad del método planeado e intentos previos de suicidio.

**Tabla N°1.** Modelo CASA para la detección temprana de riesgo suicida

C: Cambios repentinos	Variaciones bruscas en el estado de ánimo, conducta o hábitos (sueño, alimentación, rutina)
A: Amenazas	Expresiones verbales o actos que insinúan intención suicida, tanto directas como indirectas.
S: Sentimientos	Emociones persistentes como desesperanza, culpa, tristeza profunda o enojo desproporcionado.
A: Acciones	Conductas de riesgo: consumo de sustancias, aislamiento, autolesiones, escritura de despedida

**Fuente:** Consejo de la Persona Joven (2021). Protocolo de atención en el tema del suicidio.

**Tabla N°2.** Escala Nemotécnica PALI para la identificación de señales de alerta

P: Pensamiento y plan	Existencia de un plan estructurado para llevar a cabo el suicidio.
A: Aislamiento	Retiro físico o emocional del entorno social o familiar.
L: Letalidad	Grado de peligrosidad del método considerado o accesibilidad al mismo.

I: Intentos previos	Antecedentes de conductas suicidas anteriores, ya sean tentativas o actos autolesivos graves.
---------------------	---

**Fuente:** Consejo de la Persona Joven (2021). Protocolo de atención en el tema del suicidio.

Estas herramientas, junto con las escalas internacionales revisadas, constituyen un conjunto complementario de alto valor clínico. Su uso articulado contribuye a la mejor detección precoz, la clasificación del riesgo y el diseño de intervenciones terapéuticas adaptadas al contexto individual y sociocultural del paciente.

## **2.9 Manejo clínico e institucional del riesgo suicida**

### **2.9.1 Protocolos institucionales de intervención inmediata**

En Costa Rica, el Protocolo de Atención al tema del Suicidio (Consejo de la Persona Joven, 2021) establece directrices claras para la atención de personas con riesgo suicida. Estas incluyen la activación del sistema de emergencias médicas (911), la intervención con acompañamiento emocional inmediato, el contacto con familiares o personas cuidadoras y, en casos que involucren menores de edad, la articulación con el Patronato Nacional de la Infancia (PANI).

Además, el protocolo contempla el registro riguroso de los incidentes y la implementación de acciones de seguimiento con una perspectiva de derechos humanos y enfoque diferencial (Consejo de la Persona Joven, 2021).

En el ámbito educativo, el Ministerio de Educación del Ecuador (2023) ha definido un protocolo de actuación en situaciones de riesgo suicida en instituciones educativas. Este se basa en cuatro etapas: diagnóstico situacional, consentimiento informado, valoración individual y familiar, y diseño de un plan de atención psicosocial por parte del Departamento de Consejería Estudiantil

(DECE). Se promueve un abordaje que garantice la confidencialidad, evite la revictimización y proteja emocionalmente al estudiante.

### **2.9.2 Evaluación y contención en crisis**

El manejo clínico inicial ante un intento de suicidio requiere una intervención en crisis efectiva. Según Baader et al. (2011), esta intervención debe garantizar la estabilización emocional y física del paciente, facilitar la comunicación empática y brindar apoyo psicosocial inmediato. La intervención temprana permite no sólo ganar tiempo frente a un acto impulsivo, sino también reducir el riesgo de recurrencia mediante la construcción de redes de apoyo y el inicio de tratamiento psiquiátrico, si se requiere.

Se enfatiza también la importancia de considerar factores éticos como el respeto a la confidencialidad, la no estigmatización, el uso de un lenguaje empático y la participación del entorno más cercano del paciente, tal como lo establece el Protocolo Nacional costarricense (Consejo de la Persona Joven, 2021) y la legislación argentina vigente sobre prevención del suicidio (UNICEF, 2017).

### **2.9.3 Manejo clínico según criterios psiquiátricos**

Desde una perspectiva psiquiátrica, Kaplan & Sadock (2015) señalan que la evaluación de la necesidad de hospitalización se basa en variables como: la presencia de un plan suicida estructurado, la disponibilidad de medios letales, la gravedad del trastorno psiquiátrico, la historia de intentos previos y el nivel de soporte familiar y social. En adolescentes, se recomienda considerar ingreso hospitalario en presencia de sintomatología depresiva severa, abuso de sustancias, impulsividad, trastornos psicóticos o antecedentes familiares de suicidio. Durante el proceso terapéutico, se sugiere establecer un plan de seguridad, identificar factores

protectores individuales y trabajar con la familia para modificar patrones disfuncionales que puedan estar contribuyendo al sufrimiento psíquico del paciente. (Aguilar et al., 2023).

#### **2.9.4 Prevención y fortalecimiento de redes**

El abordaje del suicidio también implica acciones preventivas y de seguimiento. La Ley 27.130 de Prevención del Suicidio de Argentina establece la obligación del Estado de garantizar asistencia inmediata a las personas en riesgo, preservar la confidencialidad, capacitar a los profesionales de salud y generar registros epidemiológicos actualizados. También contempla la intervención con el entorno cercano tras un intento consumado o fallido, como parte del proceso de contención y reparación emocional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF (2017) recomiendan promover campañas educativas que reduzcan el estigma, fortalecer las habilidades para la vida en la población adolescente, implementar líneas telefónicas de atención y facilitar acceso a servicios de salud mental en comunidades vulnerables.

## **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

Esta investigación adopta un enfoque cualitativo, ya que busca comprender en profundidad y de manera integral la conducta suicida. A través del análisis de contenido de estudios científicos previamente publicados entre los años 2015 y 2025, se pretende interpretar los significados, relaciones y contextos vinculados a los factores de riesgo asociados a los intentos de autoeliminación y suicidio en la población latinoamericana. El enfoque cualitativo se caracteriza por priorizar la comprensión del fenómeno, tomando en cuenta el contexto, los significados y las experiencias relacionadas.

Esta investigación se orienta a explorar conceptos, interpretaciones y categorías que emergen de los estudios seleccionados. Este enfoque permite establecer vínculos entre los elementos teóricos encontrados en la literatura científica, identificar patrones comunes, diferencias contextuales y factores determinantes asociados al suicidio, de manera que se logre una aproximación más reflexiva, crítica y humana sobre el fenómeno en estudio.

### **3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio corresponde a una revisión sistemática de alcance descriptivo, sustentada en la recopilación rigurosa, selección crítica y análisis organizado de estudios científicos sobre los factores de riesgo asociados a intentos de autoeliminación y suicidio en América Latina.

Se trata de una investigación de tipo secundaria, ya que no se obtiene información de sujetos directamente, sino que se reúnen resultados de diversas investigaciones primarias publicadas previamente, todas centradas en un tema común, con el fin de comparar hallazgos y facilitar el análisis.

El objetivo principal es filtrar y sistematizar la literatura para identificar patrones comunes, elementos diferenciales y vacíos de conocimiento, con énfasis en las condiciones psicosociales, culturales y clínicas que influyen en estos eventos.

El estudio tiene un enfoque descriptivo, ya que se centra en detallar, organizar e interpretar las características documentadas en los artículos revisados. Así se recopila información clave sobre la población estudiada, los determinantes de riesgo más frecuentes y los enfoques teóricos utilizados, sin alterar los datos originales de cada fuente.

### **3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

Las unidades de análisis utilizadas para desarrollar esta investigación corresponden a estudios científicos publicados entre los años 2015 y 2025, seleccionados a través de bases de datos académicos como SciELO, PubMed, Redalyc, DialNet y Google Académico. Estos estudios fueron evaluados y organizados con base en criterios definidos, con el objetivo de analizar la información y obtener conclusiones.

#### **3.3.1 Área de estudio**

Por el tipo de estudio empleado en la investigación, este apartado no se ejecuta.

Sin embargo, los artículos seleccionados provienen de países de América Latina como México, Colombia, Costa Rica y Brasil. Esta investigación se desarrolla en Costa Rica, aunque el enfoque de análisis abarca toda la región latinoamericana.

#### **3.3.2 Fuentes de información**

La investigación se sustenta principalmente en fuentes de información primaria, constituidas por artículos científicos incluidos en la muestra final de esta revisión sistemática, los cuales contienen datos y resultados provenientes de investigaciones empíricas. Estos fueron recuperados de recursos académicos como PubMed, DialNet, Redalyc, SciELO y Google

Académico. Por su parte, las fuentes de información secundarias comprenden revisiones sistemáticas y documentos de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), utilizados para contextualizar el fenómeno del suicidio en la región.

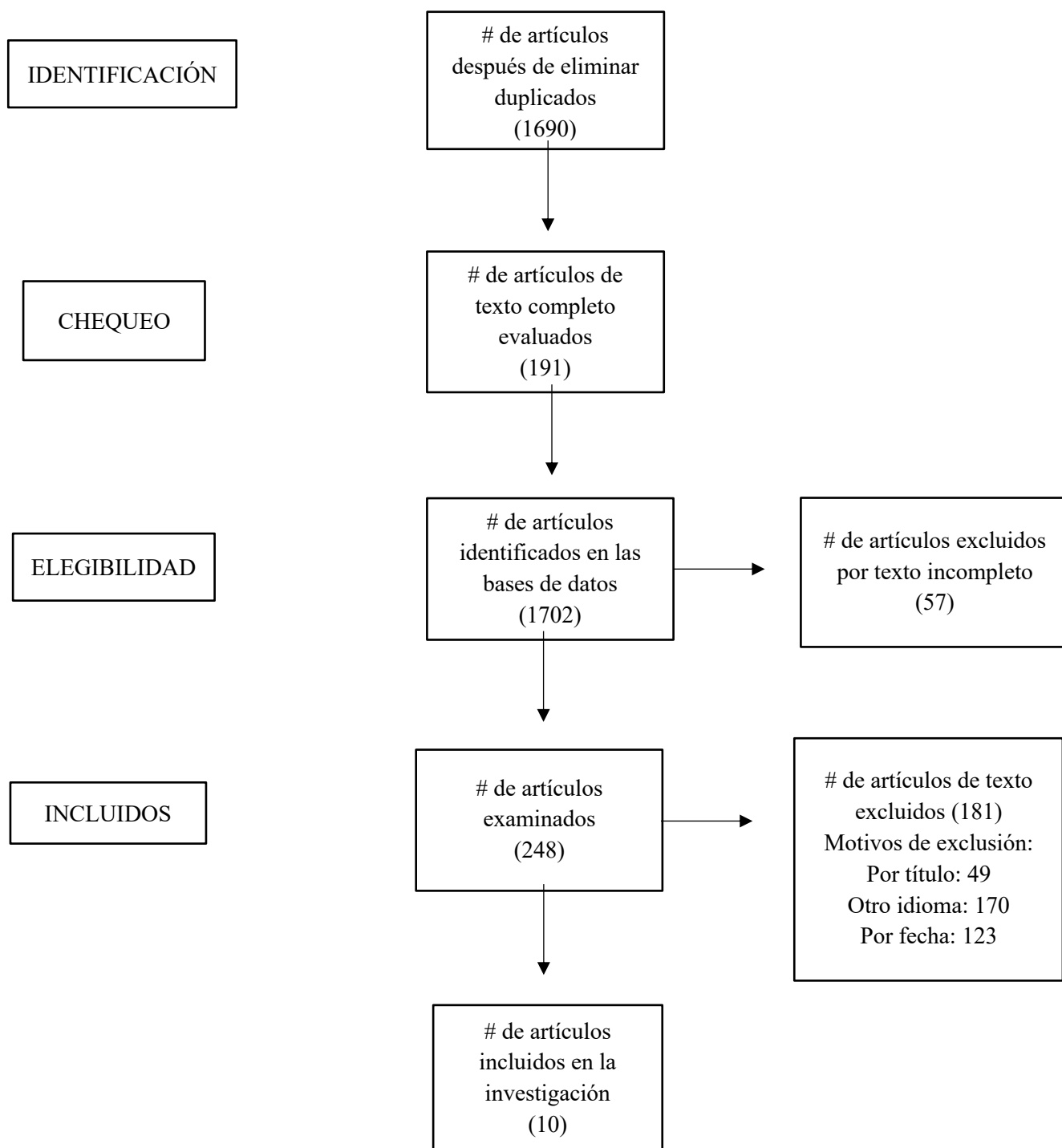
### **3.3.3 Población**

La población objeto de análisis está compuesta por estudios que aborden factores de asociados al suicidio o a intentos de autoeliminación en población latinoamericana, publicados entre los años 2015 y 2025.

### **3.3.4 Muestra**

La muestra del estudio se compone de un total de 10 artículos científicos, seleccionados y filtrados según criterios establecidos siguiendo la metodología PRISMA. Dicho proceso se presenta en el diagrama PRSIMA en la figura No. 1

**Figura N°1. Diagrama de flujo PRISMA**



**Fuente:** elaboración propia, 2025.

### 3.3.5 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión se establecieron con base en la relevancia temática, calidad metodológica y actualidad de las publicaciones. Estos lineamientos permitieron garantizar que los artículos seleccionados aportaran evidencia significativa para responder a la pregunta de investigación. La siguiente tabla resume dichos criterios:

**Tabla N°3.** Criterios de Inclusión y exclusión

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
Artículos científicos que analicen factores de riesgo asociados a suicidio o intentos de autoeliminación en población general.	Artículos sin acceso al texto completo o que su revisión completa no esté disponible para el análisis.
Investigaciones desarrolladas en países de América Latina, que contextualicen los distintos factores de riesgo según las características sociales, culturales o estructurales de la región.	Artículos que se enfoquen en regiones fuera de América Latina o que no especifiquen el contexto geográfico.
Artículos tipo revisión sistemática publicados entre los años 2015 y 2025	Artículos que no estén disponibles en las bases de datos académicas seleccionadas (PubMed, DialNet, SciELO, Redalyc y Google Académico).
Publicaciones disponibles en idioma español, inglés o portugués.	Artículos duplicados entre las distintas bases de datos o versiones repetidas del mismo estudio, que puedan sesgar los resultados.

**Fuente:** elaboración propia, 2025.

### 3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para llevarse a cabo esta revisión sistemática, se empleó una matriz de análisis en formato Excel como herramienta principal para organizar y evaluar los artículos seleccionados. Este instrumento permitió clasificar cada estudio según variables clave como el título, los autores, el año y la revista de publicación, el tipo de investigación, el diseño metodológico utilizado y los hallazgos más relevantes de cada trabajo.

Dicha sistematización facilitó la comparación entre los artículos revisados, así como la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. La estructura empleada se ejemplifica a continuación en la Tabla N°4.

**Tabla N°4.** Lista de verificación de artículos científicos

Título del artículo	Autor/ año de publicación/ revista	Tipo de investigación	Diseño metodológico	Hallazgos relevantes

**Fuente:** elaboración propia, 2025.

### 3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación es no experimental, de tipo transversal, ya que se centra en el análisis de estudios previamente publicados sin manipulación de variables ni intervención directa sobre los sujetos. Se desarrolla a partir de una revisión sistemática de la evidencia existente, lo cual permite obtener una visión panorámica y actualizada del fenómeno de estudio. La metodología implementada permite organizar de forma estructurada los hallazgos científicos más relevantes sobre los factores de riesgo asociados a intentos de autoeliminación y suicidio en América Latina, en un periodo comprendido entre los años 2015 y 2025. Esta estrategia fue

diseñada para garantizar la validez del proceso, la transparencia en la selección de los artículos y la trazabilidad de los resultados. El procedimiento de búsqueda y selección se organizó conforme a los principios de la estrategia PRISMA, representada en un diagrama de flujo que detalla cada fase: identificación, selección, elegibilidad e inclusión.

Como guía estructural, se utilizó el modelo PICO, que ayudó a delimitar los elementos de la pregunta de investigación: la población de estudio, el fenómeno de interés, el contexto geográfico y los resultados esperados. A partir de este planteamiento, se definieron los criterios de inclusión y exclusión, lo que permitió seleccionar únicamente estudios relevantes para los objetivos del trabajo.

Una vez seleccionados los artículos válidos, estos se clasificaron por autor, año de publicación, tipo de estudio, diseño metodológico y principales hallazgos mediante fichas de revisión, con el fin de facilitar la comparación y análisis de los datos sin intervenir directamente en ellos.

**Tabla N°5.** Componentes de la pregunta PICO

Acrónimo	Descripción del componente
P (Población)	Población general latinoamericana que ha presentado intentos de autoeliminación o suicidio
I (Intervención/ Fenómeno de interés)	Factores de riesgo asociados
C (Comparación/ Contexto)	Factores de riesgo identificados en población latinoamericana
O (Resultado)	Prevención del suicidio o de futuros intentos de autoeliminación

Fuente: elaboración propia, 2025.

### 3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos de esta investigación siguió los lineamientos PRISMA mencionados anteriormente. En la primera fase, la de identificación, se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos académicas confiables como PubMed, SciELO, Redalyc, DialNet y Google Académico, utilizando combinaciones específicas de palabras clave relacionadas con los factores de riesgo, conducta suicida, intento de autoeliminación y su relación con la región de América Latina, durante el periodo 2015-2025.

En la etapa de chequeo, se eliminaron los artículos duplicados y se revisaron títulos y resúmenes para aplicar los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Posteriormente, en la fase de elegibilidad, se analizó el texto completo de los estudios seleccionados para valorar su calidad metodológica y su pertinencia frente al objetivo de la investigación. Finalmente, se definieron los 1 artículos científicos que cumplieron con todos los criterios y fueron incluidos en la revisión sistemática.

Para documentar con precisión este procedimiento, se presenta en la Figura N°1 el diagrama de flujo que representa cada una de las etapas de la metodología PRISMA aplicada en este estudio. A continuación, se muestra la tabla con los resultados obtenidos a partir de las palabras claves empleadas en las bases de datos consultadas.

**Tabla 6.** Estrategia de búsqueda en las bases de datos

Fecha de búsqueda	Terminología completa de la búsqueda	Filtros
25/06/2025	“suicide” and “suicide attempt”	2015-2025, Texto completo

25/06/2025	“suicide” and “risk factors”	2015-2025, Texto completo
25/06/2025	“suicide” and “prevention and control”	2015-2025, Texto completo

Fuente: elaboración propia, 2025.

**Tabla 7.** Artículos encontrados en las distintas bases de datos

Bases de datos	Artículos encontrados	Estudios no duplicados	Artículos posteriores a la aplicación de filtros	Publicaciones revisadas por resumen y título	Publicaciones revisadas por texto completo disponible	Artículos seleccionados
PubMed	621	617	10	3	7	1
SciELO	303	303	36	10	36	3
Redalyc	345	345	94	13	94	2
DialNet	29	29	8	4	8	1
Google Académico	404	396	100	20	46	3
Total	1702	1690	248	49	191	10

Fuente: elaboración propia, 2025.

### 3.7 ORGANIZACIÓN DE DATOS

La organización de datos de esta investigación se realizó mediante una hoja de cálculo en Excel, que permitió estructurar de forma ordenada y precisa la información extraída de los 10 artículos científicos seleccionados. Cada estudio fue clasificado de acuerdo con una serie de variables

clave. Esta sistematización favoreció la comparación entre los diferentes estudios y permitió identificar similitudes y diferencias.

Todos los artículos fueron previamente filtrados y posteriormente organizados de forma cronológica, priorizando los más recientes. Esta clasificación permitió optimizar el análisis de la evidencia científica recopilada y garantizó una base sólida para el desarrollo de los capítulos siguientes. Los textos seleccionados se analizaron en su formato completo (PDF o HTML), en los idiomas español, inglés o portugués y fueron almacenados de forma ordenada para su consulta posterior.

### **3.8 ANÁLISIS DE DATOS**

El análisis de los datos se realizó mediante la lectura de cada uno de los artículos incluidos en la revisión. Este proceso implicó examinar y evaluar los aspectos metodológicos, la validez de los hallazgos, la claridad en los resultados y la relevancia de cada estudio en relación con los objetivos planteados.

Dado que el tema central de la investigación es la identificación de factores de riesgo asociados al suicidio o intentos de autoeliminación en población latinoamericana, el análisis se orientó a sintetizar las variables de mayor frecuencia e impacto. Para ello, se aplicó una síntesis narrativa, que permitió integrar los hallazgos más significativos y reconocer tanto las coincidencias como las divergencias entre los estudios, facilitando la construcción de conclusiones fundamentadas y coherentes.

## **CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

## **4.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

En el presente capítulo se identifican y desarrollan los estudios seleccionados luego de una búsqueda exhaustiva en cinco bases de datos: PubMed, SciELO, Redalyc, DialNet y Google Académico. Para esta revisión se aplicaron boléanos y palabras claves, durante el período 2015 al 2025. En total se examinaron alrededor de 1702 artículos, de los cuales únicamente se seleccionaron 10 por cumplir con los parámetros establecidos y ser los más pertinentes para responder al objetivo de esta investigación. Todos los estudios están enfocados en factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes y jóvenes latinoamericanos.

## **4.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS ESCOGIDOS**

La información obtenida a través de los estudios seleccionados busca aportar datos actualizados sobre los factores individuales, familiares, sociales y clínicos que inciden en la conducta suicida. Los artículos seleccionados fueron realizados en países como Costa Rica, Colombia, Chile, México, Perú, Ecuador y Cuba.

En cuanto al tipo de investigación, se evidencia una variedad metodológica. La mayoría corresponde a revisiones sistemáticas, aunque también se incluye un metaanálisis documental. La población abordada varía entre adolescentes en edad escolar, estudiantes universitarios, comunidades indígenas y menores de 12 años.

## **4.3 ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA INVESTIGACIÓN**

Se presenta a continuación una tabla que resume los artículos seleccionados para el desarrollo de esta investigación, en relación con los objetivos planteados. La tabla contiene información relevante sobre cada estudio, incluyendo una cita abreviada, localización, tipo de estudio, pregunta de investigación, método, resultados, conclusiones, calidad del estudio y si cumple o no con los criterios definidos.

**Tabla 8.** Estudios seleccionados para la revisión sistemática

Cita abreviada	Localización	Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones	Calidad del estudio	Cumple o no los criterios
<p>González R, Picado M. Revisión sistemática de literatura sobre suicidio: factores de riesgo y protectores en jóvenes latinoamericanos 1995-2017</p>	<p>Costa Rica</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>¿Cuáles son los factores protectores y de riesgo de suicidio en jóvenes en varios países de América Latina?</p>	<p>Revisión sistemática de 78 artículos enfocados en suicidio juvenil en población latinoamericana.</p>	<p>Se identificaron factores de riesgo como disfunción familiar, pertenecer a comunidad LGBTI, aislamiento, trastornos psiquiátricos, Consumo y dependencia de drogas. De factores protectores se destacan: red social fuerte, apoyo de padres, relación de pareja estable, creencias, aceptación de defectos y</p>	<p>La dinámica familiar cumple un rol determinante en la conducta suicida juvenil, actuando como factor de riesgo o de protección. Se destaca la necesidad de fortalecer vínculos familiares positivos y explorar más los factores protectores.</p>	<p>Alta</p>	<p>Sí</p>

					ausencia de percepción de rechazo.			
Villacrés H. Relación entre depresión e ideación suicida en adolescentes y estudiantes universitarios latinoamericanos: revisión sistemática. 2024	Ecuador	Revisión sistemática	¿Cuál es la relación entre depresión e ideación suicida en adolescentes y estudiantes universitarios latinoamericanos?	Revisión sistemática compuesta por 12 artículos realizados en adolescentes y estudiantes universitarios latinoamericanos con depresión o ideación suicida.	Se identificó correlación positiva en todos los estudios entre depresión e ideación suicida, con valores que oscilan entre $r=0.43$ y $r=0.91$ . La presencia de depresión severa se asoció con mayor ideación suicida.	Se confirma la correlación positiva significativa entre depresión e ideación suicida en adolescentes y universitarios latinoamericanos. La depresión representa un riesgo considerable para la ideación suicida.	Alta	Sí
Hernández L, De la Hoz F, Ríos A. Risk and Protective Factors for Suicidal Ideation and Attempt in Latin American Adolescents and Youth: Systematic Review. 2023	Colombia	Revisión sistemática	¿Cuáles son los factores de riesgo y de protección asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes y jóvenes en Latinoamérica?	Revisión sistemática que incluye 20 artículos que abarcan los factores de riesgo y protección asociados a ideación e intento suicida en jóvenes y adolescentes latinoamericanos.	Se señalaron factores de riesgo como disfunción familiar, antecedentes de suicidio, depresión, abuso sexual, consumo de sustancias, bullying y baja autoestima. También factores	Existe alta prevalencia de ideación e intento suicida en población joven latinoamericana, asociada con factores de riesgo familiares, psicológicos y sociales. Se destaca la necesidad de	Alta	Sí

					protectores como funcionalidad y soporte familiar.	fortalecer el estudio de factores protectores.		
Hernández L, Ríos A, De la Hoz F. Intento de suicidio y suicidio consumado en adolescentes y jóvenes desde los determinantes sociales de la salud: revisión sistemática. 2025	Colombia	Revisión sistemática	¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios asociados al intento de suicidio y suicidio en adolescentes y jóvenes latinoamericanos de acuerdo con la literatura publicada?	Revisión sistemática que consta de 10 artículos centrados en determinantes sociales e la salud asociados al intento de suicidio o suicidio en adolescentes o jóvenes en Latinoamérica	Los determinantes estructurales asociados al suicidio fueron ser hombre, edad entre 15-24 años, desigualdad (índice de Gini elevado), bajo PIB per cápita y religión católica o evangélica. Para el intento de suicidio fueron rezago educativo, ser mujer, vivir en cabecera municipal, consumo de tabaco o alcohol, violencia y depresión.	La evidencia sobre la relación entre desigualdad y suicidio es contradictoria. Se destaca la necesidad de investigaciones que profundicen en la interacción entre los determinantes sociales estructurales e intermedios y su impacto en la conducta suicida juvenil.	Alta	Sí

<p>Azuero A, Arreaza D, Coriat J, Tassinari, S, Faria A, Castañeda C, Rosselli D. Suicide in the Indigenous Population of Latin America: A Systematic Review. 2017</p>	<p>Colombia</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>¿Cuál es la incidencia, distribución étnica-geográfica y los factores de riesgo de suicidio en población indígena de América Latina?</p>	<p>Revisión sistemática formada por 41 artículos sobre suicidio en comunidades indígenas de países latinoamericanos</p>	<p>El suicidio en población indígena es un problema de salud pública, vinculado a la “muerte cultural” provocada por la industrialización, degradación ambiental, pérdida de territorio, consumo de alcohol y ruptura de tradiciones. Se identificaron tasas mayores en hombres jóvenes o viudos, con prevalencia de métodos como el ahorcamiento.</p>	<p>El fenómeno de suicidio en comunidades indígenas debe abordarse desde una perspectiva cultural y antropológica. Las tasas son alarmantes y reflejan una profunda vulnerabilidad estructural</p>	<p>Alta</p>	<p>Sí</p>
<p>Soto A. La conducta suicida y su relación con factores psicosociales vinculados a la salud mental, en la población</p>	<p>Chile</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>¿Qué intervenciones clínicas, educativas y psicosociales son las más usadas y eficaces en la prevención de la</p>	<p>Revisión sistemática que incluye 34 artículos sobre intervenciones clínicas, educativas y psicosociales de</p>	<p>Se identificaron 34 programas de intervención clasificados en tres tipos (clínica, educativa y psicosocial),</p>	<p>La revisión evidencia que los programas clínicos (terapia cognitivo-conductual, intervenciones familiares,</p>	<p>Alta</p>	<p>Sí</p>

<p>juvenil chilena. Un análisis para la. Generación de programas de prevención. 2023</p>			<p>conducta suicida en adolescentes y jóvenes adultos?</p>	<p>la conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes</p>	<p>varios con efectividad comprobada. El análisis propio reveló que la depresión, ansiedad e impulsividad no planificada son factores asociados a la conducta suicida en universitarios, mientras que la autoestima funciona como factor protector.</p>	<p>resolución de problemas) son los más eficaces. En el estudio propio, se destaca la necesidad de abordajes integrales desde la universidad, considerando factores psicosociales</p>		
<p>Denis E, Barradas M, Delgadillo R, Denis P, Melo G. Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un metaanálisis. 2017</p>	<p>México</p>	<p>Metaanálisis</p>	<p>¿Cuál es la prevalencia de ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado en estudiantes de medicina en América Latina, y qué factores sociodemográficos y psicológicos están asociados?</p>	<p>Metaanálisis documental que incluye 4715 estudiantes de medicina de América Latina, centrado en la prevalencia de ideación e intento suicida en esta población.</p>	<p>Se incluyeron 4715 estudiantes de medicina. La prevalencia media de ideación suicida fue 13.78% (rango 5.6-23.6%) y la de intento suicida 2.92% (0.2-5%). Se observaron tasas elevadas de ideación suicida</p>	<p>La prevalencia de ideación suicida en estudiantes de medicina en América Latina es alta y similar a la de países desarrollados. La carga académica, el estrés institucional y factores personales aumentan el</p>	<p>Alto</p>	<p>Sí</p>

					en varios países de la región, mientras que, en México, la prevalencia fue menor. La ideación suicida en estudiantes de medicina parece estar relacionada con depresión, ansiedad, abuso de sustancias y carga académica.	riesgo. Se recomienda realizar estudios bien diseñados con muestras grandes y comparativas con otras carreras para establecer diferencias significativas		
Martín R, Ferrer D, Machado M. Revisión sistemática sobre conducta suicida en niños menores de 12 años en Cuba. 2020	Cuba	Revisión sistemática	¿Cómo se caracteriza el comportamiento suicida en población menor de 12 años en Cuba?	Revisión sistemática de 16 artículos centrados en la conducta suicida en niños menores de 12 años en Cuba	Se identificó bajo número de investigaciones sobre esta población (16 de 103). Los principales factores de riesgo: antecedentes familiares o personales de intento suicida, violencia intrafamiliar y trastornos mentales.	La evidencia científica sobre conducta suicida infantil en Cuba es escasa, centrada en el enfoque epidemiológico, con mínima exploración psicológica y social.	Alta	Sí

<p>Benavides V, Villota N, Villalobos F. Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. 2019</p>	<p>Colombia</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>¿Cuáles son los hallazgos reportados en la literatura científica sobre conducta suicida en Colombia entre 2004 y 2018?</p>	<p>Revisión sistemática que incluyó 88 artículos entre 2004 y 2018 sobre conducta suicida en población colombiana</p>	<p>Se identificaron como factores de riesgo más frecuentes: depresión, disfunción familiar, diagnostico psiquiátrico, consumo de sustancias, antecedentes de intento suicida y victimización por abuso o violencia. Los mecanismos más comunes fueron asfixia, tóxicos y uso de armas punzocortantes.</p>	<p>Existe una amplia evidencia sobre factores de riesgo para la conducta suicida en Colombia, pero hay pocos estudios sobre factores protectores e intervenciones.</p>	<p>Alta</p>	<p>Sí</p>
<p>Jara M, Quiroz J. Revisión Sistemática: Factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes. 2021</p>	<p>Perú</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes?</p>	<p>Revisión sistemática compuesta por 21 artículos publicados entre 2011 y 2020, enfocados en factores de riesgo (psicológicos,</p>	<p>Identificaron múltiples factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes, agrupados en tres categorías:</p>	<p>La ideación suicida en adolescentes es un fenómeno multifactorial, donde los factores psicológicos, familiares,</p>	<p>Alta</p>	<p>Sí</p>

				<p>familiares o sociales) asociados a la ideación suicida en adolescentes de diversos países latinoamericanos.</p>	<p>psicológicos (depresión, ansiedad, impulsividad), familiares (insultos, carencia afectiva, golpes humillaciones, carencias afectivas), sociales (consumo de sustancias, bullying, problemas académicos, aislamiento social, conductas desadaptativas).</p>	<p>escolares y sociales interactúan entre sí. Es fundamental implementar estrategias de prevención multisectoriales e interdisciplinarias.</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--	--

Fuente: elaboración propia, 2025

# **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

## **5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Esta revisión sistemática pretende demostrar los factores de riesgo asociados a los intentos de autoeliminación y el suicidio consumado, detallando desde contextos personales, familiares, sociales, académicos, psicológicos, entre otros. Se analizaron 10 artículos en total para la obtención de información de este capítulo. Se dividirá en apartados en base a los objetivos específicos descritos anteriormente.

### **5.2 Factores de riesgo asociados**

Los intentos de autoeliminación y suicidio están relacionados con múltiples factores de riesgo. Según González-Sancho et al. (2020), se pueden ver implicadas condiciones psiquiátricas, familiares, o interpersonales, pertenecer a la comunidad LGBTI, tener poca o nula comunicación con los demás, ausencia de vínculos afectivos, aislamiento, embarazos no deseados, entre otros. También menciona la influencia del efecto Werther, que se refiere a un fenómeno de contagio, en el que las noticias sobre suicidios pueden influir sobre las conductas de las personas con algún factor de riesgo previo, llevándolas a imitar esas conductas, entre el primer y tercer día posterior a haber estado expuestas a la noticia o información.

Villacrés (2024) afirma la existencia de una correlación positiva entre la depresión y la ideación suicida.

Por otro lado, Hernández et al. (2023) mencionan como factores la disfunción familiar, ausencia parenteral, historia de conducta suicida, violencia doméstica, alcoholismo, consumo de sustancias, baja autoestima y no practicar ninguna religión.

A su vez, Hernández et al. (2025) diferencian los factores de riesgo entre los asociados al suicidio consumado, donde destaca el bajo PIB, aunque también lo señalan como posible factor

protector. En cuanto a los intentos, los factores que mencionan como influyentes son consumo de alcohol o tabaco, la violencia, depresión o el desempleo.

Azuero et al. (2017) se centran específicamente en la población indígena, una población altamente vulnerable, en la cual señalan factores como el consumo de alcohol o ayahuasca, la brujería, infidelidad, bajo nivel educativo, fallecimiento de seres queridos, cambios climáticos o desesperanza.

Soto (2023) describe como factores el estrés, baja autoestima, impulsividad, violencia de pareja, ansiedad o depresión.

Denis et al. (2017) hablan específicamente sobre los estudiantes de medicina, los cuales identifica como una población expuesta a múltiples desencadenantes como la incertidumbre, horarios mixtos, nivel alto de exigencia, periodos finales de evaluación como internado, servicio social y residencia, maltrato físico, pocas horas de sueño.

Martín et al. (2020), por su parte, se enfocan en población pediátrica y mencionan factores como maltrato, impulsividad, trastornos mentales, antecedentes de conducta suicida familiar y familiares disfuncionales.

Benavides et al. (2019) relacionan la depresión, los trastornos psiquiátricos, el consumo de sustancias, intentos previos de suicidio, enfermedades biológicas, disfunción familiar, baja escolaridad, vivir solo o estar soltero, ser víctima de abuso sexual, y los conflictos interpersonales o de pareja, con la conducta suicida.

Finalmente, Jara et al. (2021) destacan factores como la baja autoestima, depresión, violencia intrafamiliar, carencia afectiva, sobreprotección parenteral, bullying, consumo de sustancias, problemas académicos y aislamiento social.

Como se puede apreciar, los factores de riesgo asociados a los intentos de autoeliminación y suicidio son diversos y complejos, ya que no se limitan a un único ámbito, sino que abarcan aspectos individuales, familiares, sociales e incluso culturales. Comprender esto es fundamental para poder analizar, sin estigmas ni estereotipos, ya que cada población o individuo tiene sus propias particularidades.

### **5.3 Distribución según distintas variables**

De acuerdo con la revisión de los estudios anteriores, se pueden categorizar los factores de riesgo de acuerdo con variables como el sexo, la edad, la pertenencia cultural o el contexto social. Por ejemplo, Villacrés (2024) señala que la ideación suicida se manifiesta con mayor frecuencia en mujeres, lo cual coincide con lo reportado por Hernández et al. (2023), quienes destacan mayor presentación en mujeres y adolescentes.

Hernández et al. (2025) diferencian entre el suicidio consumado y los intentos de suicidio. Para el primero, menciona que lo cometen más los hombres, entre 15 y 24 años, y pertenecientes a las religiones católica o evangélica. Mientras que los intentos los realizan más las mujeres, que viven en cabecera municipal.

Azuero et al. (2017) destacan a la población indígena como una de las más vulnerables, especialmente en mujeres, adolescentes, personas solteras o viudas. Benavides et al. (2019) coincide en que la población indígena es de riesgo, y añade otros como adultos, adolescentes, hombres y estado civil soltero.

Soto (2023) resalta a mujeres, en el contexto universitario, en lo cual coincide de manera similar con lo mencionado por Denis et al. (2017), quienes se enfocaron en estudiantes de medicina.

Por último, Jara et al. (2021) mencionan a las mujeres, en edades entre 15 y 24 años.

### **5.4 Estrategias y posibles acciones preventivas**

Para el manejo y la prevención de los intentos de autoeliminación y suicidio, se proponen distintas estrategias en los artículos revisados.

Benavides et al. (2019) plantean estrategias de prevención y promoción frente al suicidio, basadas en el modelo de afrontamiento del estrés de Lazarus y Folkman.

Martín et al. (2020) resaltan la relevancia de identificar de manera oportuna los intentos suicidas y describir los factores de riesgo personal, familiar y social.

Soto (2023) propone la aplicación de estrategias educativas que sean dirigidas en familias con antecedentes de suicidio.

Azuero et al. (2017) subrayan la necesidad de establecer servicios médicos integrados a las comunidades, que estén al tanto de su historia, tradiciones y cultura para que así puedan recibir soporte psicológico y atención médica.

Hernández et al. (2025) enfatizan la importancia de la disposición política y gubernamental para promover la igualdad en salud, integrando varios aspectos para un mejor impacto en la vida de las personas.

González-Sancho et al. (2020) incentivan a la apertura de espacios de escucha mediante la comunicación, adecuado apoyo emocional, ausencia de agresiones y buena autoestima para prevenir el riesgo de suicidio.

Hernández et al. (2023) sugieren el desarrollo de programas para prevenir la conducta suicida y promover la salud mental desde un enfoque interdisciplinario. Estos programas buscan reducir los factores de riesgo mediante estas intervenciones específicas con el objetivo de proteger a los jóvenes y adolescentes.

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1 CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo encontrados se pueden categorizar en 7 categorías: psicológicos o individuales, familiares, sociales y contextuales, por consumo de sustancias, por historial de suicidio, factores estructurales y económicos, y otros factores relevantes.
- Como factores psicológicos más comunes se presentaron la depresión, la baja autoestima, la impulsividad, el estrés, la ansiedad y otros trastornos mentales no especificados.
- El entorno familiar desempeña un rol determinante, ya que condiciones como la disfunción familiar, la violencia intrafamiliar, la ausencia de protección o la sobreprotección parenteral y la carencia afectiva o escasa comunicación han sido señalados como condiciones de riesgo.
- Entre los factores sociales y contextuales destacan el aislamiento social, el bullying, los problemas académicos, el maltrato físico y situaciones como el vivir solo o estar soltero.
- El consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol, tabaco o ayahuasca, se asocian frecuentemente con mayor riesgo suicida.
- Los antecedentes personales o familiares como intentos previos y antecedentes familiares de conducta suicida se consolidan como importantes factores predictivos.
- De factores estructurales o económicos se encuentran el desempleo, el bajo PIB, bajo nivel educativo y la falta de acceso a servicios de apoyo.
- Otros factores relevantes incluyen embarazos no deseados, enfermedades biológicas, pertenecer a comunidades vulnerables como LGBTI o indígena, contagio mediático (efecto Werther) y eventos estresantes como la muerte de seres queridos o cambios climáticos.
- Se confirma que las mujeres tienen mayor prevalencia de ideación suicida y los hombres de suicidio consumado.

- Se resalta que los estudiantes de medicina tienen alto riesgo de suicidio por múltiples factores asociados como la carga académica, los maltratos y la falta de sueño.
- También existe el riesgo en practicantes de religiones católicas o evangélicas.
- Entre los estados civiles con mayor riesgo, se menciona a los solteros o viudos.
- En conjunto, los factores de riesgo descritos confirman que este fenómeno es complejo y multicausal, por lo que precisa de comprensión y de la integración múltiples sectores para su adecuado abordaje.

## 6.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda la implementación de grupos de escucha activa para la comunicación y resolución de conflictos.
- Educar y orientar a los familiares de personas con antecedentes de intentos autolíticos para fortalecer la red de apoyo.
- Identificar los factores de riesgo que se asocian, para así poder detectar esos signos de alarma y modificarlos en caso de poderse para su prevención efectiva.
- Capacitar al personal de salud o encargados en el manejo a seguir desde distintas áreas de la salud, en estos pacientes.
- Brindar seguimiento y apoyo psicológico a los pacientes con ideación suicida, garantizando el acompañamiento en esta situación.
- Inclusión de las poblaciones marginadas o vulnerables (como LGBTI, indígenas, en condición de pobreza) en las estrategias de prevención.
- Desarrollo de políticas públicas que se enfoquen en la equidad, el acceso a servicios de salud para reducir las brechas sociales.
- Fomentar estrategias de prevención en las distintas comunidades, concorde a las creencias culturales o las particularidades de cada sector.
- Promover campañas para educar sobre la salud mental y el suicidio, y así desestigmatizar e informar sobre los medios para buscar ayuda.
- Establecer protocolos de emergencia en caso de ideación suicida para el apoyo al paciente, mediante la habilitación de líneas telefónicas o páginas web disponibles las 24 horas para la intervención inmediata.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abarca, C., Gheza, C., Coda, C., & Elicer, B. (2018). Literature review to identify standardized scales assessing adult suicide risk in the primary health care setting. *Medwave*, 18(5), e7246.
- Aguilar-Zavala, H., López-Navarro, D. L., Ceja-Sosa, V. A., & Aldana-Martínez, L. C. (2023). Manual terapia cognitivo conductual suicidabilidad y conducta suicida. Universidad de Guanajuato.  
[https://www.ugto.mx/investigacionyposgrado/veranos/images/manuales\\_2023/Manual\\_Herlinda\\_Aguilar\\_Zavala.pdf](https://www.ugto.mx/investigacionyposgrado/veranos/images/manuales_2023/Manual_Herlinda_Aguilar_Zavala.pdf)
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. (5 edición). Editorial Médica Panamericana.
- Arango-Gutiérrez, E. A., Rojas, L. M. A, Rojas-Bernal, L. A., & Guevara, C. R. (2024). Factores de riesgo asociados al intento e ideación suicida en niños y adolescentes durante la pandemia COVID-19: una revisión sistemática de literatura y metaanálisis 2020-2022. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2024. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2024.03.005>
- Azuero Andrés, J., Arreaza-Kaufman, D., Coriat, J., Tassinari, S., Faria, A., Castañeda-Cardona, C., & Roselli, D. (2017). El suicidio en la población indígena de América Latina: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(4), 237-242.  
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.12.002>
- Baader, M. T, Urra, P. E, Millán, A. R, & Yáñez, M. L (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 303-309.

- Benavides-Mora, V.K., Villota-Melo, N.G., & Villalobos-Galvis, F.H. (2019). Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 24(3), 181-195.
- Bérenzon Quirós, M., Matarrita Galagarza, M., Murillo Conejo, K., Calderón Jiménez, A. C., Quesada Quesada, M. L., Rodríguez Calderón, E., Alfaro Solís, K., Valverde Alfaro, E., Picado Arce, F. K., Chaves Castro, M., Arrieta Cabalceta, C., & Vega Montero, C. V. (2024). Estudio descriptivo sobre los factores de riesgo asociados a la ideación suicida en la población colegial adscrita al área de salud de Santa Bárbara de Heredia, el Hospital de San Carlos y el Hospital Dr. Max Terán Valls. *Revista Cúpula*, 38(2), 17-40.
- Camargo-Junior, E. B., Fernandes, M. N. F., & Gherardi-Donato, E. C. da S. (2023). Ecos del estrés en la vida temprana sobre el comportamiento suicida en personas con trastorno por uso de sustancias. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (44), 1-15. <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i44.48972>
- Campos Chaves, M., Campos, T. T., & Mejías, R. A. (2021). Identificación de los factores de riesgo de la conducta suicida a través de personas con experiencias propias o cercanas al suicidio, del cantón de La Cruz, Guanacaste. *InterSedes*, 22(45), 162-188. <https://doi.org/10.15517/isucr.v22i45.47105>
- Casas Muñoz, A., Rodríguez Caballero, A., Velasco-Rojano, A., Sánchez-Olivera, K., Molina Valdespino, D., & García-Piña, C. (2024). Factores de riesgo de las conductas suicidas en adolescentes: revisión de la literatura. *Acta Pediátrica De México*, 45(1S), S60-S72. <https://doi.org/10.18233/apm.v45i1S.2753>
- Chávez-Hernández, A. M., Cortés-Villanueva, M., Hermosillo-Muñoz, C. B., Medina-Núñez, M. C. (2008). Prevención del suicidio en jóvenes: Salvando Vidas. *Editorial Trillas*.

- Condorelli, R. (2016). Complejidad social, modernidad y suicidio: una evaluación del suicidio de Durkheim desde la perspectiva de un análisis no lineal de sistemas sociales complejos. *SpringerPlus* 5, 374 (2016). <https://doi.org/10.1186/s40064-016-1799-z>
- Consejo Nacional de Política Pública de la Persona Joven (2021). *Protocolo de atención en el tema del suicidio*. San José, Costa Rica.
- Dávila-Cervantes, C.A., & Luna-Contreras, M. (2019). Intento de suicidio en adolescentes: factores asociados. *Andes Pediatría*, 90(6), 606-616. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v90i6.1012>
- Denis-Rodríguez, E., Barradas Alarcón, M. E., Delgadillo-Castillo, R., Denis-Rodríguez, P.B., & Melo-Santiesteban, G. (2017). Prevalência de ideação suicida em estudantes de medicina na América Latina: uma meta-análise. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 8(15), 387-418.
- Ghasemi, P., Shaghaghi, A., & Allahverdipour, H. (2015). Measurement Scales of Suicidal Ideation and Attitudes: A Systematic Review Article. *Health promotion perspectives*, 5(3), 156-168. <https://doi.org/10.15171/hpp.2015.019>
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González-González, M., Barrio-Martínez, S., García-Pascual, R. (2020). Para pensar el suicidio más allá de la enfermedad y los diagnóstico: un enfoque contextual-fenomenológico. *Norte de salud mental*, 16(62), 42-51.
- González-Sancho, R., & Picado Cortés, M. (2020). Revisión sistemática de literatura sobre suicidio: factores de riesgo y protectores en jóvenes latinoamericanos 1995-2017. *Actualidades en Psicología*, 34(129), 47-69. <https://doi.org/10.15517/ap.v34i129.34298>
- Hernández-Bello, L. S, De la Hoz-Restrepo, F., & Ríos-Paternina, A. M. (2023). Factores de riesgo y protectores para la ideación e intento suicida en adolescentes y jóvenes

latinoamericanos: revisión sistemática. *Psicología desde el Caribe*, 41(1), 1-28.

Publicación electrónica del 9 de abril de 2024.

<https://doi.org/10.14482/psdc.41.1.115.658>

Hernández-Bello, L. S., Ríos-Paternina, A. M., De la Hoz-Restrepo, F. (2025). Intento de suicidio y suicidio consumado en adolescentes y jóvenes desde los determinantes sociales de la salud: revisión sistemática. *Revista Cuidarte*. 2025;16(1):e4184.

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.4184>

Hinojosa-Vega, R., Rojas-Carrasco, K. E., González-Muñiz, S., Jaramillo-Villanueva, L., & Jiménez-Márquez, A. (2023). Intento de suicidio en paciente escolar y factores relacionados: reporte de un caso. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61 (6), 875-881. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10064736>

Jara-Herrera, M.M, & Quiroz-Sánchez, J.A. (2021). Revisión Sistemática: Factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes. [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV.

<https://core.ac.uk/download/pdf/478664528.pdf>

Johnson & Johnson Innovative Medicine. (2022). *Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina*.

<https://static.innovativemedicine.jnj.com/b7/0e/2d7eaa634a5f86e6617dda87d0e3/actuando-contra-el-suicidio-comprendiendo-una-importante-amenaza-para-la-salud-publica-en-america-latina.pdf>

Kar, S. K., & Singh, S. (2023). Aumento de suicidios anómicos durante las crisis emergentes recientes: una revisión del modelo de Durkheim, *CNS Spectrums*, 28(6), 655-656.

<https://doi.org/10.1017/S1092852923002341>

- Liu, X. Q., & Wang, X. (2024). Adolescent suicide risk factors and the integration of social-emotional skills in school-based prevention programs. *World J Psychiatric* 2024; 14(4): 494-506. <https://dx.doi.org/10.5498/wjp.v14.i4.494>
- Martín-González, R., Ferrer-Lozano, D., Machado-Rivero, M. (2020). Revisión sistemática sobre conducta suicida en niños menores de 12 años en Cuba. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(2). Epub 01 de julio de 2020. Recuperado en 09 julio de 2025, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252020000200011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000200011&lng=es&tlng=es)
- Martínez-Esquivel, D., Quesada-Carballo, P., Quesada-Rodríguez, Y., Solano-López, A. L., & Muñoz-Rojas, D. (2024). Condiciones de salud mental y riesgo de suicidio en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Cuidarte*, 15(1), e3427. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.3427>
- McFarlane, D. A. (2024). Emile Durkheim's suicide: An applied sociological review. *International Journal of Sociology and Humanities* 2024; 6(2): 39-42. <https://doi.org/10.33545/26648679.2024.v6.i2a.89>
- Millán-González, R., (2024). Prevención de suicidio: entendiendo la enfermedad como proceso. *Acta Médica Costarricense*, 66(1), 3-7. <https://doi.org/10.51481/amc.v66i1.1431>
- Millán-González, R., Córdoba-López, C., & Moreno-Salas, M. (2020). Observación de un espectro de manifestaciones clínicas ante la exposición a información relacionada con evento suicidas. *Revista Costarricense De Psicología*, 39(2), 189-202. <https://doi.org/10.22544/rcps.v39i02.04>
- Ministerio de Educación del Ecuador. (2023). Protocolo de actuación frente a situaciones de suicidio e intentos autolíticos detectadas en el Sistema Nacional de Educación.

<https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2023/11/situaciones-de-suicidios.pdf>

Ministerio de Salud de Costa Rica (2024). Política Nacional de Salud Mental 2024-2034.

*Gobierno de Costa Rica*. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/salud-mental-1/politica-salud-mental/8597-politica-nacional-salud-mental/file>

Mueller, A. S., Abrutyn, S., Pescosolido, B., & Diefendorf, S. (2021). The Social Roots of Suicide: Theorizing How the External Social World Matters to Suicide and Suicide Prevention. *Front. Psychol.* 12:621569. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.621569>

Neira, H. (2017). Suicidio soberano y suicidio patológico. *Ideas y Valores*, 66 (164), 151-179.

Organización Mundial de la Salud. (2025). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud (s.f.). Suicide: Introduction, OMS – Región del Mediterráneo Oriental. <https://www.emro.who.int/health-topics/suicide/introduction.html>

Pérez-Morales, J., & Mayorga-Lascano, P. (2023). Bienestar psicológico y su relación con la impulsividad e ideación suicida en adolescentes. *Psicología UNEMI*, 7(12), 88-99. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol7iss12.2023pp88-99p>

Rangel-Garzón C.X, Suárez-Beltrán M.F, & Escobar-Córdoba F. (2015). Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Revista de Facultad de Medicina*, 63(4): 707-716.

Rangel-Villafaña, J. N., Jurado-Cárdenas, S. (2022). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud*, 32(1), 39-48. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>

- Reyes Puebla, M., Sepúlveda Salazar, V. C., & Lavín Catalán, K. T. (2020). Abordaje inicial del intento suicida: Métodos más frecuentes. *Revista ANACEM*, 14 (2), 63-69.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015), *Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta/ psiquiatría clínica* (11a ed., T. M. Villén, Trad.). Editorial Wolters Kluwer.
- Sanabria, S. (2020). Suicidios e intentos en hombres son cada vez más comunes en Guanacaste. *Periódico Mensaje*. Recuperado de: <https://www.periodicomensaje.com/salud/5579-suicidios-e-intentos-en-hombres-son-cada-vez-mas-comunes-en-guanacaste>
- Sanz-Gómez, S., De La Vega-Sánchez, D., Alacreu-Crespo, A., Ordoñez-Carrasco, J. L., Perea-González, M. I., Castell-Navarro, A., Guija, J., & Giner, L. (2025). Predictive validity of the SAD PERSONS and NO HOPE scales in a sample of suicide cases. *Frontiers in psychology*, 16, 1554971. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1554971>
- Soto-Salcedo, A.G. (2023). La conducta suicida y su relación con factores psicosociales vinculados a la salud mental, en población juvenil chilena. Un análisis para la generación de programas de prevención. [Tesis Doctoral, Universidad de Córdoba]. Helvia Repositorio Institucional. <https://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/26136/2023000002743.pdf>
- Soto Salcedo, A., Villaroel Grüner, P., & Véliz Burgos, A. (2020). Factores que intervienen en riesgo suicida y parasuicida en jóvenes chilenos. *Propósitos y Representaciones*, 8(3), e672. <https://doi.org/10.20511/pyr2020.v8n3.672>
- Suárez-Colorado, Y., Palacio-Sañudo, J., Caballero-Domínguez, C. C., & Pineda-Roa, C. A. (2019). Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida

Plutchik en adolescentes colombianos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51(3), 145-152. <http://dx.doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n3.1>

UNICEF Argentina. (2017). Abordaje integral del suicidio en las adolescencias. Lineamiento para equipos de la salud. <https://www.unicef.org/argentina/media/11246/file/Abordajeintegraldelsuicidioenlasadolescencias.pdf>

UNICEF Argentina. (2017). Suicidio en la adolescencia: Una guía para familiares y personas allegadas. <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/suicidio.pdf>

Viejo, C., & Ortega-Ruiz, R. (2015). Cambios y riesgos asociados a la adolescencia. *Psychology, Society, & Education*, 7(2), 109-118.

Villacrés Betancourt, H. (2024). Relación entre depresión e ideación suicida en adolescentes y estudiantes universitarios latinoamericanos. Revisión sistemática. [Tesis de maestría, Universidad Internacional SEK]. Repositorio Institucional SEK. <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/5296/1/Villacr%c3%a9s%20Betancourt%20Hern%c3%a1n.pdf>

## GLOSARIO Y ABREVIATURAS

### GLOSARIO

- **Conducta suicida:** Conjunto de manifestaciones que incluyen la ideación suicida, el intento de autoeliminación y el suicidio consumado.
- **Determinantes sociales de la salud:** Condiciones del entorno en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, que influyen en su salud física y mental.
- **Factores de riesgo:** Características individuales, sociales o contextuales que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle ideación o conducta suicida.
- **Factores protectores:** Condiciones variables que disminuyen el riesgo de conducta suicida o fortalecen la resiliencia ante eventos adversos.
- **Ideación suicida:** Pensamientos persistentes, recurrentes o planificados sobre quitarse la vida, sin llegar a ejecutar el acto.
- **Intento de autoeliminación:** Acción no fatal realizada con la intención deliberada de quitarse la vida.
- **Intervención psicosocial:** Conjunto de estrategias terapéuticas, educativa o comunitarias orientadas a mejorar el bienestar emocional y social de las personas.
- **Resiliencia:** Capacidad del ser humano para afrontar la adversidad, adaptarse y salir fortalecido de situaciones difíciles.
- **Salud mental:** Estado de bienestar en el cual la persona desarrolla sus capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad.
- **Suicidio consumado:** Acto deliberado que concluye con la muerte autoinfligida de una persona.

## **ABREVIATURAS**

- **APA:** American Psychiatric Association
- **CASA:** Contexto, Autoestima, Sentido de vida y Apoyo
- **DSM-5:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
- **MEP:** Ministerio de Educación Pública
- **MSSI:** Modified Scale for Suicide Ideation
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- **PALI:** Pensamientos, Acciones, Lenguaje e Indicadores
- **PRISMA:** Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
- **SSI:** Suicide Severity Index
- **SUAS:** Suicide Attempt Scale
- **UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## ANEXOS

### DECLARACIÓN JURADA

#### DECLARACIÓN JURADA

Yo Daniela Fallas Gago, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 1-1814-0950 egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en Medicina y Cirugía, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: "Factores de riesgo asociados a intentos de autbeliminación y suicidio: una revisión sistemática, 2025."

\_\_\_\_\_ es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 18 días del mes de julio del año dos mil 25.

D Fallas

Firma del estudiante

Cédula: 1-1814-0950

# CARTAS DE APROBACIÓN

## CARTA DEL TUTOR

San José, 17 de julio del 2025

Señores  
Departamento de Registro  
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

El estudiante **Daniela Fallas Gago**, cédula de identidad número **118140950** me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INTENTOS DE AUTOELIMINACIÓN Y SUICIDIO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA, 2025”** el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría; y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

A)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
B)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	17%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
D)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	15%
E)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		92%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente,

  
Dra. María Fernanda Álvarez Pineda  
2 0721 0894  
Cód. 15636

**CARTA DEL LECTOR**

San José, 17 de julio de 2025

Departamento de Servicios Estudiantiles  
Universidad Hispanoamericana  
Presente

Estimados señores:

El estudiante **DANIELA FALLAS GAGO**, cédula de identidad número **118140950**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INTENTOS DE AUTOELIMINACIÓN Y SUICIDIO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA, 2025"**. El cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones esenciales correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con los requisitos para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,

**JOSHUA  
SANTANA  
SEGURA (FIRMA)**

Firmado digitalmente  
por JOSHUA SANTANA  
SEGURA (FIRMA)  
Fecha: 2025.07.17  
18:57:49 -06'00'

---

Dr. Joshua Santana Segura  
Céd. 115870832  
Cód. 16080

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)  
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA  
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA  
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, viernes 18 de julio

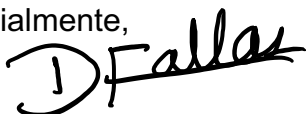
Señores:  
Universidad Hispanoamericana  
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Daniela Fallas Gago, con número de identificación 118140950 autor (a) del trabajo de graduación titulado "Factores de riesgo asociados a intentos de autoeliminación y suicidio: una revisión sistemática, 2025" presentado y aprobado en el año 2025 como requisito para optar por el título de Licenciatura en Medicina y Cirugía; Sí autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,



---

Daniela Fallas Gago  
1-1814-0950

Firma y Documento de Identidad