



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE PREGRADO

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

**"ESTILOS DE PERSONALIDAD EN INTENTO DE  
SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO  
HUMBERTO UGALDE CAMACHO (CRA) PERIODO  
NOVIEMBRE 2012 MARZO 2013".**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

**AUTORA:**

*Maritza Alexandra Rojas Coronel*

**DIRECTORA**

*Dra. Verónica Vélez*

LOJA- ECUADOR

2014

## CERTIFICACIÓN

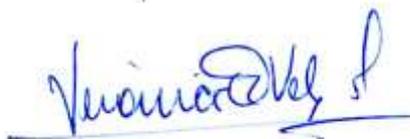
Dra. Verónica Vélez

**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

### **CERTIFICA:**

Que el trabajo de investigación de tesis titulado, "ESTILOS DE PERSONALIDAD EN INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO HUMBERTO UGALDE CAMACHO (CRA) PERIODO NOVIEMBRE 2012-MARZO 2013" realizado por la egresada, Maritza Alexandra Rojas Coronel, ha sido elaborado bajo mi dirección; el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la Universidad Nacional de Loja por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que realice el trámite correspondiente.

Loja, Abril del 2014



Dra. Verónica Vélez

**DIRECTORA DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, Maritza Alexandra Rojas Coronel, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Maritza Alexandra Rojas Coronel

Firma: 

Cédula: 1104378524

Fecha: Abril del 2014

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LOS AUTORES,  
PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y  
PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO**

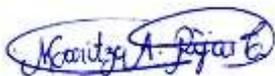
Yo **Maritza Alexandra Rojas Coronel**, declaro ser la autora de la tesis titulada: "**ESTILOS DE PERSONALIDAD EN INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO HUMBERTO UGALDE CAMACHO (CRA) PERIODO NOVIEMBRE 2012 MARZO 2013**", como requisito para optar el grado de **PSICÓLOGA CLÍNICA**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 07 días del mes de Abril de dos mil catorce, firma la autora.

**FIRMA:**



**AUTORA:** Maritza Alexandra Rojas Coronel

**CÉDULA:** 1104378524

**DIRECCIÓN:** Av. Pio Jaramillo Alvarado y Kennedy

**CORREO ELECTRÓNICO:** marc\_3106@hotmail.com

**TELÉFONO:** 0989539859

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

**DIRECTOR DE TESIS:** Dra. Verónica Vélez

**TRIBUNAL DE GRADO:** Psi. Cli. Fernando Sarmiento L. (Presidente)  
Dra. Elvia Ruiz Bustan  
Dra. Lorena Celi Astudillo

## **AGRADECIMIENTO**

Un agradecimiento sincero a la Universidad Nacional de Loja por permitirme una formación académica y científica de calidad. Así mismo, a la Carrera de Psicología Clínica, representada en autoridades y docentes, cuya capacidad humana y sabiduría profesional, han permitido la culminación de mis estudios.

Mi gratitud al Hospital Humberto Ugalde Camacho (CRA), en la persona del Dr. Saúl Pacurucu, por la oportunidad para desarrollar la presente investigación a través de sus colaboradores y usuarios. Especialmente a la Psic. Clín. Carol Palacios quien supo asesorarme y apoyarme para iniciar este trabajo.

Expreso mi reconocimiento muy sincero a la Dra. Verónica Vélez, quien en calidad de Directora de Tesis supo brindarme la orientación y motivación necesarias para culminar esta investigación. Así también a la Dra. Lupe Machado, al Dr. Patricio Aguirre por su acertada e incondicional guía, y a la Lic. Tania Serrano por su disposición y paciencia.

Finalmente agradezco el apoyo y afecto de mi familia y demás personas que formaron parte de este proceso, pero especialmente a Dios, impulsor silencioso de mi vida.

**LA AUTORA**

## DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico con inmenso afecto a mis padres, por su apoyo y entrega incondicionales, cuya presencia ha representado el éxito humano y la fortaleza para cumplir los propósitos de mi vida. Así también lo dedico a mi hermana (+) y hermano, compañero de mis penas y alegrías, quien con su original forma de querer y su carácter, ha logrado levantarme en momentos difíciles.

A la memoria de mi abuelita, quien siempre impulsó mis metas e ideales, pues sus palabras y deseos se guardaron para siempre en mi corazón.

A mis familiares, amigas, amigos, y a todos los que han compartido conmigo y me han alentado frente a los obstáculos, haciendo que mi vida sea más agradable y llevadera.

Especialmente a mi nueva razón de vivir, mi hijita, quien en su pequeña e inocente existencia forma mi mayor deseo de superación. Y a ti mi gran amor, por caminar a mi lado y apoyarme, demostrándome que siempre hay una nueva oportunidad.

# ESQUEMA DE CONTENIDOS

Portada

Certificación

Autoría

Carta de Autorización

Agradecimiento

Dedicatoria

Esquema de Contenidos

- I. TÍTULO
- II. RESUMEN  
ABSTRACT
- III. INTRODUCCIÓN
- IV. REVISIÓN DE LITERATURA
- V. MATERIALES Y MÉTODOS
- VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS
- VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. RECOMENDACIONES
- X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
- XI. ANEXOS

## **I. TÍTULO**

"ESTILOS DE PERSONALIDAD EN INTENTO DE SUICIDIO EN  
PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO HUMBERTO UGALDE  
CAMACHO (CRA) PERIODO NOVIEMBRE 2012-MARZO 2013".

## II. RESUMEN

El suicidio y sus intentos por consumarse, son un grave problema en el ámbito de la salud mental, sin dejar de lado que también constituyen un obstáculo en el progreso social y de la humanidad.

El presente estudio de tipo descriptivo, exploratorio e inferencial, planteó como objetivo principal la determinación de los estilos de personalidad de pacientes con intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho (CRA), a través de la aplicación del Inventario Millon de Estilos de Personalidad y la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck. Para ello se tomó como muestra 50 pacientes (19 mujeres y 31 hombres) de las áreas de Adicciones y Psiquiatría, cuyo diagnóstico refería intento de suicidio.

Los resultados señalaron que los estilos de personalidad de mayor predominio en esta investigación fueron individualismo con un 11%, discrepancia con 11% e insatisfacción con un 9%, tanto varones como mujeres. Así también, se encontró que el 74% de los pacientes evaluados presentaron riesgo alto en el intento de suicidio, mientras que un 20% presentó grado de intencionalidad moderado y un 6% presentó riesgo bajo.

Este estudio permite corroborar la importancia del trabajo psicoterapéutico sobre la personalidad, haciendo énfasis en los estilos de personalidad de mayor predominio en cada paciente, y por supuesto la continuidad de estudio sobre las mejores alternativas para manejar esta problemática.

**Palabras clave:** suicidio, intento de suicidio, estilos de personalidad.

## **ABSTRACT**

Suicide and its consummation attempts are a serious problem in the field of mental health, without neglecting also constitutes an obstacle to social progress and humanity.

The current study descriptive, exploratory and inferential type raised the main objective of determining personality styles of patients with suicide attempt of the Humberto Ugalde Camacho (CRA) Psychiatric Hospital, through implementing the Million Index of Personality Styles and Suicidal Intent Scale of Beck. For this it took a sample 50 patients (19 women and 31 men) in the areas of Addiction, Psychiatry and whose diagnosis meant suicide attempt.

The results indicated that personality styles with the highest predominance in this investigation were individualism with 11%, discrepancy with 11% and dissatisfaction with 9%, both men and women. Also, it was found that 74% of evaluated patients were at high risk in the suicide attempt, while 20% had moderate degree of intentionality and 6% had low risk.

This study corroborates the importance of psychotherapeutic work on personality, emphasizing personality styles with the highest predominance in each patient, and of course the continued study of the best ways to handle this problem.

**Keywords:** suicide, suicide attempted, styles of personality.

### III INTRODUCCIÓN

El mundo antiguo y moderno implica una serie de cambios con ritmos de vida bastante acelerados y un intento de sobrevivencia por mantenerse a nivel de los demás. Ésta transformación genera en el ser humano reacciones drásticas para responder a las exigencias del entorno, y, al no lograr armonía en los elementos necesarios para su vida, se altera el equilibrio que impide visualizar alternativas beneficiosas para el manejo de emociones, sentimientos, decisiones y frustraciones.

Estos pensamientos negativos para encontrar salida inmediata a los conflictos, desencadenan en una de las opciones más utilizadas por muchos: el suicidio, problemática que hasta la actualidad ha causado millones de muertes, dejando en la interrogante los motivos que llevaron a cada ser humano a poner fin con su vida.

De este modo, el primer capítulo del presente trabajo investigativo hace referencia a la personalidad como componente y base principal de cada ser humano para su desenvolvimiento y respuesta en el medio. Para ello, se basó en la Teoría de Theodore Millon, cuyos principios están validados y se consideran adecuados al abordar tanto la personalidad normal como patológica, ya que ofrece una amplia descripción y categorías para determinar las características de personalidad más acertadas.

El segundo capítulo se refiere al suicidio, y con él, los intentos de suicidio como “alternativa” a la solución de conflictos de las personas. Además, se plantean los niveles de riesgo y los métodos más utilizados para ejecutarlo.

Este grupo vulnerable de personas con diagnóstico de intento de suicidio, requiere atención especializada por el riesgo que presenta, tanto en prevención como intervención. De aquí surge la necesidad de plantear como

objetivo general el determinar los estilos de personalidad de pacientes con intento de suicidio, y como objetivos específicos evaluar los estilos de personalidad e intención suicida y establecer la relación entre el intento de suicidio y el estilo de personalidad de los pacientes del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho (CRA), periodo noviembre 2012-marzo 2013, a través de la aplicación de una Entrevista Inicial, el Inventario Millón de Estilos de Personalidad y la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck.

El presente estudio descriptivo- transversal fue realizado en una población de 50 pacientes hombres y mujeres de las áreas de Adicciones y Psiquiatría que recibieron tratamiento tanto en hospitalización como ambulatorio. Los resultados denotaron que los estilos de personalidad de mayor predominio en las personas con intento de suicidio son insatisfacción, discrepancia e individualismo, y según el método empleado, estos estilos se relacionan directamente con la impulsividad, inestabilidad y tendencia a reaccionar en exceso ante diversas situaciones.

La información obtenida en el presente estudio pretendió profundizar sobre los estilos de personalidad más vulnerables frente a los intentos de suicidio, ampliando los conocimientos que permitan mejorar el trabajo psicoterapéutico enfocado al manejo de la personalidad y las formas de prevenir intentos de suicidio y más aún el suicidio.

## IV. REVISIÓN DE LITERATURA

### CAPÍTULO I

#### 1. PERSONALIDAD

##### 1.1. Definición

La personalidad es definida según distintos autores y corrientes psicológicas, sin embargo, todas sus explicaciones coinciden en describir la esencia de cada ser humano.

A continuación se exponen algunas definiciones:

El Conductismo hace una formulación objetiva de la personalidad: Es la suma de las actividades factibles de descubrirse mediante una observación real de la conducta, suficientemente larga como para que pueda suministrar una información segura. En otros términos, la personalidad no es sino el producto final de nuestros sistemas de hábitos. Nuestro procedimiento para el estudio de la personalidad consiste en establecer y realizar una sección transversal de la corriente de actividad<sup>1</sup>.

Desde el punto de vista relacional, la personalidad se define como “la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en diálogo entre pasado y presente, y encuadrada por un substrato biológico y por un contexto cultural<sup>2</sup>.”

---

<sup>1</sup> Watson J.B. El Conductismo. (2012). La Batalla del Conductismo. Editorial PAIDOS, p. 28.

<sup>2</sup> Linares J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. Barcelona-España. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, p. 30.

Catell sostenía que todos los individuos tienen rasgos idénticos, pero en distinto grado, por lo tanto no hay dos individuos exactamente iguales. Encontró 16 factores de la personalidad que permiten describir a los individuos. “La personalidad es lo que determina la conducta en una situación definida y un estado de ánimo definido”.

El elemento estructural básico en su teoría es el rasgo. El rasgo representa tendencias reactivas generales y nos indica características de conducta del sujeto que son relativamente permanentes. El rasgo implica una configuración y regularidad de conducta a lo largo del tiempo y de las situaciones. Algunos rasgos pueden ser comunes a todos los individuos, y otros pueden ser exclusivos de un individuo. Ciertos rasgos pueden estar determinados por la herencia otros por el ambiente. Algunos rasgos están relacionados con motivos, que son los rasgos dinámicos, y otros guardan relación con la capacidad y el temperamento<sup>3</sup>.

La personalidad es considerada como una estructura interna formada por los factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran en continua interacción; ésta interacción hace que cada ser humano desarrolle distintas maneras de pensar, percibir, actuar y de interrelacionarse con los demás. De ésta manera, cada persona adquiere rasgos propios que le diferencian de las demás personas. Cada persona es única.

La personalidad se encuentra en continuo cambio y movimiento, no puede permanecer estática ni fija. Allport (1986), declara que la personalidad es “la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente”.

Definición que la explica de la siguiente manera:

---

<sup>3</sup> Catell. Eysenck. Gray. Zuckerman. Rotter. Walter M. Modelos Psicológicos: Aproximación Disposicional o de Rasgos: Modelos Psicológicos de Personalidad, Colombia, p. 16.

Organización dinámica: la personalidad es algo en constante desarrollo y cambio, con características de una estructura. Además, si existe una condición de organización, es factible pensar en la existencia de desorganización que puede sobrevenir, en especial en aquellas personas que se denominan “anormales”.

Sistemas psicofísicos: los hábitos, las actitudes específicas y generales, los sentimientos y las disposiciones son todos sistemas psicofísicos. El término “sistema” hace referencia a rasgos o grupos de rasgos en estado activo o latente. El término “psicofísicos” muestra a la personalidad como la unión activa del cuerpo y la mente.

Determina: la personalidad “es algo y hace algo”. Es lo que está por detrás de los actos específicos y dentro del individuo. Los sistemas que constituyen la personalidad son en todo sentido tendencias determinantes y cuando son excitados por estímulos adecuados provocan aquellos actos de ajuste y expresivos por los cuales la personalidad se vuelve observable.

Únicos: todo ajuste único, en el tiempo, espacio y en la cualidad.

Ajustes a su ambiente: la personalidad es una forma de supervivencia. El término “ajustes”, debe ser interpretado de modo amplio para que incluya las inadaptaciones, y “ambiente” debe incluir tanto el conductual como el geográfico circundante. El ajuste exige dominio y no sólo adaptación pasiva.

En el modelo integrativo se asume la siguiente definición de personalidad: “una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socio-culturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual” (Balarezo, 2008).

Para Millon la personalidad es un sistema de desarrollo (maneras de procesar la información) influido por variables biológicas y ambientales, que

condicionan de forma individual la manera en que la persona se enfrenta al entorno.

Para este autor, la personalidad se puede comprender mejor como un sistema adaptativo con ámbitos estructurales y funcionales; la estructura se articula en torno a metas motivacionales, modos cognitivos y comportamientos interpersonales, constituidos por diferentes dimensiones bipolares.

Característica de la personalidad: La continuidad sindrómica es el concepto por el que considera que la personalidad se distribuye a lo largo de un continuo, donde la personalidad normal se sitúa en un extremo y el trastorno en otro. Esto significa que no existe una línea que separe la normalidad de la anormalidad (patología), pues ésta tiene las mismas características que el funcionamiento normal:

“La normalidad y la patología son conceptos relativos: son cotas arbitrariamente establecidas dentro de un continuo o gradiente. La psicopatología va modelándose de acuerdo con los mismos procesos y principios que intervienen en el desarrollo y aprendizaje normales. No obstante, debido a las diferencias de características específicas, cronología, intensidad o persistencia de determinadas influencias, algunos individuos alcanzan actitudes caracterizadas por una deficiente capacidad de adaptación, mientras que otros no las alcanzan”<sup>4</sup>.

## **1.2. Teorías**

Las corrientes psicológicas en general se han referido a la personalidad desde tres acercamientos, los mismos que se traducen en teorizaciones sobre

---

<sup>4</sup> Millon, T. (1976). Psicopatología moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos. Editor Salvat 1976, p. 10.

elementos básicos del comportamiento y en relaciones explicativas acerca de su causalidad y su desarrollo.

### **1.2.1. Teorías de rasgos**

La forma más simple de describir la personalidad es mediante el uso de atribuciones descriptivas referentes a conductas o comportamientos evidenciados a través de la observación objetiva de los otros. Autores dedicados al tema han encontrado miles de palabras que pueden describir rasgos comportamentales tanto en el campo empírico como en el científico. Actualmente se emplea este enfoque en varios campos de la psicología, sobre todo cuando se pretende evaluar personas con fines específicos de diferenciación. También en algunas corrientes psicoterapéuticas se suelen describir conductas que sirven en la identificación de fortalezas o debilidades en la personalidad. Las propuestas de Catell y Eysenck corresponden a esta orientación.

### **1.2.2. Teorías tipológicas<sup>5</sup>**

De alguna manera constituyen esfuerzos por agrupar varios rasgos comportamentales bajo una etiquetación que permita identificar una forma prevalente de actuación que tiende a ser más o menos permanente y descriptiva de los individuos. Se ha puesto interés en el estudio de la relación de una determinada tipología con los factores causales o explicativos del ¿por qué? somos como somos. En esta consideración se ha buscado la razón de ser en la constitución biológica, en la estructura corporal, en el funcionamiento del sistema nervioso, en el predominio del proceso endócrino, en los valores. De alguna manera, todas las orientaciones se han referido de forma implícita

---

<sup>5</sup>Balarezo., L. Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad. Editorial Balarezo Chiriboga, Lucio Antonio, p. 40-48.

o explícita a esta temática. Tradicionalmente Sheldon y Kretschmer son los referentes más conocidos.

### **1.2.3. Teorías del desarrollo**

Ponen interés en la estructuración de la personalidad a través de los eventos que ocurren en el ciclo vital del sujeto, marcando una serie de circunstancias y experiencias que determinarían o por lo menos influirían en la estructura y dinamismo de la personalidad. Freud y Erikson se ubican en esta propuesta.

### **1.3. Tipología de la personalidad**

A pesar de recalcar la individualidad del sujeto en su actividad psíquica, existen construcciones que son similares en los individuos, hecho que se vincula con la experiencia social y familiar permitiendo tomar referentes de agrupación que resultan válidos en el ejercicio de ayuda. De este modo tomamos como ejes básicos del comportamiento humano la cognición, la afectividad, la conducta y las relaciones interpersonales. Dado que estos componentes son generales para todos los sujetos, dichas características están presentes en todas las personalidades, remarcando el hecho de que el predominio de una condición, no marca una perspectiva excluyente de los otros factores. Pero la apreciación bio-psicosocial del modelo, presente en el análisis del origen de estos procesos, señala a su vez, requisitos de primacía en cada sujeto, sea por predominio o déficit, permitiendo establecer grupos generales de afinidad en su expresión. Lo que resulta apreciable es que un mayor nivel de equilibrio psíquico denotan las personalidades que presentan predominios, mientras que aquellos que presentan déficit mantienen mayores dificultades personales y sociales<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup>Balarezo., L. Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, Editorial Balarezo Chiriboga, Lucio Antonio p. 40-48.

Theodore Millon propone una tipología más específica para determinar la personalidad en el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS), el mismo que consta de 24 escalas agrupadas en 12 pares. Cada par incluye dos escalas yuxtapuestas. Por ejemplo, las escalas retraimiento y comunicatividad se consideran un par. Además de esto el MIPS incluye 12 pares de escalas de contenido, estas son de validez, y son las siguientes: impresión positiva, impresión negativa y consistencia.

### **Escalas del MIPS: (Estilos de Personalidad)**

#### **A. METAS MOTIVACIONALES:**

1A- Apertura: Optimistas en cuanto al futuro. Les resulta fácil pasarlo bien y aceptan los altibajos de la existencia.

1B- Preservación: Concentración en los problemas de la vida, agravándolos. Consideran su pasado desafortunado y piensan que irá a peor.

2A- Modificación: El futuro depende de ellos, por lo que intentan cambiar su entorno para conseguir sus deseos.

2B- Acomodación: No intentan dirigir sus vidas. Se acomodan a las circunstancias creadas por otros. No tienen iniciativa.

3A- Individualismo: Orientados a sus propias necesidades, sin preocuparse de los demás. Independientes y egocéntricos.

3B- Protección: Motivados a satisfacer primero a los demás.

#### **B. MODOS COGNITIVOS:**

4A- Extroversión: Recurren a los demás para buscar estimulación, mantener alta su autoestima y para que les conforten.

4B- Introversión: Utilizan sus propios pensamientos y sentimientos como recurso. Su fuente de inspiración son ellos mismos.

5A- Sensación: Derivan sus conocimientos de lo concreto. Confían en la experiencia directa y en lo observable.

5B- Intuición: Prefieren lo simbólico y desconocido. Buscan lo abstracto y lo especulativo.

6A- Reflexión: Procesan los conocimientos por medio de la lógica y lo analítico. Decisiones basadas en juicios objetivos.

6B- Afectividad: Forman sus juicios respecto a sus propias reacciones afectivas y guiándose por sus valores personales.

7A- Sistematización: Organizados. Transforman información nueva adecuándola a lo conocido. Perfeccionistas y eficientes.

7B- Innovación: Creativos, asumen riesgos. Disconformes con lo predecible. Buscan consecuencias imprevistas.

### **C. RELACIONES INTERPERSONALES:**

8A- Retraimiento: Falta de emotividad e indiferencia social. Silenciosos, pasivos y renuentes a participar.

8B- Comunicatividad: Buscan estimulación y atención. Simpáticos y brillantes y también exigentes y manipuladores.

9A- Vacilación: Tímidos y nerviosos en situaciones sociales. Desean ser aceptadas, pero temen el rechazo. Sensibles y emotivos. Propensos a aislarse.

9B- Firmeza: Creen ser talentosos y competentes. Ambiciosos, egocéntricos y seguros de sí mismos.

10A- Discrepancia: Actúan de modo independiente y no conformista. No acatan normas tradicionales.

10B- Conformismo: Honrados, con autodominio. Respetan la autoridad. Cooperativos. No espontáneos.

11A- Sometimiento: Habitados al sufrimiento. Sumisos ante los demás.

11B- Control: Enérgicos, dominantes y socialmente agresivos. Se ven como intrépidos y competitivos. Ambiciosos y obstinados.

12A- Insatisfacción: Pasivo-agresivos y malhumorados. Estados de ánimo y conductas variables.

12B- Concordancia: Simpáticos socialmente, establecen vínculos afectivos y lealtades muy fuertes. Ocultan sus sentimientos negativos<sup>7</sup>.

#### **1.4. Estructura de la personalidad según el modelo integrativo**

A continuación se analizan los factores bio-psico-socio-culturales influyentes en la personalidad.

##### **1.4.1. Componentes biológicos de la personalidad**

Se sintetizan cuatro componentes biológicos que intervienen en la estructura de la personalidad: genéticos, influencias neuropsicológicas, bioquímica del cerebro y componente endócrino.

###### **1.4.1.1. La herencia y la personalidad**

Una de las primeras interrogantes que surge acerca de esta temática es la relativa la heredabilidad de los rasgos de personalidad, considerando que este concepto se centra en elementos cuantitativos vinculados con la influencia de los genotipos sobre los fenotipos. Los diversos estudios (Brody y Ehrlichman, 2000), llegan a varias conclusiones precisadas a continuación:

- a. En determinadas condiciones ambientales similares un fenotipo puede ser heredable, pero en condiciones de entorno diferente podría no estar influido por un genotipo.
- b. Las influencias sobre los fenotipos, en cuanto a la influencia sobre los rasgos de personalidad, se agrupan de la siguiente manera: las influencias genéticas aditivas y las influencias ambientales compartidas, determinan que los hermanos biológicos criados juntos, se parezcan; en

---

<sup>7</sup> Sánchez., M.P., Aparicio., M.E. El Inventario Millon de Estilos de Personalidad. Editum Ediciones de Universidad de Murcia, p. 94.

cambio las influencias genéticas no aditivas y las influencias ambientales no compartidas, hacen que los hermanos biológicos juntos sean diferentes.

- c. Los genes son más importantes en la determinación de la inteligencia en la edad adulta que en la niñez.
- d. Los genes influyen en muchas diferencias individuales, pero existen muy pocas pruebas sobre la influencia en la personalidad.
- e. Se hace necesario reconocer la influencia del azar en lo que llegamos a ser de nuestras vidas.
- f. Estudios demuestran que algunas dimensiones básicas de la personalidad tienen un marcado componente hereditario; ejemplo: el rasgo neuroticismo es heredable en 55% y el rasgo extroversión en un 50%.
- g. En gemelos monocigóticos, la correlación entre las diferentes escalas del MMPI es significativamente mayor que en gemelos dicigóticos, especialmente en la escala de introversión social.
- h. En los estudios categoriales, existen datos que indican que la concordancia para los trastornos de la personalidad del DSM-IV es mayor para los gemelos monocigóticos que para los dicigóticos.
- i. En el mismo sentido, los estudios daneses de adopción encontraron que la prevalencia de trastornos de personalidad del grupo A (esquizoide y paranoide) es mayor en los niños con familiares biológicos esquizofrénicos pero no en los adoptados por padres esquizofrénicos.
- j. Algo parecido ocurre para el trastorno antisocial de la personalidad, que incide con mayor frecuencia en los hijos biológicos de padres antisociales (adoptados por otras familias), pero no en los niños con padres adoptivos antisociales.
- k. El trastorno antisocial en varones aparece relacionado con la aparición del trastorno por somatización en mujeres de la misma familia y con la presencia de alcoholismo familiar, sospechándose que pudiera tener un origen genético común.

Como se puede deducir, luego de un sinnúmero de estudios realizados en familias y gemelos acerca de la posibilidad de heredabilidad de rasgos de personalidad, tomando como muestras hermanos monocigóticos y dicigóticos en condiciones de crianza familiar y adopción, se puede concluir que si bien estamos marcados por una individualidad biológica heredada, ésta influye pero no determinadamente en nuestra personalidad, siendo que puede modificarse en el transcurso de la evolución personal debido a muchos acontecimientos predecibles o impredecibles.

#### **1.4.1.2. La propuesta temperamental de Eysenck y los cinco grandes factores**

De cómo los componentes biológicos representados por el funcionamiento del sistema nervioso influyen en la personalidad, da cuenta Eysenck en su libro “Fundamentos biológicos de la personalidad”(1967), al referirse a los factores temperamentales considerados como hereditarios y al sistema de regulación de los niveles de excitabilidad cortical denominado Sistema de Activación Reticular Ascendente (SARA). Plomin (2002), se refiere a los estudios actuales acerca de la heredabilidad considerando el modelo de los cinco grandes factores (Big Five), descritos y sistematizados por Jhon & McCrae y Costa en 1990, en los cuales se encuentran porcentajes significativos de la influencia del factor herencia y que son extremadamente equivalentes con las propuestas de Eysenck. A continuación se reseñan:

La excitabilidad cortical constituye el estado de alerta del organismo y los factores temperamentales son los siguientes:

- a) Nivel de actividad: regula la inclinación del sujeto a responder a un estímulo mediante el trabajo o la acción. Las personas activas son propensas por naturaleza a la actividad, sobre todo ante las dificultades; por lo que si bien pueden ser testarudas, individualistas e imprudentes, al mismo tiempo son más constantes, emprendedoras, hábiles y alegres.

Las no-activas son más calmadas y conciliadoras, pero fáciles al desaliento, temerosas de lo difícil y propensas a relegar o delegar sus propias obligaciones. El nivel de actividad se denota por la inclinación de acuerdo a los siguientes parámetros: rapidez-lentitud, organización-desorganización, estabilidad-inestabilidad.

- b) Emocionalidad: mide la repercusión anímica de cada persona ante los acontecimientos. Emotivo es quien reacciona de un modo intenso y ocasionalmente desproporcionado, ante las situaciones y experiencias, por lo que su entusiasmo desbordante y profundo puede provocar un humor mudable o incoherente; pero también es cordial, servicial, generoso, jovial y expansivo. El no-emotivo es, por el contrario, frío, introvertido, silencioso, de pocas palabras, pero más dueño de sí y prudente. La tendencia a la emotividad puede estar influida por el circuito cerebral llamado sistema de activación del comportamiento (SAC), que suscita el grado de sensibilidad de un individuo hacia las recompensas o no castigo. Un circuito distinto, el sistema de inhibición del comportamiento (SIC), determina el grado de sensibilidad de un individuo hacia las señales de castigo o no recompensas.
- c) Introversión y Extraversión: la condición introversión/extraversión tiene su base fisiológica en los procesos excitatorios e inhibidores de la corteza, los mismos que influyen en el normal desarrollo de la actividad vigilante. La extraversión está caracterizada por la insensibilidad a los niveles altos de estimulación requiriendo cotas elevadas de tonificación para que se active su sistema reticular activador ascendente. Los extravertidos, al heredar genéticamente un nivel de activación por debajo del nivel óptimo, buscan un aumento en la estimulación externa a través de sus órganos sensoriales; mientras que los introvertidos alcanzan niveles óptimos de activación con niveles de estimulación relativamente bajos evitando la estimulación fuerte (Reeve, 1994).

Eysenck, en su obra *Readings* (1971), describe los rasgos de extraversión e introversión de la siguiente manera:

El extravertido típico es sociable, le gustan las reuniones, tiene muchos amigos, necesita de personas con quien charlar y no le gusta leer o trabajar en solitario, busca las emociones fuertes, se arriesga, generalmente es un individuo impulsivo, le gusta mucho la gracia, tiene siempre dispuesta una respuesta rápida, y en general, le gusta el cambio; es despreocupado, poco exigente, optimista y propende a reír y vivir contento; esta persona prefiere el movimiento y la acción, tiende a ser agresivo y pierde fácilmente la sangre fría, no posee un gran control sobre sus sentimientos, ni es una persona con la que siempre se puede contar.

Las características del introvertido son la persistencia, la rigidez, la subjetividad, la irritabilidad, la timidez; es un individuo tranquilo, retraído, introspectivo, a quien le gustan más los libros que las personas; se muestra reservado y distante, excepto con sus amigos íntimos, tiende a ser previsor, a pensarlo antes de comprometerse y a desconfiar de los impulsos del momento; no le gustan las sensaciones fuertes, toma en serio las cosas cotidianas y prefiere llevar una vida ordenada; controla estrechamente sus sentimientos, raramente se conduce de una manera agresiva y no se encoleriza fácilmente, es un poco pesimista, concede gran valor a los criterios éticos y es una persona en la que se puede confiar.

- d) Sociabilización: se puede definir como la predisposición a interactuar con los demás. Según Eysenck, la diferencia en que interactúan socialmente, introvertidos y extrovertidos, está fundamentada en estrategias para incrementar o disminuir la excitabilidad. Se relaciona con las funciones cerebrales de aproximación e inhibición. Fue Gray (1987), quien propuso los circuitos cerebrales señalados anteriormente y que también tienen que ver con la emocionalidad, el sistema de inhibición del comportamiento (SIC) que influyen en una mayor o menor proyección al contacto social.

- e) Intelecto/Apertura a diversas experiencias: constituye la tendencia para adquirir conocimientos y para utilizarlos en situaciones novedosas, determinando el éxito en la superación de problemas y experiencias nuevas de las personas.

#### **1.4.1.3. Dimensiones originales de los trastornos temperamentales**

Por las preferencias de Eysenck hacia el conductismo, la fisiología y la estadística, su teoría la concibe basándose principalmente en el método experimental, la genética y la fisiología del sistema nervioso, particularmente del cerebro. Aunque es un conductista que considera los hábitos aprendidos como algo de notable importancia, asevera que nuestras diferencias en la personalidad surgen de componentes hereditarios. Los estudios iniciales de Eysenck señalan el neuroticismo, la extraversión-introversión y posteriormente el psicoticismo, como dimensiones temperamentales presentes en todos los individuos con características particulares y susceptibles de ser evaluadas mediante un test específico.

- 1) Neuroticismo.- Esta dimensión diferencia los sujetos normales, calmados y tranquilos de aquellos que tienden a ser “nerviosos”. Sin embargo, las personas que puntúan alto en la escala de neuroticismo no son necesariamente neuróticas, sino que denotan una mayor predisposición para desencadenar este rasgo debido a las influencias genéticas y fisiológicas presentes. Entre las disposiciones fisiológicas recalca la influencia del sistema nervioso simpático que, como parte del sistema nervioso autónomo, controla las respuestas emocionales antes situaciones de emergencia.
- 2) Extraversión-introversión.- Citada anteriormente, esta dimensión diferencia a las personas tímidas y calmadas de las arriesgadas e incluso bulliciosas. Esta categoría también se halla en todas las personas en mayor o menor grado y su explicación fisiológica es compleja,

relacionándola con el equilibrio de los procesos cerebrales de “inhibición” y “excitación”. El extravertido presenta una buena y fuerte inhibición cuando se le enfrenta a una estimulación traumática, es sociable, impulsivo, activo, despreocupado, mantiene un gusto por la vida, muestra alegría. El introvertido tiene una pobre o débil inhibición cuando se enfrenta a un trauma, es reservado, se deja condicionar, aprende más rápidamente, tiene miedos, ansiedad, es discreto, presenta reacciones de evitación y disfruta con lo que hace solo.

- 3) Psicoticismo.- esta dimensión es incluida como consecuencia de estudios posteriores realizados en instituciones mentales de Inglaterra. Hace referencia a las personas ajustadas socialmente a la realidad frente a la solitarias, desagradables, desadaptadas, crueles, inhumanas; que no tiene sentimientos ni empatía, insensibles, agresivas incluso con aquellos a quienes quieren.

#### **1.4.1.4. Mecanismos neuropsicológicos, bioquímicos y endócrinos**

En los últimos años somos testigos de la prominente expansión del conocimiento científico del sistema nervioso, sobre todo del cerebro, y su relación con el comportamiento humano. La personalidad, aunque en forma incipiente, está siendo explorada por la neurociencias, los mecanismos bioquímicos y las rutas neuronales exactas que están implícitas en varios procesos psicológicos. A pesar de las posturas localizacionistas del cerebro que tienden a especificar las regiones cerebrales que controlan las funciones mentales superiores, no es menos cierto que la complejidad del cerebro plantea una perspectiva más holística en la comprensión de los fenómenos complejos. Al respecto, el estudio de Luria a través de los bloques funcionales, asume una posición más exacta del mecanismo cerebral. En forma sintética se precisa a continuación el emplazamiento de algunos procesos cerebrales, así en el lóbulo frontal se localizan las funciones más elevadas, tales como la función ejecutiva, la inhibición de la conducta y las emociones, y las

estrategias de la memoria; en el lóbulo parietal se encuentran las zonas encargadas de recibir las sensaciones de nuestro propio cuerpo y del exterior; en el lóbulo temporal está representado el oído, las zonas de comprensión del lenguaje y los componentes afectivos del lenguaje; y en el lóbulo occipital las funciones vinculadas con la visión.

Además, el tema de la simetría cerebral plantea especializaciones de los hemisferios, de modo que, el hemisferio izquierdo se especializa en el pensamiento lógico y analítico, maneja las funciones verbales y matemáticas, procesa la información de manera secuencial y su forma operativa es lineal. El hemisferio derecho en cambio se especializa en el pensamiento sintético, cumple tareas de control viso-espacial, regula las actividades artísticas, tareas y oficios, reconoce rostros y procesa información de manera más difusa y holística.

#### **1.4.2. Influencias biológicas en los estilos de personalidad**

Los componentes biológicos, crean un marco conceptual sobre el que se puede discutir su atribución en la estructura y funcionamiento de la personalidad de acuerdo a los tipos distinguidos por el modelo.

##### **1.4.2.1. Personalidades afectivas**

En estas predominan los mecanismos cerebrales vinculados con la extraversión y la amabilidad, con un predominio de funciones neuropsicológicas relacionadas con las regiones hipocámpicas, el sistema límbico y la sustancia reticular, con una estructura bioquímica y endócrina dependiente de estos sistemas, sobre todo los mecanismos vinculados con la serotonina.

#### **1.4.2.2. Personalidades cognitivas**

Se caracterizan por el predominio de los mecanismos de introversión, apertura a la experiencia, consciencialismo, con prevalencia del funcionamiento de las regiones frontales y actividad bioquímica y hormonal caracterizada por excesiva reactividad del sistema límbico y el simpático y aceleración de la transmisión sináptica.

#### **1.4.2.3. Personalidades comportamentales**

Están más asociadas con características de extroversión, emocionalidad alta, neuroticismo y psicotismo altos, carencia de procesos inhibitorios frontales y elementos bioquímicos y hormonales alterados con manifestaciones de hiperactividad. En las personalidades inestables se evidencia un nivel mayor de neuroticismo mientras que en las disociales prevalece el componente de psicotismo.

#### **1.4.2.4. Personalidades con déficit relacional**

Presentan predominio de la estructura introvertida, inhibiciones mayores en sus regiones frontales, déficits neurológicos de los sistemas límbico y reticular, dominancia del sistema parasimpático con desequilibrios del sistema adrenérgico-colinérgico y descontrol sináptico neurohumoral.

### **1.5. Factores socio-culturales y perspectivas psicológicas**

El ser humano nace y es sociable por naturaleza, hecho que le lleva a pertenecer a distintos grupos como la familia, escuela, algún tipo de religión, grupos culturales, la sociedad misma. Estos sistemas organizan estructuras y procesos singulares que por su dinámica particular, formalizan influencias de aprendizaje para las personas. Es mediante la interacción entre el medio y el individuo que se funda la personalidad de cada sujeto lográndose una

estructura individual; no obstante, mantiene determinadas similitudes con los otros en su comportamiento externo. Cada persona al ser diferente adopta sus características según su estructura individual en función de la influencia de varios factores: ambiente físico, condiciones socio-económicas, influencias culturales y mecanismos de aprendizaje prevalentes en la sociedad y el individuo.

### **1.5.1. Factores ambientales.**

Son aquellos contextos en los que el sujeto se desenvuelve. Estos contextos se influyen entre sí, de modo que, todo el conjunto repercute en el niño que se está formando , provocando en él algunos efectos específicos. También la cultura termina generando conductas que nos diferencian de los habitantes de otras culturas expresándose en valores, costumbres, comportamientos cotidianos.

#### **1.5.1.1. Condiciones socio-económicas.**

Implican, por una parte, la estructura socio-económica de un país o región, y por otra, un determinado nivel de vida individual que afecta sus condiciones psicológicas. Cada generación nace en un contexto definido que establece las condiciones en las que el sujeto va a desenvolverse a lo largo de su vida. Los contextos históricos fijan las circunstancias de cada generación, siendo el familiar el primer contexto de referencia. En él aparecen los primeros núcleos afectivos, educativos, ambientales. Todo contexto familiar va a predeterminar el comportamiento posterior a través del contacto activo con los adultos que lo rodean; el ser indefenso que nace se convierte en ser humano, capaz, autónomo e independiente que no solo se adapta, sino que lucha y transforma conscientemente el medio que le rodea.

Todo este proceso de construcción y transformación de naturaleza histórico-cultural es posible porque existen mecanismos biológicos que lejos de ser,

como postulan los deterministas biológicos, fijos e inmutables son flexibles y variables, en correspondencia con la multiplicidad de condiciones que el ser humano encuentra en su ambiente cultural y material.

#### **1.5.1.2. El fenómeno de socialización.**

Los psicólogos sociales que estudian el fenómeno de la socialización (procesos de adaptarse o formarse para un medio social específico), están interesados en cómo los individuos aprenden las reglas que regulan su conducta con los demás, con los grupos de los que son miembros y con la sociedad. Las cuestiones sobre cómo los niños aprenden el lenguaje, los roles sexuales, los principios éticos y, en general, cómo adoptan una conducta de adaptación, han sido objeto de intensas investigaciones. Así mismo, se han estudiado ampliamente los métodos por los cuáles los adultos aprenden también a adaptar sus pautas de conducta cuando se enfrentan a nuevas situaciones; algunas de las formas cómo se adquieren estas conductas se señalan a continuación:

#### **1.5.1.3. Cambio de actitudes.**

Las actitudes suelen considerarse como predisposiciones aprendidas que ejercen una influencia en la conducta, provocando respuestas hacia determinados objetos personas o grupos. Las actitudes son normalmente consideradas como productos de la socialización y, por tanto, modificables. Debido a que la conducta de una persona hacia los demás suele estar asociada a las actitudes que él mantiene hacia ellos, la investigación sobre cómo se forman, se organizan en la mente y se modifican las actitudes ha sido un tema de enorme importancia. Los estudios que apoyan la teoría de la disonancia predicen que la actitudes de un individuo hacia un grupo social pueden modificarse si se induce a aquél a modificar su conducta hacia el grupo; el cambio de actitudes representa los esfuerzo que el individuo realiza

para que sus ideas sobre ese grupo coincidan con el modo en que se ha comportado con sus miembros.

#### **1.5.1.4. Afiliación social, poder, influencia.**

Los factores que determinan con quién y de qué modo se relacionan los individuos, al intentar ejercer una influencia sobre los demás o ser a su vez influidos por otros, tienen gran interés para los psicólogos sociales. Los investigadores han determinado, por ejemplo, que si las personas no están seguras de cómo se sentirán o cómo responderán en una situación nueva o indeseable, buscarán la compañía de otras que puedan aportarles esa información. Se ha observado también que los primogénitos y los hijos únicos son normalmente más propicios a unirse a grupos durante su vida que los que han nacido después.

#### **1.5.1.5. Estructura y dinámica de grupos.**

Se conoce también cómo el individuo y el grupo se influyen mutuamente. Los estudios han tratado temas como el del liderazgo, sus funciones, sus estilos y su efectividad. Asimismo, se han investigado las condiciones en que los grupos humanos resuelven sus conflictos de forma cooperativa o competitiva y las múltiples consecuencias que se derivan de estos problemas.

#### **1.5.1.6. El aprendizaje.**

En lo que respecta a este tema, Bandura, cree que la conducta humana puede ser explicada por un determinismo recíproco que implica factores conductuales, cognoscitivos y ambientales. Su teoría refleja el énfasis de la tradición de la conducta y el aprendizaje por extrospección. No obstante, cree que es pertinente reintroducir variables internas, tales como la “auto-eficiencia”, que es la percepción de una persona respecto a su efectividad.

Los factores cognitivos se refieren concretamente a la capacidad de reflexión y simbolización, así como a la prevención de consecuencias basadas en procesos de comparación, generalización y autoevaluación<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup>Balarezo., L. Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad. Editorial Balarezo Chiriboga, Lucio Antonio, p. 40-48.

## CAPÍTULO II

### 2. SUICIDIO

#### 2.1. Concepto

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el término suicidio deriva del latín sui (sí mismo) y cidium (muerte, del verbo coedere-matar), y significa “darse a sí mismo la muerte”<sup>9</sup>.

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, define al suicidio como “la muerte ocasionada por la lesión auto-infligida informada como intencional”<sup>10</sup>.

Para iniciar el estudio sobre los rasgos de personalidad del paciente suicida, es indispensable primero: Citar los conceptos de mayor relevancia para fundamentar el fenómeno del suicidio, como son los diferentes tipos de muerte que se han estudiado y los diferentes puntos de vista que han sido identificados por algunos autores que toman como referencia el marco psicoanalítico. Por lo que mencionaremos algunos tipos de muerte más frecuentes, lo cual dará pauta para iniciar el tema.

En todos los organismos, la muerte es un proceso gradual, desencadenado por la ausencia del funcionamiento de algunas células, mismo que culmina en los ancianos como el proceso lento, al que se conoce como muerte natural.

Otra de las causas de muerte es el diagnosticado en las enfermedades terminales, condición que puede llegar a enfrentar todo ser humano en algún momento de su vida, como en los casos de cáncer u otras enfermedades de

---

<sup>9</sup> OMS, Organización Mundial de la Salud, p. 2.

<sup>10</sup> CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades, p.65.

tipo crónico, que tienen un significado irreversible y en el cual se mantiene la pulsión de muerte sobre la organización vital y contribuye a la pérdida de sus lazos con el mundo exterior.

Entre los diversos tipos de muerte hay algunos que presentan el rasgo particular de ser obra de la misma víctima; es decir, que resultan de un acto cuyo autor es el paciente mismo, y es en éste en el que se funda comúnmente la idea de suicidio.

El suicidio no es una enfermedad, a pesar de que algunas personas así lo crean, y puede considerarse como el fenómeno que resulta de la conducta humana y una complicada tendencia autodestructiva. Es indudable que el suicidio es el acto de desesperación de una persona que no quiere vivir, conceptualizando la idea de determinar<sup>11</sup>.

## **2.2. Espectro suicida**

- a. El intento de suicidio puede presentarse intempestivamente, o puede progresar por una serie de etapas; así se dice que 8 de cada 10 personas han anunciado a alguien de manera directa o indirecta la posibilidad de tomar esa decisión<sup>12</sup>:
- b. El deseo de morir, que aparece ante la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir.
- c. La representación suicida o la imaginación de suicidio del sujeto.
- d. Las ideas suicidas, que son pensamiento de determinar con la propia existencia, las que se pueden clasificar en transitorias y permanentes, y sin un método específico, con un método inespecífico, con método específico pero no planificado (idea suicida planificada).

---

<sup>11</sup> Rivera, M., Herrera, L. (2002). Perfil Psicológico de personas con intento suicida: El intento suicida. Primera Edición-Instituto Politécnico Nacional México, DF, p. 19.

<sup>12</sup> Bobes, J. (2010). Universidad de Oviedo; Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), p. 23.

- e. La amenaza suicida: insinuación o afirmación verbal de sus intenciones hacia personas estrechamente vinculadas al sujeto.
- f. El gesto suicida: es la señal de realizar un acto suicida.
- g. El intento de suicidio: acto deliberadamente realizado sin resultado de muerte<sup>13</sup>.

### **2.3. Causas**

Las tentativas de suicidio, entendiéndose por tal cualquier comportamiento autolesivo, son variadas en su motivación, letalidad y recurrencia. Entre los factores más importantes asociados al suicidio está la presencia de enfermedad mental (especialmente enfermedades afectivas, trastorno de personalidad y el abuso de sustancias), historia de suicidalidad familiar, eventos estresores significativos, enfermedades físicas progresivas, disponibilidad de armas de fuego etc. Las causas psiquiátricas más corrientes de intento suicida son la depresión, la personalidad anormal, la esquizofrenia y el abuso de sustancias. El suicidio varía de acuerdo con la edad, el sexo y las influencias culturales y sociales, y pueden modificarse a lo largo del tiempo. Por lo general, los factores de riesgo del suicidio se presentan combinados.

A continuación, se incluyen algunos de los factores de riesgo que pueden presentarse:

- a) Uno o más trastornos mentales diagnosticables o trastorno de abuso de sustancias.
- b) Acontecimientos de la vida no deseados o pérdidas recientes (por ejemplo, el divorcio de los padres).
- c) Antecedentes familiares de suicidio
- d) Violencia familiar, incluido el abuso físico, sexual o verbal/emocional.

---

<sup>13</sup>Bobes, J. (2010). Universidad de Oviedo; Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), p 32.

- e) Intento de suicidio previo
- f) Presencia de armas de fuego en el hogar.
- g) Encarcelación
- h) Exposición a comportamientos suicidas de otras personas, incluyendo la familia, los amigos, en las noticias o en historias de ficción.

<b>INDICADORES DE RIESGO SUICIDA</b>			
<b>VARIABLE</b>		<b>ALTO RIESGO</b>	<b>BAJO RIESGO</b>
<b>Socio- demográficas</b>	Edad	Mayor 45 años	Menor 45 años
	Sexo	Varón	Mujer
	Estado Civil	Divorciado o viudo	Casado
	Empleo	Desempleado	Empleado
	Relación Familiar	Conflictiva	Estable
<b>Salud</b>	Física	Enfermedad crónica Hipocondría Abuso de Sustancias	Sano Sentimiento de bienestar Bebedor social
	Mental	Depresión más que moderada  Psicosis Personalidad Anormal Desesperanza	Depresión menos que moderada  Neurosis Personalidad neurótica Optimismo
<b>Suicidalidad</b>	Ideación Suicida	Frecuente, intensa, prolongada	Transitoria, baja intensidad

	Intentos previos	Frecuentes Planificados Desprotegidos Ambigüedad hacia la muerte Medios disponibles y letales	Ocasionales Impulsivos Sitio protegido Priman deseos de cambio Medios con baja letalidad o difícil acceso
<b>Red</b>	Personal	Pobres logros	Buenos logros
		Pobre control de los afectos	Mejor control de los afectos
	Social	Escasa relaciones	Buenas relaciones
		Familia irresponsable	Familia comprometida
	Creencias	Ateo, agnóstico	Practicante
Fuente: El Suicidio: Investigación en Puebla, Ciudad de México 2010 Autor: Gustavo Maldonado Abascal			
Cuadro # 1 Indicadores de riesgo suicida, tomado de El Suicidio <sup>14</sup> .			

### 2.3.1. Teoría psicológica

Según la Gestalt, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Significa pues darse muerte a uno mismo.

El ser humano continuamente lleva a cabo acciones autodestructivas como por ejemplo fumar, beber en exceso, practicar deportes de riesgo, pero la intención habitualmente no es la de acabar con la propia vida sino experimentar determinado placer.

<sup>14</sup> Maldonado, G. (2010). El Suicidio: Investigación en Puebla, Ciudad de México, p. 8.

Cuando una persona tiene una intención de suicidio no busca el deleite sino acabar con el sufrimiento porque su visión de túnel (no poder cambiar su situación actual) no permite ver otras posibles salidas.

Por ello, el objetivo fundamental de esta corriente en relación con el suicidio se enfoca en:

1. Ayudar a individuo a llegar a la Auto-aceptación y a la valoración de sí mismo.
2. Ayudar al individuo a no recaer y volver a intentar suicidarse.
3. Ayudar al individuo a reconocer lo que tiene en este momento y lo que es ahora, no antes, no en el pasado, y tomar su situación anterior únicamente para reconocerla como una experiencia que no desee volver a pasar.
4. Ayudar al individuo a integrarse nuevamente a sus actividades sin miedo a recaer<sup>15</sup>.

### **2.3.2. Razones psicológicas**

1. Un dolor psíquico intolerable del que se desea escapar. La depresión, la angustia.
2. Un intento por acabar con la conciencia, especialmente la del dolor. La relacionamos con frases como: “no tengo futuro” o “¿Paraqué seguir viviendo?”
3. Falta de opciones o bloque para verlas.
4. Un impulso súbito de odio a sí mismo. Una autoevaluación negativa, con autorechazo, desvaloración, culpa, humillación sensación de impotencia, desesperación y desamparo.

---

<sup>15</sup> Pinkiza Investigaciones. “La Gestalt como Terapia de Tratamiento para evitar el Suicidio” (2006,). Colección Gestalt, p. 36-37.

Como se mencionó anteriormente, en el acto suicida siempre habrá una lucha interna entre el deseo de morir y el de seguir viviendo. Generalmente, el individuo suicida pedirá auxilio de una u otra forma.

Los intentos fallidos de suicidio pueden significar una petición de ayuda que, si es ignorada, puede ser precursora de posteriores intentos. Sin embargo, estas peticiones de ayuda hay que diferenciarlas de otras formas más manipuladoras de intento o amenaza de suicidio que buscan llamar la atención, cuyo propósito es controlar las emociones y el comportamiento de otras personas, normalmente familiares.

### **2.3.3. Tipos suicidas**

De acuerdo a Carl M. Durkheim, encontramos los llamados suicidios egoístas, que se dan comúnmente en las personas excesivamente individualistas y es propio de las sociedades más avanzadas. Este tipo de suicidio es más común en los individuos poco integrados a los grupos sociales de los que forman parte.

- a) El suicidio altruista es la versión opuesta al anterior. Sucede por una excesiva “integración” del sujeto con la sociedad a la que pertenece, al punto tal, que la personalidad individual no cuenta, pues se encuentra muy comprometida con el grupo social en el que interactúa. El individuo se somete con abnegación a las leyes y costumbres de su sociedad, de tal modo que se suicida porque piensa que ese acto es un deber. Un ejemplo es el “Harakiri” practicado en las antiguas sociedades japonesas.
- b) El suicidio anómico es el de mayor relevancia en el estudio de Durkheim. La anomía es la falta de normas y de leyes que regulen la actividad humana y generalmente se produce en momentos de crisis sociales agudas, de transformaciones en las estructuras y valores culturales. Este autor explicó, que no es cierto que las sociedades pudieran actuar libre de normas, valores y leyes, debido a la característica gregaria del hombre.

Algunas personas no soportan los cambios en estas normas y formas de vida y llegan al suicidio. Por ejemplo, cuando una persona se divorcia o se le muere un ser querido, lo cual genera alteraciones en su estructura y ritmo de vida.

- c) El suicidio fatalista es la versión opuesta al anterior. Aquel sucede por el cambio de normas que regulen la conducta humana. Este afecta a aquellas personas que no aceptan las normas y se sienten reprimidas en sus sentimientos, pasiones y limitados en su futuro. Pueden ser hijos de padres estricta y agresivamente disciplinados o extremadamente moralistas<sup>16</sup>.

### **3. ESTADÍSTICAS**

#### **3.1. El suicidio en el Ecuador**

En relación con el resto del mundo el Ecuador –al igual que gran parte de América Latina– tiene una tasa de suicidios relativamente baja. De acuerdo al banco de datos de la OMS (cuya principal fuente de información es el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC), el país presenta una tasa de 6.1 por cada 100.000 habitantes en el 2004, cifra que se sitúa muy por debajo de la tasa promedio de la región europea de 15.74 en el mismo año; sin embargo, estadísticas más recientes del INEC muestran tasas de 7.1 para el 2005 y 6.7 para el 2006. Pese a que las tasas continúan siendo bajas respecto a otros países, llama la atención el constante incremento de los suicidios en las últimas tres décadas. En 1971, el país registraba una tasa de 2.3 que ascendió a 2.8 en 1980, la cual a mediados de esta última década había subido en más de un punto, situándose en 4.2. En los 90 las tasas de suicidio continuaron ascendiendo hasta 1999, año en que pese a la fuerte crisis económica que atravesaba el país, se produjo un descenso anómalo llegando a una tasa de 1.8 por 100.000 habitantes. Este hecho llama la atención y muestra ser

---

<sup>16</sup> Maldonado, G. (2005). El Suicidio: Investigación en Puebla, Ciudad de México, p. 10.

contrario a las tendencias suicidas de otras partes del mundo, en las que este fenómeno se intensifica con las crisis económicas y el desempleo.

A comienzos del siglo veintiuno vuelven a despuntarse las tasas de suicidio en el Ecuador. Así, comienza con el 4.3 en el año 2000, asciende rápidamente a 5.3 en 2003, luego a 6.1 en 2004, a 7.1 en 2005, para caer levemente a 6.7 en 2006.

Estas cifras muestran que las tasas de suicidio en el Ecuador se han triplicado en las últimas tres décadas. Sólo en lo que va del nuevo milenio, el número de casos de suicidios consumados ha llegado casi a duplicarse, pues en el año 2000 se dieron 538 suicidios, llegando a 900 en 2006.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) ha incluido el fenómeno del suicidio en el reporte de Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2007, con el objetivo de visibilizar este problema y fortalecer la vigilancia epidemiológica e intervención inmediata sobre la morbilidad y mortalidad de procesos prevalentes y de notificación obligatoria (MSP et. al 2007). Este documento, basado en los datos del INEC, sitúa a las lesiones auto-inflingidas intencionalmente (suicidios) en el puesto 14 de las 67 causas principales de muerte en el país por debajo de accidentes de tránsito (puesto 7) y homicidios (puesto 8), y por encima de la tuberculosis, la desnutrición y los paros cardíacos. Es evidente que la presencia y agravamiento de esta problemática se convierte en un asunto de salud pública; por ende, es necesario estudiar y conocer el fenómeno antes de diseñar políticas que puedan prevenir estos comportamientos en la sociedad.

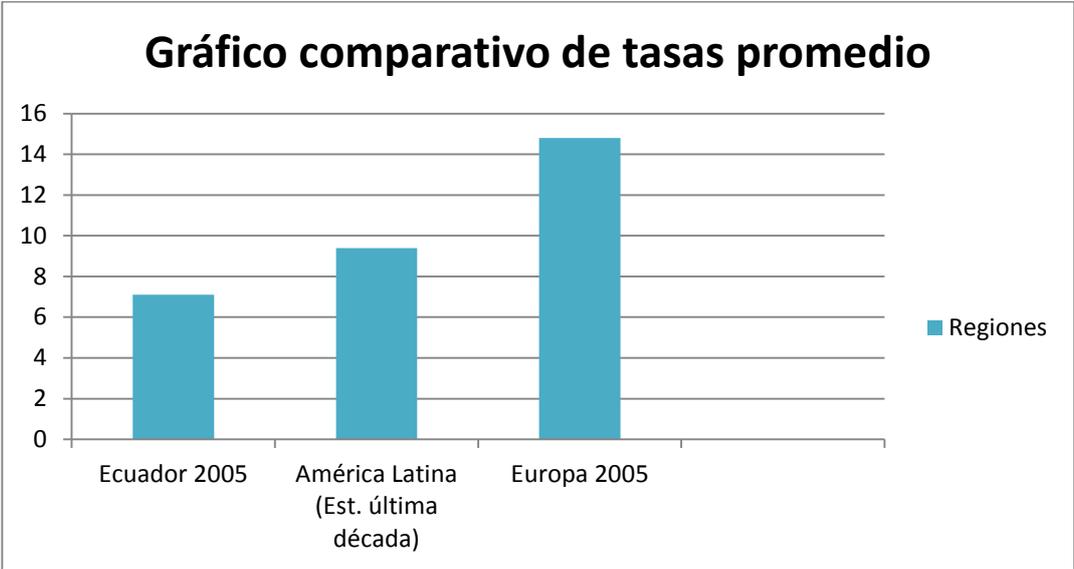
Este ministerio registra los suicidios anuales a nivel nacional y provincial, y lo reconoce como un problema de salud pública; sin embargo, se basa en los datos de los centros clínicos y hospitalarios públicos, por lo que las tasas disminuyen considerablemente al no incorporar la información proveniente de centros de atención privados. La variación de tasas que presenta el ministerio

desde 1994 hasta el 2007 en el reporte de Enfermedades y eventos de notificación obligatoria sujetas a vigilancia epidemiológica, es heterogénea y presenta varios ascensos y descensos. El nivel más alto, con 120 suicidios consumados a nivel nacional y una tasa de 1 por cada 100.000 habitantes, se da en el año 2000. Del 2005 al 2007, se percibe un descenso de tasas de 0.76 (101 casos) a 0.57 (78 casos), respectivamente. Las bajas cifras que registra el ministerio en relación a las del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) muestran que existe un gran porcentaje de casos de suicidios consumados que se producen por fuera de los alcances del sistema de salud pública, lo cual debe ser tomado en cuenta al momento de diseñar políticas de seguridad ciudadana que atiendan esta problemática, no sólo desde la salud pública y a través de la atención hospitalaria, sino a través de la educación, el desarrollo humano y la calidad de vida de las personas.

Dentro del seguimiento que lleva a cabo el MSP en cuanto a los estamentos clínicos y hospitalarios del Estado, los intentos de suicidios también son identificados como “enfermedades de notificación obligatoria” en la sección de salud mental, junto a la depresión y el alcoholismo (Ministerio de Salud Pública 2007). El intento de suicidio es también una parte crucial que compone este fenómeno, por lo que su comprensión y posible prevención es de suma importancia. Según esta fuente, los números de casos y tasas de intentos de suicidios son bastante mayores a los consumados. En 1997 se registraron 754 casos y una tasa de 10.41; diez años más tarde, en 2007, los casos ascendieron a 2351 y a una tasa de 17.28<sup>17</sup>.

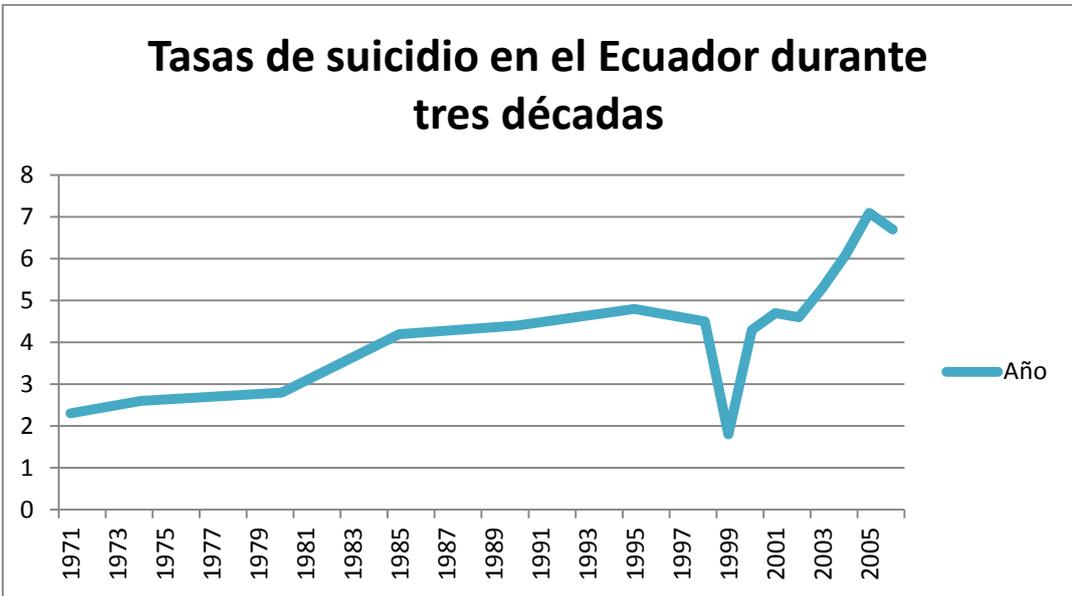
---

<sup>17</sup> Betancout, A. (2008). Investigación: El suicidio en el Ecuador: Un fenómeno en ascenso. Editorial FLACSO sede Ecuador, p. 5.



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS) 2007.  
 Elaborado por: Maritza Alexandra Rojas Coronel

Gráfico #3: Comparación de tasas promedio



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS) 2007.  
 Elaborado por: Maritza Alexandra Rojas Coronel

Gráfico #4: Tasas de suicidio en el Ecuador durante tres décadas

<b>TASAS DE SUICIDIO EN AMÉRICA LATINA</b>				
<b>PAÍS</b>	<b>AÑO</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL TASA DE SUICIDIO</b>
Argentina	2003	14.1	3.5	8.7
Brasil	2002	6.8	1.9	4.3
Colombia	1999	8.2	2.4	5.3
Costa Rica	2004	12.1	1.6	6.9
Cuba	2004	20.3	6.6	13.5
Chile	2003	17.8	3.1	10.4
Ecuador	2004	8.6	3.7	6.1
El Salvador	2003	12.2	4.2	8.1
Guatemala	2003	3.4	0.9	2.1
México	2003	6.7	1.3	4.0
Nicaragua	2003	11.0	3.7	7.3
Panamá	2003	11.1	1.4	6.3
Paraguay	2003	4.5	1.6	3.1
Perú	2000	1.1	0.6	0.9
Puerto Rico	2002	10.9	1.8	6.2
Rep. Dominicana	2001	2.9	0.6	1.8
Venezuela	2002	8.4	1.8	5.1
Fuente: OMS (2007). Disponible en: <a href="http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html">http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html</a> Elaborado por: Maritza Alexandra Rojas Coronel				
Gráfico # 5: Tasas de suicidio en América Latina				

#### **4. EL INTENTO SUICIDA**

Es imprescindible al hablar del suicidio, definir lo más claramente posible el concepto de intento de suicidio, ya que éste tiene algunas características que lo distinguen del suicidio y/o grado, no sólo por el hecho sustancial del acto del suicidio sino por las motivaciones que conlleva, también hay que distinguirlo del intento de suicidio frustrado, en el que el suicidio se evita por medio externos al sujeto.

El intento suicida se define como las acciones de un sujeto en contra de su vida, sin lograr el suicidio. Es un hecho conocido que el intento suicida pueda ser cortarse, ingerir sustancias tóxicas, lanzarse al vacío, etc., con la finalidad de cambiar el significado de los otros con respecto a sí mismo y no tanto para terminar con la vida.

También se ha teorizado sobre la respuesta que han tenido los sobrevivientes de los intentos suicidas en el sentido de cambiar las expectativas de su vida y alcanzar ciertos y diferentes estándares nuevos (Stengel, E., 1965).

Lo que distingue el intento de suicidio, del suicidio, es el hecho de que en éste la muerte es la finalidad, mientras que en el primero la muerte se transforma en el medio con el cual se obtiene un tipo peculiar de relación humana.

El que intenta el suicidio ejecuta una serie de actos que pueden conducir a la muerte, pero que en todo momento están supeditados a la presencia real o virtual de los otros.

Por tanto, el intento suicida es una simulación, en cierta medida porque se quiere obtener, con el riesgo de morir, un tipo de gratificación no precisamente masoquista sino sádica.

La proporción de suicidio con respecto a los intentos suicidas es de uno por cada ocho intentos, de acuerdo con lo descrito por Sheidman (1980) y así se

ha dicho que los intentos suicida tienen mucho significado y diferentes niveles de letalidad.

Otros datos son de interés también a este respecto:

Mientras que entre los suicidas, el número de hombres es mayor que el de las mujeres, la relación se invierte en el intento suicida. Mientras que la tasa de suicidas es mayor entre los 20 y 40 años de edad, los estados depresivos son los que quedan una cifra mayor en los intentos de suicidio.

Matus (1990) sostiene que la aproximación al acto suicida es el resultado de un abandono progresivo y pérdida de interés en las relaciones familiares y sociales más cercanas al individuo, esto significa que son muy importantes las condiciones sociales que lo rodean, las relaciones y conflictos con sus allegados, así como el concepto que tiene de su medio ambiente.

También plantea que el suicida pasa por las siguientes situaciones antes de tomar la determinación de quitarse la vida:

- a. Una larga y dura historia de problemas desde su infancia.
- b. Una serie de problemas desde la entrada a la adolescencia.
- c. Fracaso en la adaptación y manejo de problemas, incapacidad para afrontarlos y pérdida de interés en sus relaciones sociales.
- d. Una reacción en cadena, al ir disolviendo lo poco que queda de sus relaciones sociales significativas, en los días y semanas precedentes al intento suicida.
- e. Un proceso interno para justificarse a sí mismo el suicidio y por lo tanto el manejo y apertura de un canal entre el pensamiento y la acción.

Mucha gente recurre al suicidio como medio para castigar a su familia, para obtener atención y/o afecto de la gente cercana y parece que a veces propiciar su muerte es la única manera de obtenerlo.

Estados que reflejan una conducta suicida

1. Rumiación suicida
2. Ideación suicida
3. Intento suicida
4. Suicidio consumado<sup>18</sup>

#### **4.1. Intentos e ideaciones suicidas**

La literatura contemporánea aborda el estudio del comportamiento suicida desde una triple categorización:

##### **4.1.1. Ideaciones suicidas**

Se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido del oficio de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción. (Goldney y col. 1989).

##### **4.1.2. Parasuicidios**

Comprenden conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia. Se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta; dichos actos deben ser poco habituales. Así, por ejemplo, el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se ubican en este rubro.

---

<sup>18</sup> Rivera, M., Herrera, L. (2002). Perfil Psicológico de personas con intento suicida: El intento suicida. Primera Edición-Instituto Politécnico Nacional México, DF, p. 17-19.

### **4.1.3. Suicidios**

Incluyen todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima la que es consciente de la meta a lograr. Algunos autores, (Farberow, 1980) consideran que es importante ocuparse de los denominados "suicidios indirectos": accidentes de tránsito, huelgas de hambre, el rechazo a tomar una medicación necesaria<sup>19</sup>.

### **4.2. Manifestaciones externas de un intento de suicidio**

Tales expresiones pueden ser verbales o no verbales:

1. No verbales: Cambios en los hábitos alimenticios y del sueño. Pérdida de interés en las actividades habituales. Retraimiento respecto de los amigos y miembros de la familia. Manifestaciones de emociones contenidas y alejamiento o huida. Uso de alcohol y de drogas. Descuido del aspecto personal. Situaciones de riesgo innecesarias. Preocupación acerca de la muerte. Aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales, como dolores de estómago, de cabeza y fatiga. Pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar. Sensación de aburrimiento. Dificultad para concentrarse.
2. Verbales: Aviso de planes o intentos de suicidarse, incluyendo los siguientes comportamientos: verbaliza: "Quiero matarme" o "Voy a suicidarme". Da señales verbales como "No seré un problema por mucho tiempo más" o "Si me pasa algo, quiero que sepan que..." Regala sus objetos favoritos; tira sus pertenencias importantes. Escribe una o varias notas de suicidio<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup>Casullo, M. (2005). Técnicas y procesos de evaluación psicológica: Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. Universidad de Buenos Aires Argentina- Investigadora CONICET, p. 1-4.

<sup>20</sup> Maldonado, G. (2005). El Suicidio: Investigación en Puebla, Ciudad de México, Editorial Abascal, p. 10-11.

### **4.3. Búsqueda de sensaciones e intento de suicidio**

Existe evidencia que vincula la búsqueda de sensaciones con el intento de suicidio; por ejemplo, en los estudios sobre conducta suicida y búsqueda de novedad (Becerra, Paez, Robles-García y Vela, 2005; Ferguson, Beautrais y Horwood, 2003; Guillem, Pelissolo, Notides y Lépine, 2002) se encontró que ésta es mayor en personas que han intentado suicidarse en comparación con quienes no lo han intentado.

Bolognini, Laget, Plancherel, Atéphan, Corcos y Halfon (2002) estudiaron la relación entre el intento de suicidio y el abuso de drogas a partir de rasgos de personalidad. Los autores encontraron que las personas con intento de suicidio tuvieron un puntaje elevado en la escala de búsqueda de experiencias en comparación con los que no lo habían intentado; consideran que la búsqueda de sensaciones es una característica de las personas que presentan abuso de drogas. Asimismo (ambos, consumo de drogas y búsqueda de sensaciones) son predictores significativos en mujeres con intento de suicidio. Si bien se encuentra un efecto significativo de la búsqueda de sensaciones sobre el intento de suicidio, los autores no controlaron el efecto que puede tener al consumo de drogas sobre él, ya que hay jóvenes que intentan suicidarse sin haber consumido drogas o bien existen jóvenes que consumen drogas y no intentan suicidarse. De ahí la importancia de encontrar el efecto único que puede tener la búsqueda de sensaciones sobre el intento suicida.

Por otra parte, Vermeiren, Schwab-Stone, Ruchkin, King y Van Heeringen (2003) señalan que altos niveles de búsqueda de sensaciones se encuentran en hombres que han intentado suicidarse en comparación con los que no lo han intentado. Asimismo, se ha encontrado que las personas que no han intentado suicidarse difieren en su búsqueda de sensaciones de quienes lo han intentado una o más veces, específicamente en la dimensión de desinhibición. Para la dimensión de susceptibilidad al aburrimiento se

encuentran diferencias entre quienes lo han intentado una vez y los que lo han intentado varias ocasiones; sin embargo, no existen diferencias significativas entre quienes lo han intentado y los que no (Laget, Plancherel, Stéphan, Bolognini, Corcos, Jeammet y Halfon, 2006)<sup>21</sup>.

## **5. MÉTODOS DE SUICIDIO**

Los intentos de suicidio siempre son realizados bajo la influencia de estados de ánimos poco alentadores, tristes, por decir lo mínimo. Una conclusión inmediata de estos estados de ánimos o pensamientos es que son muy poco objetivos. Ahora bien, si a esas visiones poco objetivas le sumamos una dosis de síntomas psicóticos tenemos un pensamiento absolutamente desviado de la realidad, de una realidad que es mucho mejor huir ¿Y huir de qué forma? A través del suicidio.

Los actos suicidas se llevan a cabo con diferentes métodos como:

1. Uso de armas de fuego y corto-punzantes
2. Ingesta de medicamentos o venenos
3. Ahorcamiento
4. Salto desde altura
5. Intoxicación con monóxido de carbono
6. Lanzamiento al tráfico vehicular
7. Incineración
8. Asfixia por inmersión
9. Apuñalamiento

La seriedad del intento suicida radica en lo que la persona hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si el fin del acto es comunicar un

---

<sup>21</sup> Palacios, D., Sánchez, J., Andrade, B. (2010) Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Vol. 12, Núm. 1, p. 53-75.

estado de descontento en general, el individuo provocará ser descubierto antes de alcanzar su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de una persona que arregla todo para no ser descubierto (notas de despedida, una llamada de adiós a un familiar o amigo)<sup>22</sup>.

### **5.1. Métodos utilizados en el Ecuador**

Según una publicación del Diario Hoy en 2007, con información recopilada por la OMS, en la ciudad de Quito los métodos más utilizados en casos de suicidio son: ahorcamiento con cinturones y sogas (empleado especialmente por jóvenes y adultos entre 19-30 años); armas de fuego (usadas en menor cantidad principalmente por adultos jóvenes y maduros al tener mayor acceso a las mismas): y, la intoxicación (raticidas, herbicidas, alcohol).

Según un reportaje realizado por el Diario Hoy (2006), el método más utilizado durante la época de navidad y año nuevo es la intoxicación con fósforo blanco (diablillos), dado que es un elemento de bajo costo, venta libre y amplia oferta.

Adicionalmente, si bien el alcohol y las drogas no provocan directamente este acto, sí inciden en el de las personas que se auto-inflingen, ya sea deprimiendo las funciones mentales superiores, como aflorando estados emocionales reprimidos, lo cual acelera el impulso y los deseos suicidas.

---

<sup>22</sup> Maldonado, G. (2005). El Suicidio: Investigación en Puebla, Ciudad de México, p. 13-14.

## RELACIÓN ENTRE LA PERSONALIDAD Y EL INTENTO DE SUICIDIO

El intento de suicidio es un predictor del suicidio. Según los estudios nórdicos, la mortalidad por suicidio después de haber intentado suicidarse es 4-14% para los hombres y el riesgo de suicidio a los 5 años entre los pacientes psiquiátricos suecos se eleva al menos en diez veces.

Lidberg y cols encontraron un aumento de la tasa de mortalidad en delincuentes suecos a los que se había sometido a reconocimiento psiquiátrico forense.

El aumento se debía sobre todo a las muertes violentas (suicidios, accidentes) y a enfermedades relacionadas con el abuso de alcohol. La mortalidad total después de 13-16 años era 17%. Entre los diferentes factores de riesgo de la mortalidad analizados, el abuso de alcohol aumentaba la tasa de mortalidad significativamente. El abuso de drogas, el tipo de delito (delitos violentos o contra la propiedad) y la reincidencia o aumentaron el riesgo. Más recientemente, se registró la mortalidad por suicidio en una cohorte de delincuentes varones en Suecia sometidos a un reconocimiento psiquiátrico forense importante durante 1988-1991 (N = 1.943). Al final de 1995, la mortalidad por suicidio era alrededor de 12 veces la de la población general. Ningún diagnóstico principal específico parecía aumentar el riesgo de suicidio consumado, pero los diagnósticos concomitantes de depresión y abuso de drogas en el reconocimiento psiquiátrico forense se asociaban significativamente con el suicidio. No había asociación entre el suicidio consumado y los delitos violentos. Tampoco la había, además, entre el delito violento índice o la delincuencia violenta vital y la elección de un método violento de suicidio<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Gunilla, E. (2002). Relaciones entre intento de suicidio, vulnerabilidad temperamental y delitos violentos en una población psiquiátrica forense sueca. Ed. Esp. Departamento de Neurociencia, Psiquiatría p. 98-99.

El suicidio y la violencia se han relacionado desde hace tiempo en diversas teorías y se han propuesto factores comunes. Freud, desde un punto de vista psicoanalítico, describió el suicidio como un acto agresivo. Desde un ángulo diferente, Plutchik y Cols desarrollaron un modelo teórico de la agresión llamado Modelo Bifásico de Fuerzas Compensatorias. Los autores proponen que el suicidio y la violencia representan la expresión del mismo impulso agresivo subyacente. La presencia o ausencia de algunos factores determina si la agresión se expresa o no, y si se dirigirá hacia otros o hacia uno mismo.

La investigación sobre los factores de vulnerabilidad individual para el suicidio ha generado el modelo psicobiológico para el comportamiento suicida. La teoría hace hincapié en la importancia de la agresión impulsiva, aunque aquí por las conexiones entre las medidas de agresión y la función serotoninérgica. Los hallazgos coherentes de esta asociación están bien documentados actualmente también cuando se han utilizado mediciones diferentes de la función serotoninérgica como el ácido 5-hidroxiindolacético en el LCR, la prueba de provocación con fenfluramina, la actividad de la monoaminoxidasa (MAO) de las plaquetas, etc. Se ha encontrado que existen asociaciones similares entre los marcadores del sistema serotoninérgico y otros tipos de comportamiento agresivo. Además, nuestros hallazgos de asociaciones entre la actividad de la MAO de las plaquetas y dimensiones de la personalidad como la impulsividad, la irritabilidad, la agresión verbal y la hostilidad dentro de la presente población están de acuerdo con esta teoría. Sin embargo, se han comunicado también algunos resultados contrapuestos.

Se ha mostrado que los rasgos de personalidad son estables con el tiempo. La hipótesis de la vulnerabilidad temperamental indica que algunos rasgos de la personalidad pueden hacer a un individuo vulnerable a formas diferentes de trastornos psicopatológicos. Esto se ha demostrado en diferentes afecciones M y perturbaciones conductuales, incluida la conducta suicida. Las personas que intentan suicidarse presentan patrones de personalidad complejos, como mostraron Engström y cols. Parece no haber una personalidad suicida, sino

varias. De modo interesante, los rasgos de personalidad asociados con el comportamiento suicida se han asociado también con la violencia hacia otros. Además, cuando se administraron las KSP a un grupo de pacientes con intento de suicidio en un entorno de consulta psiquiátrica y a otro grupo que constaba de delincuentes varones violentos en reconocimientos psiquiátricos forenses, se demostraron perfiles de temperamento muy similares: Ambos grupos mostraban una ansiedad como rasgo elevada y socialización muy baja. Sin embargo, en este estudio se excluyó a los sujetos que tenían a la vez comportamientos delictivos y antecedentes de intentos de suicidio previos. Éste podía ser el grupo más extremo con respecto a los rasgos de personalidad patológicos y la vulnerabilidad biológica.

El presente estudio se ocupa de varones en exploraciones psiquiátricas forenses. Estos sujetos presentan una elevada morbilidad psiquiátrica con una frecuencia muy alta de rasgos de personalidad patológicos y una frecuencia alta de comportamiento violento.

Todos ellos han cometido delitos graves, la mayoría de ellos violentos. Un propósito del estudio es identificar los factores de vulnerabilidad para la conducta suicida dentro de este tipo de población. Otro propósito es investigar la vulnerabilidad temperamental cuando se tienen en cuenta tanto la conducta suicida como la conducta delictiva violenta<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Gunilla, E. (2002). Relaciones entre intento de suicidio, vulnerabilidad temperamental y delitos violentos en una población psiquiátrica forense sueca. Ed. Esp. Departamento de Neurociencia, Psiquiatría p. 99.

## 6. PREVENCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere seis medidas para prevenir el suicidio. Se detallan a continuación y se relacionan con:

1. Tratamiento de las enfermedades mentales
2. Destoxificación del gas de los vehículos de motor
3. Destoxificación del gas doméstico
4. Control de la posesión de las armas de fuego
5. Control sobre la disponibilidad de las sustancias tóxicas
6. Disminuir los reportes de las noticias sensacionalistas en los medios de difusión<sup>25</sup>.

Algunos países tienen sus propias estrategias nacionales para prevenir el suicidio, según sus propias particularidades.

En Inglaterra, se han adoptado múltiples medidas encaminadas a prevenir suicidio, a mejorar el diagnóstico y tratamiento de la depresión y de los sujetos con riesgo del suicidio por parte del médico general, en Hospitales Generales y Servicios de Salud Mental; el reconocimiento de los grupos de riesgo; la reducción del acceso a los medios mediante los cuales el sujeto puede cometer suicidio e intentar modificar las actitudes públicas hacia la depresión y suicidio.

En Noruega entre las medidas preventivas para disminuir el comportamiento suicida están las siguientes:

1. Adecuado tratamiento de personas en riesgo suicida por razones psiquiátricas
2. Adecuado tratamiento de los enfermos somáticos en hospitales generales, unidades de desintoxicación, etc.,

---

<sup>25</sup> Valdivia, M. (2001). Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica de Chile, p. 25.

3. Adecuado tratamiento de grupos con elevado riesgo como las personas en crisis, niños y adolescentes, estudiantes, prisioneros, jóvenes del servicio militar, los inmigrantes, personas desempleadas, etc.
4. Mejorar la salud y los servicios sociales en las municipalidades
5. Mejorar la disponibilidad de acceso a la salud mental en los ámbitos escolares
6. Incrementar la cooperación entre las diversas organizaciones e instituciones de la sociedad.
7. El entrenamiento, instrucción y educación del médico general
8. La participación de los medios de comunicación
9. La investigación, principalmente estudios que usen métodos epidemiológicos.

En Cuba, el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio empezó en 1989 con tres objetivos principales:

- a. Evitar el primer intento suicida
- b. Evita la repetición del intento suicida
- c. Evita el suicidio.

El programa incluyó seis niveles: el médico de la familia, el policlínico, el hospital, la municipalidad, la provincia y la nación. Cada nivel tiene su propia tarea, pero el médico de la familia en la atención primaria de salud es el protagonista principal con la participación de los líderes formales e informales, las instituciones y organizaciones de la comunidad<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Barrero, S. (2000). Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 15 (2): 196-217. Recuperado el 21 de Febrero de 2011, de "El Suicidio, comportamiento y prevención". Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_2:99/mgi13299.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2:99/mgi13299.pdf)

## V MATERIALES Y MÉTODOS

### **Tipo de Investigación**

Es estudio desarrollado es descriptivo con técnicas cuantitativas, puesto que el objetivo central fue determinar los estilos de personalidad que poseen los pacientes que han efectuado un intento de suicidio.

Se realizó una investigación transversal en un periodo de 4 meses, desde noviembre 2012 hasta marzo 2013, información que fue recopilada a través de la aplicación de los test correspondientes.

### **Procedimiento**

Los pasos que se llevaron a cabo para la investigación son los siguientes:

1. Aplicación de la Entrevista Inicial (elaborado por las investigadoras) Anexo 1.
2. Aplicación del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) Anexo 2.
3. Aplicación de la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS) Anexo 3.
4. Análisis e interpretación de datos recolectados
5. Elaboración estadística de los datos
6. Consideraciones Éticas
7. Discusión de resultados
8. Conclusiones

Inicialmente se solicitó el permiso a las autoridades del Hospital para desarrollar la investigación. Luego, con ayuda del equipo multidisciplinario y de la historia clínica, se identificaron los pacientes con diagnóstico de intento

de suicidio (hospitalizados y en tratamiento ambulatorio), a quienes se les realizó la Entrevista Inicial, a fin de obtener un registro que complemente la información. Para ello, se anticipó la autorización de los pacientes, a través de la firma del consentimiento informado (Anexo 4), documento que notificó sobre los objetivos y beneficios de la investigación. Luego se aplicó la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck para conocer las condiciones del intento de suicidio. Posteriormente se aplicó el Inventario de Personalidad de Millon para determinar los estilos de personalidad que predominan en cada uno de los pacientes evaluados. Finalmente, con la información obtenida se procedió a la calificación y análisis de los resultados.

### **Población y muestra**

La población estuvo conformada por 50 pacientes del Hospital Humberto Ugalde Camacho (CRA), en las áreas de Adicciones y Psiquiatría, tanto en hospitalización, como en tratamiento ambulatorio, durante el periodo noviembre 2012 a marzo 2013, que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

1. Diagnóstico: Pacientes con intento de suicidio
2. Área: Psiquiatría y Adicciones
3. Edad: Mayores de 18 años
4. Sexo: Hombres y mujeres
5. Prescripción farmacológica: Pacientes con o sin prescripción médica

Criterios de exclusión:

1. Diagnóstico: Retraso mental y/o síntomas psicóticos
2. Estado físico: Estado de conciencia alterado
3. Edad: Menores de 18 años

## INSTRUMENTOS

### 1. ENTREVISTA INICIAL

La entrevista inicial que fue aplicada a los 50 pacientes con diagnóstico de intento de suicidio, y consta de 4 grupos de preguntas sobre datos de identificación, diagnóstico, información sobre el intento de suicidio y tratamiento psicológico (Anexo 1).

### 2. ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK (SIS)

Es una escala validada por el Banco de Instrumentos Básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, que fue diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionados con la tentativa.

1. Se trata de una escala semi-estructurada que consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).
2. Consta de tres partes bien diferenciadas:
  - Parte objetiva:** circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio (ítems 1 al 8)
  - Parte subjetiva:** expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems 9 al 15)
  - Otros aspectos:** ítems 16 a 20.
3. Las puntuaciones inferiores a 7 indicarían una tentativa de suicidio de bajo riesgo, puntuaciones de 8-14 indicarían riesgo moderado, mientras que las puntuaciones superiores a 15 serían sugestivas de riesgo alto (Anexo 2).

### **3. INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MIPS)**

Es un cuestionario compuesto por 180 ítems respecto de los cuales el sujeto debe determinar si le son aplicables (respuesta verdadero/falso); su objetivo es medir la personalidad de individuos entre 18 y 65 o más años. Para completar la mayoría de los ítems se requiere un nivel de educación correspondiente al primer año de la escuela secundaria. La mayoría de las personas emplean 30 minutos o menos para responder al cuestionario.

La administración, puntuación e interpretación del MIPS pueden realizarse en un computador personal y/o con el sistema de papel y lápiz, asignándose los puntos manualmente o utilizando un scanner. Existe disponible una guía de usuario que explica la lógica utilizada por el programa informático para analizar los perfiles del MIPS y generar los informes interpretativos.

El Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS) consta de 24 escalas agrupadas en 12 pares. Cada par incluye dos escalas yuxtapuestas. Por ejemplo, las escalas retraimiento y comunicatividad se consideran un par. Además de esto el MIPS incluye 12 pares de escalas de contenido, estas son de validez, y son las siguientes: impresión positiva, impresión negativa y consistencia.

**Escalas del MIPS:** (Estilos de Personalidad) Metas motivacionales, Modos cognitivos y Conductas interpersonales

#### **Metas Motivacionales**

- Apertura
- Preservación
- Modificación
- Individualismo
- Acomodación
- Protección

### **Modos Cognitivos:**

- Extraversión
- Introversión
- Sensación
- Intuición
- Reflexión
- Afectividad
- Sistematización
- Innovación

### **Conductas Interpersonales:**

- Retraimiento
- Comunicatividad
- Vacilación
- Firmeza
- Discrepancia
- Conformismo
- Sometimiento
- Control
- Insatisfacción
- Concordancia

La calificación se agiliza por medio del programa computarizado del MIPS que proporciona inmediatamente los resultados después de finalizar la evaluación. Por ello, se sugiere este tipo de aplicación electrónica, ya que permite al entrevistador aprovechar el tiempo para realizar interpretaciones y conclusiones (Anexo 3).

## VI ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 6.1 Datos Personales

#### 6.1.1 Entrevista Inicial

**Cuadro N° 1 Distribución según género de pacientes con intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, periodo noviembre 2012-marzo 2013**

<b>GÉNERO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Femenino</b>	19	38%
<b>Masculino</b>	31	62%
<b>Totales</b>	50	100%

**Fuente:** Entrevista Inicial. Anexo 1  
**Autora:** Maritza Rojas Coronel

#### **Análisis e interpretación:**

La mayoría de la población entrevistada fueron varones.

**Cuadro N° 2 Distribución según edad de pacientes con intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, periodo noviembre 2012-marzo 2013**

<b>EDADES*</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>18 a 24 años</b>	19	38%
<b>25 a 31</b>	11	22%
<b>32 a 38</b>	6	12%
<b>39 a 45</b>	4	8%
<b>46 años o más</b>	10	20%
<b>Totales</b>	50	100%

*\* Para el relevamiento de los datos de edad, se configuraron intervalos de 7 años*

**Fuente:** Entrevista Inicial. Anexo 1  
**Elaborado por:** Maritza Rojas Coronel

### **Análisis e interpretación:**

Los datos marcan a la población vulnerable en un rango de edad comprendido entre 18 a 24 años, seguido de las personas entre 25 y 31 años.

### **Cuadro N° 3 Distribución según estado civil de pacientes con intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, periodo noviembre 2012-marzo 2013**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Soltero</b>	25	50%
<b>Casado</b>	12	24%
<b>Divorciado</b>	4	8%
<b>Separado</b>	1	2%
<b>Viudo</b>	1	2%
<b>Unión libre</b>	6	12%
<b>Totales</b>	50	100%

**Fuente:** Entrevista Inicial. Anexo 1

**Elaborado por:** Maritza Rojas Coronel

### **Análisis e interpretación:**

Las personas solteras son el grupo más vulnerable ante la tentativa de suicidio, seguido de las personas casadas con un menor porcentaje.

**Cuadro N° 4 Distribución según escolaridad de pacientes con intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, periodo noviembre 2012-marzo 2013**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Secundaria incompleta</b>	20	40%
<b>Bachillerato</b>	19	38%
<b>Superior incompleta</b>	5	10%
<b>Profesional</b>	11	22%
<b>Totales</b>	50	100%
<b>Fuente:</b> Entrevista Inicial. Anexo 1		
<b>Elaborado por:</b> Maritza Rojas Coronel		

**Análisis e interpretación:**

La mayor parte de pacientes con intencionalidad suicida mantienen únicamente estudios secundarios, seguidos de los que tienen solamente instrucción primaria.

**Cuadro N° 5 Distribución según ocupación de pacientes con intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, periodo noviembre 2012-marzo 2013**

<b>OCUPACIÓN*</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Categoría B (empleados)</b>	31	62%
<b>Categoría C (desempleados)</b>	19	38%
<b>Totales</b>	50	100%
<i>*Categorías establecidas por el Ministerio Laboral</i>		
<b>Fuente:</b> Entrevista Inicial. Anexo 1		
<b>Elaborado por:</b> Maritza Rojas Coronel		

### **Análisis e interpretación:**

La mayoría de participantes de ésta investigación con diagnóstico de intento suicida, se encuentran desempleados en la actualidad.

**Cuadro N° 6 Distribución según residencia de pacientes con intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, periodo noviembre 2012-marzo 2013**

<b>RESIDENCIA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Costa</b>	6	12%
<b>Sierra</b>	43	86%
<b>Oriente</b>	1	2%
<b>Totales</b>	50	100%

**Fuente:** Entrevista Inicial. Anexo 1  
**Elaborado por:** Maritza Rojas Coronel

### **Análisis e interpretación:**

La región con mayor índice de intentos de suicidio es la Región Sierra.

**Cuadro N° 7 Distribución según procedencia de pacientes con intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, periodo noviembre 2012-marzo 2013**

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Costa</b>	5	10%
<b>Sierra</b>	42	84%
<b>Oriente</b>	3	6%
<b>Totales</b>	50	100%

**Fuente:** Entrevista Inicial. Anexo 1  
**Elaborado por:** Maritza Rojas Coronel

**Análisis e interpretación:**

La mayor parte de la población en riesgo ante la tentativa suicida en la Región Sierra.

**Cuadro N° 8 Distribución según N° de intentos de suicidio de pacientes con intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, periodo noviembre 2012-marzo 2013**

<b>N° DE INTENTOS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>1 o 2</b>	27	54%
<b>3 o más</b>	23	46%
<b>Totales</b>	50	100%

**Fuente:** Entrevista Inicial. Anexo 1  
**Elaborado por:** Maritza Rojas Coronel

**Análisis e interpretación:**

La mayor parte de la población estudiada ha realizado entre 1 a 2 intentos de suicidio.

**Cuadro N° 9 Distribución según patología dual de pacientes con intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, periodo noviembre 2012-marzo 2013**

<b>PATOLOGÍA DUAL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Si</b>	18	36%
<b>No</b>	32	64%
<b>Totales</b>	50	100%

**Fuente:** Entrevista Inicial. Anexo 1  
**Elaborado por:** Maritza Rojas Coronel

**Análisis e interpretación:**

La mayoría de población investigada corresponde a personas con patología dual.

**Cuadro N° 10 Distribución según fecha de último intento de pacientes con intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, periodo noviembre 2012-marzo 2013**

<b>ÚLTIMO INTENTO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Último mes</b>	17	34%
<b>Último año</b>	16	32%
<b>Más de un año</b>	19	38%
<b>Totales</b>	50	100%
<b>Fuente:</b> Entrevista Inicial. Anexo 1		
<b>Elaborado por:</b> Maritza Rojas Coronel		

**Análisis e interpretación:**

Los pacientes evaluados han tenido intentos de suicidio durante el último año.

**Cuadro N° 11 Distribución según tratamiento psicológico de pacientes con intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, periodo noviembre 2012-marzo 2013**

<b>TRATAMIENTO PSICOLÓGICO</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>	
<b>Antes del intento</b>	<b>SI</b>	19	38%	100%
	<b>NO</b>	31	62%	
<b>Después del intento</b>	<b>SI</b>	37	74%	100%
	<b>NO</b>	13	26%	
<b>Fuente:</b> Entrevista Inicial. Anexo 1				
<b>Elaborado por:</b> Maritza Rojas Coronel				

**Análisis e interpretación:**

La gran mayoría de los pacientes evaluados no recibía tratamiento psicológico antes del intento; sin embargo lo reciben después del intento.

**Cuadro N° 12 Distribución según método de suicidio de pacientes con intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, periodo noviembre 2012-marzo 2013**

<b>MÉTODO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Ahorcamiento</b>	5	10%
<b>Intoxicación</b>	19	38%
<b>Salto desde altura</b>	5	10%
<b>Envenenamiento</b>	5	10%
<b>Armas de fuego</b>	4	8%
<b>Armas corto-punzantes</b>	10	20%
<b>Lanzamiento a la vía</b>	2	4%
<b>Totales</b>	50	100%
<b>Fuente:</b> Entrevista Inicial. Anexo 1		
<b>Elaborado por:</b> Maritza Rojas Coronel		

**Análisis e interpretación:**

Los principales métodos utilizados para realizar un acto suicida son la intoxicación y el uso de armas corto-punzantes.

**Cuadro N° 13 Distribución según diagnóstico de pacientes con intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, periodo noviembre 2012-marzo 2013**

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Trastornos de Estado de Ánimo</b>	36	72%
<b>Trastornos Psicóticos</b>	1	2%
<b>Trastornos relacionados con Sustancias</b>	28	56%
<b>Otros Trastornos</b>	3	6%
<b>Fuente:</b> Entrevista Inicial. Anexo 1		
<b>Elaborado por:</b> Maritza Rojas Coronel		

### **Análisis e interpretación:**

La población estudiada ha presentado en su mayoría trastornos del estado de ánimo, previos al intento suicida.

#### **6.1.2 Resultados de los Test: Intencionalidad Suicida de Beck e Inventario Millon de Estilos de Personalidad**

**Cuadro N° 14 Escala de Intencionalidad Suicida de Beck de pacientes con intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, periodo noviembre 2012-marzo 2013**

<b>NIVEL DE RIESGO</b>	<b>Frecuencia</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total</b>	
<b>Riesgo Bajo</b>	1	2	3	6%
<b>Riesgo Moderado</b>	4	6	10	20%
<b>Riesgo Alto</b>	14	23	37	74%
<b>Totales</b>	50			100%
<b>Fuente:</b> Escala de Intencionalidad Suicida de Beck. Anexo 3				
<b>Elaborado por:</b> Maritza Rojas Coronel				

### **Análisis e interpretación:**

Los pacientes evaluados presentaron en su mayoría riesgo alto de intencionalidad suicida.

**Cuadro N° 15 Inventario Millon de Estilos de Personalidad de pacientes  
con intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde  
Camacho, periodo noviembre 2012-marzo 2013**

ESTILOS DE PERSONALIDAD	Frecuencia		Frecuencia Total	Porcentajes 100%
	Mujeres	Hombres		
Apertura 1A	0	1	1	1%
Preservación 1B	3	8	11	6%
Modificación 2A	2	0	2	1%
Acomodación 2B	1	4	5	3%
Individualismo 3A	9	10	19	11%
Protección 3B	0	0	0	0%
Extraversión 4A	1	0	1	1%
Introversión 4B	2	10	12	7%
Sensación 5A	1	5	6	3%
Intuición 5B	3	1	4	4%
Reflexión 6A	2	5	7	2%
Afectividad 6B	3	3	6	3%
Sistematización 7A	2	0	2	1%
Innovación 7B	4	5	9	5%
Retraimiento 8A	3	8	11	6%
Comunicatividad 8B	1	0	1	1%
Vacilación 9A	5	10	15	8%
Firmeza 9B	1	3	4	2%
Discrepancia 10A	7	11	19	11%
Conformismo 10B	3	7	10	6%
Sometimiento 11A	2	7	9	5%
Control 11B	2	5	7	4%
Insatisfacción 12A	8	8	16	9%
Concordancia 12B	0	2	2	1%

**Fuente:** Inventario Millon de Estilos de Personalidad. Anexo 2  
**Elaborado por:** Maritza Rojas Coronel

**Análisis e interpretación:**

Los estilos de personalidad de mayor predominio son Individualismo, Discrepancia e Insatisfacción.

**Cuadro N° 16 Relación entre Estilos de Personalidad y Riesgo Suicida de pacientes con intento de suicidio del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, periodo noviembre 2012-marzo 2013**

ÁREAS	ESCALAS	PACIENTES CON INTENTO SUICIDA					
		RIESGO ALTO		R. MODERADO		RIESGO BAJO	
		M	H	M	H	M	H
<b>METAS MOTIVACIONALES</b>	Apertura	0	1	0	0	0	0
	Preservación	3	8	0	0	0	1
	Modificación	0	0	0	0	1	0
	Acomodación	1	4	0	0	0	0
	Individualismo	7	11	1	1	0	0
	Protección	0	0	0	0	0	0
<b>MODOS COGNITIVOS</b>	Extraversión	0	0	1	0	0	0
	Introversión	2	9	0	1	0	0
	Sensación	0	3	1	1	0	1
	Intuición	2	1	1	0	0	0
	Reflexión	2	4	0	1	0	1
	Afectividad	2	2	1	1	0	0
	Sistematización	0	0	1	0	1	0
	Innovación	3	4	1	1	0	0
<b>MODOS INTERPERSONALES</b>	Retraimiento	4	7	0	1	0	0
	Comunicatividad	0	0	1	0	0	0
	Vacilación	5	8	0	1	0	1
	Firmeza	1	3	1	0	0	0
	Discrepancia	6	9	1	2	0	0
	Conformismo	2	5	1	1	0	0
	Sometimiento	2	6	0	1	0	0
	Control	2	6	0	1	0	0
	Insatisfacción	7	6	1	1	0	1
	Concordancia	0	1	0	0	0	0

**Fuente:** Escala de Intencionalidad Suicida de Beck- Inventario Millon de Estilos de Personalidad

**Elaborado por:** Maritza Rojas Coronel

**Análisis e interpretación:**

Las personas que presentan riesgo alto de intención suicida son pacientes con estilo de individualismo, discrepancia y vacilación. Así también, presentan

riesgo bajo los estilos de preservación, modificación, sensación, reflexión, sistematización, vacilación e insatisfacción.

## VII DISCUSIÓN

El intento de suicidio constituye un grave problema de Salud Pública, debido a que es un fenómeno que está presente en cualquier sociedad, causando no sólo problemas en el paciente, sino que también hay consecuencias familiares y sociales. La OMS advierte sobre el incremento de éste fenómeno sobre todo en la población joven. Existen varias causas que llevan a una persona a cometer este acto, pero los estudios epidemiológicos han prestado más atención a la presencia de trastornos psiquiátricos, ya que se ha visto que las personas presentan algún trastorno mental en el eje I, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) son más sensibles al intento de suicidio en pacientes con trastornos psiquiátricos, por lo que se realizó este estudio gracias a la colaboración del Centro de Reposo y Adicciones (CRA) y su Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho.

En este estudio participaron 50 pacientes con diagnóstico de intento suicida, en edades comprendidas entre 18 y 65 años, que reciben atención en el CRA, tanto en hospitalización como en tratamiento ambulatorio en las áreas de adicciones y psiquiatría. Este fenómeno ocurrió con mayor frecuencia entre las edades de 18 a 24 años, datos que son similares a los observados en un reporte de la OMS (2011) y algunos revisados en un estudio en Colombia.

Se encontró que de los 50 pacientes con intento de suicidio, el 38% (19) corresponden al género femenino y el 62% (31) al género masculino, resultados que no coinciden con estudios argentinos en 2010 en los que se revela que las mujeres presentan mayor tentativa suicida, mientras que los varones consuman el acto. El nivel de instrucción más frecuente fue secundaria con el 78%, lo que se asemeja a algunos estudios realizados en Cuba, en donde se refleja que este fenómeno es más frecuente en personas con nivel de enseñanza secundaria (43,4%) y primaria (36.7%). Las personas de estado civil soltero tuvieron un mayor porcentaje de intentos de suicidio con el 50%, seguidos de aquellos que están casados con un 24%; las

tendencias mundiales muestran que los solteros presentan un mayor riesgo, coincidiendo en cierta medida estos valores con nuestra investigación, debido a que en estos estudios internacionales se encuentra también un porcentaje importante de viudos y divorciados, lo que no se observa en nuestro estudio; sin embargo, esto se explicaría porque nuestra población de estudio en general es casada.

En cuanto a la residencia, se evidenció que hay una mayor frecuencia en los pacientes de la región sierra con un 86%, lo que coincide con otros estudios como el realizado en Perú en 2006, en donde se observó que el 66,01% de pacientes reside en la región sierra. Además, recalcamos que la población participante en nuestra investigación, en general reside en esta área, lo que explicaría esta situación. En cuanto a la ocupación, la OMS en su documento "Preventing Suicide" muestra que los pacientes con mayor riesgo de suicidio son los desempleados debido al aislamiento social y a las dificultades económicas, sin embargo esto no coincide con nuestro estudio, en donde un 62% de pacientes son empleados, pudiéndose explicar esto, ya que existe una mayor participación de la población económicamente activa.

En cuanto al diagnóstico se observó que el de mayor frecuencia fue el grupo de los trastornos del estado de ánimo con el 72%, seguido del trastorno por uso de sustancias. Según los resultados de nuestro estudio observamos que los pacientes con diagnóstico de trastornos del estado de ánimo presentan mayor riesgo de cometer un acto suicida. En varios estudios, entre ellos uno realizado por Rubio et. al. en Argentina en el 2006 se encontró que el trastorno más frecuente asociado a la tentativa suicida con un 72% fue el estado de ánimo, seguido de los trastornos psicóticos con un 16%, y muy pocos casos de trastorno por uso de sustancias. Como mencionamos anteriormente, nuestro estudio se realizó en las áreas de psiquiatría y adicciones, lo que explicaría el porqué del alto porcentaje de este trastorno.

El método utilizado por nuestros pacientes para cometer el intento suicida fue con mayor frecuencia la intoxicación (medicamentos y venenos) con un 38%, seguido del uso de armas corto-punzantes con el 20%. Sin embargo vale diferenciar el uso de los métodos de acuerdo al género del paciente, ya que se observó que las mujeres prefieren el método de la intoxicación, mientras que los varones utilizan con mayor frecuencia las armas corto-punzantes. Estas tendencias coinciden con el estudio de Rubio realizado en Argentina y un estudio realizado en Nicaragua en donde se observó que los varones prefieren usar métodos más violentos.

Finalmente, en cuanto a la gravedad del intento de suicidio se observó que el 74% de pacientes tuvieron un riesgo alto según la escala de tentativa suicida de Beck, datos que coinciden con estudios en otros países en donde se evidenció que aplicando la misma escala, también se obtiene riesgo alto.

## VIII CONCLUSIONES

1. Los estilos de personalidad de mayor predominio en la presente investigación fueron individualismo, discrepancia e insatisfacción, tanto en varones como mujeres.
2. Se demostró que la mayoría de pacientes evaluados con intento de suicidio presentaron riesgo alto, según la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck, la cuarta parte presentó grado de intencionalidad moderado y un bajo porcentaje presentó riesgo bajo.
3. Los métodos más frecuentemente utilizados para un intento de suicidio fueron la intoxicación, las armas corto-punzantes, el ahorcamiento y envenenamiento con respecto a los varones, mientras que en las mujeres predominan los métodos de intoxicación, salto desde altura y el uso de armas corto-punzantes.
4. Finalmente se estableció que las personas con estilo de personalidad de insatisfacción, utilizaron métodos como armas corto-punzantes, armas de fuego, intoxicación, envenenamiento y ahorcamiento para intentar suicidarse, lo que demuestra que éste estilo se asocia con la impulsividad, inestabilidad y tendencia a reaccionar en exceso ante diversas situaciones, esto según los criterios de la Psicopatología de Barlow-Durand.

## IX RECOMENDACIONES

1. El suicidio y el intento de suicidio toman importancia en la salud pública mundial, y merecen la realización de mayores y minuciosos estudios epidemiológicos y clínicos, tanto como investigaciones que aporten al desarrollo de programas de prevención.
2. Establecer a largo plazo un plan para campañas de prevención y apoyo a sectores vulnerables, logrando concienciar sobre el valor y preservación de la vida, para que las cifras de suicidio e intento de suicidio disminuyan.
3. Es importante dar seguimiento a los pacientes que han tenido al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida, ya que por cada 10 a 20 tentativas (o menos) de autolisis, puede consumarse un intento.
4. Ya que los trastornos del estado de ánimo constituyen la patología psiquiátrica mayormente asociada a la tentativa de suicidio en este estudio, es trascendental realizar una evaluación integral y completa de estos pacientes; además de educar a sus familiares para detectar los signos de alarma para tentativa de autolisis, y la búsqueda de ayuda temprana ante su aparición.
5. Conociendo que entre los métodos más utilizados para suicidarse están el uso de venenos y la intoxicación, se debería establecer un control del expendio y políticas de prohibición de venta libre de estas sustancias.

## X REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### LIBROS

1. Balarezo., L. Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad.
2. Barlow, D., Durand, M. (2003). Psicopatología, 3ª Edición, Editorial Thomson.
3. Barrero, S. (2000). Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 15 (2): 196-217. Recuperado el 21 de Febrero de 2011, de "El Suicidio, comportamiento y prevención".
4. Betancout, A. (2008). El suicidio en el Ecuador: Un fenómeno en ascenso, (5-6). Flacso Sede Ecuador-Programa Estudios de la Ciudad.
5. Blanco, C. Moreno, P. (2006). "Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad (P) de Millon (M)".
6. Bobes, J. (2010). Universidad de Oviedo; Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Recuperado el 21 de Febrero de 2011 de "El proceso suicida".
7. Bobes, J., Paz, M., Bascarán M., Saíz, P., Bousoño, M., (2003). Banco de Instrumentos Básicos para la práctica de la psiquiatría clínica Tercera Edición. Barcelona-España.
8. Brittar, M. (2008) Investigación sobre "Burnout y Estilos de Personalidad en Estudiantes Universitarios". Mendoza.
9. Casullo, M. (2005). Técnicas y procesos de evaluación psicológica: Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social.
10. Catell. Eysenck. Gray. Zuckerman. Rotter. Walter M. Modelos Psicológicos: Aproximación Disposicional o de Rasgos: Modelos Psicológicos de Personalidad.
11. CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades.
12. Durkheim, E. (1971). El Suicidio.
13. Florenzano, R. (2001). Psicoanálisis y Sociología. Editorial Salvat.

14. Gunilla, E. (2002). Relaciones entre intento de suicidio, vulnerabilidad temperamental y delitos violentos en una población psiquiátrica forense sueca. Departamento de Neurociencia, Psiquiatría, Hospital Universitario, SE 75185 Upsala, Suecia, 98-99.
15. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2006). Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. INEC: Quito.
16. Linares J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. Barcelona-España.
17. Maldonado, G. (2008). El Suicidio, 6-14. México.
18. Millon, T. (1976). Psicopatología moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos. Recuperado el 23 de Diciembre de 2012.
19. Millon, T. (2001). El Modelo de Personalidad de Theodore Millon. Recuperado el 23 de Diciembre de 2012.
20. Ministerio de Salud Pública (2007). Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2007. MSP, UNICEF, INEC, OPS, UNFPA: Quito.
21. OMS, Organización Mundial de la Salud.
22. Palacios, D. Sánchez, J., Andrade, B. (2010). Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Vol. 12, Núm. 1, 59-60. México.
23. Pinkiza Investigaciones. "La Gestalt como Terapia de Tratamiento para evitar el Suicidio".
24. Psiquiatría Clínica, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Compendio de Psiquiatría. Editorial Salvat.
25. Restrepo, C, et. al., "Psiquiatría Clínica, Diagnóstico y Tratamiento en niños, adolescentes y adultos", Tercera Edición, Editorial Médica Panamericana, Bogotá, 2008".
26. Rivera, M. Herrera, L. (2002). Perfil Psicológico de personas con intento suicida: El intento suicida, 15-19.
27. Sánchez, R. (2006). Parte IV del artículo: "El papel de la personalidad en los trastornos isquémicos-cardiovasculares" En Factores

- psicológicos y trastornos isquémicos cardiovasculares. Urquijo, S. (comp). Editorial UNMdP, Mar del Plata (en prensa).
28. Toro, R. (2004). "Fundamentos de Medicina Psiquiátrica", 4° Edición, Editorial Corporación para investigaciones biológicas, Medellín-Colombia.
29. Valdivia, M. (2001). Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica, RevChilNeuro-Psiquiat, 39:211-218.
30. Watson J.B. El Conductismo. (2012). La Batalla del Conductismo.

#### DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

1. [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_2:99/mgi13299.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2:99/mgi13299.pdf)
2. <http://www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/material/Psiq/Psiqclase%20suicidio.JBG-2010.pdf>
3. <http://www.flacsoandes.org/dspace/bitstream/10469/2350/1/04.%20EL%20suicidio%20en%20el%20Ecuador%E2%80%A6%/20%20Andrea%20Betancourt.pdf,2008>.
4. <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile258/243/>
5. <http://www.barcelonapsicologo.net/personalidad/personalidad%20millon.htm>
6. <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art08.pdf>

## XI ANEXOS

### 1. ANEXO: ENCUESTA INICIAL

Fecha de elaboración:.....

#### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

Nombre:.....Género: M ( ) F ( )

Edad:.....Escolaridad:.....

Estado civil:.....Ocupación:.....

Residencia:.....Procedencia:.....

#### **INFORMACIÓN:**

Diagnóstico:

.....

Patología Dual SI ( ) NO ( )

.....

Nº de intentos de suicidio:.....

Fecha del último intento:.....

Método utilizado:.....

Intervención Psicológica:

○ Previa al intento SI ( ) NO ( )

○ Posterior al intento SI ( ) NO ( )

OBSERVACIONES:.....

## **2. ANEXO: INVENTARIO MILLON DE ESTILOS DE PERSONALIDAD**

Verdadero ( ) Falso ( )

- 001 Soy una persona tranquila y colaboradora.
- 002 Siempre hice lo que quise y asumí las consecuencias.
- 003 Me gusta hacerme cargo de una tarea.
- 004 Tengo una manera habitual de hacer las cosas, con lo que evito equivocarme.
- 005 Contesto las cartas el mismo día que las recibo.
- 006 A veces me las arreglo para arruinar las cosas buenas que me pasan.
- 007 Ya no me entusiasman muchas cosas como antes.
- 008 Preferiría ser un seguidor más que un líder.
- 009 Me esfuerzo por tratar de ser popular.
- 010 Siempre he tenido talento para lograr éxito en lo que hago.
- 011 Con frecuencia me doy cuenta de que he sido tratado injustamente.
- 012 Me siento incómodo cuando me tratan con bondad.
- 013 Con frecuencia me siento tenso en situaciones sociales.
- 014 Creo que la policía abusa del poder que tiene.
- 015 Algunas veces he tenido que ser algo rudo con la gente.
- 016 Los niños deben obedecer siempre las indicaciones de sus mayores.
- 017 A menudo estoy disgustado por la forma como se hacen las cosas.
- 018 A menudo espero que me pase lo peor.
- 019 Me preocuparía poco no tener muchos amigos.
- 020 Soy tímido e inhibido en situaciones sociales.
- 021 Aunque esté en desacuerdo, por lo general dejo que la gente haga lo que quiere.
- 022 Es imposible pretender que las personas digan siempre la verdad.
- 023 Puedo hacer comentarios desagradables si considero que la persona se los merece.
- 024 Me gusta cumplir con lo establecido y hacer lo que se espera de mí.

- 025 Muy poco de lo que hago es valorado por los demás.
- 026 Casi todo lo que intento hacer me resulta fácil.
- 027 En los últimos tiempos me he convertido en una persona más encerrada en sí misma.
- 028 Tiendo a dramatizar lo que me pasa.
- 029 Siempre trato de hacer lo que es correcto.
- 030 Dependo poco de la amistad de los demás.
- 031 Nunca he estado estacionado por más tiempo del que un parquímetro establecía como límite.
- 032 Los castigos nunca me impidieron hacer lo que quiero.
- 033 Me gusta acomodar todas las cosas hasta en sus mínimos detalles.
- 034 A menudo los demás logran molestarme.
- 035 Jamás he desobedecido las indicaciones de mis padres.
- 036 Siempre logro conseguir lo que quiero, aunque tenga que presionar a los demás.
- 037 Nada es más importante que proteger la reputación personal.
- 038 Creo que los demás tienen mejores oportunidades que yo.
- 039 Ya no expreso lo que realmente siento.
- 040 Es improbable que lo que tengo para decir interese a los demás.
- 041 Me esfuerzo por conocer gente interesante y tener aventuras.
- 042 Me tomo con poca seriedad las responsabilidades que tengo.
- 043 Soy una persona dura, poco sentimental.
- 044 Pocas cosas en la vida pueden conmoverme.
- 045 Me tensiona mucho el tener que conocer y conversar con gente nueva.
- 046 Soy una persona cooperativa que se subordina a los demás.
- 047 Actúo en función del momento, de las circunstancias.
- 048 En general, primero planifico y luego sigo activamente el plan trazado.
- 049 Con frecuencia me he sentido inquieto, con ganas de dirigirme hacia cualquier otro lado.
- 050 Creo que lo mejor es controlar nuestras emociones.
- 051 Desearía que la gente no me culpara a mí cuando algo sale mal.
- 052 Creo que yo soy mi peor enemigo.

- 053 Tengo pocos lazos afectivos fuertes con otras personas.
- 054 Me pongo ansioso si estoy con personas que no conozco bien.
- 055 Es correcto tratar de burlar la ley, sin dejar de cumplirla.
- 056 Hago mucho por los demás, pero hacen poco por mí.
- 057 Siempre he sentido que las personas no tienen una buena opinión de mí.
- 058 Me tengo mucha confianza.
- 059 Sistemáticamente ordeno mis papeles y materiales de trabajo.
- 060 Mi experiencia me ha enseñado que las cosas buenas duran poco.
- 061 Algunos dicen que me gusta hacerme la víctima.
- 062 Me siento mejor cuando estoy solo.
- 063 Me pongo más tenso que los demás frente a situaciones nuevas.
- 064 Generalmente trato de evitar las discusiones, por más que esté convencido de tener razón.
- 065 Busco situaciones novedosas y excitantes para mí.
- 066 Hubo épocas en que mis padres tuvieron problemas por mi comportamiento.
- 067 Siempre termino mi trabajo antes de descansar.
- 068 Otros consiguen cosas que yo no logro.
- 069 A veces siento que merezco ser infeliz.
- 070 Espero que las cosas tomen su curso antes de decidir qué hacer.
- 071 Me ocupo más de los otros que de mí mismo.
- 072 A menudo creo que mi vida va de mal en peor.
- 073 El solo estar con otras personas me hace sentir inspirado.
- 074 Cuando manejo siempre controlo las señales sobre límites de velocidad y cuido de no excederme.
- 075 Uso mi cabeza y no mi corazón para tomar decisiones.
- 076 Me guío por mis intuiciones más que por la información que tengo sobre algo.
- 077 Jamás envidio los logros de los otros.
- 078 En la escuela, me gustaron más las materias prácticas que las teóricas.
- 079 Planifico las cosas con anticipación y actúo enérgicamente para que mis planes se cumplan.

- 080 Mi corazón maneja mi cerebro.
- 081 Siempre puedo ver el lado positivo de la vida.
- 082 A menudo espero que alguien solucione mis problemas.
- 083 Hago lo que quiero, sin pensar cómo va a afectar a otros.
- 084 Reacciono con rapidez ante cualquier situación que pueda llegar a ser un problema para mí.
- 085 Sólo me siento una buena persona cuando ayudo a los demás.
- 086 Si algo sale mal, aunque no sea muy importante, se me arruina el día.
- 087 Disfruto más de mis fantasías que de la realidad.
- 088 Me siento satisfecho con dejar que las cosas ocurran sin interferir.
- 089 Trato de ser más lógico que emocional.
- 090 Prefiero las cosas que se pueden ver y tocar antes que las que sólo se imaginan.
- 091 Me resulta difícil ponerme a conversar con alguien que acabo de conocer.
- 092 Ser afectuoso es más importante que ser frío y calculador.
- 093 Las predicciones sobre el futuro son más interesantes para mí que los hechos del pasado.
- 094 Me resulta fácil disfrutar de las cosas.
- 095 Me siento incapaz de influir sobre el mundo que me rodea.
- 096 Vivo en términos de mis propias necesidades, no basado en las de los demás.
- 097 No espero que las cosas pasen, hago que sucedan como yo quiero.
- 098 Evito contestar mal aun cuando estoy muy enojado.
- 099 La necesidad de ayudar a otros guía mi vida.
- 100 A menudo me siento muy tenso, a la espera de que algo salga mal.
- 101 Aun cuando era muy joven, jamás intenté copiarme en un examen.
- 102 Siempre soy frío y objetivo al tratar con la gente.
- 103 Prefiero aprender a manejar un aparato antes que especular sobre por qué funciona de ese modo.
- 104 Soy una persona difícil de conocer bien.
- 105 Paso mucho tiempo pensando en los misterios de la vida.
- 106 Manejo con facilidad mi cambio en los estados de ánimo.

- 107 Soy algo pasivo y lento en temas relacionados con la organización de mi vida.
- 108 Hago lo que quiero sin importarme el complacer a otros.
- 109 Jamás haré algo malo, por más fuerte que sea la tentación de hacerlo.
- 110 Mis amigos y familiares recurren a mí para encontrar afecto y apoyo.
- 111 Aun cuando va bien, generalmente pienso en que pronto va a empeorar.
- 112 Planifico con cuidado mi trabajo antes de empezar a hacerlo.
- 113 Soy impersonal y objetivo al tratar de resolver un problema.
- 114 Soy una persona realista a la que no le gustan las especulaciones.
- 115 Algunos de mis mejores amigos desconocen realmente lo que yo siento.
- 116 La gente piensa que soy una persona más racional que afectiva.
- 117 Mi sentido de realidad es mejor que mi imaginación.
- 118 Primero me preocupo por mí y después por los demás.
- 119 Dedico mucho esfuerzo a que las cosas me salgan bien.
- 120 Siempre mantengo mi compostura, sin importar lo que esté pasando.
- 121 Demuestro mucho afecto hacia mis amigos.
- 122 Pocas cosas me han salido bien.
- 123 Me gusta conocer gente nueva y saber cosas sobre sus vidas.
- 124 Soy capaz de ignorar aspectos emocionales y afectivos en mi trabajo.
- 125 Prefiero ocuparme de realidades más que de posibilidades.
- 126 Necesito mucho tiempo para poder estar a solas con mis pensamientos.
- 127 Los afectos del corazón son más importantes que la lógica de la mente.
- 128 Me gustan más los soñadores que los realistas.
- 129 Soy más capaz que los demás de reírme de los problemas.
- 130 Creo que es poco lo que puedo hacer yo, así que prefiero esperar a ver qué pasa.
- 131 Nunca me pongo a discutir, aunque esté muy enojado.
- 132 Expreso lo que pienso de manera franca y abierta.
- 133 Me preocupo por el trabajo que hay que realizar y no por lo que siente la gente que participa en su realización.
- 134 Trabajar con ideas creativas sería lo ideal para mí.

- 135 Soy el tipo de persona que no se toma la vida muy en serio, prefiero ser más espectador que actor.
- 136 Me desagrada depender de alguien en mi trabajo.
- 137 Trato de asegurar que las cosas salgan como yo quiero.
- 138 Disfruto más de las realidades concretas que de las fantasías.
- 139 Montones de hechos pequeños me ponen de mal humor.
- 140 Aprendo mejor observando y hablando con la gente.
- 141 No me satisface dejar que las cosas sucedan y simplemente contemplarlas.
- 142 No me atrae conocer gente nueva.
- 143 Pocas veces sé cómo mantener una conversación.
- 144 Siempre tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas.
- 145 Confío más en mis intuiciones que en mis observaciones.
- 146 Trato de no actuar hasta saber qué van a hacer los demás.
- 147 Me gusta tomar mis propias decisiones, evitando los consejos de otros.
- 148 Muchas veces me siento muy mal sin saber por qué.
- 149 Me gusta ser muy popular, participar en muchas actividades sociales.
- 150 Raramente cuento a otros lo que pienso.
- 151 Me entusiasman casi todas las actividades que realizo.
- 152 En mí es una práctica constante depender de mí mismo y no de otros.
- 153 La mayor parte del tiempo la dedico a organizar los acontecimientos de mi vida.
- 154 No hay nada mejor que el afecto que se siente estando en medio del grupo familiar.
- 155 Algunas veces estoy tenso o deprimido sin saber por qué.
- 156 Disfruto conversando sobre temas o sucesos míticos.
- 157 Decido cuáles son las cosas prioritarias y luego actúo firmemente para poder lograrlas.
- 158 No dudo en orientar a las personas hacia lo que creo que es mejor para ellas.
- 159 Me enorgullece ser eficiente y organizado.

- 160 Me desagradan las personas que se convierten en líderes sin razones que lo justifiquen.
- 161 Soy ambicioso.
- 162 Sé cómo seducir a la gente.
- 163 La gente puede confiar que voy a hacer bien mi trabajo.
- 164 Los demás me consideran una persona más afectiva que racional.
- 165 Estaría dispuesto a trabajar mucho tiempo para poder llegar a ser alguien importante.
- 166 Me gustaría mucho poder vender nuevas ideas o productos a la gente.
- 167 Generalmente logro persuadir a los demás para que hagan lo que yo quiero que hagan.
- 168 Me gustan los trabajos en los que hay que prestar mucha atención a los detalles.
- 169 Soy muy introspectivo, siempre trato de entender mis pensamientos y emociones.
- 170 Confío mucho en mis habilidades sociales.
- 171 Generalmente puedo evaluar las situaciones rápidamente, y actuar para que las cosas salgan como yo quiero.
- 172 En una discusión soy capaz de persuadir a casi todos para que me apoyen en mi posición.
- 173 Soy capaz de llevar a cabo cualquier trabajo, pese a los obstáculos que puedan presentarse.
- 174 Como si fuera un buen vendedor, puedo influir sobre los demás exitosamente, con modales agradables.
- 175 Conocer gente nueva es un objetivo importante para mí.
- 176 Al tomar decisiones creo que lo más importante es pensar en el bienestar de la gente involucrada.
- 177 Tengo paciencia para realizar trabajos que requieren mucha precisión.
- 178 Mi capacidad para fantasear es superior a mi sentido de realidad.
- 179 Estoy motivado para llegar a ser uno de los mejores en mi campo de trabajo.
- 180 Tengo una forma de ser que logra que la gente enseguida guste de mí.

**3. ANEXO: ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK**  
**(SUICIDE INTENT SCALE, SIS)**

**I. CIRCUNSTANCIAS OBJETIVAS**

**1. AISLAMIENTO**

0 Alguien presente

1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (ej., teléfono)

2. Nadie cerca o en contacto

**2. MEDICIÓN DEL TIEMPO**

0. La intervención es muy probable

1. La intervención es poco probable

2. La intervención es altamente improbable

**3. PRECAUCIONES TOMADAS CONTRA EL DESCUBRIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN**

0. Ninguna

1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención)<sup>9</sup>

2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta)

**4. ACTUACIÓN PARA CONSEGUIR AYUDA DURANTE O DESPUÉS DEL INTENTO DE SUICIDIO**

0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda

1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado

2. No contactó ni avisó a nadie

**5. ACTOS FINALES EN ANTICIPACIÓN DE LA MUERTE (LEGADO, TESTAMENTO, SEGURO)**

0. Ninguno

1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa

2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales

## 6. PREPARACIÓN ACTIVA DEL INTENTO

- 0. Ninguna
- 1. Mínima o moderada
- 2. Importante

## 7. NOTA SUICIDA

- 0. Ninguna
- 1. Nota escrita, pero rota, no terminada, pensó escribirla
- 2. Presencia de nota

## 8. COMUNICACIÓN VERBAL (IDEAS PREOCUPACIONES O PLANES SUICIDAS)

- 0. No comunicación verbal
- 1. Comunicación ambigua (p. eje., <<estoy cansado de la vida>>, <<pienso que estarían mejor sin mí>>)
- 2. Comunicación no ambigua (p. eje., <<quiero morir>>, <<siento como si quisiera matarme>>)

## II. AUTOINFORME

### 9. PROPÓSITO SUPUESTO DEL INTENTO DE SUICIDIO

- 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza
- 1. Componentes de 0 y 2
- 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas

### 10. EXPECTATIVAS SOBRE LA PROBABILIDAD DE MUERTE

- 0. Pensó que era improbable
- 1. Posible pero no probable
- 2. Probable o cierta

### 11. CONCEPCIÓN DE LA LETALIDAD DEL MÉTODO

- 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal
- 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal
- 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal

### 12. SERIEDAD DEL INTENTO

0. No intentó seriamente poner fin a su vida

1. Inseguro

2. Intentó seriamente poner fin a su vida

13. ACTITUD HACIA EL VIVIR/MORIR

0. No quería morir

1. Componentes de 0 y 2

2. Quería morir

14. CONCEPCIÓN DE LA CAPACIDAD DE SALVAMENTO MÉDICO

0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica

1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica

2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica

15. GRADO DE PLANIFICACIÓN

0. Ninguno, impulsivo

1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento

2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento

III. CIRCUNSTANCIA OBJETIVAS

16. REACCIÓN FRENTE AL INTENTO

0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza

1. Acepta tanto el intento como su fracaso

2. Rechaza el fracaso del intento

17. PRE-CONCEPCIONES DE LA MUERTE

0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos

1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas

2. N concepciones de/o pensamientos sobre la muerte

18. NÚMERO DE INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS

0. Ninguno

1. 1 o 2

2. 3 o más

## 19. RELACIÓN ENTRE INGESTA DE ALCOHOL E INTENTO DE SUICIDIO

0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

## 20. RELACIÓN ENTRE INGESTA DE DROGAS E INTENTO (NARCÓTICOS, ALUCINÓGENOS...CUANDO SALGA LA DROGA NO ES EL MÉTODO UTILIZADO PARA EL INTENTO DE SUICIDIO)

0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento.

#### **4. ANEXO: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Aplicación de entrevista y reactivos psicológicos en pacientes con intento de suicidio en el CRA “Hospital Humberto Ugalde Camacho” para fines de investigación de tesis en Psicología Clínica.

Yo,....., luego de recibir y entender las explicaciones realizadas por la investigadora Maritza A. Rojas C., acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesto a responder todas las preguntas que serán requeridas, dando por hecho que los resultados son confidenciales y que mi identidad no será revelada. Por medio de la presente, autorizo para que se haga uso de la información que he proporcionado en la presente evaluación psicológica, según lo estime conveniente.

.....

Evaluated

N° de cédula:

## ÍNDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
Carta de Autorización .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
DEDICATORIA .....	vi
ÍNDICE.....	vii
TÍTULO .....	1
RESUMEN .....	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
MATERIALES Y MÉTODOS.....	51
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	56
DISCUSIÓN .....	67
CONCLUSIONES .....	70
RECOMENDACIONES.....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS.....	75
ÍNDICE.....	88