UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Factores Asociados a los Intentos de Suicidio en Pacientes Atendidos en el Centro de Salud Catacocha, Tipo B

Trabajo de titulación previa a la obtención de título de Psicóloga Clínica

AUTORA:

Estefany Daniela Bustos Salcedo

DIRECTORA:

Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mgs.Sc.

LOJA-ECUADOR

2022

Certificación

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

CERTIFICACIÓN DE TESIS

Loja, 24 de marzo de 2022

Psicóloga Clínica
Gabriela Rojas Muñoz. Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

Certifico:

Haber revisado, dirigido y orientado con pertinencia todo el proceso de la elaboración de tesis de grado titulado: **"FACTORES ASOCIADOS A LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CATACOCHA, TIPO B",** de autoría de la estudiante Estefany Daniela Bustos Salcedo con c.i. 1150524013; estudiante de 10mo ciclo de la carrera de Psicología Clínica, previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica, quien ha desarrollado su investigación con responsabilidad e interés. Una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de de Loja para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,

Firmado electrónicamente por:
GABRIELA FERNANDA ROJAS MUNOZ

Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas. Mg.Sc.
1104892029
Gabriela.rojas@unl.edu.ec
PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL 1 DE LA UNL
DIRECTORA DE TESIS DE LA PRESENTE INVETIGACIÓN.
c.c.: Archivo

Autoría

Yo, Estefany Daniela Bustos Salcedo, declaro ser autora del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Titulación en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma_____

Cédula de Identidad: 1150524013
Fecha: 1 de junio de 2022
Dirección: Calle Catacocha y Simón Bolívar
Correo electrónico: estefany.bustos@unl.edu.ec
Teléfono o Celular: 0980207723

Carta de Autorización

Yo, Estefany Daniela Bustos Salcedo, declaro ser la autora del Trabajo de Titulación **FACTORES ASOCIADOS A LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CATACOCHA, TIPO B,** como requisito para optar el grado de Psicóloga Clínica; por lo que 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 (RDI).

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 Nacional de Loja.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 1 días del mes de junio del año dos mil veinte y dos.

Firma_____

Autora: Estefany Daniela Bustos Salcedo

Cedula: 1150524013

Correo electrónico: estefanyda2303@hotmail.com

Celular: 0980207723 **Dirección:** Calle Catacocha y Simón Bolívar

Datos complementarios:

Directora de Trabajo de Titulación: Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mgs.Sc.

Tribunal de Grado:

Presidenta del tribunal: Dra. Karina Gabriela Rojas Carrión, Mgs.Sc.

Miembro del tribunal: Psi. Cl. Karina Cecibel Flores Flores, Mgs.Sc.

Miembro del tribunal: Psi. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez, Mgs.Sc.

Dedicatoria

Llena de regocijo, de amor y esperanza, dedico este proyecto a Dios por las bendiciones recibidas y por ser mi fortaleza en cada momento difícil durante estos cinco años de formación y permitirme llegar hasta aquí.

A mis padres Tarquino y Charito, a mis hermanos Alfredo, Jonny, Nathaly, Jandry y Dayra que son los pilares de mi vida y la razón de seguir adelante y que muy seguramente estuve en sus oraciones para lograr esta meta. A mis queridos sobrinos Danna, Alejandro, Zoe y Kenny por ser ese rayito de felicidad, esperanza y motivación para ser un ejemplo en sus vidas. A mi cuñada Jenny por el apoyo brindado, por los consejos y motivación de seguir adelante.

Quiero dedicar esta investigación a todas aquellas personas que sufrieron y decidieron apagar su vida ya que no encontraron otra salida y a aquellas que han intentado hacerlo y no lo han conseguido y permanecen en la lucha.

Estefany Daniela Bustos Salcedo

Agradecimiento

Mi sincero agradecimiento a todos y cada uno de los docentes y personal que forman parte de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, quienes con sus enseñanzas y conocimientos impartidos me permitieron crecer cada día durante estos cinco años de formación tanto profesional como personal.

Al personal administrativo del Centro de Salud Catacocha, especialmente mi más grande y profundo agradecimiento a Psi. Cli. Rosa Flores, por su disposición y apoyo desinteresado que me permitió desarrollar y culminar este trabajo de investigación.

Agradezco también a mi directora de Trabajo de Titulación por la paciencia, por las continuas revisiones y sugerencias y lo más importante por el asesoramiento y motivación.

Estefany Daniela Bustos Salcedo

Índice

Carátula i

Certificación ii

Autoría iii

Carta de Autorización iv

Dedicatoria v

Agradecimiento vi

Índice vii

Índice de Tablas xi

Índice de Anexos xii

1. Titulo 75

2. Resumen 76

2.1. Abstract 77

3. Introducción 78

4. Marco Teórico 81

1. Conducta Suicida 81

1.1. Suicidio 81

1.2. Otros términos 82

1.3. Tipos de suicidio 83

1.3.1. Según el método utilizado. 83

1.3.2. Según la motivación. 84

1.3.3. Según la integración en la sociedad. 85

1.3.4. Según la premeditación. 86

1.3.5. Según la implicación de otras personas..... 86

1.3.6. Según el resultado. 87

1.4. Intento de suicidio..... 87

1.5. Ideación suicida 88

1.5.1. Formas de presentación. 88

1.6. Riesgo suicida 89

2. Factores de Riesgo Asociados a los Intentos de Suicidio 89

2.1. Factores biológicos..... 89

2.2. Factores individuales..... 90

2.3. Factores psicológicos 91

2.4. Factores sociales 92

2.5. Factores familiares 92

2.6. Principales factores que motivan la conducta suicida 93

3. Instrumentos de Evaluación 96

3.1. Consentimiento informado..... 96

3.2. Instrumento de recolección de información (Encuesta) 96

Autor. 96

Introducción/objetivo de la evaluación. 96

Aplicación. 96

Estructura. 96

3.3. Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) 97

Nombre original..... 97

Autor. 97

Introducción/objetivo de evaluación..... *98*

Aplicación. *98*

Confiabilidad y validez. *98*

3.4. Apgar Familiar *98*

Nombre original...... *99*

Autor. *99*

Introducción/objetivo de evaluación..... *99*

Aplicación. *100*

Confiabilidad y validez. *100*

3.5. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) *100*

Nombre original...... *102*

Autor. *102*

Introducción/objetivo de evaluación..... *102*

Aplicación. *102*

Confiabilidad y validez. *102*

5. Metodología 103

5.1. Enfoque 103

5.2. Tipo de Diseño de Investigación.....103

5.3. Área de Estudio.....103

5.4. Población.....104

5.5. Muestra 104

5.6. Criterios de Inclusión 104

5.7. Criterios de Exclusión.....104

5.8. Técnicas 104

5.9. Instrumentos de Recolección de Datos 105

5.10. Procedimiento 106

5.11. Equipos y Materiales 107

5.12. Análisis Estadístico 107

6. Resultados 108

6.1. En cumplimiento al Objetivo General 108

6.2. En Cumplimiento al Primer Objetivo Específico 109

6.3. En Cumplimiento al Segundo Objetivo Específico 111

6.4. En Cumplimiento al Tercero Objetivo Específico 114

7. Discusión 116

8. Conclusiones 119

9. Recomendaciones 120

10. Bibliografía 121

11. Anexos 132

Índice de Tablas

Tabla 1 Factores y Principales Motivaciones en Pacientes con Intento de Suicidio 108

Tabla 2 Edad, Sexo, Estado Civil, Nivel de Escolaridad y Ocupación de Pacientes con Intento de Suicidio 109

Tabla 3 Prevalencia de Ideación Suicida en Pacientes con Intento de Suicidio 111

Tabla 4 Prevalencia de Satisfacción Familiar en Pacientes con Intento de Suicidio..... 112

Tabla 5 Prevalencia de Niveles de Depresión en Pacientes con Intento de Suicidio..... 113

Tabla 6 Principales Motivaciones en Pacientes con Intento de Suicidio..... 114

Índice de Anexos

Anexo 1. Aprobación del Proyecto de Titulación 132

Anexo 2. Solicitud para la Ejecución de la Investigación 133

Anexo 3. Autorización para la Ejecución de la Investigación 134

Anexo 4. Consentimiento Informado 140

Anexo 5. Instrumento de Recolección de Información (Encuesta) 141

Anexo 6. Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) 142

Anexo 7. Apgar Familiar 144

Anexo 8. Inventario de Depresión de Beck 145

Anexo 9. Certificado de Traducción 147

Anexo 10. Certificación del Tribunal de Grado 148

Anexo 11. Proyecto de Tesis 148

1. Titulo

Factores Asociados a los Intentos de Suicidio en Pacientes Atendidos en el Centro de Salud Catacocha, tipo B.

2. Resumen

El intento de suicidio es un comportamiento mediante el cual el sujeto busca hacerse daño con el objetivo de conseguir su muerte, pero sus acciones no terminan en el resultado esperado.

Esta investigación tuvo como objetivo principal identificar los factores y las principales motivaciones asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en el Centro de Salud Catacocha. Se planteó una metodología con enfoque cuantitativo, descriptivo, exploratorio, mediante la revisión de la matriz de atenciones y la aplicación de una encuesta, la Escala de Ideación suicida, el Apgar familiar y el Inventario de depresión de Beck para su posterior análisis descriptivo univariado, estableciendo la frecuencia de cada variable. El análisis de los resultados indica que la conducta fue más frecuente en el sexo masculino, en edades de 11 a 20 años, estado civil soltero y escolaridad secundaria incompleta. Así mismo se determinó ideación suicida en nivel medio, satisfacción familiar baja y depresión en nivel grave y finalmente como principales motivaciones para atentar contra su vida se encontró la situación económica, los problemas familiares y el abuso o acoso sexual.

Palabras clave: intento de suicidio, suicidio, riesgo, ideación.

2.1.Abstract

The suicide attempt is a behavior by which the subject seeks to harm himself with the aim of achieving his death, but his actions do not end in the expected result.

This research had as main objective to identify the factors and main motivations associated with suicide attempts in patients treated at the Catacocha Health Center. A methodology with a quantitative, descriptive, exploratory, approach was proposed by reviewing the care matrix and applying a semi-structured survey, the Suicidal Ideation Scale, the family Apgar and the Beck Depression Inventory to its subsequent univariate descriptive analysis, establishing the frequency of each variable. The analysis of the results indicates that the behavior was more frequent in males, between the ages of 11 and 20, with single marital status and incomplete secondary schooling. In addition, medium suicidal ideation, low family satisfaction, and severe depression were determined and finally the main motivations for making a suicide attempt on his life were the economic situation, family problems and sexual abuse or harassment.

Keywords: suicide attempt, suicide, risk, ideation.

3. Introducción

El suicidio fue introducido por primera vez en 1969 por la Organización Mundial de la Salud y lo define como: “Un acto con resultado letal, en el que el individuo se causa así mismo algún tipo de lesión a través de la cual pretende obtener los cambios deseados” es decir, es una conducta en la que se toma acción voluntaria y con premeditación de quitarse la vida (OMS, 2018, como se citó en Aldavero, 2018).

Según la OMS (2021) el suicidio sigue siendo un problema grave de salud, es una de las principales causas de muerte, cada año mueren más personas por suicidio que por otras enfermedades como VIH, paludismo o cáncer de mama e incluso por las guerras y homicidios. En 2019 se suicidaron más de 700 000 personas, lo que podría estimarse que por cada suicidio que se produce hay más de 20 intentos previos, siendo este intento el factor de riesgo más importante para el suicidio consumado. El suicidio puede tener lugar a cualquier edad, sin embargo, la población joven es la más afectada, se ha convertido en la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. Así también existe un vínculo bien establecido entre el suicidio y los trastornos mentales, como la depresión, el consumo de alcohol y drogas, no obstante, muchos suicidios ocurren impulsivamente en momentos difíciles ocasionados por problemas financieros, ruptura amorosa, dolor psíquico o algún tipo de enfermedad crónica. “En 2017 el suicidio en España cobró más de 3 500 muertes, siendo la principal causa de muerte por causas externas, superando a las muertes ocurridas por accidentes de tráfico” (Agra et al., 2019).

Araneda et al. (2021) mencionan que entre 2000 y 2017 se registraron 6 292 suicidios en adolescentes y jóvenes en Chile, en donde las tasas promedio de mortalidad fueron de 8,5; 5,4 y 14,7 por 100 000 personas en los grupos 10-24, 10-19 y 20-24 años. Encontrando una mayor desigualdad geográfica en hombres de 20-24 años en el periodo 2000-2008.

En Ecuador entre 2001 y 2014 se registraron 4 855 suicidios en adolescentes y jóvenes, en donde el riesgo más alto se estimó en los varones de 15 a 24 años y en los adolescentes residentes en la Amazonía, seguidos por los de la Sierra. La etnia con más casos de suicidio fue la mestiza, aunque 40% de los jóvenes que se suicidan en la Amazonía son indígenas. El método más frecuente fue el ahorcamiento seguido por el envenenamiento con pesticidas (Gerstner et al., 2018).

Según los datos estadísticos del Servicio Integrado de Seguridad ECU 911 (2021) en el periodo de enero a junio de 2021 han colaborado para evitar 357 suicidios a escala nacional. Estos intentos autolíticos registran un incremento de 15% con relación a 2020. La mayor parte se registraron en Guayaquil con 72; en Quito, 53; Tungurahua, 43; Azuay, 34; Manabí, 32; y en otras provincias 123. Así también, se han atendido alertas de personas que sí consumaron el acto o conducta suicida, en el mismo periodo, se ha articulado 194 emergencias referentes a suicidios, con incremento respecto al año 2020 del 37%. Entre las provincias que tienen más reportes de emergencias son Guayas con el 28% (55 reportes), Azuay con el 10% (19 eventos), El Oro con 7% (14 hechos) y Tungurahua representa el 6% (11 reportes). La provincia de Loja ocupa el último lugar entre las provincias de la sierra y la costa afectada por las emergencias de intentos de suicidio, presenta 12 reportes de marzo a octubre del año 2020, en los primeros seis meses del año 2021 ya se registran 11 suicidios en jóvenes de 20 a 40 años. En una entrevista a la Psicóloga Clínica Patricia Córdova, menciona que no existen datos estadísticos específicos sobre esta conducta, en razón que "lastimosamente existe un subregistro en las áreas de Emergencia, por ejemplo, los pacientes se registran por intoxicación, asfixia, pero no bajo el registro de suicidio consumado"(La Hora, 2020).

El suicidio e intento de suicidio es una problemática que no sólo afecta a aquellos países con altos ingresos, sino que se ha convertido en un fenómeno global. A pesar de que esta conducta ha llegado a convertirse en un grave problema de salud pública; puede y es prevenible en base a intervenciones pertinentes, basadas en datos verídicos y que en su mayoría de los casos son de bajo costo. La elección de este tema de investigación, es debido a que los pacientes con intento de suicidio han ido en aumento, a pesar de las diferentes medidas de salud mental para su prevención por parte de la Organización Mundial de la Salud e incluso por parte del gobierno en los últimos años.

Es importante mencionar que los aspectos que motivan al presente estudio son la importancia de trabajar desde la psicología clínica en el estudio de la conducta suicida que durante los últimos años ha sido evidente el alarmante incremento de la misma y que en base a la literatura revisada y datos estadísticos se ha convertido en las diez primeras causas de mortalidad a nivel mundial. El intento de suicidio representa un grave problema social, de salud y con impacto

importante en la salud mental de un gran porcentaje de la población nacional, en especial en las víctimas directas de este comportamiento y de manera conjunta a quienes sufren la pérdida.

La investigación se realiza para comprender la tendencia de llevar a cabo este comportamiento. Así mismo, sirve como medio para sensibilizar al personal de la salud encargado de abordar a este grupo de pacientes, rescatando la importancia de realizar una identificación temprana en personas potencialmente suicidas y que la atención mental sea abordada al mismo nivel que la atención médica, haciendo énfasis en aquellas condiciones psicológicas que se establecen como desencadenantes y predisponentes para la conducta. Es de gran relevancia, ya que no existen investigaciones similares en el contexto de estudio y poder realizar una recopilación de datos actualizados acerca del intento de suicidio, esto como un aporte que sirve como fuente de consulta a aquellas personas interesadas en el tema.

La presente investigación tiene tres objetivos específicos: describir sociodemográficamente a los pacientes con intentos de suicidio: edad, sexo, escolaridad, estado civil; establecer la prevalencia de ideación suicida, satisfacción familiar y depresión como factores relacionados a intentos de suicidio; determinar las principales motivaciones que llevaron al intento suicidio. Para logar cada uno de los objetivos planteados se realiza la aplicación de una encuesta y algunos reactivos psicológicos que permiten establecer las características sociodemográficas, el contenido de ideación suicida, satisfacción familiar y nivel de depresión.

En esta investigación el marco teórico se encuentra dividido en 3 capítulos: Conducta Suicida: enfocado en la definición del término suicidio, otros términos relacionados con la conducta, tipos de suicidio, intento de suicidio, ideación suicida y sus formas de presentación y el riesgo de suicidio; Factores de Riesgo Asociados a los Intentos de Suicidio: contiene la definición de factores biológicos, individuales, psicológicos, sociales y familiares como causantes de la conducta suicida; Instrumentos de Evaluación: comprende la definición, estructura, calificación e interpretación, ficha técnica, confiabilidad y validez del Consentimiento Informado, Instrumento de Recolección de Información, Escala de Ideación Suicida, Apgar Familiar y el Inventario de Depresión de Beck. La presente investigación contiene un apartado denominado procedimiento, en donde se detalla las tres etapas para su desarrollo.

4. Marco Teórico

1. Conducta Suicida

La conducta suicida resulta muy compleja debido a que es un fenómeno que tiene múltiples causas y dimensiones, por lo que se requiere que su enfoque haga énfasis en el individuo como ser biopsicosocial, podría considerarse como un continuum que se inicia en aspectos netamente cognitivos, es decir una idea fija que se denomina como ideación y que va progresando hasta aspectos conductuales como lo es el intento o terminar con la propia vida que sería netamente el suicidio consumado, todo esto influenciado por factores que contribuyen desde la génesis, permanencia y consumación, siendo necesaria rescatar la importancia de tener en cuenta el estudio de estos factores (Bazán et al., 2016; Fonseca y De Albéniz, 2020).

1.1.Suicidio

Partiendo desde la etiología el suicidio nace de la combinación de dos vocablos latinos, *sui* que significa "sí mismo" y *caederę*, "matar" define como aquel acto por el cual el individuo se induce su muerte voluntaria e intencionalmente, llegándose a establecer como un pensamiento que tiene como contenido la eliminación sin influencia o presión de una tercera persona (Blanco, 2020; Del Campo et al., 2013; García et al., 2019).

Martínez (2017) menciona que al suicidio no se lo debe considerar como una enfermedad, sino más bien resulta un acontecimiento que puede aparecer en cualquier individuo y lugar, debido a su vulnerabilidad emocional, debido a su exposición a diversos factores de riesgo que predisponen, desencadenan y mantienen esta psicopatología.

Durkheim (1989) define al suicidio como toda muerte que resulta de manera directa o indirectamente de un acto, que puede ser positivo o negativo llevado a cabo por la víctima, con esta concepción determina la auto provocación de la muerte por cualquier medio.

La OMS estableció en el año 2003 al 10 de septiembre como el Día Mundial para la prevención del Suicidio con el propósito de que las naciones a nivel mundial implementen estrategias orientadas a la prevención, define al suicidio como aquel acto deliberado y realizado por una persona con consciencia del acto, con desenlace fatal o mortal, así mismo lo señala como un grave problema de salud y multifactorial debido a la interacción de factores bilógicos,

psicológicos y ambientales. Ubicándose en una de las principales causas de muerte en personas de todas las edades atribuyéndole más de 800 mil muertes al año (OMS, 2003, como se citó en Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2019).

Por otro lado el suicidio se entiende como una dificultad para adaptarse en el medio donde se desenvuelve el individuo, en el que experimenta diversas situaciones dando lugar a la creencia de que no existe una forma de hacer frente a estas situaciones, ya sean pasajeras o permanentes que causan malestar y desesperanza, se encuentran sentimientos de soledad con la sensación de no contar con apoyo de otras personas, por lo que el suicidio se toma como una solución o vía de escape dejando de lado metas, sueños, objetivos, aspiraciones y finalmente perdiéndole el sentido a la vida, debido a que se cuenta con muy pocos o casi nada de recursos psicológicos para una buena resolución de problemas, en la que cualquier problema tanto familiar, social o económico llega a tener un impacto de gran magnitud en la salud (Loboa y Morales, 2016; Ramirez et al., 2017).

1.2.Otros términos

Según Kreitman et al., (1969) y Pérez (2009) definen los siguientes términos:

Pseudosuicidio: cuando el individuo realiza un acto suicida sin desear la propia muerte como resultado de alteraciones sensoperceptivas, como las alucinaciones auditivas en las que ordenan al sujeto a realizar actos como: ¡huye! ¡Salta! que terminan en la muerte o en lesiones debido a las circunstancias que lo rodean. Otras veces el acto suicida puede ser debido a alucinaciones visuales de carácter terrorífico que ocurre de manera frecuente en el delirium tremens en personas alcohólicas, nefrópatas que provocan conductas de huida o escape sin que el individuo que lo experimenta no pueda tener en cuenta los peligros y protegerse de estas alteraciones de la conciencia. Así también el suicidio puede tener lugar como respuesta a ideas delirantes de inmortalidad u omnipotencia en las que el sujeto se expone a situaciones de extremo peligro que resultan en la propia muerte debido a que considera que nada le va a suceder por su poder u incapacidad de morir.

Parasuicidio: se lo considera un acto no mortal, en el que una persona piensa y actúa deliberadamente y se autolesiona o ingiere dosis mayores de medicamentos para causarse daño sin buscar la muerte y que además este comportamiento tiene un carácter gestual, de petición de ayuda

Deseo de morir: está representado por la inconformidad e insatisfacción que experimenta el sujeto con forma o estilo de vida que lleva en el presente y que puede expresarse a través de frases como: “la vida no merece la pena”, “lo que desearía es morirme”, “el mundo sería mejor si yo muriera” y otras expresiones similares.

Representación suicida: este tipo de terminología se ha definido como aquellas fantasías, ideas suicidas o imágenes mentales en las que sujeto se ve así mismo llevando a cabo actividades con propósitos autodestructivos que buscan el objetivo de conseguir la propia muerte.

1.3.Tipos de suicidio

1.3.1. Según el método utilizado.

Según Émile (2018) y Santos e Idoia (2020) mencionan:

Intoxicación por fármacos: es la forma de suicidio más tranquila para el sujeto debido a que la persona no sufre traumatismos, este tipo consiste en la ingesta de medicamentos en cantidades elevadas dando como resultado que la persona se quede dormida y muera sin dolor.

Corte de muñeca: este es uno de los métodos más típicos, no provoca o causa dolor, pero si los cortes son profundos la muerte es el resultado más seguro, la persona sufre cierto grado de traumatismo debido a que se queda dormida y muere debido a la pérdida de sangre.

Traumáticos: en este apartado se incluyen aquellos métodos en los que el sujeto lleva a cabo el quitarse la vida mediante métodos que implican bastante brutalidad como por ejemplo el uso de armas, ahorcamientos, electrocución, tirarse al vacío, etc. A pesar de causar mayor sufrimiento las probabilidades de morir mediante estos son muy elevadas.

Enmascarados: se trata de muertes provocadas por el propio sujeto pero que pueden llegar a confundirse con la muerte natural o con homicidios debido a que siguen una causa o intencionalidad como por ejemplo el cobro de seguros por terceros o el de inculpar a terceras personas.

Blandas: esta forma de suicidio no causa traumas evidentes, causan poco dolor o adormecimiento, una forma de suicidio con métodos blandos son la ingesta de medicamentos en cantidades elevadas en donde la persona tiene un papel pasivo debido a que el sujeto espera su

muerte por efecto de los medicamentos ingeridos. Además, puede haber arrepentimiento y salvación debido a que en ocasiones los efectos o daños de la ingesta pueden ser revertidos a tiempo.

Duras: este tipo de conducta engloba procedimientos que involucran mucha brutalidad y lesiones de gravedad como el usar armas de fuego, ahorcarse o asfixia, electrocutarse o tirarse al vacío siendo más probable el sufrimiento y la acción directa del individuo.

Extrañas: al igual que las anteriores provocan un elevado nivel de sufrimiento antes de llegar a la muerte y están ligados a algún tipo de psicopatología en los que el individuo busca la muerte antes de seguir sufriendo como es el caso de la depresión, alguna enfermedad catastrófica.

1.3.2. Según la motivación.

Según O'Connor y Nock (2014) y P. Linares y Bikic (1995) los clasifican en:

Llamada de atención o grito de ayuda: algunas personas llevan a cabo el suicidio como una manera de llamar la atención debido a que creen que no pueden resolver los problemas solos o pueden tener fines manipulativos ya que no suele quererse el deceso en si a neos que el problema o situación que lo motiva se solucione.

Como huida: la mayoría de los suicidios tienen como objetivo dejar de sufrir y no en si la muerte, la muerte es la única salida que ven antes aquellos problemas que considera que no tienen solución, ocurre de manera impulsiva y sin planificaciones.

Por venganza: consiste en quitarse la vida con el propósito de provocar daño, malestar o sufrimiento a otras personas con la intención de hacerles sentir culpables o causar les dolor

Por interés: la persona intenta suicidarse o aparente hacerlo por algún interés como el económico.

Muerte: el objetivo es lograr la propia muerte por muchas razones de forma premeditada y con planificación, es similar a la huida sin que exista la impulsividad.

Por falta de ganas de vivir: ocurre generalmente en personas que tienen limitaciones serias o en ancianos debido a que el sujeto puede ver que el seguir viviendo ya no significa nada bueno y cree ser una carga en la familia. La muerte se ve como una liberación para él y para sus allegados

Por psicopatología: no existe motivación, la persona que lleva a cabo el suicidio padece alguna enfermedad mental grave u ocurre un brote psicótico perdiendo la visión de la realidad

Finalista: está dirigido a conseguir un objetivo diferente al de huida, no se busca la muerte sino fingir o aparentar con el fin de conseguir un beneficio como por ejemplo el grito de ayuda, la venganza o interese económicos.

De balance: es un suicidio que se lleva a cabo en ausencia de psicopatología y tras un periodo extenso de estar ante una situación difícil, tras hacer un balance deciden que seguir viviendo no les ofrece ningún tipo de ganancia o beneficio.

1.3.3. Según la integración en la sociedad.

Altruista: ocurre cuando el sujeto está bien integrado en la sociedad pero ve que los objetivos que le exige la sociedad no puede logar, sintiéndose abrumada por la sociedad terminando con su vida ya por no ser una carga o por ausencia de autoestima (Tejador, 2017).

Egoísta: es un tipo de suicidio que se lleva a cabo cuando el individuo no está bien integrado en la sociedad y sus vínculos con la misma son débiles, sintiéndose solo y sin motivación. La muerte es la solución a la falta de integración social (Neira, 2018).

Anómico: ocurre en aquellas personas que tienen desequilibrio debido a los constantes cambios, la persona puede estar bien integrada pero debido a cambios como la pobreza llegan a alterar la conducta, los valores provocando la pérdida de identidad y finalmente la muerte (Casabón, 2020).

Fatalista: tiene lugar en aquellas personas que se sienten oprimidas por la sociedad, experimentando control y regulación social excesivos, este entorno fruta sus pasiones y obliga a llevar otro camino en contra de su voluntad, no encontrando sentido a su vida y decide terminar con ella (Vasco, 2018).

1.3.4. Según la premeditación.

Impulsivo: se lleva a cabo sin premeditación, puede haber pensado con anterioridad quitarse la vida, pero no la lleva a cabo hasta el momento en que se siente altamente activado y con desesperación, deja de pensar con claridad, se siente abrumado y puede ocurrir en situaciones generadoras de ansiedad, un brote psicótico o episodio maniaco (Wray et al., 2011).

Accidental: la persona no quiere morir, ocurre de manera accidental debido a que la persona se pone en situaciones que resulta un riesgo elevado para su vida (WHO, 2014).

Premeditado: ocurre cuando la persona que lo lleva a cabo ha realizado una planificación con anticipación de la manera, el lugar y el momento de su muerte. Esta muerte no es tan brusca, en algunos casos puede observarse calma y serenidad previa al acto (Salvadó, 2018).

Coacción: no existe premeditación directa, sino que está involucrada una tercera persona que se encarga de convencer a otra de que se suicide ya sea por amenaza o promesas (Émile, 2018).

1.3.5. Según la implicación de otras personas.

En masa: se trata de un tipo de suicido en el que están involucradas más de una persona o un colectivo elige y pacta llevar a cabo su propia muerte voluntariamente, por motivos como la huida o convencimiento debido a algún tipo de recompensa. Suelen ocurrir en situación de guerra o en sectas (O'Connor y Nock, 2014).

Ampliado: un individuo decide quitarse la vida y además, considera necesario la muerte de otras personas vinculadas o allegadas a él, el individuo decide matar a los demás ya sea hijos, pareja o familia y posteriormente se quita la vida (Echeburúa, 2015).

Asistido o eutanasia: es la finalización de la vida de una persona con participación de otra u otras, esta participación es autorizada y demandada por el sujeto que desea morir debido a lesiones irreversibles o a casusa del sufrimiento que le causa alguna enfermedad (Moutier, 2021 Wray et al., 2011).

Inducido: se trata de una autolesión que busca la muerte pero que ha sido infundada por la coacción o sugestión de terceros, puede ser amenazado u obligado a quitarse la vida (O'Connor y Nock, 2014).

Falso suicidio: no es un suicidio, sino un homicidio o asesinato que hace parecer que el sujeto ha decidido quitarse la vida (O'Connor y Nock, 2014).

1.3.6. Según el resultado.

Según O'Connor y Nock (2014) y Wray et al., (2011) se clasifican en:

Intento de suicidio: todo acto realizado voluntariamente en el que la persona intenta quitarse la vida y lo realiza de manera incorrecta o la acción realizada no tiene éxito.

Frustrado: la persona en su intento de quitarse la vida, empleando métodos que por norma general provocan el deceso no consigue su objetivo debido a situaciones o circunstancias impredecibles como la presencia de terceras personas, actuación rápida y adecuada de los servicios de salud, mala planificación o uso del método.

Consumado: la persona ha llevado acciones con el fin de quitarse la vida y lo consigue.

Autoagresión no suicida: no es un verdadero intento de suicidio, el sujeto se autolesiones por diferentes motivos pero sin que las acciones realizadas supongan un riesgo real o elevado contra su vida (Capponi, 2000).

1.4.Intento de suicidio

García (2003) menciona que el intento de suicidio está determinado por cualquier acto cuyo objetivo es el de terminar con su vida sin haberlo conseguido.

Otra definición de esta conducta es el de una acción con consecuencias que no terminan en la fatalidad, en donde el sujeto que realiza el acto de quitarse o terminar con su propia vida, sin la intervención de terceros, este le causará daño en diferente grado y forma a nivel físico y psíquico con bastante aproximación a la muerte (Guibert y Alonso, 2001).

Marchiori (1998) considera que el intento de suicidio podría definirse como un comportamiento de autodestrucción para conseguir la muerte, por lo tanto lo que diferencia al

suicidio consumado con el intento de suicidio, es que el segundo nel resultado esperado que es la muerte, el acto suicida llega a convertirse en intento cuando los medios que se han utilizado no le han permitido al individuo lograr terminar con su vida.

1.5.Ideación suicida

La ideación suicida puede definirse como un planteamiento en el que cualquier persona concibe la idea de suicidarse, así mismo como aquella aparición de pensamientos con contenido asociado al de acabar con la propia vida incluyendo en ellos el hecho de que su vida ha perdido el valor, deseos de morir e incluso la planificación del acto. Estos pensamientos no siempre se expresan de forma verbal ni son exclusivos para motivo de consulta (Bustreo, 2014 citado por Tandazo, 2017).

Torres et al., (2017) concluyeron que la ideación suicida representa una fase que influye como un factor que lleva a la consumación del suicidio, con un grupo de pensamientos persistentes e intrusos para conseguir la muerte, incluyen también los posibles medios de morir, que mecanismos emplear, en qué lugar y situación. Por otro lado Jiménez7 y González (2003) definen al suicidio como un proceso que comienza con la imaginación de suicidarse que sería la ideación suicida y que luego pasa al intento y finaliza con el suicidio consumado.

1.5.1. Formas de presentación.

Idea suicida sin un método específico: en este tipo de presentación en el sujeto existe el deseo de matarse, pero no ha considerado como llevarlo a cabo ya que al preguntarle como lo haría, responde ‘no sé cómo, pero lo voy a hacer (Pérez, 2006).

Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado: el sujeto expresa sus deseos o intenciones de quitarse la vida y ha considerado un método para hacerlo pero que no ha sido determinado, al preguntarle de cómo lo llevaría a cabo, responde algo así como ‘de cualquier forma, quemándome, ahorcándome, pegándome un tiro (Pérez, 2006).

Idea suicida con un método especifico o planifica: el individuo expresa su deseo de suicidarse y ya ha seleccionado una forma de llevarlo a cabo sin embargo aún no ha determinado cuando y el lugar en donde lo va a realizarlo, no ha considerado las precauciones a tomar para no ser descubierto y logar con su objetivo de quitarse la vida (Capponi, 2000; Émile, 2018).

El plan suicida o idea suicida planificada: el sujeto con su permanente deseo de quitarse la vida, ya ha seleccionado un método que por su gravedad provocaría su muerte, ya ha previsto el lugar, el momento oportuno y ha establecido los motivos para ejecutar dicha acción con el objetivo de terminar con su propia vida (Pérez, 2006).

1.6.Riesgo suicida

La OMS considera al riesgo de suicidio como cualquier característica, exposición o rasgo que un individuo puede presentar y por ende aumenta la probabilidad de que se presente una enfermedad o lesión, en este caso de que cometa la autodestrucción (OMS, 2021).

Según Arbesú (2006) lo define como aquella probabilidad que tiene la persona de intentar quitarse la vida, que puede estar influenciado por factores epidemiológicos, los antecedentes personales y el estado mental y de los estresantes por los cuales este atravesando el individuo.

Se han establecido posibles factores que pueden influir para llegar a cometer el acto, dentro de los cuales se encuentran: historia de intentos suicidas previos, ideación suicida, consumo de alcohol y drogas, ansiedad, depresión, tipo de relaciones personales, trabajo, etc. La población con mayor riesgo suicida es la joven y mayores de 65 años, el riesgo es mucho más elevado después de los 85 (Pérez, 1999; Velásquez, 2013)

2. Factores de Riesgo Asociados a los Intentos de Suicidio

2.1.Factores biológicos

El factor considerado dentro de este apartado y que ha sido estudiado se encuentra el encargado de la regulación del humor, se trata del neurotransmisor serotonina, que forma parte de una respuesta neurobiológica, por lo que se ha determinado que la disminución de sus niveles va a incrementar que el individuo no controle el impulso suicida, que sea más vulnerable emocional por lo que ante la posibilidad de un conflictos este no será capaz de mantener el control sobre sus emociones (Salcedo et al., 2019).

Esta desregulación es una característica bilógica de un individuo con algún tipo de enfermedad mental que le impide tener un control de la impulsividad frente a estresores. Estos individuos presentan niveles bajos de serotonina en el líquido cefalorraquídeo y son mucho más proclives a suicidarse. Algunas investigaciones concluyen que esta desregulación es presináptica

lo que desencadenarían una sobrerregulación de los receptores para este neurotransmisor tipo 2 en el córtex prefrontal ventral y ventrolateral del cerebro. Así también se ha asociado a la presencia de polimorfismos en el gen triptófano hidroxilasa en el proceso metabólico de la serotonina con una disminución de ácido homovalínico (precursor de dopamina) en el líquido cefalorraquídeo (Sepúlveda et al., 2011).

2.2.Factores individuales

Dentro de estos factores se establecen los problemas de salud mental, física, rasgos de personalidad, capacidad para afrontar el estrés o las circunstancias difíciles:

Problemas de salud mental: los estudios de suicidio consumado han encontrado que el 90% de los sujetos padecían algún tipo de trastorno como la depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de la conducta alimentaria, abusos de sustancias, déficit de atención con hiperactividad (Bravo et al., 2020).

Intentos de suicidio previos e ideación suicida: los intentos de suicidio previos son el factor más importante siendo 100 veces superior en comparación con el resto de población, el 50% de los suicidas tienen tentativas previas, un intento incrementan el 32% el riesgo de un reintento, así como la desesperanza e impulsividad (Molina et al., 2020; Salcedo et al., 2019).

La enfermedad física es otro factor que está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% en personas de edad avanzada, es así que en pacientes con VIH, en donde el riesgo se incrementa 6 meses después de haber recibido su diagnóstico (Salcedo et al., 2019).

La edad y el sexo: las tasas elevadas se encuentran en la adolescencia y juventud. Los hombres mayores de 65 años y de 75 años tienen tasas mayores de suicidios. Mientras que en las mujeres los intentos de suicidio ocurren con mayor frecuencia entre los 15 y 24 años, seguidamente de los 25 y 34 y los 35 y 44, en los hombres las tasas están elevadas en los 25 y 34, seguido de los 35 y 44 y los 15 a 24. La ideación suicida ocurre en 1% y 20% entre la población más joven; con referencia al sexo se ha encontrado que las mujeres presentan 3 a 4 veces mayores que los hombres, mientras los suicidios consumados es de 2 a 4 veces mayor en los hombres (Molina et al., 2020).

2.3.Factores psicológicos

Dentro de esta categoría Salcedo et al., (2019 y Sepúlveda et al., (2011) han identificado los siguientes:

Depresión: las personas que padecen de depresión mayor aumenta el riesgo de suicidio 20 veces en comparación con la población en general. Estas personas que presenten anhedonia grave, insomnio, rasgos de personalidad de tipo obsesivo-compulsivo y con un nivel alto de desesperanza el riesgo de matarse es elevado.

Consumo, abuso o dependencia de sustancias: las personas que presentan este factor su riesgo de suicidio es 15 veces mayor, además se incluyen a aquellas que han atravesado alguna ruptura amorosa reciente combinado con el consumo y la presencia de síntomas depresivosel riesgo se incrementa.

Esquizofrenia: la posibilidad que presenta este grupo de terminar con su vida es de hasta 9 veces en comparación con la población en general y si además presenta depresión, rasgos de tipo obsesivo-compulsivo y con la presencia negativa hacia el tratamiento el riesgo se incrementa.

Trastorno bipolar: las personas con este diagnóstico presentan un riesgo de 15 veces mayor en relación con la población en general, y además su riesgo se puede verse incrementado por las descompensaciones o abandono del tratamiento farmacológico que es primordial para mantener la estabilidad.

Trastorno de estrés postraumático: aquellas personas con TEPT que presentan sentimientos de culpa, recursos del evento, negatividad hacia el tratamiento e incluso el abandono es más probable que puedan llegar a quitarse la vida 8 veces mayor en comparación a la población general, la impulsividad que presenta este grupo puede aumentar de manera significativa el riesgo.

Conducta antisocial: en estos pacientes si existe presencia de consumo de sustancias y algún tipo de trastorno afectivo con una mala regulación emocional, es mucho más riesgoso que puedan quitarse la vida, debido a su inestabilidad emocional que es un factor altamente asociado a la presencia de conducta suicida y en especial de ideación suicida.

2.4.Factores sociales

Este tipo de factores hacen referencia a aquellas condiciones que están presentes en alguna situación y que puede afectar a la salud física, psíquica o social del individuo. Se han identificado que los factores presentes en los intentos de suicidio de índole social son: la presencia de conflicto y violencia en la comunidad, el aislamiento social, agresión y hostilidad, dificultades escolares, sufrir Bullying, tener amigos o familiares que se hayan suicidado, tener acceso a contenido relacionado con el suicidio, desempleo, migración parental, recursos económicos bajos, falta de apoyo del grupo social, víctima de violencia física, sexual o psicológica y además la ausencia de padre o madre o la muerte de uno de estos dos miembros importantes del núcleo familiar (Bravo et al., 2018; Medina et al., 2017).

2.5.Factores familiares

La familia es un factor importante dentro del comportamiento suicida, en especial la dinámica interna de la familia que se la considera como aquellas condiciones en las que la familia toma conciencia de aquellos mecanismos de regulación y de sus finalidades y que del mismo modo los trasforma, de acuerdo a la dinámica interna de la familia puede ser un factor de riesgo como de protección ante esta conducta. Es por ello que la comunicación, las normas, la autoridad, los roles, las relaciones afectivas y el tiempo libre pueden resultar funcionales o disfuncionales (Ardila y González , 2020).

Parra (2012) considera que la familia cuando llega a ser disfuncional está asociada al intento de suicidio y el suicidio consumado, que puede deberse al quebranto y ausencia de la comunicación entre los padres, los desacuerdos en el estilo de crianza, una crianza que sea inapropiada con normas frágiles e inapropiadas, que pueden dar lugar a la agresión física al punto de violentar cada uno de los derechos que tienen los miembros de la familia. Se ha considerado que aquellos sujetos que se desarrollan en un ambiente familiar con disfuncionalidad son más propensos a tener esta conducta suicida.

Por otro lado Useche (2019) menciona a la familia como un sistema de ciclo vital familiar que se desarrolla por crisis externas o internas que llevan a un constante cambio, en la que cada etapa está inmersa en crisis por influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales que dan lugar a tareas específicas que debe llevar a cabo la familia, afrontarlas, entenderlas y superarlas.

La familia se considera como la sociedad primaria a la que se expone el individuo en la que experimenta crisis que resultan normales, un tanto predecibles y necesarias para su desarrollo, el problema aparece cuando estos conflictos no son resueltos por la familia debido a que no opta por hacerlo sino más bien convertirlos en un estilo de vida.

La familia tradicional se denomina nuclear que se divide en completa e incompleta que está integrada por los padres y los hijos o solo uno de los padres. Se definen también familias unipersonales en las que solo habita una persona; las extendidas que contiene al jefe de hogar, los hijos y otros familiares, las compuestas en las que se incorporan personas que no son familia. Las relaciones familiares disarmónicas son las que predominan en los suicidas, por lo que se plantea que esta disfunción familiar aumenta la posibilidad de que parezca las conductas de autodestrucción. Así mismo es importante tener en consideración los antecedentes el tener un padre o madre ansiosa, consumidor de sustancias o con trastorno mental, divorcios, aumenta la probabilidad de suicidio (Guajardo, 2017; Viera, 2020).

2.6. Principales factores que motivan la conducta suicida

El comportamiento o conducta suicida puede ocurrir con frecuencia por una situación o hecho que la persona ve como agobiante que le resulta imposible de manejar y de la que busca alivio. Según García et al., (2020) en su trabajo investigativo encontraron como principales motivos para realizar la conducta suicida a la conflictividad en pareja, insuficientes ingresos económicos, dificultad en el trabajo, el consumo de alcohol. En otro estudio Pérez et al., (2018) determinaron como principales motivaciones para un intento de suicidio a los conflictos familiares, la imitación grupal, la situación económica. Por otro lado de Migliorisi et al., (2017) identificaron a la negligencia, violencia intrafamiliar, el acoso escolar y el abuso sexual como las principales incitadores de intento de suicidio.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019) en su trabajo investigativo realiza una recopilación y análisis de las historias, en donde sintetizan las situaciones vividas de personas que atentaron contra su vida o consumaron el suicidio.

Los siguientes casos son de suicidios consumados, a través de la entrevista a allegados:

Ariel tenía 17 años cuando se suicidó. La entrevistada es la madre. Vivía en la provincia de Buenos Aires, en Lanús, en un barrio de casas precarias, en situación de pobreza, junto a su madre y cinco hermanos. Su padre cometía violencia física frecuentemente contra la madre y contra los hijos. Cuando los hijos crecieron lo echaron de la casa. Los hermanos eran violentos también entre ellos. Cursó hasta 4° grado, con dificultades de adaptación a la escuela. Dos de sus hermanos se suicidaron después que él. El mayor está en prisión con condena de 11 años. Otra hermana, de 12 años, está internada en un hogar de abrigo, dado que se había iniciado en la prostitución. La única que permanece en la casa junto a la madre es una hermana de 14 años, embarazada actualmente. Ariel comenzó a consumir drogas a edad temprana; cuando estaba bajo los efectos de las drogas era violento. Nunca trabajó. Para poder consumir robaba. La madre trabajaba como mucama en un hospital y recurrió en diversas oportunidades a los servicios de protección: tribunal de familia, servicio de protección de niñez, policía. Ariel fue derivado a tratamientos psicológicos por su adicción. Estuvo en un neuropsiquiátrico, en un centro abierto e iban psicólogas a la casa a verlo. Siempre rechazó los tratamientos. Hizo varios intentos de suicidio, por ahorcamiento, pero la madre o los vecinos llegaban a tiempo y "lo descolgaban". El desencadenante del suicidio consumado fue una pelea con la madre y sentirse menospreciado por sus compañeros, estando bajo los efectos de las drogas, agredió físicamente. La madre se fue de la casa y cuando volvió lo encontró muerto: se había ahorcado. (p. 26)

Fer tenía 16 años cuando cometió suicidio. Vivía en la provincia de Santa Fe, en la ciudad de Reconquista. Los entrevistados son su madre, la preceptora de su curso y miembros del equipo de salud que se acercaron a la familia posteriormente al suicidio. Cursaba 3º año de la escuela técnica, después de haber repetido 1° y 2° año. No tenía amigos en la escuela. Era muy introvertido. Estaba prácticamente solo. Su madre ejercía la prostitución. Él y sus hermanos vivían con la abuela. Sus padres estaban separados. Cuando vivían juntos, el padre ejercía violencia doméstica contra la madre y los hijos. Fer visitaba a su padre, con quien trabajaba cuidando animales. Tenía con él una relación conflictiva, dado que era violento y descalificador. Prácticamente vivía en la casa de la novia, en la que se sentía atendido. La madre y la abuela de la novia le tenían afecto. Lo veían desprotegido. El día en que rompió la relación con la novia se ahorcó en la casa del padre. (p. 27)

Luciano tenía 28 años cuando cometió suicidio. La entrevistada es su madre. Vivía con sus padres y 7 hermanos en la provincia de Buenos Aires, en un barrio popular de la ciudad de La Plata. Habían emigrado de la provincia del Chaco. Cursó hasta 1º año del secundario, abandonando los estudios. Trabajaba como albañil y le iba bien. Tenía una banda de rap en idioma toba, etnia a la que pertenecían. Tanto él como toda la familia participaba en la iglesia evangélica. Era muy devoto, leía la Biblia y oraba. Los fines de semana consumían alcohol y drogas de modo problemático. No tenía control sobre su consumo. Se iba de la casa bien vestido y vendía su ropa por ahí para comprar drogas cuando gastaba el dinero que llevaba. La madre dice que "venía destruido, sucio y a veces golpeado". Rechazaba la medicina y la psicología. Solo quería orar. Dejó un mensaje en Facebook en el que pedía a Dios que se lo llevara porque no podía con la droga y pobreza. Se ahorcó en su casa. (p. 29)

Los siguientes testimonios son de intentos de suicidio:

Lía tiene 13 años. Vive con la madre y tres hermanos en la provincia de Santa Fe, en la ciudad de Avellaneda, en un barrio carenciado. Se crió con la abuela, que falleció cuando ella tenía 10 años. A partir de ese momento se sintió muy sola y comenzó a cortarse. Posteriormente intentó ahorcarse. Vive en una familia en la que el abuelo cometió abusos sexuales con sus hermanas; lo intentó también con ella, pero ella se lo impidió. Una de sus hermanas se prostituye. No tiene amigas en la escuela. Los compañeros se burlan de ella por sus cortes. La madre la llevó al hospital para que la trataran. La derivaron a la ciudad de Santa Fe donde estuvo internada 15 días. La madre la acompañaba. En Avellaneda, donde vive, la ve un psicólogo y tiene una acompañante terapéutica. (p. 33)

Rochi tenía 20 años cuando cometió la tentativa de suicidio. Vive en la provincia de San Juan, en la localidad de Rivadavia. Vive con la madre y con el padrastro, en un barrio de clase media baja. Tenía muchos conflictos con el padrastro. En ese momento le iba mal en el estudio, se exigía mucho pero no se podía concentrar. Tenía bajas notas y mal rendimiento. Tenía problemas de bulimia y no se cuidaba ni se aseaba. Por la tentativa (tomó pastillas) la llevaron al hospital, donde siente que la atendieron bien; la derivaron a tratamiento psicológico y de nutrición. Está conforme con ambos. (p. 33)

3. Instrumentos de Evaluación

3.1.Consentimiento informado

Este instrumento será utilizado con el propósito de cumplir con los principios y criterios éticos en el que se certifica la participación voluntaria de participar en la investigación, que será firmado después de que los participantes hayan sido informados de los objetivos, propósito, sus derechos y la confidencialidad de sus datos.

El esquema del contenido del consentimiento informado se encuentra en la sección de anexos como número 4.

3.2.Instrumento de recolección de información (Encuesta)

Este instrumento fue diseñado para obtener información de factores asociados a los intentos de suicidio en base a la literatura revisada, que incluye características sociodemográficas como: edad, sexo, escolaridad, estado civil; además situaciones que llevaron al investigado a hacerse daño con la intención de atentar contra su vida.

Autor. Estefany Daniela Bustos Salcedo.

Introducción/objetivo de la evaluación. esta prueba es diseñada para obtener información sobre características sociodemográficas que se han identificado como factores de riesgo asociados a los intentos de suicidio, tales como edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación y de aquellas situaciones que motivaron el intento de conducta suicida.

Aplicación. Esta encuesta puede ser aplicada en población adolescente, joven y adulta.

Estructura. Contiene dos preguntas, la primera orienta a evaluar los datos generales como edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación con una sola opción de respuesta y la pregunta dos que se enfoca en evaluar la o las situaciones que motivaron a la conducta suicida con opción de respuesta múltiple.

El esquema del contenido de la encuesta se encuentra en la sección de anexos como número 5.

3.3.Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)

Esta es escala fue elaborado por A.T Beck, M. Kovacs y A. Weissman en 1979 para poder cuantificar y valorar la intencionalidad suicida o grado de seriedad e intensidad con el que la persona pensó o está pensando en suicidarse a través de su actitud de la vida y muerte, evidenciándose a través de sus pensamientos y conductas que puede aplicarse de 12 años en adelante (Rodríguez y González, 2015; Vega, 2021).

Este instrumento consta de 19 ítems para establecer las características de una persona que ha buscado realizarse daño, estas respuestas expresan lo que ha pensado, sentido y experimentado últimamente acerca de su vida. Tiene una escala de 0, 1 y 2 puntos, en la que la puntuación total es la suma de las puntuaciones para cada pregunta que va de 0 a 38 puntos. Se encuentra distribuido en 4

- Actitud de la vida hacia la muerte (ítems de 1 a 5)
- Pensamientos o deseos suicidas (ítems de 6a 11)
- Características del intento planeado (ítems de 12 a 15)
- Realización del proyecto de suicidio (ítems de 16 a 19)

Se considera que una puntuación igual o mayor a 1 es indicativa de riesgo suicida, entre mayor sea la puntuación mayor es el riesgo (Álvarez et al., 2018; Amaral et al., 2020).

Para esta investigación se empleó la adaptación de la escala realizada por Eugenio y Zelada en el 2011, la cual posee 18 ítems y que la suma total va de 0 a 36 puntos y se interpreta de la siguiente manera:

- Nivel bajo de 0 a 17 puntos: presencia de ideación suicida sin planificación.
- Nivel medio de 18 a 30 puntos: ideación y existencia de planificación suicida, tiene planes pero no inmediatos.
- Nivel grave de 31 a 36 puntos: existe un plan definido e inmediato, medios para llevarlo a cabo (Bobadilla, 2012; Larrobla et al., s.f., p.67).

Nombre original. Scale for Suicide Ideation SSI.

Autor. Fue diseñada por A. T. Beck; M. Kovacs y A. Weissman en el año de 1979.

Introducción/objetivo de evaluación. Su principal objetivo es cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida o grado de seriedad e intensidad en el que una persona pensó o está pensando en suicidarse.

Aplicación. Puede ser aplicada de 12 años en adelante.

Confiabilidad y validez. En la escala original, Beck et al., (1979) reportó una confiabilidad de 0,82. la escala fue adaptada en Perú por Eugenio y Zelada, (2011) en pacientes con VIH con una confiabilidad de 0,79 y validez de 0,01.

El esquema del contenido de la escala de ideación suicida se encuentra en el apartado anexos como número 6.

3.4.Apgar Familiar

El Dr. Gabriel Smilkstein en 1978, basándose en su experiencia como médico familiar considero conveniente el diseñar un cuestionario que permitiera analizar la funcionalidad familiar mediante la percepción que cada uno de los miembros tenia de la misma. Es un cuestionario de 5 preguntas las cueles buscan evidenciar el grado de funcionalidad de la familia, en la cual el evaluado coloca su opinión respecto a su percepción de la funcionalidad familiar (MER, 2015). Los componentes evaluados en esta escala son:

- Adaptación: capacidad de usar los recursos intra y extra familiares con la finalidad de resolver los problemas en situación de crisis.
- Participación: implicación de los miembros de la familia en la toma de decisiones y responsabilidades de cada uno.
- Gradiente de recurso personal (crecimiento): logro en la maduración física y emocional y en la autorrealización de los miembros que se mide a través del soporte y fuerza mutua.
- Afecto: hace referencia a la relación de amor, cariño, respeto y atención que existe entre los miembros.
- Recursos: constituye el compromiso de dedicación hacia los miembros, que se refiere al dedicar espacio, tiempo, dinero para las necesidades emocionales y físicas (Creative, 2017).

El cuestionario debe ser entregado al paciente evaluado para que responda las preguntas planteadas, para cada pregunta debe marcar un X, cada pregunta tiene una respuesta de 0 a 4 puntos, de acuerdo a lo siguiente:

- 0: Nunca
- 1: Casi nunca
- 2: Algunas veces
- 3: Casi siempre
- 4: Siempre

Para la interpretación de los resultados, se debe realizar la suma que fluctúa de 0 a 20 puntos:

- Alta satisfacción: buena función familiar de 18 a 20: existe un buen nivel de comunicación entre los miembros, interactúan y se unen para lograr objetivos en común. Favorece el desarrollo sano y normal de cada uno de sus miembros
- Mediana satisfacción: disfunción leve de 17 a 14: es una expresión en la que están levemente afectadas las categorías que componen y definen el funcionamiento familiar.
- Baja satisfacción: disfunción moderada de 13 a 10: es una expresión intermedia entre una familia funcional y una familia disfuncional, las categorías que componen y definen el funcionamiento familiar.
- Muy baja satisfacción: disfunción severa de 9 o menos: se caracterizan por una expresión negativa de extremo de las categorías que componen y definen el funcionamiento familiar, una severa desorganización, malestar, carece de vínculos afectivos, no se cubren las necesidades físicas, psicológicas , materiales y emocionales de sus miembros (Barcia, 2020; Suarez y Alcalá, 2014).

Nombre original. The family APGAR.

Autor. Fue diseñada por el médico familiar Gabriel Smilkstein en el año de 1978.

Introducción/objetivo de evaluación. Es una técnica rápida y sencilla para explorar la función familiar, como herramienta para el abordaje de los problemas familiares mediante la

percepción que cada miembro tiene acerca del nivel de funcionamiento y dar cuenta de la satisfacción en cada uno de los 5 parámetros (adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos) (Smilkstein, 1979).

Aplicación. Su aplicación puede realizarse a adolescentes y adultos, también existe una versión diseñada para población infantil.

Confiabilidad y validez. La fiabilidad test-restest es superior a 0,75, posee una buena consistencia interna de Alpha de Cronbach de 0,84. La validez de constructo se obtiene un alto grado de correlación de 0,80, que demuestra que se trata de una prueba unidimensional es decir que los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto que es la disfunción familiar (Díaz et al., 2017).

El esquema del contenido del cuestionario Apgar familiar se encuentra en el apartado anexos como número 7.

3.5.Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

Es un inventario tipo Likert diseñada en 1979 por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown. Es una herramienta muy utilizada en la valoración de síntomas depresivos. Es un auto informe que consta de 21 preguntas para detectar y evaluar la gravedad de la depresión, con una duración de 5 a 10 minutos, cuenta con opción de respuesta de 0 a 3 describiendo el grado en el que nos identificamos con la realidad y puede aplicarse a partir de los 13 años (Sabater, 2019; Tabares et al., 2020). Mide lo siguiente:

- Tristeza
- Pesimismo
- Sensación de fracaso
- Perdida de placer
- Sentimientos de culpa
- Sentimientos de castigo
- Disconformidad con uno mismo
- Autocrítica
- Pensamientos suicidas

- Llanto
- Perdida de interés
- Indecisión
- Perdida de energía
- Hábitos de sueño
- Irritabilidad
- Cambios en el apetito
- Problemas de concentración
- Fatiga
- Perdida de interés en el sexo

A partir de la suma total de los puntos se consideran cuatro niveles de depresión:

- Nivel bajo: Depresión baja de 0 a 13 puntos: se presentan bajas en el estado de ánimo y pocas manifestaciones como fatiga, alteraciones del sueño, del apetito, atención y concentración sin afectar la vida diaria y actividades.
- Nivel leve: Depresión leve de14 a 19 puntos: presenta alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales diarias y habituales, sin tener que suspenderlas.
- Nivel moderado: Depresión moderada de 20 a 28 puntos: alteración importante del estado de ánimo que se asocia con llanto fácil, agotamiento, molestias físicas, alteraciones en el sueño y apetito, acompañada de pensamientos de minusvalía, aislamiento familiar y social y afecta las actividades de la vida diaria.
- Nivel grave: Depresión grave de 29 a 63 puntos: alteración del estado de ánimo de forma severa, llanto, tristeza, perdida del sueño y del apetito, pensamientos de muerte, ideación suicida, es improbable que se pueda mantener las actividades, síntomas que interfieren con la capacidad de trabajar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes disfrutaba. Incapacita a la persona e impide desenvolverse con normalidad.

La finalidad de la prueba es evaluar la severidad de los síntomas relacionados con aspectos cognitivos y emocional (Rodríguez y Farfán, 2015).

Nombre original. Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II).

Autor. Fue elaborada por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown en el año de 1979.

Introducción/objetivo de evaluación. Su diseño fue con el objetivo **identificar** y medir la severidad de los síntomas típicos de la depresión en adultos y adolescentes relacionados con aspectos cognitivos y emocionales.

Aplicación. Puede administrarse a a partir de los 13 años

Confiabilidad y validez. El inventario fue adaptado en una población universitaria colombiana por Maldonado et al., (2021) en cuanto a la fiabilidad se obtuvo una Alfa de Cronbach de 0,91 y como prueba de validez, se encontraron correlaciones ítem-test entre 0,31 y 0,67 estadísticamente significativas.

El esquema del contenido del inventario de depresión se encuentra en el apartado anexos como número 8.

5. Metodología

5.1.Enfoque

Se realizó un estudio cuantitativo a través de la recolección y medición de datos cuantificables que reflejan aspectos o situaciones de la vida real y la relación con aquellos factores que en base a la literatura están asociados a la conducta suicida, mediante la aplicación de cuestionarios orientados a identificar las variables sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, nivel de ideación suicida, nivel de satisfacción familiar, nivel de depresión y finalmente las principales motivaciones que llevaron al intento de suicidio. Además, de obtener información objetiva, libre de cualquier influencia y basada en la recolección de datos empíricos que son susceptibles de análisis que permitieron establecer conclusiones pudiendo ser generalizadas.

Corresponde a un enfoque descriptivo debido a que describe fenómenos, situaciones, contextos y sucesos. Se empleó un enfoque exploratorio porque examinó una temática que ha sido poco estudiada y de la cual existen muchas dudas. Se realizó en base a información obtenida mediante la matriz de atenciones proporcionada por el centro de salud en la que los participantes tengan un diagnóstico Z91.5 Intento de suicidio y hayan sido atendidos en el periodo de enero a diciembre del 2021. Fue de enfoque transversal debido a que la obtención de información se realizó en un solo momento con el fin de describir las variables y establecer su prevalencia.

5.2.Tipo de Diseño de Investigación

El diseño de la presente investigación fue no experimental debido a que no se manipuló ninguna de las variables, buscando determinar aquellos factores asociados a los intentos de suicidio, se recolectó datos en base a la aplicación de una encuesta, aplicación de reactivos psicológicos basados en investigaciones relacionadas con el tema y la revisión de la matriz de atenciones del centro de salud para identificar a los pacientes atendidos con diagnóstico Z91.5 Intento de suicidio.

5.3.Área de Estudio

El estudio tuvo lugar en el Centro de Salud Catacocha tipo B que se encuentra ubicado en el cantón Paltas, parroquia Lourdes, barrio Larinuma en la calle Eloy Alfaro y Shiriculapo. Cuenta

con atención de 8 horas de lunes a viernes, presta los servicios de atención médica, medicina familiar, odontológica, obstetricia, psicología, vacunas, farmacia, trabajo social, visitas comunitarias. El estudio se llevó a cabo en el período de octubre 2021 - marzo 2022.

5.4.Población

La población considerada para el presente estudio fue el total de pacientes que en la matriz de atenciones proporcionada por el centro de salud tengan un diagnóstico Z91.5 Intento de suicidio, los cuales fueron diagnosticados y atendidos en el periodo de enero a diciembre del 2021 y registrados en el departamento de Estadística, dando como resultado un total de 93 pacientes.

5.5.Muestra

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, se procedió al acercamiento con cada uno de los sujetos de estudio para la socialización del tema y finalidad de la investigación, la muestra estuvo constituida por 67 participantes con edades de 11 a 46 años que aceptaron voluntariamente formar parte del estudio, previa firma del consentimiento informado y el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión.

5.6.Criterios de Inclusión

- Pacientes atendidos en el centro de estudio con diagnóstico Z91.5 Intento de suicidio.
- Pacientes que decidan participar de manera voluntaria en el estudio y que hayan firmado el consentimiento informado.
- Pacientes menores de edad que decidan participar de manera voluntaria en el estudio y que sus padres hayan firmado el consentimiento informado.

5.7.Criterios de Exclusión

- Pacientes que desistan o rechacen participar luego de que hayan firmado el consentimiento informado.
- Pacientes que no asistan el día de la aplicación de los instrumentos.
- Pacientes que no completen la encuesta y reactivos aplicados.

5.8.Técnicas

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizó una encuesta diseñada por la investigadora con el fin de obtener información sociodemográfica, la Escala de Ideación Suicida (Scale For Suicide Ideation, SSI) para medir el nivel de ideación suicida, el cuestionario Apgar familiar para determinar el nivel de satisfacción familiar y el Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI-II) para identificar los niveles de depresión.

5.9.Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de datos e información fue necesaria la aplicación de los siguientes instrumentos medidores de la conducta suicida y sus factores asociados:

- **Consentimiento informado. ANEXO 4.** Este instrumento fue utilizado con el fin de cumplir con los criterios éticos mediante el cual se certificó la expresión voluntaria de participar en el estudio, luego de que cada participante haya sido informado y comprendido cada uno de los objetivos de la investigación, los propósitos, sus derechos y confidencialidad de sus datos.
- **Instrumento de recolección de información (encuesta). ANEXO 5.** Encuesta diseñada por la investigadora a través de la cual se registró información sobre datos sociodemográficos como: edad, sexo, escolaridad, estado civil; además situaciones que llevaron al investigado a hacerse daño con la intención de atentar contra su vida de cada uno de los participantes con intento de suicidio.
- **Escala de Ideación Suicida (Scale For Suicide Ideation, SSI). ANEXO 6.** Es un instrumento que consta de 19 ítems para poder cuantificar y valorar la intencionalidad suicida o grado de seriedad e intensidad con el que la persona pensó o está pensando en suicidarse, las respuestas expresan lo que ha pensado, sentido y experimentado últimamente acerca de su vida. Tiene una escala de 0, 1 y 2 puntos, en la que la puntuación total va de 0 a 3. Se encuentra distribuido en 4 dimensiones: Actitud de la vida hacia la muerte; Pensamientos o deseos suicidas; Características del intento planeado; Realización del proyecto de suicidio. Una puntuación igual o mayor a 1 es indicativa de riesgo suicida, entre mayor sea la puntuación mayor es el riesgo
- **Apgar familiar. ANEXO 7.** Es un cuestionario que permite analizar la satisfacción familiar, consta de 5 preguntas que buscan evidenciar el grado de funcionalidad de la familia, en la cual el evaluado coloca su opinión respecto a su percepción de la

funcionalidad familiar, evalúa la Adaptación, la Participación, la Gradiente de recurso personal (crecimiento), el Afecto y Recursos. Cada pregunta tiene una respuesta de 0 a 4 puntos, el evaluado debe marcar con una X su respuesta. Para la interpretación de los resultados, se realiza la suma que va de 0 a 20 puntos: Alta satisfacción, Mediana satisfacción, Baja satisfacción, Baja satisfacción

- **Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI-II). ANEXO 8.** Es un instrumento de autoinforme que consta de 21 ítems que evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva, cada uno de sus ítems tiene cuatro alternativas de respuesta de menor a mayor gravedad. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos, tras la suma total m de la puntuación, se obtiene un total que va de 0 a 63 y a partir de la suma total se consideran cuatro niveles de depresión: baja, leve, moderada y grave.

5.10. Procedimiento

La investigación se ejecutó por medio de las siguientes etapas para el cumplimiento de cada uno de los objetivos anteriormente planteados.

Primera etapa. En primera instancia se visitó el Centro de Salud Catacocha verificando la existencia de la problemática a través del diálogo con el profesional responsable del área de psicología del centro. Posterior a ello se procedió a la obtención del permiso correspondiente para la ejecución de la investigación mediante la elaboración y presentación de la solicitud dirigida a la autoridad competente Director Distrital 11D03 Paltas-Catamayo-Chaguarpamba-Olmedo-Salud.

Segunda etapa. Luego de la autorización para la ejecución de la investigación se procedió a la obtención de la matriz de atenciones del periodo de enero a diciembre de 2021 para a través de ella identificar y establecer el total de pacientes atendidos en este periodo y que contaron con un diagnóstico Z91.5 Intento de suicidio. Después se estableció contacto con la población de estudio socializando el tema y finalidad de la investigación y se coordinó la fecha de aplicación de los instrumentos que se realizó mediante visita domiciliaria. A continuación, se procedió a la aplicación de cada uno de los instrumentos psicológicos que fueron previamente seleccionados, respetando el anonimato de los participantes y confidencialidad de sus datos.

Tercera etapa. Finalmente, luego de la obtención de datos se procedió a su respectiva organización y análisis, configurando una base de datos en Microsoft Excel para establecer

frecuencias y porcentajes y a través de un proceso de síntesis e interpretación permitieron el cumplimiento de cada objetivo y la elaboración de discusión, conclusiones y recomendaciones según los resultados obtenidos.

5.11. Equipos y Materiales

Para la ejecución de la investigación y cumplimiento de cada objetivo se utilizó los siguientes equipos: uso internet para la obtención de literatura que nos sirvió para la elaboración del marco teórico, uso del computador en donde se cuenta con Microsoft Word para la respetiva elaboración del proyecto de titulación, se usó el programa de Microsoft Excel para el análisis de datos y como materiales se utilizaron la encuesta y tres instrumentos psicológicos anteriormente mencionados y seleccionados.

5.12. Análisis Estadístico

Después de la aplicación de los instrumentos psicométricos el análisis estadístico de los datos obtenidos a través de la encuesta y los reactivos psicológicos, se llevaron a cabo a través de la tabulación y confección de una base de datos en Microsoft Excel, para realizar un análisis descriptivo univariado de las principales variables y establecer la prevalencia de ideación suicida, satisfacción familiar y depresión como factores asociados a los intentos de suicidio que se representaron a través de tablas de frecuencia y datos que se encuentran en el apartado correspondiente a resultados.

6. Resultados

6.1.En cumplimiento al Objetivo General

Identificar los factores y principales motivaciones asociadas a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en el Centro de Salud Catacocha.

Tabla 1

Factores y Principales Motivaciones en Pacientes con Intento de Suicidio

Factores	%
11 a 20 Años	70,00
Sexo Masculino	57,00
Estado Civil Soltero	99,00
Secundaria Incompleta	58,21
Estudiante	58,00
Nivel Medio de Ideación Suicida	52,00
Satisfacción Familiar Baja	45,00
Nivel Grave de Depresión	40,00
Motivaciones	**%**
Situación Económica	37,31
Problemas Familiares	22,39
El Abuso y/o Acosos Sexual	14,93

Nota: Datos obtenidos de la Encuesta, de la Escala de Ideación Suicida de A.T Beck, M. Kovacs y A. Weissman, del Cuestionario Apgar familiar de Gabriel Smilkstein, del Inventario de Depresión de Beck II, aplicados a pacientes con intento de suicidio atendidos en el Centro de Salud Catacocha, de enero a diciembre del 2021, elaborado por Estefany Daniela Bustos Salcedo.

En la tabla 1, en cuanto a los resultados del objetivo general se identificó como factores asociados a los intentos de suicidio la edad de 11 a 20 años con un 70%, el sexo masculino con un 57%, el estado civil soltero con 99%, la secundaria incompleta con un 58,21%, de ocupación estudiante con 58%; además se identificó nivel medio de ideación suicidio en un 52%, satisfacción familiar baja en 45% y nivel grave de depresión en 40%. En cuanto a las motivaciones para llevar

a cabo la conducta se encontró como principal a la situación económica en un 37,31%, seguido de los problemas familiares en un 22,39% y finalmente el abuso y/o acoso sexual.

6.2.En Cumplimiento al Primer Objetivo Específico

Describir sociodemográficamente a los pacientes con intentos de suicidio: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación.

Tabla 2

Edad, Sexo, Estado Civil, Nivel de Escolaridad y Ocupación de Pacientes con Intento de Suicidio

Edad	Frecuencia	%
10 a 20 años	47	70
21 a 46 años	20	30
TOTAL	67	100
Sexo	**Frecuencia**	**%**
Masculino	38	57
Femenino	29	43
TOTAL	67	100
Estado Civil	**Frecuencia**	**%**
Soltero	66	99
Casado	1	1
Viudo	--	--
Divorciado	--	--
TOTAL	67	100

Nivel de Escolaridad	Frecuencia	%
Sin instrucción	--	--
Primaria Completa	--	--
Primaria Incompleta	--	--
Secundaria Incompleta	39	58,21
Secundaria Completa	27	40,30
Superior Completa	--	--
Superior incompleta	1	1,49
TOTAL	67	100,00
Ocupación	Frecuencia	%
Comercio	--	--
Agricultura	18	27
Transporte	--	--
Construcción	--	--
Servicio doméstico	10	15
Minería	--	--
Estudiante	39	58
TOTAL	67	100

Nota: Datos obtenidos de la Encuesta, aplicada apacientes con intento de suicidio atendidos en el Centro de Salud Catacocha, de enero a diciembre del 2021, elaborado por Estefany Daniela Bustos Salcedo.

En la Tabla 2, correspondiente a las características sociodemográficas de la población se observó que los intentos de suicidio ocurrieron en mayor porcentaje en el rango de 11 a 20 años de edad con un 70%, en el sexo masculino con 38 casos que corresponden al 57%, el estado civil soltero es el más afectado por la conducta con un 99%, predomina el nivel secundaria incompleta con un 58,21%, seguido del nivel secundaria completa con 40,30%, según la ocupación las que más predominan es la de estudiante con un 58%, seguido de la agricultura con 27% y finalmente el servicio doméstico con 15%.

6.3.En Cumplimiento al Segundo Objetivo Específico

Establecer la prevalencia de ideación suicida, satisfacción familiar y depresión como factores relacionados a intentos de suicidio.

Tabla 3

Prevalencia de Ideación Suicida en Pacientes con Intento de Suicidio

Ideación Suicida	Frecuencia	%
Bajo	10	15
Medio	35	52
Grave	22	33
TOTAL	67	100

Nota: Datos obtenidos de la Escala de Ideación Suicida de A.T Beck, M. Kovacs y A. Weissman aplicada apacientes con intento de suicidio atendidos en el Centro de Salud Catacocha, de enero a diciembre del 2021, elaborado por Estefany Daniela Bustos Salcedo.

En la Tabla 3, correspondiente a la prevalencia de ideación suicida de la población con intentos de suicidio se pudo apreciar que el nivel de ideación con mayor porcentaje es el nivel medio con un 52%, seguido por el nivel grave de ideación con un 33% y finalmente y en menor proporción el nivel bajo de ideación con el 15%. El nivel bajo nos indica que existe la presencia de ideación suicida sin planificación. Mientras que el nivel medio existe ideación y planificación suicida pero los planes no son inmediatos. En el nivel grave existe un plan definido e inmediato además de los medios para llevarlo a cabo. Se podría decir que más de la mitad de la población además de que presentaron ideación suicida ya cuentan con un plan para ejecutarlo.

Tabla 4

Prevalencia de Satisfacción Familiar en Pacientes con Intento de Suicidio

Satisfacción Familiar	Frecuencia	%
Alta	--	--
Media	18	27
Baja	30	45
Muy baja	19	28
TOTAL	67	100

Nota: Datos obtenidos del Cuestionario Apgar familiar de Gabriel Smilkstein, aplicado apacientes con intento de suicidio atendidos en el Centro de Salud Catacocha, de enero a diciembre del 2021, elaborado por Estefany Daniela Bustos Salcedo.

En la Tabla 4, correspondiente a la prevalencia de satisfacción familiar de la población con intentos de suicidio, se pudo observar que el nivel de satisfacción con mayor porcentaje es la satisfacción baja con un 45% que indica una expresión intermedia entre una familia funcional y una familia disfuncional, seguido de la satisfacción muy baja con un 28% que se caracteriza por una expresión negativa de extremo de las categorías que definen el funcionamiento familiar, no se cubren las necesidades físicas, psicológicas, materiales y emocionales de sus miembros y finalmente y en menor porcentaje la satisfacción familiar media con un 27% nos indica están levemente afectadas las categorías Adaptación, Participación, Crecimiento, Afecto y Recursos que definen al funcionamiento familiar. No se evidenció ningún porcentaje en el apartado de Función familiar normal lo que demostró que en el círculo familiar de todas estas personas hubo algún tipo de conflictividad en el mismo.

Tabla 5

Prevalencia de Niveles de Depresión en Pacientes con Intento de Suicidio

Niveles de Depresión	Frecuencia	%
Baja	3	4
Leve	15	22
Moderada	22	33
Grave	27	40
TOTAL	67	100

Nota: Datos obtenidos del Inventario de Depresión de Beck II, aplicado apacientes con intento de suicidio atendidos en el Centro de Salud Catacocha, de enero a diciembre del 2021, elaborado por Estefany Daniela Bustos Salcedo.

En la Tabla 5, correspondiente a la prevalencia de niveles de depresión de la población con intentos de suicidio, se pudo apreciar que el nivel de depresión con mayor porcentaje es el nivel grave con un 40% que indica alteración del estado de ánimo de forma severa, es improbable que se pueda mantener las actividades e incapacita a la persona para desenvolverse con normalidad, seguido del nivel moderado con un 33% que indicó una alteración importante del estado de ánimo acompañada de pensamientos de minusvalía, aislamiento familiar y social y afecta las actividades de la vida diaria, y nivel leve con el 22% que indicó alguna dificultad para seguir con actividades laborales, sociales diarias y habituales, sin tener que suspenderlas y finalmente y en menor prevalencia el nivel bajo de depresión con el 4% es decir que indicó que hay pocas manifestaciones de sintomatologías depresiva como fatiga, llanto, alteración del sueño o apetito, sin afectar la vida y actividades diarias. Se podría decir que cerca de la mitad de la población presentó alteración de estado de ánimo de forma grave e incapacitante.

6.4.En Cumplimiento al Tercero Objetivo Específico

Determinar las principales motivaciones que llevaron al intento suicidio.

Tabla 6

Principales Motivaciones en Pacientes con Intento de Suicidio

Situaciones	Frecuencia	%
Problemas de pareja	8	11,94
Consumo de alcohol	--	--
Consumo de otras sustancias/drogas	--	--
Situación económica	25	37,31
Problemas familiares	15	22,39
Bullying o acoso escolar	3	4,48
Abuso/acoso sexual	10	14,93
Dificultades/bajo rendimiento académico	6	8,96
Familiar/amigo que atentó contra su vida	--	--
Muerte de padre/madre	--	--
Ausencia de padre		--
Ausencia de madre	--	--
Otros	--	--
TOTAL	67	100%

Nota: Datos obtenidos de la Encuesta, aplicada a pacientes con intento de suicidio atendidos en el Centro de Salud Catacocha, de enero a diciembre del 2021 elaborado por Estefany Daniela Bustos Salcedo.

En la Tabla 6, correspondiente a las principales motivaciones que llevaron al intento de suicidio en la población, se observó que la situación con mayor porcentaje que motivó la conducta es la situación económica con un 37,31%, seguido de los problemas familiares con 22,39%, el abuso/ acoso sexual con un 14,93%, los problemas de pareja con un 11,94%, las dificultades/bajo rendimiento académico presentan un 8,96% y finalmente y en menor proporción se encuentra el Bullying o acoso escolar con un 4,48%. No se evidenció porcentaje en las situaciones consumo de alcohol, consumo de otras sustancias/drogas, familiar/amigo que atentó contra su vida, muerte de

padre/madre, ausencia de padre, ausencia de madre y otras. Entonces se podría decir que la población presentó gran dificultad a nivel económico.

7. Discusión

La presente investigación tuvo como propósito principal identificar los factores y las principales motivaciones asociados a los intentos de suicidio, en una muestra constituida por 67 pacientes con intento de suicidio en edades comprendidas desde los 11 a los 46 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Catacocha.

En la presente investigación se consideró como objetivo especificó describir sociodemográficamente a los pacientes con intentos de suicidio: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación., en base a ello se consideró lo mencionado por (Bravo et al., 2020; Molina et al., 2020; Salcedo et al., 2019), quienes señalan a estas características como principales factores relacionados en los intentos de suicidio.

En los resultados encontrados en la presente investigación, se observó que el grupo etario con mayor índice de intento de suicidio fluctúa entre los 11 y 20 años, el masculino ocupa el primer lugar, representando el 57% de los casos, el estado civil soltero es el que más intentos de suicidio presenta, representado por el 99% de la población y solamente el 1% de estado civil casado. Por otro lado, de acuerdo con la característica de nivel de escolaridad, en esta localidad el intento de suicidio en población de ambos sexos es más frecuente en la etapa secundaria incompleta, representando el 58,21%. Respecto a la ocupación de la población, se encuentra que el 59% corresponde a estudiantes. Resultados que coinciden con los obtenidos por Castañeda y Segura (2020) quienes encontraron que del total de los casos notificados por intento de suicidio la mayor parte de la población es del área urbana, de sexo masculino, con edad de 10 a 19 años, un poco más de la mitad de estado civil soltero y con escolaridad secundaria. Los antecedentes y sus coincidencias, evidencian que la adolescencia y juventud es la etapa de vida más afectada por la conducta, lo que constituye un problema social que debe ser objeto de intervención en salud pública enfocada en promocionar y capacitar a nivel social/institucional, orientada en el trabajo comunitario/intersectorial e investigación en la temática.

Como segundo objetivo específico se consideró establecer la prevalencia de ideación suicida, satisfacción familiar y depresión como factores relacionados a intentos de suicidio, en relación a ello se consideró lo mencionado por Torres et al., (2017) quienes concluyeron que la ideación suicida representa un factor que lleva a la consumación del suicidio e incluye los posibles

medios de morir, que mecanismos emplear, en qué lugar y situación. Tomando en cuenta lo mencionado por Parra (2012) quién considera que la familia cuando llega a ser disfuncional está asociada al intento de suicidio y el suicidio consumado, que puede deberse al quebranto y ausencia de la comunicación entre los padres, con normas frágiles e inapropiadas, que pueden dar lugar a la agresión física al punto de violentar cada uno de los derechos y además considera que aquellos sujetos que se desarrollan en un ambiente familiar con disfuncionalidad son más propensos a tener esta conducta suicida. En relación a la depresión se ha considerado lo dicho por (Salcedo et al., 2019; Sepúlveda et al., 2011) quienes consideran que las personas que padecen de depresión su riesgo de suicidio es 20 veces mayor en comparación con la población en general. Estas personas que presenten anhedonia, insomnio, rasgos de personalidad de tipo obsesivo-compulsivo y un nivel alto de desesperanza el riesgo de matarse es elevadas. En los resultados encontrados en la presente investigación se muestra que el 52% de la población presenta un nivel medio de ideación suicida, seguida del 33% con un nivel grave de ideación suicida coincidiendo con Vázquez y Mukamutara, (2019) quienes encontraron que la ideación suicida persistía en 35,5 % de los pacientes aunque no se especifica el nivel de la misma. En cuanto al nivel de satisfacción familiar como un factor presente en los intentos de suicidio se encuentra que el 45% de la población presenta una satisfacción familiar baja, seguido de un 28% con satisfacción familiar muy baja, resultados que se asemejan a los encontrados en Burgos et al., (2017) quienes aplicaron el Apgar familiar y la Escala de riesgo de suicidio a pacientes con diagnóstico de intento de suicidio. Tras la obtención de información y análisis establecen que cerca de la mitad presentó una satisfacción familiar baja, seguida de una satisfacción media. La depresión como factor asociado a intentos de suicido se puede apreciar que el 40% o la población mayoritaria presentan un nivel de depresión grave que coincide con el estudio de Beaven Ciaparan et al., (2018) quienes consideraron una muestra de 120 estudiantes de secundaria y tras el análisis de los datos obtenidos establecen que el 21% (N=25) de los participantes que han realizado por lo menos un intento de suicidio presenta depresión en un nivel moderado y además encontraron una relación entre ideación, baja autoestima, conducta suicida y depresión con 19 casos. Los antecedentes y sus coincidencias en la presente investigación evidencian que en las personas con un intento de suicidio existe persistencia de ideación suicida y tentativas previas que son factores que incrementan el riesgo, la funcionalidad familiar influye directa e indirectamente sobre el comportamiento suicida, siendo imprescindible reforzar las estrategias orientadas a priorizar la salud familiar y detección precoz

de conducta suicida y la relación entre autoestima y conducta suicida, mediada por la depresión e ideación suicida, donde a mayor depresión e ideación suicida menor autoestima, y por ende, mayor probabilidad de conducta suicida.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación con respecto al tercer objetivo específico que fue determinar las principales motivaciones que llevaron al intento suicidio se determina a la situación económica con un 37,31%, resultados que se asemejan con un estudio de García et al. (2020) en donde uno de los factores asociados a los intentos de suicidio que identificaron en su mayoría de la población fue bajos ingresos económicos que corresponde al 82,2% de la población. En la presente investigación también se encuentra como otra motivación para el intento de suicidio los problemas familiares con 22,39% que se asemejan con el estudio de Pérez et al. (2018) encontrando que una de las causas para realizar la conducta suicida son conflictos familiares, representado por el 97,6 % de la población estudiada.

8. Conclusiones

De la investigación Factores Asociados a los Intentos de Suicidio en Pacientes Atendidos en el Centro de Salud Catacocha, tipo B, se concluye lo siguiente:

Se identificó como factores asociados a los intentos de suicidio la edad de 11 a 20 años, el sexo masculino, el estado civil soltero, secundaria incompleta, la ocupación de estudiante; además la presencia de ideación suicida en nivel medio, satisfacción familiar baja y nivel grave de depresión. Finalmente se identificó como principales motivaciones para la conducta a la situación económica, problemas familiares y el abuso y/o acoso sexual.

Dentro de las características sociodemográficas de la población de estudio los intentos de suicidio fueron más frecuentes en la edad de 11 a 20 años en comparación a la edad de 21 a 46, en cuanto al sexo hay un mayor predominio del masculino, prevalece el estado civil soltero, el nivel de escolaridad secundaria incompleta y finalmente la ocupación de estudiante.

Se identificó una prevalencia de nivel medio de ideación suicida, de satisfacción familiar baja, cabe mencionar que no se obtuvo ningún porcentaje en el apartado de satisfacción familiar alta y por otro lado se evidenció nivel grave de depresión, seguido del nivel moderado.

Respecto a los resultados se encontró que la situación económica es la principal motivación para un intento de suicidio, seguidamente de los problemas familiares y finalmente el abuso o acoso sexual.

El estudio presenta, como toda investigación ventajas y desventajas. Como ventaja se hace referencia a la temática que a pesar de ser un problema de salud a nivel mundial, no ha sido muy estudiada en nuestro sector, por lo que este estudio contribuye a una mejor compresión. En cuanto a las limitaciones, se resalta el tamaño de muestra que en comparación con otras investigaciones es pequeña y estuvo constituida mayoritariamente por población adolescente, sin embargo, los resultados son representativos al ser el primer estudio realizado en esta localidad. Otro aspecto limitante es el hecho de que la conducta suicida es multifactorial y algunos factores no fueron analizados en esta investigación por lo tanto los hallazgos deben ser analizados con cautela, y nuevos estudios deben ser realizados con la finalidad de realizar un análisis más seguro y abordando más factores relacionados con la conducta.

9. Recomendaciones

En base a la investigación realizada y a los resultados obtenidos, se cree pertinente hacer las siguientes recomendaciones:

- De acuerdo a los resultados obtenidos la etapa de la adolescencia ha resultado más afectada por los intentos de suicidio, se sugiere trabajar en talleres psicoeducativos preventivos enfocados en fortalecer las redes de apoyo y recursos personales que permitan un adecuado ajuste y adaptación, extendiendo a la población adulta joven que también presenta conducta suicida, además de asegurar el seguimiento y tratamiento psicológico de los pacientes con conducta suicida.
- Se identificó niveles de ideación suicida, satisfacción familiar y depresión como factores presentes en la conducta suicida por lo que se recomienda realizar pruebas de tamizaje que permitan una detección temprana de niveles de ideación suicida, satisfacción familiar y depresión con la finalidad de que sean abordadas adecuadamente con el fin de prevenir y disminuir la conducta suicida.
- En base a los resultados obtenidos, se encontró como motivación para la conducta a la situación económica, se recomienda potenciar habilidades, destrezas y aptitudes que permitan a las personas desenvolverse en el ámbito laboral.
- Otra de las motivaciones fue el acoso o abuso sexual, para ello se sugiere promover talleres preventivos enfocados en la educación sexual, abordando los derechos, mecanismos, protocolos y rutas de protección ante situaciones de abuso o acoso sexual.
- Respecto a la satisfacción familiar, en toda la población de estudio se evidenció algún tipo de afectación, además de que una de las motivaciones para realizar un intento de suicidio fueron los problemas familiares, por lo tanto, se sugiere fomentar habilidades de comunicación, educación y sensibilización a padres de familia, al considerarse a la familia como la sociedad primaria a la que se expone el individuo y en la que se desarrolla.
- Así misma sensibilización, a maestros y comunidad en general acerca de los que es el suicidio con el fin de reducir estigmas y tabúes, esclarecer lo que es la conducta, que factores influyen en ella y como se puede prevenir.

10. Bibliografía

Aldavero Muñoz, I. (2018). Neurobiología del suicidio. *Investigación y ciencia*, *10*(319), 17-47.

Alvarez Cabrera, P., de la Cerda-Nangarí, M., Tordoya-Espinosa, S., y Arriagada-Huanca, N. (2018). Depresión e ideación suicidad en funcionarios de gendarmería pertenecientes a guardia armada del complejo penitenciario de acha y cip crc tt - Depression and suicidal ideation in gendarmerie officers belonging to armed guards of the prison complex of ach. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, *16*(1), 171-192. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttextypid=S2077-21612018000100007ylang=pt%0Ahttp://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v16n1/v16n1_a07.pdf

Amaral, A. P., Sampaio, J. U., Tenente, M., Pocinho, S., y Mesquita, R. F. De. (2020). *Depresión e ideación suicida en la adolescencia : implementación y evaluación de un programa de intervención. 17*, 1-12. http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0ysid=742108f9-96fc-4cae-9893-5fc263e7afbe%40sdc-v-sessmgr03ybdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=144676876ydb=lth

Arbesú Prieto, J. (2006). Evaluación del riesgo de suicidio. *Medicina de Familia-SEMERGEN*, *32*(Supl.2), 16-17. https://www.mendeley.com/catalogue/d6a8378d-a8a6-3b35-868c-324d21f95cab/?utm_source=desktopyutm_medium=1.19.8yutm_campaign=open_catalogyuserDocumentId=%7Bbbd02e69-4b17-4ee8-bc34-cec917964dd3%7D

Ardila Osorio, S., y González Durango, M. (2020). Comportamiento suicida: subjetividades en la dinámica interna familiar. *Revista Latinoamericana de Esudios de Familia*, *12*(1), 82-101. https://doi.org/10.17151/rlef.2020.12.1.6.Sebasti

Barcia Poveda, C. (2020, junio 28). *APGAR ¿Familiar?* . https://picklemed.com/2020/06/28/apgar-familiar/

Bazán López, J. L., Olórtegui Malaver, V. M., Vargas Murga, H. B., y Huayanay Falconí, L. (2016). Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, *79*(1), 3. https://doi.org/10.20453/rnp.v79i1.2763

Beaven Ciaparan, N. I., Campa Áñvarez, R. de los Á., Valenzuela, B. A., y Guillén Lúgigo, M. (2018). Inclusión educativa: factores psicosociales asociados a conducta suicida en adfolescentes. *Revista Prisma Social*, *23*, 185-207. https://revistaprismasocial.es/article/view/2770

Blanco, C. (2020). El suicidio en España. *Revista de Ciencias Sociales*, *33*(46), 79-106. https://doi.org/10.26489/rvs.v33i46.5

Bravo Andrade, H. R., Orozco Solis, M. G., Ruvalcaba Romero, N. A., Colunga Rodríguez, C., y González, M. Á. (2018). Factores sociales de riesgo y protección del suicidio adolescente. *Avances en Psicología*, *26*(2), 175-188. https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1189

Bravo Andrade, H. R., Ruvalcaba Romero, N. A., Orozco Solís, M. G., y Macías Espinoza, F. (2020). Factores individuales que protegen o favorecen el riesgo de suicidio adolescente: estudio cualitativo con grupos focales. *Duazary*, *17*(1), 36-48. https://doi.org/10.21676/2389783x.3220

Burgos, G. V., Narváez, N. N., Bustamante, P. S. de las M., Burrone, M. S., Fernández, R., y Abeldaño, R. A. (2017). Funcionamiento familiar e intentos de suicidio en un hospital público de Argentina. *Acta de investigación psicológica*, *7*(3), 2802-2810.

https://doi.org/10.1016/J.AIPPRR.2017.11.009

Capponi, R. (2000). *Psicopatología Y Semiología Psiquiátrica* (E. U. S. de Chile (ed.)).

Cárdenas Cornejo, A. (2020). *Durkheim, el suicidio y Alan García* . https://revistaideele.com/ideele/content/durkheim-el-suicidio-y-alan-garcía

Casabón, A. (2020, marzo). *El suicidio anómico* . https://epicrisis.org/2022/03/07/el-suicidio-anomico/

Castañeda Porras, O., y Segura, O. (2020). Violencia autoinfl igida: intento de suicidio, suicidio y creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida, Casanare-Colombia, 2013-2017. *RevSalJal*. https://ssj.jalisco.gob.mx/sites/ssj.jalisco.gob.mx/files/revista_saludjalisco_no_22.pdf

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2019, septiembre 10). *10 de septiembre: Día Mundial de la Prevención del Suicidio*. https://www.gob.mx/salud%7Cseguropopular/articulos/10-de-septiembre-dia-mundial-de-la-prevencion-del-suicidio?idiom=es

Creative Commons. (2017, marzo 13). *Aplicación y Uso del APGAR Familiar | Familia*. https://www.medicosfamiliares.com/familia/aplicacion-y-uso-del-apgar-familiar.html

de Migliorisi, L. Z., de Almirón, L. P., y Migliorisi, B. (2017). Intentos de suicidio en niños y adolescentes. ¿Máscara de Maltrato Infantil? *Reviews of Infectious Diseases*, *39*(3), 167-172. https://doi.org/10.1093/clinids/8.Supplement_3.S358

Del Campo, A. M., González, C., y Bustamante, J. (2013). El suicidio en adolescentes. *Revista Médica del Hospital General de México*, *76*(4), 200-209. https://www.elsevier.es/es-revista-

revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-el-suicidio-adolescentes-X0185106313687322

Díaz Cárdenas, S., Tirado Amador, L., y Simancas Pallares, M. (2017). Validez de constructo y confiabilidad de la APGAR familiar en pacientes odontológicos adultos de Cartagena, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, *49*(4), 541-548. https://doi.org/10.18273/REVSAL.V49N4-2017003

Durkheim, E. (1989). *El suicidio* (Vol. 37). Ediciones Akal. https://books.google.com.ec/books?hl=esylr=yid=shxocciBuVECyoi=fndypg=PR2yots=KHQCVlAXb4ysig=iEc6RnBj_RFBjgmWSZExTD2zuUUyredir_esc=y#v=onepageyqyf=false

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, *33*(2), 117-126. https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006

Émile, D. (2018). *Suicide: A study in Sociology* (Ediciones Akal (ed.); 2.ª ed.). http://www.marcialpons.es/libros/el-suicidio/9788446035022/

Eugenio Torres, S. R., y Zelada Alcántara, M. B. (2011). *Relación entre estilos de afrontamiento e ideación suicida en pacientes viviendo con VIH del GAM "Somos Vida" del hospital nacional Sergio E. Bernales de la ciudad de Lima* [Universidad Señor de Sipán]. http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/1600

Fonseca Pedrero, E., y Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala paykel de suicidio. *Psychologist Papers*, *41*(2), 106-115. https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928

García Falconi, R. (2003, junio 2). *El suicidio adolescente: Un análisis de variables predictoras.*

https://psiquiatria.com/article.php?ar=depresionywurl=el-suicidio-adolescente-un-analisis-de-variables-predictoras

García Haro, J., García Pascual, H., González González, M., Barrio Martínez, S., y García Pascual, R. (2019). ¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales. *Apuntes de Psicología*, *37*(2), 91-100.

García Martín, Á. F., Santiago Sáez, A., Labajo González, E., Albarrán Juan, M. E., Olivares Pardo, E., y Perea Pérez, B. (2020). Evaluacion de factores de riesgo del intento suicida en poblacion clinica hospitalaria en la comunidad de Madrid. *Revista española de salud pública*, *94*, e1-8.

Guajardo Soto, G. (2017). *Suicidios Contemporáneos : Transformaciones Socioculturales* . Ediciones FLACSO-Chile. https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/56696.pdf

Guibert Reyes, W., y Alonso Roldán, A. P. (2001). Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *17*(2), 155-163. http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n2/mgi08201.pdf

Jiménez, A., y González Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, *26*(6), 35-46.

Kreitman, N., Philip, A. E., Greer, S., y Bagley, C. R. (1969). Parasuicide. En L. Editorial: John Wiley y Sons, (Ed.), *British Journal of Psychiatry* (1.ª ed., Vol. 115, Número 523). Cambridge University Press. https://doi.org/DOI: 10.1192/bjp.115.523.746-a

La Hora. (2020, octubre 21). *Los suicidios en el cantón Loja alarman a las autoridades de salud*.

Edición en Línea. https://www.lahora.com.ec/loja/loja-loja-registra-15-suicidios-hasta-lo-que-va-del-2021/#:~:text=Jorge Herrera%2C jefe Subrogante de,en la provincia de Loja.

Loboa R, N. J., y Morales O, D. F. (2016). Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados, Villahermosa - Tolima, 2013. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *34*(1). https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n1a12

Maldonado Avendaño, N., Castro Osorio, R., y Cardona Gómez, P. (2021). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) en población universitaria colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. https://doi.org/10.1016/J.RCP.2021.08.007

Marchiori, H. (1998). *El suicidio. Enfoque criminológico.* Editorial Porrúa. https://www.dheducacion.com/wp-content/uploads/2019/02/El-Suicidio-Hilda-Marchiori.pdf.EMdD-1-1.pdf

Martínez, C. (2017). *Suicidología comunitaria para América Latina* (1.ª ed.). ALFEPSI. http://www.alfepsi.org/libro-suicidologia-comunitaria-para-america-latina-2/

Medina Cano, A. R., Herazo Chamorro, M. I., Barrios Meza, A. M., Rodelo Serrano, Y. V., y Salinas Gallardo, L. F. (2017). Factores psicosociales asociados a la conducta suicida en adolescentes. *Avances en Psicología*, *25*(1), 49-57. https://doi.org/10.33539/avpsicol.2017.v25n1.133

MER. (2015, enero 15). *APGAR Familiar. Evaluación de la funcionalidad familiar.* |. https://miespacioresiliente.wordpress.com/2015/01/15/apgar-familiar-evaluacion-de-la-funcionalidad-familiar/

Molina Linares, I. I., Mora Marcial, G. R., Carvajal Herrera, A., Marrero Salazar, M., y García

Triana, G. (2020). Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en el adulto mayor. *Medicentro (Villa Clara)*, *24*(1), 54-67. http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v24n1/1029-3043-mdc-24-01-54.pdf

Moutier, C. (2021, julio). *Conducta suicida*. https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida

Neira, Hernan. (2018). Suicidio y misiones suicidas: revisitando a Durkheim. *Cinta de moebio*, *62*(62), 140-154. https://doi.org/10.4067/S0717-554X2018000200140

Neira, Hernán. (2017). Suicidio soberano y suicidio patológico. *Ideas y Valores*, *66*(164), 151-179. https://doi.org/10.15446/IDEASYVALORES.V66N164.45177

O'Connor, R. ., y Nock, M. K. (2014). *"The psychology of suicidal behaviour"* (T. L. Psychiatry. (ed.)). https://www.marcialpons.es/libros/el-suicidio/9788446035022/

OMS. (2021, septiembre 2). *Suicidio*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

P. Linares, B. E., y Bikic, F. A. (1995). Suicidio por salto al vacio. *Medicina Legal de Costa Rica*, *11-12*(2-1). https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttextypid=S1409-00151995000200007

Parra Carmona, A. J. (2012). El suicidio: un enfoque psicosocial. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, *2*(3), 316-339. https://doi.org/10.21501/22161201.893

Pérez Abreu, S., Cuéllar Álvarez, J., y Ferrer Lozano, D. (2018). Caracterización del intento suicida en adolescentes desde un centro comunitario de salud mental. *Archivo Médico de Camagüey*, *22*(4), 465-473. http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v22n4/1025-0255-amc-22-04-

00500.pdf

Perez Barrero, S. A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevencion. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *15*(2), 196-217. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0864-21251999000200013ylng=esytlng=es

Pérez Barrero, Sergio A. (2009). *Glosario de términos suicidológicos* (El Cid Editor | apuntes (ed.)). https://books.google.com.ec/books?id=Yz2PnQAACAAJ

Pérez Barrero, Sergio Andrés. (1999). EL suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *15*(2), 196-217. http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n2/mgi13299.pdf

Pérez Barrero, Sergio Andrés. (2006). *¿Cómo prevenir el suicidio en adolescentes?* (P. Editores (ed.)).

Ramirez Lujan, M., Castillo Suarez, A., Cardona Salazar, K., y Mosquera, M. C. (2017). Concepción del suicidio en jóvenes desde la pscología social comunitaria. *Psicología, psicoanálisis y conexiones*, *9*(14), 1-12. https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328516/20785331

Rodríguez Amaro, E., y Farfán Rodríguez, D. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria*, *4*(2), 71-78. file:///C:/Users/hp/Documents/743-Texto del artículo-983-1-10-20180524.pdf

Rodríguez Pullido, F., y González de Rivera. F. (2015). *Ficha técnica del instrumento*.

https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=106

Sabater, V. (2019, octubre 31). *La corteza insular y su relación con los acontecimientos dolorosos - La Mente es Maravillosa*. https://lamenteesmaravillosa.com/corteza-insular-relacion-acontecimientos-dolorosos/

Salcedo Mejia, F., Alvis Zakzuk, N. R., Jerez Arias, M., Paz Wilchees, J., y Carrasquilla Sotomayor, M. (2019). Determinantes sociales de intento suicida jovenes colombianos 2019. *Panorama Económico*, *27*(3), 689-700. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7515316

Salvadó, T. (2018). Un suicidio premeditado. El caso de las vanguardias soviéticas. *Revista Chilena*, *29*. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3939695

Santos Diez, M. T., y Idoia Camacho, M. (2020). La representación del suicidio en la prensa Española. *Revista de Ciencias Sociales*, *2*(168). https://www.redalyc.org/journal/153/15364525013/html/

Sepúlveda, J. M., Roa S, J., y Muñoz R, M. (2011). Estudio cuantitativo del consumo de drogas y factores sociodemográficos asociados en estudiantes de una universidad tradicional chilena. *Revista Medica de Chile*, *139*(7), 856-863. https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000700005

Servicio Integrado de Seguridad ECU 911. (2021, julio 6). *En 2021, las cámaras del ECU 911 han colaborado para evitar 357 suicidios – Servicio Integrado de Seguridad ECU 911*. https://www.ecu911.gob.ec/en-2021-las-camaras-del-ecu-911-han-colaborado-para-evitar-357-suicidios/

Suarez Cuba, M. A., y Alcalá Espinoza, M. (2014). Apgar Familiar: Una Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar. *Revista Médica La Paz*, *20*(1), 53-57. http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf

Tabares, A., Núñez, C., Osorio, M. P., y Aguirre, A. (2020). Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, *1*(54), 147-163. https://doi.org/10.21865/ridep54.1.12

Tandazo Condolo, S. M. (2017). *Ideación suicida en los estudiantes de bachillerato sección matutina de la Unidad Educativa del Milenio Bernardo Vladiviezo.* [Universidad Nacional de Loja]. https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19434/1/TESIS SAMANTHA MISHELL TANDAZO CONDOLO.pdf

Tejador Pardo, D. (2017). *Suicidio Altruista* . https://psicowisdom.wordpress.com/tag/suicidio-altruista/

Torres Torija, C., Espinosa Sierra, V., Sandoval Olivo, A., y Eguiluz Romo, L. de L. (2017). Bienestar Psicológico, Conductas Asociadas Al Suicidio Y El Desempeño Académico En Estudiantes Universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *20*(3), 1124-1150.

Useche Lima, V. (2019). *Comportamiento suicida, su prevalencia y factores familiares asociados en estudiantes de 15 a 17 años en dos colegios de Leticia, Amazonas* [Universidad Del Rosario]. http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/19875

Vasco, L. (2018, febrero 16). *Suicidio Fatalista* . https://leyderecho.org/suicidio-fatalista/

Vázquez-Machado, A., y Mukamutara, J. (2019). Epidemiología del intento suicida en el

Hospital Central de Nampula, Mozambique. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, *82*(2), 117-124. https://doi.org/10.20453/RNP.V82I2.3538

Vega, A. (2021, enero 13). *Relación entre ideación suicida e interrelación parental en adolescentes*. https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/relacion-entre-ideacion-suicida-e-interrelacion-parental-en-adolescentes/

Velásquez Suarez, J. M. (2013). Suicidio en el anciano. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, *43*(1), 80-84. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.010

Viera, I. (2020). Ideación suicida en adolescentes, elementos funcionales de la familia relacionado a factores de riesgos. *Revista Ocronos*, *3*, 1006-1014. https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000800005

WHO. (2014). *Preventing Suicide: A global imperative* (WHO). https://medicoplus.com/psiquiatria/tipos-de-suicidio

Wray, M., Colen, C., y Pescosolido, B. A. (2011). *The Sociology of Suicide* (A. R. of Sociology (ed.)). https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

11. Anexos

Anexo 1. Aprobación del Proyecto de Titulación

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Loja, 29 de noviembre de 2021

Dra.
Ana Puertas Azanza. Mg. Sc.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo, deseándole éxitos en su importante cargo, en cumplimiento del oficio circular: N°239-C.PS.CL-FSH-unl, enviado el 15 de noviembre del presente año, con asunto de analizar y emitir el Informe de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado **"FACTORES ASOCIADOS A LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CATACOCHA, TIPO B.**.", de autoría de la estudiante: Estefany Daniela Bustos Salcedo c.i. 1105524013, estudiante del X ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, concluyo con lo siguiente:

- Luego de enviar las sugerencias el día 18 de noviembre, la estudiante ha presentado las correcciones (26 de noviembre), y **al revisar y analizar el actual proyecto, este cuenta con estructura y coherencia en su totalidad.**

Información que pongo a su disposición, para los fines pertinentes.
Atentamente,

GABRIELA FERNANDA ROJAS MUNOZ

Firmado digitalmente por GABRIELA FERNANDA ROJAS MUNOZ
Fecha: 2021.11.29 10:43:58 -05'00'

Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas. Mg.Sc.
1104892029
Gabriela.rojas@unl.edu.ec
PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL 1 DE LA UNL
c.c.: Archivo

Anexo 2. Solicitud para la Ejecución de la Investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Loja, 17 de enero del 2022

Lcda.
Madeleine Cruz Cudriz
DIRECTOR DISTRITAL 11DO3 PALTAS-CATAMAYO-CHAGUARPAMBA-OLMEDO-SALUD
Ciudad. -

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo de mi persona **Estefany Daniela Bustos Salcedo,** con número de cedula **1150524013, estudiante del Décimo Ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.** Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle muy comedidamente su autorización para poder realizar mi tesis de grado con el Tema **"Factores Asociados a los Intentos de Suicidio en Pacientes Atendidos en el Centro de Salud Catacocha, Tipo B"** que a través de su autorización poder proceder a la aplicación de una encuesta semiestructurada (datos sociodemográficos) y tres instrumentos psicológicos (APGAR familiar, Test de Ideación Suicida e Inventario de Depresión de Beck) que me permitirán recolectar información reverente al tema. Es importante mencionar que la participación es voluntaria previa a la firma de un consentimiento informado y socialización del tema y finalidad de la investigación, además, la participación en esta investigación no implica ningún riesgo y se realizará dentro de todas las consideraciones éticas para proteger la integridad y confidencialidad de cada uno de los datos de los participantes.

Por la atención brindada a la presente carta, expreso mis sentimientos de estima deseándole éxitos en sus labores encomendadas, en seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento.
Cualquier inquietud estoy presta a contestarle.

Atentamente,

.....
ESTEFANY DANIELA BUSTOS SALCEDO
C.I. 1150524013
CEL. 0980207723

Anexo 3. Autorización para la Ejecución de la Investigación

República del Ecuador

Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 7 Salud
Dirección Distrital 11d03-Paltas-Catamayo-Chaguarpamba-Olmedo-Salud

Oficio Nro. MSP-11D03-2022-0008-O

Catamayo, 21 de enero de 2022

Asunto: RESPUESTA A SOLICITUD DE CRITERIO JURÍDICO DE PERTINENCIA ANTE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TESIS DE GRADO.

Señorita
Estefany Daniela Bustos Salcedo
En su Despacho

De mi consideración:

Por medio del presente me permito hacer conocer que se AUTORIZA la realización de tesis de grado pero aclarando que se debe tomar en considerar las directrices dadas por el Asesor Juridico de Coordinaciòn Zonal 7.

"I. ANTECEDENTES:

1.1. *Con oficio S/N del 18 de enero del año en curso, la estudiante E. D. B. S., ha solicitado al Distrito la autorización para "(**…**) proceder a la aplicación de una encuesta semi estructurada (datos socio demográficos) y tres instrumentos psicológicos (APGAR familiar, Test de Ideación Suicida e Inventario de Depresión de Beck) (**…**)" que le permitirán recolectar información referente al tema de tesis:* ***"Factores Asociados a los Intentos de Suicidio en Pacientes Atendidos en el Centro de Salud Catacocha, Tipo B"****.*

1.2. *Mediante Memorando Nro. MSP-11D03-2022-0341-M del 18 de enero de 2022, la Mgs. Rossana del Carmen Sempertegui Ramírez, DIRECTORA DISTRITAL 11D03-PALTAS-CATAMAYO-CHAGUARPAMBA-OLMEDO-SALUD, SUBROGANTE, solicita a esta Dirección Zonal de Asesoría Jurídica se determine "si es pertinente aprobación para desarrollo de tesis".*

II. BASE LEGAL:

2.1. Constitución de la República:

Art. 66 numeral 19: *"Se reconoce y garantizará a las personas:*

*(**…**).* ***19.*** *El derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la Ley (**…**)".*

Art. 233.- *"Ninguna servidora ni servidor público estará exento de responsabilidades por*

Oficio Nro. MSP-11D03-2022-0008-O

Catamayo, 21 de enero de 2022

*los actos realizados en el ejercicio de sus funciones, o por sus omisiones, y serán responsables administrativa, civil y penalmente por el manejo y administración de fondos, bienes o recursos públicos. (**…**)".*

2.2. Ley Orgánica de Salud:

***"Art. 7.-** Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:*

***f)** Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;" (Énfasis añadido).*

2.3. Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública:

*"Art. 6.- Se considera información confidencial aquella información pública personal, que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus **derechos personalísimos y fundamentales**, especialmente aquellos señalados en los artículos 23 (66) y 24 (76) de la Constitución Política de la República. El **uso ilegal** que se haga de la información personal o su **divulgación, dará lugar a las acciones legales** pertinentes (**…**)." (Énfasis añadido).*

2.4. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales:

*"**Art. 1.- Objeto y finalidad.-** El objeto y finalidad de la presente ley es garantizar el ejercicio del derecho a la protección de datos personales, que incluye el acceso y decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. Para dicho efecto regula, prevé y desarrolla principios, derechos, obligaciones y mecanismos de tutela." (Énfasis añadido).*

*"**Art. 4.- Términos y definiciones.-** Para los efectos de la aplicación de la presente Ley se establecen las siguientes definiciones:*

***Autoridad de Protección de Datos Personales:** Autoridad pública independiente encargada de supervisar la aplicación de la presente ley, reglamento y resoluciones que ella dicte, con el fin de **proteger los derechos y libertades fundamentales** de las personas naturales, en cuanto al tratamiento de sus **datos personales**.*

***Datos sensibles:** Datos relativos a: etnia, identidad de género, identidad cultural, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición migratoria, orientación sexual, **salud**, datos biométricos, datos genéticos y aquellos cuyo tratamiento indebido pueda dar origen a discriminación, atenten o puedan atentar contra los derechos y libertades fundamentales." (Énfasis añadido).*

Oficio Nro. MSP-11D03-2022-0008-O

Catamayo, 21 de enero de 2022

*"**Art. 8.- Consentimiento.-** Se podrán tratar y comunicar datos personales cuando se cuente con la manifestación de la voluntad del titular para hacerlo. El consentimiento **será válido**, cuando la manifestación de la voluntad sea:*

1) Libre, es decir, cuando se encuentre exenta de vicios del consentimiento;
2) Específica, en cuanto a la determinación concreta de los medios y fines del tratamiento;
3) Informada, de modo que cumpla con el principio de transparencia y efectivice el derecho a la transparencia,
4) Inequívoca, de manera que no presente dudas sobre el alcance de la autorización otorgada por el titular." (Énfasis añadido).

2.4. Acuerdo Ministerial Nro. 00015-2021: REGLAMENTO PARA LA APROBACIÓN, DESARROLLO, VIGILANCIA Y CONTROL DE INVESTIGACIONES OBSERVACIONALES Y ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN EN SERES HUMANOS":

*"**Artículo 5.-** Los investigadores y el personal involucrado en la investigación, deberán **adoptar las medidas necesarias que salvaguarden la protección de la confidencialidad de los datos** personales de los sujetos de investigación, información a la que se autorizará su acceso a través del consentimiento informado otorgado por su titular o por su representante legal." (Énfasis añadido).*

*"**Artículo 20.-** No se podrán recolectar muestras biológicas humanas de los sujetos de investigación, sin contar con la **firma del consentimiento/asentimiento informado** de los mismos o a través de su representante legal.*

Además, deberá contemplarse en el protocolo de investigación, los mecanismos de seguridad para guardar la confidencialidad de los datos personales, la restricción de que el investigador comparta las muestras fuera del grupo de investigación, el compromiso de garantizar las condiciones de almacenamiento de las muestras bajo normas de bioseguridad y la destrucción de las muestras biológicas humanas y datos personales obtenidos de la misma, una vez concluida la investigación." (Énfasis añadido).

*"**Artículo 29.-** Para el desarrollo de investigaciones observacionales o de estudios de intervención en seres humanos, con la utilización de datos personales y/o muestras biológicas humanas identificables de sujetos de investigación mayores de 18 años de edad, se requiere de la **autorización de dicho sujeto o de su representante legal** en los casos en los que el sujeto de investigación no pueda emitir su consentimiento, a través de un documento de consentimiento informado específico." (Énfasis añadido).*

2.5. REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (Acuerdo Ministerial 5216, publicado en el

Registro Oficial Suplemento 427 del 29 enero de 2015):

*"**Art. 7.-** Por documentos que contienen información de salud se entienden: historias Ministerio de Salud Pública clínicas, resultados de exámenes de laboratorio, imagenología y otros procedimientos, tarjetas de registro de atenciones médicas con indicación de diagnóstico y tratamientos, siendo los datos consignados en ellos confidenciales.*

El uso de los documentos que contienen información de salud no se podrá autorizar para fines diferentes a los concernientes a la atención de los/las usuarios/as, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia. Toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardar la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados.

***La autorización** para el uso de estos documentos antes señalados, es **potestad privativa del/a usuario/a o representante legal**. (**…**)" (Énfasis añadido).*

*"**Art. 18.-** Los datos y la información consignados en la **historia clínica** y los resultados de pruebas de laboratorio e imagenología registrados sobre cualquier medio de soporte ya sea físico, electrónico, magnético o digital, son de uso restringido y se manejarán bajo la responsabilidad del personal operativo y administrativo del establecimiento de salud, en condiciones de seguridad y confidencialidad que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos." (Énfasis añadido).*

2.6. Código Orgánico Integral Penal:

*"**Art. 178.-** La persona que, sin contar con el consentimiento o la autorización legal, acceda, intercepte, examine, retenga, grabe, reproduzca, difunda o publique datos personales, mensajes de datos, voz, audio y vídeo, objetos postales, información contenida en soportes informáticos, comunicaciones privadas o reservadas de otra persona por cualquier medio, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. (**…**)".*

3. PRONUNCIAMIENTO:

Con los antecedentes vertidos que motiva la presente, luego del análisis de la normativa legal y de la petición de la estudiante remitida en consulta, esta Dirección Zonal de Asesoría Jurídica, en uso de sus atribuciones y responsabilidades emite las siguientes directrices:

***a.** La Constitución de la República y el ordenamiento legal vigente, referente a los derechos de la salud, garantizan la protección de datos de carácter personal por no estar*

Oficio Nro. MSP-11D03-2022-0008-O

Catamayo, 21 de enero de 2022

sujetos al principio de publicidad y porque trastoca derechos fundamentales personalísimos, cuya acción u omisión que permitan el acceso, reproducción, difusión o publicación de estos datos personales contenidos en cualquier soporte constituye un delito reprimido por el COIP.

b. *En este sentido, para que la estudiante desarrolle su tesis de investigación se requiere que, como requisito sine qua non, presente en físico el o los consentimientos o asentimientos informados de las personas que pretende aplicar su encuesta o de sus representes legales, según sea el caso; consentimiento que debe cumplir con los requisitos previstos en el Art. 8 de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales citada en líneas anteriores;*

c. *Adicionalmente, debe presentar un protocolo por el cual se va a regir la investigación; y,*

d. *Debe adoptar las medidas o mecanismos de seguridad necesarios que garanticen o salvaguarden la protección de la confidencialidad de los datos personales de los sujetos de investigación.*

f. *Finalmente, es menester precisar que el presente pronunciamiento no constituye ni versa sobre la legalidad o no de las acciones llevadas a cabo o por efectuarse en razón del objeto de lo solicitado; así como, no confiere derecho subjetivo alguno al o los administrados; y, tampoco constituye autorización de pago o de emisión de acto administrativo alguno; se limita exclusivamente al análisis de la normativa legal vigente, constituyéndose y siendo, por lo tanto, un acto de simple administración conforme lo dispuesto por los artículos 120, 121, 122, 123 y 124 del Código Orgánico Administrativo.*

Directrices que elevo a vuestro conocimiento para los fines consiguientes."

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Mgs. Rossana del Carmen Sempertegui Ramírez
DIRECTORA DISTRITAL
11D03-PALTAS-CATAMAYO-CHAGUARPAMBA-OLMEDO-SALUD,
SUBROGANTE

Oficio Nro. MSP-11D03-2022-0008-O

Catamayo, 21 de enero de 2022

Referencias:
- MSP-CZ7JURIDICO-2022-0060-M

Anexos:
- petición_srta._estefany_bustos.pdf

Anexo 4. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento tiene el propósito de informarle e invitarle a participar en el proyecto de investigación titulado: Factores Asociados a los Intentos de Suicidio en Pacientes Atendidos en el Centro de Salud Catacocha, Tipo B que tiene como objetivo Identificar los factores y las principales motivaciones asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en el Centro de Salud Catacocha. El presente estudio se realizará mediante la aplicación, análisis, e interpretación de una encuesta y tres instrumentos psicológicos. La información obtenida a partir de sus respuestas en los diferentes cuestionarios tendrá un carácter confidencial, de tal manera que sus datos personales no se harán públicos por ningún medio. Igualmente, usted podrá tener conocimiento de la interpretación de sus resultados y puntuaciones obtenidas en cada uno de los cuestionarios. En consideración a lo anterior, agradezco su participación voluntaria en mi investigación. (Si desea participar por favor, marque sus datos personales en la parte inferior de la hoja y firme en el espacio designado).

(Yo) ……, con cédula de ciudadanía número ……, expreso libre y voluntaria mi deseo de participar en la investigación y aplicación de test por el evaluador.

(Yo)……, padre/madre, del menor……, autorizo la participación de mi hijo en la investigación y aplicación de test por el evaluador.

En constancia firma…… Responsable: Estefany Daniela Bustos Salcedo

Anexo 5. Instrumento de Recolección de Información (Encuesta)

Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Psicología Clínica

La presente encuesta tiene como objetivo obtener información para la investigación Factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en el Centro de Salud Urbano de Catacocha Tipo B, de enero a diciembre del 2020, la información obtenida es confidencial y no será utilizada para otros fines que no sean los expuestos en el consentimiento informado.

Instrucciones: marcar con una X la opción que usted considere adecuada para cada pregunta. Por favor responder el cuestionario de manera honesta.

Fecha………
Nombres: ……
Edad: ……. **Sexo:** H ( ) M ( ) **Procedencia:** Urbana ( ) Rural ( )
Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viudo ( )

Escolaridad:

Sin instrucción ( ) Secundaria Completa ( ) Superior Completa ( )

Primaria Completa ( ) Secundaria Incompleta ( ) Superior incompleta ( )

Primaria Incompleta ( )

Ocupación:

Comercio ( ) Construcción ( ) Otros:…….

Agricultura ( ) Servicio Doméstico ( )

Transporte ( ) Minería ( )

Seleccione 1 o más de las siguientes situaciones, qué usted cree que le motivó a hacerse daño con intención de atentar contra su vida:

Problemas de pareja ( ) Consumo de alcohol ( )

Consumo de otras sustancias/drogas ( ) Situación económica ( )

Problemas familiares ( ) Bullying o acoso escolar ( )

Abuso/acoso sexual ( ) Dificultades/bajo rendimiento académico ( )

Familiar/amigo que atentó contra su vida ( ) Muerte de padre/madre ( )

Ausencia de padre ( ) Ausencia de madre ( )

Otros: _____

Anexo 6. Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)

1. *Deseo de vivir* 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno
2. *Deseo de morir* 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
3. *Razones para vivir/morir* 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. *Deseo de intentar activamente el suicidio* 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
5. *Deseos pasivos de suicidio* 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. *Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)* 0. Breve, períodos pasajeros 1. Por amplios períodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. *Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)* 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo
8. *Actitud hacia la ideación/deseo* 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación
9. *Control sobre la actividad suicida/deseos de* acting out 0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control
10. *Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)* 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. *Razones para el intento contemplado* 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. *Método (especificidad/planificación del intento contemplado)* 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados
13. *Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)* 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 3. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14. *Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento* 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente 1. Inseguridad sobre su valor 2. Seguros de su valor, capacidad
15. *Expectativas/espera del intento actual* 0. No 1. Incierto 2. Sí
16. *Preparación actual para el intento contemplado* 0. Ninguna 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.) 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
17. *Nota suicida* 0. Ninguna 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada 2. Nota terminada
18. *Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)* 0. Ninguno 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
19. *Engaño/encubrimiento del intento contemplado* 0. Reveló las ideas abiertamente 1. Frenó lo que estaba expresando 2. Intentó engañar, ocultar, mentir

Anexo 7. Apgar Familiar

Cuestionario APGAR Familiar

Evaluación del Funcionamiento de la Familia

N°. De expediente_____ N°. De miembros de la familia____

Tipo de familia:

Estructurada_____ Demografía_____
Desarrollo _____ Tipología_____
Integración /funcionalidad_____ Etapa del ciclo vital_____

De los siguientes aspectos señale con una cruz la categoría de respuesta que más se apegue a su situación familiar. Para cada pregunta se debe marcar solo una X.

ASPECTO	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
2. Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
4. Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
5. Me satisface como compartimos en mi familia: a. El tiempo para estar juntos b. Los espacios en la casa c. El dinero					

Anexo 8. Inventario de Depresión de Beck

BDI-II[1]

Nombre:…….....EstadoCivil:……Edad:……...

Sexo:……Ocupación:……

Educación:……..... Fecha:……..

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente el enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambios en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza 0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Estoy triste todo el tiempo. 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo. **2. Pesimismo** 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro. 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2 No espero que las cosas funcionen para mí. 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar. **3. Fracaso** 0 No me siento como un fracasado. 1 He fracasado más de lo que hubiera debido. 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total. **4. Perdida de Placer** 0 Obtengo placer como siempre por las cosas que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar. **5. Sentimientos de Culpa** 0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.	**6. Sentimientos de Castigo** 0 No siento que estoy siendo castigado. 1 Siento que tal vez pueda ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado. **7. Disconformidad con Uno Mismo** 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusto a mí mismo. **8. Autocrítica** 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual. 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo. 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores. 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede. **9. Pensamientos o Deseos Suicidas** 0 No tengo ningún pensamiento de matarme 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría. 2 Querría matarme. 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo. **10. Llanto** 0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier pequeñez. 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

_____Subtotal

Continúa atrás

11. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso.
1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.
1 Tengo menos energía que la que solía tener.
2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a Duermo un poco más que lo habitual
1b Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.
2b Duermo mucho menos que lo habitual.

3a Duermo la mayor parte del día.
3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

0 No estoy más irritable que lo habitual.
1 Estoy más irritable que lo habitual.
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a Mi apetito es mucho menor que antes.
2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

3a No tengo apetito en lo absoluto.
3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedes concentrarme tan bien como siempre.
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

_____ Subtotal Página 2

_____ Subtotal Página 1

_____ Puntaje Total

Anexo 9. Certificado de Traducción

FINE-TUNED ENGLISH LANGUAGE INSTITUTE

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

C E R T I F I C A:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés, del Resumen de Tesis titulada: **"FACTORES ASOCIADOS A LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CATACOCHA, TIPO B"**, autoría de la Señorita Estefany Daniela Bustos Salcedo, con número de cédula 1150524013, egresada en la Carrera de Psicología Clínica, de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada, hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 22 de marzo de 2022.

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

"FINE - TUNED ENGLISH" CIA. LTDA. SECRETARIA LOJA - ECUADOR

Matriz - Loja: Macará 205-51 entre Rocafuerte y Miguel Riofrío - Teléfono: 072578899
Zamora: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero - Teléfono: 072608169
Yantzaza: Jorge Mosquera y Luis Bastidas - Edificio Sindicato de Choferes - Teléfono: 072301329

www.fte.edu.ec

Anexo 10. Certificación del Tribunal de Grado

Universidad Nacional de Loja **CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA** Facultad de la Salud Humana

1859

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 25 de mayo de 2022

En calidad del Tribunal calificador del Trabajo de Titulación de Grado titulado. **FACTORES ASOCIADOS A LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CATACOCHA, TIPO B,** de la autoría de la Srta. **Estefany Daniela Bustos Salcedo** portadora de la cédula de identidad Nro., **1150524013** previo a la obtención del título de **Psicóloga Clínica**, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del Tribunal o por la Director Trabajo de Titulación, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de Titulación de Grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y Sustentación Pública.

APROBADO

Dra. Karina Gabriela Rojas Carrión. Mgs
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Psic Cl. Karina Cecibel Flores Flores . Mgs
VOCAL PRINCIPAL

Psic. Cl Cindy Estefanía Cuenca Sánchez Mgs
VOCAL PRINCIPAL.

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

Anexo 11. Proyecto de Tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO

Factores Asociados a los Intentos de Suicidio en Pacientes Atendidos en el Centro de Salud Catacocha, Tipo B

Proyecto de Titulación

AUTORA: Estefany Daniela Bustos Salcedo

DOCENTE TUTOR: Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mgs.Sc.

LOJA-ECUADOR

2022

1. Titulo

Factores Asociados a los Intentos de Suicidio en Pacientes Atendidos en el Centro de Salud Catacocha.

2. Problemática

El suicidio fue introducido por primera vez en 1969 por la Organización Mundial de la Salud y lo define como: “Un acto con resultado letal, en el que el individuo se causa así mismo algún tipo de lesión a través de la cual pretende obtener los cambios deseados” es decir, es una conducta en la que se toma acción voluntaria y con premeditación de quitarse la vida (Aldavero Muñoz, 2018).

Según la OMS (2021) el suicidio sigue siendo un problema grave de salud, que se ha convertido en una de las principales causas de muerte, ya que según sus datos, cada año mueren más personas por suicidio que por otras enfermedades como el caso del VIH, paludismo o cáncer de mama e incluso por las guerras y homicidios. En 2019 se suicidaron más de 700 000 personas, lo que podría estimarse que por cada suicidio que se produce hay más de 20 intentos previos, siendo este intento el factor de riesgo más importante para el suicidio consumado. El suicidio puede tener lugar a cualquier edad, sin embargo la población joven es la más afectada ya que se ha convertido en la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. Así también existe un vínculo bien establecido entre el suicidio y los trastornos mentales, como la depresión, el consumo de alcohol y drogas, no obstante, muchos suicidios ocurren impulsivamente en momentos difíciles, como tener problemas financieros, el estar atravesando una ruptura de relaciones o dolor y algún tipo de enfermedad crónica.

“En 2017 el suicidio en España cobró más de 3 500 muertes, siendo la principal causa de muerte por causas externas, superando a las muertes ocurridas por accidentes de tráfico” (Agra Varela et al., 2019).

Araneda et al. (2021) mencionan que entre 2000 y 2017 se registraron 6 292 suicidios en adolescentes y jóvenes en Chile en donde las tasas promedio de mortalidad fueron de 8,5; 5,4 y 14.7 por 100 000 personas en los grupos 10-24, 10-19 y 20-24 años. Encontrando una mayor desigualdad geográfica en hombres de 20-24 años en el periodo 2000-2008.

En Ecuador entre 2001 y 2014 se registraron 4 855 suicidios en adolescentes y jóvenes en donde el riesgo más alto se estimó en los varones de 15 a 24 años y en los adolescentes residentes en la Amazonía, seguidos por los de la Sierra. La etnia con más casos fueron los mestizos, aunque 40% de los jóvenes que se suicidan en la Amazonía son indígenas. El método más frecuente fue el ahorcamiento seguido por el envenenamiento con pesticidas (Gerstner et al., 2018).

Según los datos estadísticos del ECU 911 en el periodo de enero a junio de 2021 han colaborado para evitar 357 suicidios a escala nacional. Estos intentos autolíticos registran un incremento de 15% con relación a 2020. La mayor parte se registraron en Guayaquil 72; En Quito, 53; Tungurahua, 43; Azuay, 34; Manabí, 32; y en otras provincias 123. Así también se han atendido alertas de personas que si consuman el acto o conducta suicida, en el mismo periodo, se ha articulado 194 emergencias referentes a suicidios, con incremento respecto al año 2020 del 37%. Entre las provincias que tienen más reportes de emergencias son Guayas con el 28% (55 reportes), Azuay con el 10% (19 eventos), El Oro con 7% (14 hechos) y Tungurahua representa el 6% (11) (Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, 2021).

La provincia de Loja ocupa el último lugar entre las provincias de la sierra y la costa afectada por las emergencias de intentos de suicidio, según las estadísticas del centro de emergencias, Loja presenta 12 reportes de marzo a octubre del año 2020, así mismo en una

entrevista por parte del Diario La Hora a la Psicóloga Clínica Patricia Córdova, menciona que no existen datos estadísticos específicos sobre esta conducta, en razón que “lastimosamente existe un subregistro en las áreas de Emergencia, por ejemplo, los pacientes se registran por intoxicación, asfixia, pero no bajo el registro de suicidio consumado”(La Hora, 2020).

El suicidio e intento de suicidio es una problemática que no sólo afecta a aquellos países con altos ingresos, sino que se ha convertido en un fenómeno global. A pesar de que esta conducta ha llegado a convertirse en un grave problema de salud pública; puede y es prevenible en base a intervenciones pertinentes, basadas en datos verídicos y que en su mayoría de los casos son de bajo costo. La elección de este tema de investigación, es debido a que los pacientes con intento de suicidio han ido en aumento, a pesar de las diferentes medidas de salud mental para su prevención por parte de la Organización Mundial de la Salud e incluso por parte del gobierno en los últimos años.

En razón de los datos expresados se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles los factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en el Centro de Salud Catacocha?

3. Justificación

El suicidio es una de las condiciones relacionadas con la salud mental y una de las causas de fallecimiento a nivel mundial. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud-OMS (2019), entre los factores asociados más relevantes se encuentran las enfermedades o trastornos mentales, principalmente la depresión y el consumo de alcohol, el abuso de sustancias, el duelo, la violencia. Además, a los factores mencionados se suman las dificultades o bajo rendimiento académico, problemas sentimentales, problemas familiares. En 2019 se suicidaron más de 700 000 personas, lo que podría estimarse que por cada suicidio que se produce hay más de 20 intentos previos, siendo este intento el factor de riesgo más importante para el suicidio consumado. El suicidio puede tener lugar a cualquier edad, sin embargo la población joven es la más afectada ya que se ha convertido en la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años.

Durante los últimos años ha sido evidente el alarmante incremento de la conducta y que en base a la literatura revisada y datos estadísticos se ha convertido en las diez primeras causas de mortalidad a nivel mundial. El intento de suicidio representa un grave problema social, de salud y con impacto importante en la salud mental de un gran porcentaje de la población nacional, en especial a las víctimas directas de este comportamiento y de manera conjunta a quienes sufren la pérdida.

La presente investigación pretende identificar los principales factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en el Centro de Salud Catacocha tipo B a través de la aplicación de una encuesta y algunos reactivos psicológicos que permitirán establecer las características sociodemográficas, el contenido de ideación suicida y el nivel de depresión.

La investigación se pretende realizar para lograr comprender de manera urgente la génesis o tendencia de llevar a cabo este comportamiento. Así mismo, servirá como medio para sensibilizar a la comunidad en general y especialmente al personal de la salud encargado de abordar a este grupo de pacientes rescatando la importancia de realizar una identificación temprana en personas potencialmente suicidas y de manera simultánea en base a los datos obtenidos poder trabajar en la implementación de una propuesta de prevención y seguimiento basada en teorías y técnicas de psicología de tal manera que la atención mental sea abordada al mismo nivel que la atención médica, haciendo énfasis en aquellas condiciones psicológicas que se establecen como desencadenantes y predisponentes para la conducta.

4. Objetivos

Objetivo General

- Identificar los factores y las principales motivaciones asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en el Centro de Salud Catacocha.

Objetivos Específicos

- Describir sociodemográficamente a los pacientes con intentos de suicidio: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación.
- Establecer la prevalencia de ideación suicida, satisfacción familiar y depresión como factores relacionados a intentos de suicidio.
- Determinar las principales motivaciones que llevaron al intento suicidio.

5. Marco Teórico

1. Conducta Suicida

La conducta suicida resulta muy compleja debido a que es un fenómeno que tiene múltiples causas y dimensiones, por lo que se requiere que su enfoque haga énfasis en el individuo como ser biopsicosocial, podría considerarse como un continuum que se inicia en aspectos netamente cognitivos, es decir una idea fija que se denomina como ideación y que va progresando hasta aspectos conductuales como lo es el intento o terminar con la propia vida que sería netamente el suicidio consumado, todo esto influenciado por factores que contribuyen desde la génesis, permanencia y consumación, siendo necesaria rescatar la importancia de tener en cuenta el estudio de estos factores (Bazán-López et al., 2016; Fonseca-Pedrero & Pérez de Albéniz, 2020).

1.1.Suicidio

Partiendo desde la etiología el suicidio nace de la combinación de dos vocablos latinos, *sui* que significa "sí mismo" y *caederę*, "matar" define como aquel acto por el cual el individuo se induce su muerte voluntaria e intencionalmente, llegándose a establecer como un pensamiento que tiene como contenido la eliminación sin influencia o presión de una tercera persona (Blanco, 2020; Del Campo et al., 2013; García-Haro et al., 2019).

Martínez, (2017) menciona que al suicidio no se lo debe considerar como una enfermedad, sino más bien resulta un acontecimiento que puede aparecer en cualquier individuo y lugar, debido a su vulnerabilidad emocional debido a su exposición a diversos factores de riesgo que predisponen, desencadenan y mantienen esta psicopatología.

Durkheim, (1989) define al suicidio como toda muerte que resulta de manera directa o indirectamente de un acto, que puede ser positivo o negativo llevado a cabo por la víctima, con esta concepción determina la auto provocación de la muerte por cualquier medio.

La OMS estableció en el año 2003 al 10 de septiembre como el Día Mundial para la prevención del Suicidio con el propósito de que las naciones a nivel mundial implementen estrategias orientadas a la prevención.

La OMS define al suicidio como aquel acto deliberado y realizado por una persona con consciencia del acto, con desenlace fatal o mortal, así mismo lo señala como un grave problema de salud y multifactorial debido a la interacción de factores bilógicos, psicológicos y ambientales. Ubicándose en una de las principales causas de muerte en personas de todas las edades atribuyéndole más de 800 mil muertes al año (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2019).

Por otro lado el suicidio se entiende como una dificultad para adaptarse en el medio donde se desenvuelve el individuo, en el que experimenta diversas situaciones dando lugar a la creencia de que no existe una forma de poder hacer frente a estas situaciones, ya sean pasajeras o permanentes que causan malestar y desesperanza, se encuentran sentimientos de soledad con la sensación de no contar con apoyo de otras personas, por lo que el suicidio se toma como una solución o vía de escape dejando de lado metas, sueños, objetivos, aspiraciones y finalmente perdiéndole el sentido a la vida, debido a que se cuenta con muy pocos o casi nada de recursos psicológicos para una buena resolución de problemas, en la que cualquier problema tanto familiar, social o económico llega a tener un impacto de gran magnitud en la salud (Loboa R & Morales O, 2016; Ramirez Lujan et al.(2017).

1.2.Otros Términos

Pseudosuicidio: cuando el individuo realiza un acto suicida sin desear la propia muerte como resultado de alteraciones sensoperceptivas, como las alucinaciones auditivas en las que ordenan al sujeto a realizar actos como: ¡huye! ¡Salta! que terminan en la muerte o en lesiones debido a las circunstancias que lo rodean. Otras veces el acto suicida puede ser debido a alucinaciones visuales de carácter terrorífico que ocurre de manera frecuente en el delirium tremens en personas alcohólicas, nefrópatas que provocan conductas de huida o escape sin que el individuo que lo experimenta no pueda tener en cuenta los peligros y protegerse de estas alteraciones de la conciencia. Así también el suicidio puede tener lugar como respuesta a ideas delirantes de inmortalidad u omnipotencia en las que el sujeto se expone a situaciones de extremo peligro que resultan en la propia muerte debido a que considera que nada le va a suceder por su poder u incapacidad de morir.(Sergio A Pérez Barrero, 2009)

Parasuicidio: se lo considera un acto no mortal, en el que una persona piensa y actúa deliberadamente y se autolesiona o ingiere dosis mayores de medicamentos para causarse daño sin buscar la muerte y que además este comportamiento tiene un carácter gestual, de petición de ayuda (Kreitman et al., 1969)

Deseo de morir: está representado por la inconformidad e insatisfacción que experimenta el sujeto con forma o estilo de vida que lleva en el presente y que puede expresarse a través de frases como: “la vida no merece la pena”, “lo que desearía es morirme”, “el mundo sería mejor si yo muriera” y otras expresiones similares (Perez Barrero, 1999).

Representación suicida: este tipo de terminología se ha definido como aquellas fantasías ,ideas suicidas o imágenes mentales en las que sujeto se ve así mismo llevando a cabo

actividades con propósitos autodestructivos que buscan el objetivo de conseguir la propia muerte (Perez Barrero, 1999).

1.3.Tipos de Suicidio

1.3.1. Según el Método Utilizado.

Intoxicación por fármacos: es la forma de suicidio más tranquila para el sujeto debido a que la persona no sufre traumatismos, este tipo consiste en la ingesta de medicamentos en cantidades elevadas dando como resultado que la persona se quede dormida y muera sin dolor (Capponi, 2000; Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014).

Corte de muñeca: este es uno de los métodos más típicos, no provoca o causa dolor pero si los cortes son profundos la muerte es el resultado más seguro, la persona sufre cierto grado de traumatismo debido a que se queda dormida y muere debido a la pérdida de sangre (Capponi, 2000; Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; Wray et al., 2011).

Traumáticos: en este apartado se incluyen aquellos métodos en los que el sujeto lleva a cabo el quitarse la vida mediante métodos más traumáticos que implican bastante brutalidad como por ejemplo el usos de armas, ahorcamientos, electrocución, tirarse al vacío, etc. A pesar de causar mayor sufrimiento las probabilidades de morir mediante estos son muy elevadas (Capponi, 2000; Émile, 2018; Wray et al., 2011).

Enmascarados: se trata de muertes provocadas por el propio sujeto pero que pueden llegar a confundirse con la muerte natural o con homicidios debido a que siguen una causa o intencionalidad como por ejemplo el cobro de seguros por terceros o el de inculpar a terceras personas (Capponi, 2000; WHO, 2014; Wray et al., 2011).

Blandas: esta forma de suicidio no causa traumas evidentes, causan poco dolor o adormecimiento, una forma de suicidio con métodos blandos son la ingesta de medicamentos en cantidades elevadas en donde la persona tiene un papel pasivo debido a que el sujeto espera su muerte por efecto de los medicamentos ingeridos. Además puede haber arrepentimiento y salvación debido a que en ocasiones los efectos o daños de la ingesta pueden ser revertidos a tiempo (Capponi, 2000; Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; WHO, 2014; Wray et al., 2011).

Duras: este tipo de conducta engloba procedimientos que involucran mucha brutalidad y lesiones de gravedad como el usar armas de fuego, ahorcarse o asfixia, electrocutarse o tirarse al vacío siendo más probable el sufrimiento y la acción directa del individuo (Capponi, 2000; Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; WHO, 2014; Wray et al., 2011).

Extrañas: al igual que las anteriores provocan un elevado nivel de sufrimiento antes de llegar a la muerte y están ligados a algún tipo de psicopatología en los que el individuo busca la muerte antes de seguir sufriendo como es el caso de la depresión, alguna enfermedad catastrófica (Capponi, 2000; Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; WHO, 2014; Wray et al., 2011).

1.3.2. Según la Motivación.

Llamada de atención o grito de ayuda: algunas personas llevan a cabo el suicidio como una manera de llamar la atención debido a que creen que no pueden resolver los problemas solos o pueden tener fines manipulativos ya que no suele quererse el deceso en si a neos que el problema o situación que lo motiva se solucione (Capponi, 2000; Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; WHO, 2014; Wray et al., 2011).

Como huida: la mayoría de los suicidios tienen como objetivo dejar de sufrir y no en si la muerte, la muerte es la única salida que ven antes aquellos problemas que considera que no

tienen solución, ocurre de manera impulsiva y sin planificaciones (Capponi, 2000; Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; WHO, 2014; Wray et al., 2011).

Por venganza: consiste en quitarse la vida con el propósito de provocar daño, malestar o sufrimiento a otras personas con la intención de hacerles sentir culpables o causar les dolor (Capponi, 2000; Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; WHO, 2014; Wray et al., 2011).

Por interés: la persona intenta suicidarse o aparente hacerlo por algún interés como el económico (Wray et al., 2011).

Muerte: el objetivo es lograr la propia muerte por muchas razones de forma premeditada y con planificación, es similar a la huida sin que exista la impulsividad (Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014).

Por falta de ganas de vivir: ocurre generalmente en personas que tienen limitaciones serias o en ancianos debido a que el sujeto puede ver que el seguir viviendo ya no significa nada bueno y cree ser una carga en la familia. La muerte se ve como una liberación para él y para sus allegados (Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014).

Por psicopatología: no existe motivación, la persona que lleva a cabo el suicidio padece alguna enfermedad mental grave u ocurre un brote psicótico perdiendo la visión de la realidad (Capponi, 2000; Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; WHO, 2014; Wray et al., 2011).

Finalista: está dirigido a conseguir un objetivo diferente al de huida, no se busca la muerte sino fingir o aparentar con el fin de conseguir un beneficio como por ejemplo el grito de ayuda, la venganza o interese económicos (Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; Wray et al., 2011).

De balance: es un suicidio que se lleva a cabo en ausencia de psicopatología y tras un periodo extenso de estar ante una situación difícil, tras hacer un balance deciden que seguir viviendo no les ofrece ningún tipo de ganancia o beneficio (Capponi, 2000; Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014;Wray et al., 2011).

1.3.3. Según la Integración en la Sociedad.

Altruista: ocurre cuando el sujeto está bien integrado en la sociedad pero ve que los objetivos que le exige la sociedad no puede logar, sintiéndose abrumada por la sociedad terminando con su vida ya por no ser una carga o por ausencia de autoestima (Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; Wray et al., 2011).

Egoísta: es un tipo de suicidio que se lleva a cabo cuando el individuo no está bien integrado en la sociedad y sus vínculos con la misma son débiles, sintiéndose solo y sin motivación. La muerte es la solución a la falta de integración social (Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; Wray et al., 2011).

Anómico: ocurre en aquellas personas que tienen desequilibrio debido a los constantes cambios, la persona puede estar bien integrada pero debido a cambios como la pobreza llegan a alterar la conducta, los valores provocando la pérdida de identidad y finalmente la muerte (Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; Wray et al., 2011).

Fatalista: tiene lugar en aquellas personas que se sienten oprimidas por la sociedad, experimentando control y regulación social excesivos, este entorno fruta sus pasiones y obliga a llevar otro camino en contra de su voluntad, no encontrando sentido a su vida y decide terminar con ella (Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; Wray et al., 2011).

1.3.4. Según la Premeditación.

Impulsivo: se lleva a cabo sin premeditación, puede haber pensado con anterioridad quitarse la vida, pero no la lleva a cabo hasta el momento en que se siente altamente activado y con desesperación, deja de pensar con claridad, se siente abrumado y puede ocurrir en situaciones generadoras de ansiedad, un brote psicótico o episodio maniaco (Émile, 2018; Wray et al., 2011).

Accidental: la persona no quiere morir, ocurre de manera accidental debido a que la persona se pone en situaciones que resulta un riesgo elevado para su vida (O'Connor & Nock, 2014; WHO, 2014; Wray et al., 2011).

Premeditado: ocurre cuando la persona que lo lleva a cabo ha realizado una planificación con anticipación de la manera, el lugar y el momento de su muerte. Esta muerte no es tan brusca, en algunos casos puede observarse calma y serenidad previa al acto (Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; Wray et al., 2011).

Coacción: no existe premeditación directa, sino que está involucrada una tercera persona que se encarga de convencer a otra de que se suicide ya sea por amenaza o promesas (Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; WHO, 2014; Wray et al., 2011).

1.3.5. Según la Implicación de Otras Personas.

En masa: se trata de un tipo de suicido en el que están involucradas más de una persona o un colectivo elige y pacta llevar a cabo su propia muerte voluntariamente, por motivos como la huida o convencimiento debido a algún tipo de recompensa. Suelen ocurrir en situación de guerra o en sectas (Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; Wray et al., 2011).

Ampliado: un individuo decide quitarse la vida y además, considera necesario la muerte de otras personas vinculadas o allegadas a él, el individuo decide matar a los demás ya sea hijos, pareja o familia y posteriormente se quita la vida (Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; Wray et al., 2011).

Asistido o eutanasia: es la finalización de la vida de una persona con participación de otra u otras, esta participación es autorizada y demandada por el sujeto que desea morir debido a lesiones irreversibles o a casusa del sufrimiento que le causa alguna enfermedad (Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; Wray et al., 2011).

Inducido: se trata de una autolesión que busca la muerte pero que ha sido infundada por la coacción o sugestión de terceros, puede ser amenazado u obligado a quitarse la vida (Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; Wray et al., 2011).

Falso suicidio: no es un suicidio, sino un homicidio o asesinato que hace parecer que el sujeto ha decidido quitarse la vida (Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; Wray et al., 2011).

1.3.6. Según el Resultado.

Intento de suicidio: todo acto realizado voluntariamente en el que la persona intenta quitarse la vida y lo realiza de manera incorrecta o la acción realizada no tiene éxito (Capponi, 2000; Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; Wray et al., 2011).

Frustrado: la persona en su intento de quitarse la vida, empleando métodos que por norma general provocan el deceso no consigue su objetivo debido a situaciones o circunstancias impredecibles como la presencia de terceras personas, actuación rápida y adecuada de los servicios de salud, mala planificación o uso del método (Capponi, 2000; Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; Wray et al., 2011).

Consumado: la persona ha llevado acciones con el fin de quitarse la vida y lo consigue (Wray et al., 2011).

Autoagresión no suicida: no es un verdadero intento de suicidio, el sujeto se autolesiones por diferentes motivos pero sin que las acciones realizadas supongan un riesgo real o elevado contra su vida (Capponi, 2000; Émile, 2018; O'Connor & Nock, 2014; Wray et al., 2011).

1.4.Intento de Suicidio

García Falconi, (2003) menciona que el intento de suicidio está determinado por cualquier acto cuyo objetivo es el de terminar con su vida sin haberlo conseguido.

Otra definición de esta conducta es el de una acción con consecuencias que no terminan en la fatalidad, en donde el sujeto que realiza el acto de quitarse o terminar con su propia vida, sin la intervención de terceros, este le causará daño en diferente grado y forma a nivel físico y psíquico con bastante aproximación a la muerte(Guibert Reyes & Alonso Roldán, 2001).

Marchiori, (1998) considera que el intento de suicidio podría definirse como un comportamiento de autodestrucción para conseguir la muerte, por lo tanto lo que diferencia al suicidio consumado con el intento de suicidio, es que el segundo no tiene el resultado esperado que es la muerte, el acto suicida llega a convertirse en intento cuando los medios que se han utilizado no le han permitido al individuo lograr terminar con su vida.

1.5.Ideación Suicida

La ideación suicida puede definirse como un planteamiento en el que cualquier persona concibe la idea de suicidarse, así mismo como aquella aparición de pensamientos con contenido asociado al de acabar con la propia vida incluyendo en ellos el hecho de que su vida ha perdido el valor, deseos de morir e incluso la planificación del acto. Estos pensamientos no siempre se

expresan de forma verbal ni son exclusivos para motivo de consulta (Bustreo, 2014 citado por Tandazo Condolo, 2017).

Torres Torija et al., (2017) concluyeron que la ideación suicida representa una fase que influye como un factor que lleva a la consumación del suicidio, con un grupo de pensamientos persistentes e intrusos para conseguir la muerte, incluyen también los posibles medios de morir, que mecanismos emplear, en qué lugar y situación. Por otro lado Jiménez & González-Forteza, (2003) definen al suicidio como un proceso que comienza con la imaginación de suicidarse que sería la ideación suicida y que luego pasa al intento y finaliza con el suicidio consumado.

1.5.1. Formas de Presentación.

Idea suicida sin un método específico: en este tipo de presentación en el sujeto existe el deseo de matarse, pero no ha considerado como llevarlo a cabo ya que al preguntarle como lo haría, responde ‘no sé cómo, pero lo voy a hacer (Pérez Barrero S, 2006).

Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado: el sujeto expresa sus deseos o intenciones de quitarse la vida y ha considerado un método para hacerlo pero que no ha sido determinado, al preguntarle de cómo lo llevaría a cabo, responde algo así como ‘de cualquier forma, quemándome, ahorcándome, pegándome un tiro (Pérez Barrero S, 2006).

Idea suicida con un método especifico o planifica: el individuo expresa su deseo de suicidarse y ya ha seleccionado una forma de llevarlo a cabo sin embargo aún no ha determinado cuando y el lugar en donde lo va a realizarlo, no ha considerado las precauciones a tomar para no ser descubierto y logar con su objetivo de quitarse la vida (Capponi, 2000; Émile, 2018; O’Connor & Nock, 2014; Sergio Andrés Pérez Barrero, 2006; Wray et al., 2011).

El plan suicida o idea suicida planificada: el sujeto con su permanente deseo de quitarse la vida, ya ha seleccionado un método que por su gravedad provocaría su muerte, ya ha previsto el lugar, el momento oportuno y ha establecido los motivos para ejecutar dicha acción con el objetivo de terminar con su propia vida (Pérez Barrero S, 2006).

1.6.Riesgo Suicida

La OMS considera al riesgo de suicidio como cualquier característica, exposición o rasgo que un individuo puede presentar y por ende aumenta la probabilidad de que se presente una enfermedad o lesión, en este caso de que cometa la autodestrucción (OMS, 2021).

Según Arbesú Prieto, (2006) lo define como aquella probabilidad que tiene la persona de intentar quitarse la vida que puede estar influenciado por factores epidemiológicos, los antecedentes personales y el estado mental y de los estresantes por los cuales este atravesando el individuo.

Se han establecido posibles factores que pueden influir para llegar a cometer el acto, dentro de los cuales se encuentran: historia de intentos suicidas previos, ideación suicida, consumo de alcohol y drogas, ansiedad, depresión, tipo de relaciones personales, trabajo, etc. La población con mayor riesgo suicida es la joven y mayores de 65 años, el riesgo es mucho más elevado después de los 85 (Pérez Barrero, 1999; Velásquez Suarez, 2013).

2. Factores de Riesgo Asociados a los Intentos de Suicidio

2.1.Factores Biológicos

El factor considerado dentro de este apartado y que ha sido estudiado se encuentra el encargado de la regulación del humor, se trata del neurotransmisor serotonina, que forma parte de una respuesta neurobiológica, por lo que se ha determinado que la disminución de sus niveles

va a incrementar que el individuo no controle el impulso suicida, que sea más vulnerable emocional por lo que ante la posibilidad de un conflictos este no será capaz de mantener el control sobre sus emociones (Salcedo Mejia et al., 2019).

Esta desregulación es una característica bilógica de un individuo con algún tipo de enfermedad mental que le impide tener un control de la impulsividad frente a estresores. Estos individuos presentan niveles bajos de serotonina en el líquido cefalorraquídeo y son mucho más proclives a suicidarse. Algunas investigaciones concluyen que esta desregulación es presináptica lo que desencadenarían una sobrerregulación de los receptores para este neurotransmisor tipo 2 en el córtex prefrontal ventral y ventrolateral del cerebro. Así también se ha asociado a la presencia de polimorfismos en el gen triptófano hidroxilasa en el proceso metabólico de la serotonina con una disminución de ácido homovalínico (precursor de dopamina) en el líquido cefalorraquídeo(Sepúlveda et al., 2011).

2.2.Factores Individuales

Dentro de estos factores se establecen los problemas de salud mental, física, rasgos de personalidad, capacidad para afrontar el estrés o las circunstancias difíciles:

Problemas de salud mental: los estudios de suicidio consumado han encontrado que el 90% de los sujetos padecían algún tipo de trastorno como la depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de la conducta alimentaria, abusos de sustancias, déficit de atención con hiperactividad (Bravo-Andrade et al., 2020; Molina Linares et al., 2020; Salcedo Mejia et al., 2019).

Intentos de suicidio previos e ideación suicida: los intentos de suicidio previos son el factor más importante siendo 100 veces superior en comparación con el resto de población, el

50% de los suicidas tienen tentativas previas, un intento incrementan el 32% el riesgo de un reintento, así como la desesperanza e impulsividad (Bravo-Andrade et al., 2020; Molina Linares et al., 2020; Salcedo Mejia et al., 2019).

La enfermedad física es otro factor que está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% en personas de edad avanzada, es así que en pacientes con VIH, en donde el riesgo se incrementa 6 meses después de haber recibido su diagnóstico (Bravo-Andrade et al., 2020; Molina Linares et al., 2020; Salcedo Mejia et al., 2019).

La edad y el sexo: las tasas elevadas se encuentran en la adolescencia y juventud. Los hombres mayores de 65 años y de 75 años tienen tasas mayores de suicidios. Mientras que en las mujeres los intentos de suicidio ocurren con mayor frecuencia entre los 15 y 24 años, seguidamente de los 25 y 34 y los 35 y 44, en los hombres las tasas están elevadas en los 25 y 34, seguido de los 35 y 44 y los 15 a 24. La ideación suicida ocurre en 1% y 20% entre la población más joven; con referencia al sexo se ha encontrado que las mujeres presentan 3 a 4 veces mayores que los hombres, mientras los suicidios consumados es de 2 a 4 veces mayor en los hombres(Bravo-Andrade et al., 2020; Molina Linares et al., 2020; Salcedo Mejia et al., 2019).

2.3.Factores Psicológicos

Dentro de esta categoría se han identificado los siguientes:

Depresión: las personas que padecen de depresión mayor aumenta el riesgo de suicidio 20 veces en comparación con la población en general. Estas personas que presenten anhedonia grave, insomnio, rasgos de personalidad de tipo obsesivo-compulsivo y con un nivel alto de

desesperanza el riesgo de matarse son elevadas(Salcedo Mejia et al., 2019; Sepúlveda et al., 2011).

Consumo, abuso o dependencia de sustancias: las personas que presentan este factor su riesgo de suicidio es 15 veces mayor, además se incluyen a aquellas que han atravesado alguna ruptura amorosa reciente combinado con el consumo y la presencia de síntomas depresivos el riesgo se incrementa.

Esquizofrenia: la posibilidad que presenta este grupo de terminar con su vida es de hasta 9 veces en comparación con la población en general y si además presenta depresión, rasgos de tipo obsesivo-compulsivo y con la presencia negativa hacia el tratamiento el riesgo se incrementa.

Trastorno bipolar: las personas con este diagnóstico presentan un riesgo de 15 veces mayor en relación con la población en general, y además su riesgo se puede verse incrementado por las descompensaciones o abandono del tratamiento farmacológico que es primordial para mantener la estabilidad (Salcedo Mejia et al., 2019; Sepúlveda et al., 2011).

Trastorno de estrés postraumático: aquellas personas con TEPT que presentan sentimientos de culpa, recursos del evento, negatividad hacia el tratamiento e incluso el abandono es más probable que puedan llegar a quitarse la vida 8 veces mayor en comparación a la población general, la impulsividad que presenta este grupo puede aumentar de manera significativa el riesgo (Salcedo Mejia et al., 2019; Sepúlveda et al., 2011).

Conducta antisocial: en estos pacientes si existe presencia de consumo de sustancias y algún tipo de trastorno afectivo con una mala regulación emocional, es mucho más riesgoso que puedan quitarse la vida, debido a su inestabilidad emocional que es un factor altamente asociado

a la presencia de conducta suicida y en especial de ideación suicida (Salcedo Mejia et al., 2019; Sepúlveda et al., 2011).

2.4.Factores Sociales

Este tipo de factores hacen referencia a aquellas condiciones que están presentes en alguna situación y que puede afectar a la salud física, psíquica o social del individuo. Se han identificado que los factores presentes en los intentos de suicidio de índole social son: la presencia de conflicto y violencia en la comunidad, el aislamiento social, agresión y hostilidad, dificultades escolares, sufrir Bullying, tener amigos o familiares que se hayan suicidado, tener acceso a contenido relacionado con el suicidio, desempleo, migración parental, recursos económicos bajos, falta de apoyo del grupo social, víctima de violencia física, sexual o psicológica y además la ausencia de padre o madre o la muerte de uno de estos dos miembros importantes del núcleo familiar(Bravo Andrade et al., 2018; Medina Cano et al., 2017).

2.5.Factores Familiares

La familia es un factor importante dentro del comportamiento suicida, en especial la dinámica interna de la familia que se la considera como aquellas condiciones en las que la familia toma conciencia de aquellos mecanismos de regulación y de sus finalidades y que del mismo modo los trasforma, de acuerdo a la dinámica interna de la familia puede ser un factor de riesgo como de protección ante esta conducta. Es por ello que la comunicación, las normas, la autoridad, los roles, las relaciones afectivas y el tiempo libre pueden resultar funcionales o disfuncionales(Ardila-Osorio & González-Durango, 2020).

Parra Carmona, (2012)considera que la familia cuando llega a ser disfuncional está asociada al intento de suicidio y el suicidio consumado, que puede deberse al quebranto y

ausencia de la comunicación entre los padres, los desacuerdos en el estilo de crianza, una crianza que sea inapropiada con normas frágiles e inapropiadas, que pueden dar lugar a la agresión física al punto de violentar cada uno de los derechos que tienen los miembros de la familia. Se ha considerado que aquellos sujetos que se desarrollan en un ambiente familiar con disfuncionalidad son más propensos a tener esta conducta suicida.

Por otro lado Useche Lima, (2019) menciona a la familia como un sistema de ciclo vital familiar que se desarrolla por crisis externas o internas que llevan a un constante cambio, en la que cada etapa está inmersa en crisis por influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales que dan lugar a tareas específicas que debe llevar a cabo la familia, afrontarlas, entenderlas y superarlas. La familia se considera como la sociedad primaria a la que se expone el individuo en la que experimenta crisis que resultan normales, un tanto predecibles y necesarias para su desarrollo, el problema aparece cuando estos conflictos no son resuelto por la familia debido a que no opta por hacerlo sino más bien convertirlos en un estilo de vida.

La familia tradicional se denomina nuclear que se divide en completa e incompleta que está integrada por los padres y los hijos o solo uno de los padres. Se definen también familias unipersonales en las que solo habita una persona; las extendidas que contiene al jefe de hogar, los hijos y otros familiares, las compuestas en las que se incorporan personas que no son familia. Las relaciones familiares disarmónicas son las que predominan en los suicidas, por lo que se plantea que esta disfunción familiar aumenta la posibilidad de que parezca las conductas de autodestrucción. Así mismo es importante tener en consideración los antecedentes el tener un padre o madre ansiosa, consumidor de sustancias o con trastorno mental, divorcios, aumenta la probabilidad de suicidio (Guajardo Soto, 2017; Viera, 2020).

3. Instrumentos de Evaluación

3.1.Consentimiento Informado ANEXO 1

Este instrumento será utilizado con el propósito de cumplir con los principios y criterios éticos en el que se certifica la participación voluntaria de participar en la investigación, que será firmado después de que los participantes hayan sido informados de los objetivos, propósito, sus derechos y la confidencialidad de sus datos.

3.2.Instrumento de Recolección de Información (Encuesta Semiestructurada) ANEXO 2

Este instrumento fue diseñado para obtener información de factores asociados a los intentos de suicidio en base a la literatura revisada, que incluye características sociodemográficas como: edad, sexo, escolaridad, estado civil; además situaciones que llevaron al investigado a hacerse daño con la intención de atentar contra su vida.

3.3.Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) ANEXO 3

Esta es escala fue elaborado por A.T Beck, M. Kovacs y A. Weissman en 1979 para poder cuantificar y valorar la intencionalidad suicida o grado de seriedad e intensidad con el que la persona pensó o está pensando en suicidarse a través de su actitud de la vida y muerte, evidenciándose a través de sus pensamientos y conductas que puede aplicarse de 17 años en adelante(Rodríguez-Pullido & González de Rivera. F, 2015; Vega, 2021).

Este instrumento consta de 19 ítems para establecer las características de una persona que ha buscado realizarse daño, estas respuestas expresan lo que ha pensado, sentido y experimentado últimamente acerca de su vida. Tiene una escala de 0, 1 y 2 puntos, en la que la puntuación total es la suma de las puntuaciones para cada pregunta que va de 0 a 38 puntos. Se encuentra distribuido en 4 dimensiones:

- Actitud de la vida hacia la muerte (ítems de 1 a 5)
- Pensamientos o deseos suicidas (ítems de 6a 11)
- Características del intento planeado (ítems de 12 a 15)
- Realización del proyecto de suicidio (ítems de 16 a 19)

Se considera que una puntuación igual o mayor a 1 es indicativa de riesgo suicida, entre mayor sea la puntuación mayor es el riesgo (Alvarez-Cabrera et al., 2018; Amaral et al., 2020).

Para esta investigación se empleó la adaptación de la escala realizada por Eugenio y Zelada en el 2011, la cual posee 18 ítems y que la suma total va de 0 a 36 puntos y se interpreta de la siguiente manera:

- Nivel bajo de 0 a 17 puntos: presencia de ideación suicida sin planificación.
- Nivel medio de 18 a 30 puntos: ideación y existencia de planificación suicida, tiene planes pero no inmediatos.
- Nivel grave de 31 a 36 puntos: existe un plan definido e inmediato, medios para llevarlo a cabo (Bobadilla, 2012; Larrobla, Canetti, Hein, Novoa y Durán, s.f., p.67).

3.4.Apgar Familiar ANEXO 4

El Dr. Gabriel Smilkstein en 1978, basándose en su experiencia como médico familiar considero conveniente el diseñar un cuestionario que permitiera analizar la funcionalidad familiar mediante la percepción que cada uno de los miembros tenia de la misma. Es un cuestionario de 5 preguntas las cueles buscan evidenciar el grado de funcionalidad de la familia, en la cual el evaluado coloca su opinión respecto a su percepción de la funcionalidad familiar (MER, 2015). Los componentes evaluados en esta escala son:

- Adaptación: capacidad de usar los recursos intra y extra familiares con la finalidad de resolver los problemas en situación de crisis.
- Participación: implicación de los miembros de la familia en la toma de decisiones y responsabilidades de cada uno.
- Gradiente de recurso personal (crecimiento): logro en la maduración física y emocional y en la autorrealización de los miembros que se mide a través del soporte y fuerza mutua.
- Afecto: hace referencia a la relación de amor, cariño, respeto y atención que existe entre los miembros.
- Recursos: constituye el compromiso de dedicación hacia los miembros, que se refiere al dedicar espacio, tiempo, dinero para las necesidades emocionales y físicas (Creative Commons, 2017).

El cuestionario debe ser entregado al paciente evaluado para que responda las preguntas planteadas, para cada pregunta debe marcar un X, cada pregunta tiene una respuesta de 0 a 4 puntos, de acuerdo a lo siguiente:

- 0: Nunca
- 1: Casi nunca
- 2: Algunas veces
- 3: Casi siempre
- 4: Siempre

Para la interpretación de los resultados, se debe realizar la suma que fluctúa de 0 a 20 puntos:

- Alta satisfacción: buena función familiar de 18 a 20: existe un buen nivel de comunicación entre los miembros, interactúan y se unen para lograr objetivos en común. Favorece el desarrollo sano y normal de cada uno de sus miembros
- Mediana satisfacción: disfunción leve de 17 a 14: es una expresión en la que están levemente afectadas las categorías que componen y definen el funcionamiento familiar.
- Baja satisfacción: disfunción moderada de 13 a 10: es una expresión intermedia entre una familia funcional y una familia disfuncional, las categorías que componen y definen el funcionamiento familiar.
- Baja satisfacción: disfunción severa se 9 o menos: se caracterizan por una expresión negativa de extremo de las categorías que componen y definen el funcionamiento familiar, una severa desorganización, malestar, carece de vínculos afectivos, no se cubren las necesidades físicas, psicológicas , materiales y emocionales de sus miembros(Barcia Poveda, 2020; Suarez Cuba & Alcalá Espinoza, 2014).

3.5.Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) ANEXO 5

Es un inventario tipo Likert diseñada en 1979 por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown. Es una herramienta muy utilizada en la valoración de síntomas depresivos. Es un auto informe que consta de 21 preguntas para detectar y evaluar la gravedad de la depresión, con una duración de 5 a 10 minutos, cuenta con opción de respuesta de 0 a 3 describiendo el grado en el que nos identificamos con la realidad y puede aplicarse a partir de los 13 años(Sabater, 2019; Tabares et al., 2020). Mide lo siguiente:

- Tristeza

- Pesimismo
- Sensación de fracaso
- Perdida de placer
- Sentimientos de culpa
- Sentimientos de castigo
- Disconformidad con uno mismo
- Autocrítica
- Pensamientos suicidas
- Llanto
- Perdida de interés
- Indecisión
- Perdida de energía
- Hábitos de sueño
- Irritabilidad
- Cambios en el apetito
- Problemas de concentración
- Fatiga
- Perdida de interés en el sexo

A partir de la suma total de los puntos se consideran cuatro niveles de depresión:

- Nivel bajo: Depresión baja de 0 a 13 puntos: se presentan bajas en el estado de ánimo y pocas manifestaciones como fatiga, alteraciones del sueño, del apetito, atención y concentración sin afectar la vida diaria y actividades.

- Nivel leve: Depresión leve de14 a 19 puntos: presenta alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales diarias y habituales, sin tener que suspenderlas.
- Nivel moderado: Depresión moderada de 20 a 28 puntos: alteración importante del estado de ánimo que se asocia con llanto fácil, agotamiento, molestias físicas, alteraciones en el sueño y apetito, acompañada de pensamientos de minusvalía, aislamiento familiar y social y afecta las actividades de la vida diaria.
- Nivel grave: Depresión grave de 29 a 63 puntos: alteración del estado de ánimo de forma severa, llanto, tristeza, perdida del sueño y del apetito, pensamientos de muerte, ideación suicida, es improbable que se pueda mantener las actividades, síntomas que interfieren con la capacidad de trabajar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes disfrutaba. Incapacita a la persona e impide desenvolverse con normalidad.

La finalidad de la prueba es evaluar la severidad de los síntomas relacionados con aspectos cognitivos y emocional (Rodríguez Amaro & Farfán Rodríguez, 2015).

6. Metodología

Tipo de Estudio

Se realizará un estudio cuantitativo ya que se centrará en la medición de las variables que reflejan aspectos o situaciones de la vida real y la relación con aquellos factores que en base a la literatura están asociados a la conducta suicida, mediante la aplicación de cuestionarios orientados a identificar las variables. Además, se pretende obtener información objetiva, libre de cualquier influencia y basada en la recolección de datos empíricos que son susceptibles de análisis que permitirán establecer conclusiones pudiendo ser generalizadas.

A su vez es descriptivo debido a que describe fenómenos, situaciones, contextos y sucesos. Es exploratorio porque pretende examinar una temática que ha sido poco estudiada y de la cual existen muchas dudas. Es retrospectivo porque se realizará en base a información obtenida de las historias clínicas que se encuentran en el archivo del centro de investigación. Es transversal debido a que la obtención de información se realizará en un solo momento con el fin de describir las variables y analizar su incidencia.

Diseño de Investigación

El diseño de la presente investigación será no experimental debido a que es una investigación de campo en la que no se manipulara ninguna variables buscando determinar aquellos factores asociados a los intentos de suicidio, es documental porque el investigador recolectará datos en base a la aplicación de una encuesta semiestructurada, aplicación de reactivos psicológicos basados en investigaciones relacionadas con el tema y la revisión de la matriz de atenciones del centro de salud para identificar a los pacientes atendidos que tengan el diagnostico de intento de suicidio.

Área de Estudio

El estudio tendrá lugar en el Centro de Salud Catacocha tipo B que se encuentra ubicado en el cantón Paltas, parroquia Lourdes, barrio Larinuma en la calle Eloy Alfaro y Shiriculapo. Cuenta con atención de 8 horas de lunes a viernes, presta los servicios de atención médica, medicina familiar, odontológica, obstetricia, psicología, vacunas, farmacia, trabajo social, visitas comunitarias. El estudio se llevará a cabo en el período de octubre 2021 - marzo 2022.

Población

La población considerada para el presente estudio será el total de pacientes que en la matriz de atenciones proporcionada por el centro de salud tengan un diagnóstico de intento de suicidio, los cuales fueron diagnosticados y atendidos en el periodo de enero a diciembre del 2021 y registrados en el departamento de Estadística.

Muestra

El tipo de muestreo será no probabilístico por conveniencia y estará conformada por todos aquellos pacientes que decidan participar en el estudio y cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

- Pacientes atendidos en el centro de estudio con diagnóstico de intento de suicidio.
- Pacientes que decidan participar de manera voluntaria en el estudio y que hayan firmado el consentimiento informado.
- Pacientes menores de edad que decidan participar de manera voluntaria en el estudio y que sus padres hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que desistan o rechacen participar luego de que hayan firmado el consentimiento informado.
- Pacientes que no asistan el día de la entrevista.
- Pacientes que no completen la encuesta y reactivos aplicados.

Metodología por Objetivos

Metodología para Objetivo General:

Para el cumplimiento del objetivo general que es identificar los factores y las principales motivaciones asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en el Centro de Salud Catacocha, periodo 2021-2022 se desarrollaran los objetivos específicos 1,2 y 3; Primeramente se procederá a obtener el respectivo permiso de las autoridades del centro, luego a obtener la matriz de atenciones y establecer el número total de pacientes y posteriormente a establecer contacto con la población de estudio, seguidamente socializar el tema y finalidad de la investigación, coordinar la fecha en la que se realizará la aplicación de los test, antes de la evaluación se entregará el consentimiento informado para a través de la firma del mismo proceder a la recolección de datos, en el caso de menores de edad los padres deberán firmar el mismo y posteriormente proceder con la entrega de: encuesta semiestructurada, test de ideación suicida para evaluar la presencia de contenido de pensamiento suicida, el inventario de depresión de Beck para identificar el nivel de depresión de cada participante, cada uno de los instrumentos será auto aplicado y cualquier duda que se presente por parte del investigado, será aclarada.

Metodología para Objetivo Específico 1

Para el cumplimiento del objetivo describir sociodemográficamente a los pacientes con intentos de suicidio: edad, género, escolaridad, estado civil, se procederá a la entrega de la

encuesta semiestructurada que contiene datos sociodemográficos y una pregunta centrada en determinar una o varias situaciones que llevaron al investigado a hacerse daño con la intención de atentar contra su vida: problemas de pareja, consumo de alcohol, consumo de otras drogas, situación económica, problemas familiares, bullying o acoso escolar, problemas laborales, dificultades en el rendimiento académico, abuso/acoso sexual, familiar/amigo que atentó contra su vida, muerte de padre/madre, ausencia de padre, ausencia de madre, otros.

Metodología para Objetivo Específico 2

Para cumplir con el objetivo establecer la prevalencia de ideación suicida, satisfacción familiar y depresión como factores relacionados a intentos de suicidio, los instrumentos que se utilizarán son: la Escala de Ideación Suicida, Apgar familiar y el inventario de Depresión de Breck. Se procederá a la tabulación de datos y configurar una base en Excel, para realizar un análisis univariado en el que se establecerá porcentajes y frecuencias, representados en tablas y gráficos.

Metodología para Objetivo Específico 3

Para cumplir con el objetivo determinar las principales motivaciones que llevaron al intento suicidio, se hará énfasis en la última pregunta de la encuesta semiestructurada que hace referencia a una o varias situaciones que llevaron al investigado a hacerse daño con la intención de atentar contra su vida.

Equipos y Materiales

Para el desarrollo de la presente investigación se prevé utilizar entrevista, encuestas, reactivos psicológicos, internet, computador, programa de Excel para el análisis de resultados.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica que se utilizará en el presente estudio será la entrevista, además se aplicarán instrumentos medidores de la conducta suicida y sus factores asociados:

- Consentimiento informado. ANEXO 1
- Instrumento de recolección de información (encuesta semiestructurada). ANEXO 2
- Escala de Ideación suicida (Scale For Suicide Ideation, SSI). ANEXO 3
- Apgar familiar. ANEXO 4
- Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI). ANEXO 5

Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Después de la aplicación de los instrumentos psicométricos se procederá a la tabulación y confección de una base de datos en Excel, para realizar un análisis descriptivo univariado de las principales variables y establecer la prevalencia de ideación suicida, satisfacción familiar y depresión como factores asociados a los intentos de suicidio que se representarán a través de tablas y gráficos.

Fuentes de Información

- Primarias: la observación clínica, artículos científicos y la aplicación de los reactivos psicológicos mencionados.
- Secundarias: matriz de atenciones del centro de estudio.

Consideraciones Éticas

La investigación de la conducta suicida contiene implicaciones éticas evidentes por lo que obliga al investigador a tener consciencia del alto grado de vulnerabilidad al que el participante puede estar expuesto en esta investigación, así también de la importancia de hacer aportes para la comprensión de la conducta de estudio para la sociedad en general.

El estudio se desarrollará con previa gestión de los permisos necesarios para la legalidad del estudio y con previo consentimiento informado a la población de estudio escrito, firmado y estará garantizado con la participación voluntaria y la confidencialidad de la información obtenida. La información obtenida no será utilizada en otros fines que no sean los declarados en el consentimiento informado que será tomado de la OMS con algunas adecuaciones pertinentes para la presente investigación (ver anexo 5).

Operacionalización de Variables

- **Variable dependiente:** Intento de suicidio
- **Variables independientes:** Edad, género, factores demográficos, ideación suicida, funcionalidad familiar, depresión.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Intento de suicidio	Conducta o acto autolesivo con la intención de provocar la muerte que finalmente no resulta en la muerte (Paula J. Clayton, 2019).	Conducta	Diagnóstico en su historia clínica de un intento de suicidio.	• Si • No	Nominal
Ideación suicida	Pensamientos persistentes e intrusivos de querer quitarse la vida con o sin planificación, formas deseadas de morir, circunstancias y condiciones (Verónica Bartolotti, 2017).	Pensamientos suicidas	Escala de ideación suicida (SCALE FOR SUICIDE IDEATION, SSI)	• Baja (1-12 puntos) • Media (13-25 puntos) • Grave (26-38 puntos)	Nominal
Factores sociodemográficos	Contexto e información general de la población (Julián Pérez Porto, 2020).	Población de estudio	Sexo	• Femenino • Masculino	Nominal
			Edad	• 0-10 años • 11-20 años • 21-45 años • 45-64 años • 65 años y más	Ordinal
			Estado Civil	• Soltero • Casado • Viudo • Divorciado	Nominal
			Nivel de escolaridad	• Sin instrucción • Primaria Completa • Primaria Incompleta • Secundaria Incompleta • Secundaria Completa • Superior Completa • Superior incompleta	Nominal
			Ocupación	• Comercio • Agricultura • Transporte • Construcción • Servicio doméstico • Minería • Otros	Continua

Funcionalidad familiar	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. (Smilkstein).	Percepción de la funcionalidad	APGAR-familiar de Smilkstein	• Alta satisfacción: buena función familiar de 17 a 20 • Mediana satisfacción: disfunción leve de 16 a 13 • Baja satisfacción: disfunción moderada de 12 a 10 • Baja satisfacción: disfunción severa se 9 o menos	Nominal
Depresión	Es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida del interés en las actividades con las que normalmente se disfrutaba, interfiere con el trabajo, dormir, estudiar, comer, etc (OPS).	Estado de ánimo	Escala de depresión de Beck (BECK DEPRESSION INVENTORY, BDI)	• Nivel bajo: Depresión baja de 0 a 13 puntos • Nivel leve: Depresión leve de14 a 19 puntos • Nivel moderado: Depresión moderada de 20 a 28 puntos • Nivel grave: Depresión grave de 29 a 63 puntos	Nominal

7. Cronograma

ACTIVIDADES	**Meses**	OCTUBRE 2021				NOVIEMBRE 2021				DICIEMBRE 2021				ENERO 2022				FEBRERO 2022				MARZO 2022			
	Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión de bibliografía y elección del tema																									
Planteamiento del problema																									
Justificación																									
Objetivos																									
Hipótesis																									
Operacionalización de variables																									
Marco teórico																									
Bibliografía																									
Solicitud de pertinencia para proyecto																									
Corrección de sugerencias																									
Respuesta de informe de estructura y coherencia del proyecto por parte de secretaria																									
Petición de director de tesis																									
Designación de director/a de tesis																									
Tutorías y sugerencias con directora de tesis.																									
Corrección de sugerencias																									
Organizar el cronograma para aplicación de instrumentos																									
Corrección de sugerencias																									
Establecer contacto con los pacientes para la socialización del tema, y coordinar fecha de la evaluación.																									
Aplicación de instrumentos según el cronograma de forma presencial.																									
Tabulación de datos																									
Elaboración de conclusiones																									
Elaboración de recomendaciones y discusión																									
Revisión y corrección																									
Aprobación																									
Disertación																									

8. Presupuesto y Financiamiento

RECURSOS ECONÓMICOS			
CONCEPTO	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
VIAJES			
Viajes, pases y movilización	20	3,70	74,00
MATERIALES Y SUMINISTROS			
Copias e impresiones	300	0,05	15,00
Lápiz	10	0,50	5.00
Borrador	2	0,25	1,00
Grapadora	1	2,00	2,00
Grapas	1	1,00	1,00
RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS			
Libros	2	25,00	50,00
Revistas	4	10,00	40,00
Software	1	20,00	20,00
Artículos en línea comprados	5	5,00	25,00
EQUIPOS			
Computadora	1	600,00	600,00
TOTAL			833,00
RECURSOS HUMANOS			
Estudiante investigador			
Docente tutor de proyecto que cuente con el conocimiento necesario acorde al tema de estudio			
Psicóloga encargada del área de psicología del área de estudio.			