



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera Medicina Humana

**Factores asociados a pensamientos suicidas en adolescentes de la Unidad
Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe ABC de Tenta**

Trabajo de Titulación previo a la
obtención del Título de Médico
General

AUTOR:

Félix Aníbal Puchaicela Lozano

DIRECTOR:

Dra. María Susana González García Mg. Sc

Loja – Ecuador

2023

Certificación

CERTIFICACIÓN DE TESIS

Loja, 17 de marzo de 2022

Dra.

María Susana González García. 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 pensamientos suicidas en adolescentes de la Unidad Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe ABC de Tenta”**, de autoría del estudiante de la Carrera de Medicina, **Félix Aníbal Puchaicela Lozano** con CI. **1150043865**; previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,

Dra. María Susana González García. Mg.Sc.

1102120845

maria.gonzalez@unl.edu.ec

DIRECTORA DE TESIS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.

c.c.: Archivo

Autoría

Yo, Félix Aníbal Puchaicela Lozano, declaro ser autor del presente trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos, de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido del mismo. 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: _____

Autor: Félix Aníbal Puchaicela Lozano

Cedula de identificación: 1150043865

Fecha: 17 de julio del 2023

Correo electrónico: fapuchaicelal@unl.edu.ec

Celular: 0968080052

Carta de autorización

Yo, Félix Aníbal Puchaicela Lozano, declaro ser autor del trabajo de Titulación denominado: **Factores asociados a pensamientos suicidas en adolescentes de la Unidad Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe ABC de Tenta**, como requisito para optar por el título de **Médico General**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de su visibilidad de su contenido en el repositorio Institucional.

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

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los diecisiete días del mes de Julio, del dos mil veintitrés.

Firma: _____

Autor: Félix Aníbal Puchaicela Lozano

Cédula: 1150043865

Dirección: Cantón Saraguro-comunidad Yucucapac

Correo electrónico: fapuchaicelal@unl.edu.ec

Celular: 0968080052

Datos complementarios:

Directora de trabajo de titulación: Dra. María Susana González García, Mg, Sc.

Tribunal de Grado

Presidente del tribunal: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza

Miembro del tribunal: Dr. Claudio Hernán Torres Valdivieso

Miembro del tribunal: Dra. Angélica María Gordillo Iñiguez

Dedicatoria

Con mucho cariño dedico el siguiente trabajo:

A Dios, por darme la fortaleza necesaria para salir siempre adelante frente a las adversidades, por iluminarme y guiarme en cada paso que doy para poder cumplir mis metas.

A mi Padre Luis Puchaicela, que a pesar de que no se encuentre conmigo, siempre fue mi motivación y sé que desde el cielo está orgulloso por haber cumplido este importante sueño.

A mi madre María Lozano, quien es el pilar fundamental de mi vida, puesto que ha estado en todas las etapas de mi vida, brindándome su apoyo y amor incondicional para completar cada una de mis metas propuestas.

A mis padrinos José Quizhpe y Ana Vacacela, por su apoyo incondicional, por incentivarne a ser mejor persona y a no rendirme.

Y sin dejar atrás a toda mi familia y amigos, por permanecer a mi lado en todo momento, ayudándome, aconsejándome, creciendo como personas e instruyéndome a lo largo de este largo camino.

Félix Aníbal Puchaicela Lozano

Agradecimiento

Deseo expresar mi sincero y afectuoso agradecimiento a todas las personas que han contribuido en mi formación profesional y al desarrollo de mi trabajo de titulación.

Mi gratitud eterna a la Universidad Nacional de Loja por proporcionarme la oportunidad de formarme en sus aulas y de esta manera conseguir el título profesional.

A mi directora, Dra. María Susana González García, por su entrega, paciencia y dedicación lo que permitió culminar mi trabajo de titulación, infinitas gracias a cada uno de los docentes de la Carrera de Medicina Humana de la Facultad de la Salud Humana por dedicarse a brindarnos formación ética, humana y científica. Y por supuesto al personal administrativo por su amabilidad y servicio en todo momento de mi formación profesional.

Al Lcdo. Miguel Japón, director de la Unidad Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe ABC de Tenta y estudiantes del bachillerato, por su valiosa disponibilidad y voluntad de cooperación para llevar a cabo la ejecución de la investigación.

A mis compañeros y amigos por tantos recuerdos y experiencias bonitas que compartimos durante los 6 años de carrera.

Félix Aníbal Puchaicela Lozano

Índice de contenidos

Portada.....	i
Certificación.....	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice de contenidos	vii
Índice de tablas	x
Índice de Anexos	xi
1. Titulo.....	1
2. Resumen.....	2
2.1. Abstract	3
3. Introducción	4
4. Marco Teórico.....	6
4.1. Adolescencia.....	6
4.1.1. Definición.....	6
4.1.2. Cambios psicológicos.....	6
4.1.2.1. <i>La lucha independencia-dependencia:</i>	6
4.1.2.2. <i>Preocupación por el aspecto corporal.</i>	6
4.2. Suicidios	7
4.2.1. Definición.	7
4.2.2. Epidemiología.....	7
4.2.3. Clasificación del riesgo suicida	9
4.2.4. Tipos de suicidios	9
4.2.5. El Comportamiento Suicida.....	10
4.2.6. Factores de riesgo para pensamientos suicidas	12

4.3.	Factores clínicos	13
4.3.1.	Trastornos mentales.	13
4.3.2.	Trastornos afectivos.	13
4.3.3.	Esquizofrenia.	13
4.3.4.	Trastorno de ansiedad.	13
4.3.5.	Abuso de sustancias.	13
4.3.6.	Trastornos de Personalidad.	14
4.3.7.	Conducta Suicida Previa.	14
4.3.8.	Trastornos Adaptativos:	14
4.4.	Factores protectores	14
4.4.1.	Personales.	14
4.4.2.	Sociales o medioambientales.	14
4.5.	Evaluación y diagnóstico del paciente con riesgo de suicidio.....	15
5.	Metodología	16
5.1.	Enfoque:.....	16
5.2.	Período:.....	16
5.3.	Unidad de estudio:	16
5.4.	Universo y Muestra:	16
5.5.	Criterios de inclusión:.....	16
5.6.	Criterios de exclusión:	16
5.7.	Técnica.....	16
5.8.	Instrumentos.	17
5.8.1.	<i>Consentimiento informado</i>	17
5.8.2.	<i>Ficha sociodemográfica</i>	17
5.9.	Procedimiento:.....	18
5.10.	Equipos y materiales:.....	19
5.11.	Análisis Estadístico:	19

6.	Resultados.....	20
6.1.	Resultados para el primer objetivo	20
6.2.	Resultados para el segundo objetivo.....	22
6.3.	Resultados para el tercer objetivo	23
7.	Discusión.....	26
8.	Conclusiones.....	29
9.	Recomendaciones	30
10.	Bibliografía	31
11.	Anexos	36

Índice de tablas

Tabla 1 Distribución de los adolescentes participantes según edad, sexo y año escolar.	20
Tabla 2 Distribución de los adolescentes participantes según la etnia y residencia.	21
Tabla 3 Distribución de los adolescentes participantes según el Inventario de Ideación suicida positiva y negativa PANSI.	22
Tabla 4 Distribución de los adolescentes participantes según el APGAR de disfunción familiar.....	23
Tabla 5 Distribución de los adolescentes participantes según el test de Autoestima Rosemberg	24
Tabla 6 Distribución de los adolescentes participantes según el Test ASSIST consumo de alcohol y drogas	25

Índice de Anexos

Anexo 1 Consentimiento informado.....	36
Anexo 2. Ficha de recolección de información sociodemográfica.....	39
Anexo 3. Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa-PANSI	41
Anexo 4. Test De Apgar Familiar - Funcionalidad Familiar.....	43
Anexo 5. Test de Rosemberg - Autoestima	44
Anexo 6. Test ASSIST – consumo de alcohol y drogas.....	45
Anexo 7. Aprobación del tema y pertinencia del proyecto de tesis.....	46
Anexo 8. Designación de director de tesis	47
Anexo 9. Autorización para modificación del tema	48
Anexo 10. Autorización para recolección de datos por parte de la UNL	49
Anexo 11. Certificación del abstrac	50
Anexo 12. Certificación del Tribunal de Grado	51

1. Título

Factores asociados a pensamientos suicidas en adolescentes de la Unidad Educativa
Comunitaria Intercultural Bilingüe ABC de Tenta

2. Resumen

Los pensamientos suicidas forman parte de un proceso enmarcado en la conducta autolítica que puede progresar hasta su ejecución, está considerado como un problema de salud pública a nivel mundial y en el Ecuador, donde la incidencia ha ido aumentando en los últimos años. Existen factores psicosociales de riesgo que están asociados a su alta frecuencia, entre estos están: el autoestima, los problemas familiares y consumo de sustancias psicoactivas que suelen ser los más predominantes. Por la relevancia del tema, este estudio de tipo descriptivo de enfoque cuantitativo, observacional de cohorte transversal correlacional prospectivo, se propuso determinar los factores asociados a pensamientos suicidas en los adolescentes de la Unidad Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe ABC de Tenta, con un total de 85 estudiantes de bachillerato. Para ello, se recurrió al test de Ideación Suicida Positiva y Negativa PANSI, test de APGAR de disfunción Familiar, test de Autoestima Rosenberg, y test de ASSIST Consumo Drogas y Alcohol, encontrándose que el 11.76% (n=10) de toda la población presentó un riesgo moderado y alto para pensamiento suicida; Seguimiento de los factores psicosociales, el 25,88% (n=22) corresponde a disfunción familiar leve y el 3,53% (n=3) disfunción familiar grave; El 48,24% (n=41) presentan autoestima baja y por último el 45,88% (n=39); 22,35% (n=19) consumen bebidas alcohólicas y tabaco respectivamente. El estudio concluye que la población adolescente de la Unidad Educativa presentó una prevalencia notoria de pensamiento suicida acompañado de los factores psicosociales que determinó la existencia de ideación suicida.

Palabras Clave: Adolescencia, pensamientos suicidas, factores psicosociales, riesgo.

Abstract

Suicidal thoughts are part of a process framed in suicidal behavior that can progress to its execution, it is considered a public health problem worldwide and in Ecuador, where the incidence has been increasing in recent years. There are psychosocial risk factors that are associated with its high frequency, among these, self-esteem, family problems and psychoactive substance use tend to be the most prevalent. Due to the relevance of the topic, this descriptive, quantitative, observational, cross-sectional correlational prospective cohort study aimed to determine the factors associated with suicidal thoughts in adolescents of ABC Intercultural Bilingual Community Education Unit, in Tenta parish, with a total of 85 high school students. For this purpose, the Positive and Negative Suicidal Ideation Test PANSI, the APGAR Family Dysfunction Test, the Rosenberg Self-Esteem Test, and the ASSIST Drug and Alcohol Consumption Test were used. It was found that 11.76% (n=10) of the entire population presented a moderate and high risk for suicidal thinking. Next to the psychosocial factors, it was observed that 25.88% (n=22) corresponded to mild family dysfunction and 3.53% (n=3) to severe family dysfunction; likewise, 48.24% (n=41) presented low self-esteem and finally 45.88% (n=39); 22.35% (n=19) consumed alcoholic beverages and tobacco respectively. The study concludes that the adolescent population of the Educational Unit presented a notorious prevalence of suicidal thinking accompanied by psychosocial factors that determined the existence of suicidal ideation.

Key words: Adolescence, suicidal thoughts, psychosocial factors, risk.

3. Introducción

El adolescente con pensamiento suicida, presenta mayor riesgo de llevar a cabo el intento suicida y/o el suicidio consumado, siendo fundamental su identificación oportuna debido a que este afecta principalmente a los adolescentes y trae consigo grandes consecuencias a decir: la devastación emocional, social e incluso económica a los familiares y amigos; dejando claro que se ha convertido en un problema de salud pública enorme, que en su mayoría son prevenibles (Díaz, 2015). El suicidio, es la consecuencia final de una actuación o conjunto de actuaciones voluntarias y conscientes en mayor o menor medida, que culminan en la muerte de un individuo por su propia iniciativa. Se supone aproximadamente el 1% de todas las muertes, habiéndose involucrado en su desarrollo factores de tipo social, biológico, psicológico, genético, psiquiátrico y orgánico. (Eguiluz, 2013)

Los estudios epidemiológicos a nivel mundial sobre el suicidio, reconocen que es un problema de salud pública. (Gerstner, Soriano, Zanhuanza, Caffè, & Kestel, 2018). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, a nivel mundial cerca de 800.000 personas mueren anualmente por suicidio. (OMS, 2019)

Según los datos más recientes de la OMS, la tasa de suicidios en el continente americano es de 9.8 por cada 100 mil habitantes; esto significa, unas 65 mil muertes anuales. En el último informe sobre el suicidio realizado en la región de las Américas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señalan que en el Ecuador, las tasas de suicidio de adolescentes entre 10 a 19 y 15 a 24 años de edad, fueron de 7,5 y 13,6 por 100 000 habitantes, respectivamente. (OPS, 2019)

En la ciudad de Loja, desde el 2001 al 2014 las tasas de mortalidad por suicidio ha disminuido de 7,46 % a -7,14 %; sin embargo, desde el año 2015 hasta la actualidad, aquella cifra ha ido en incremento, afectando principalmente a edades comprendidas entre los 11 a 17 años, con una relación de (4:6), cuya cifra corresponde mayoritariamente a los varones. (Gerstner, Soriano, Zanhuanza, Caffè, & Kestel, 2018)

Investigaciones recientes indican que la prevención del suicidio, comprende una serie de actividades, que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de jóvenes y niños, con el tratamiento eficaz de trastornos mentales, hasta el control medio ambiental de los factores de riesgo.

Por lo tanto, en la presente investigación se planteó determinar la existencia de adolescentes que presentan pensamientos suicidas, ya que en esta etapa de vida se encuentra la mayor incidencia. En este contexto, el ámbito de investigación, se circunscribe a la Unidad Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe ABC de Tenta, ubicado en el centro urbano de la parroquia de Tenta, cantón Saraguro, provincia de Loja. En la referida institución educativa, lo que se pretende es responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores asociados al pensamiento suicida, en adolescentes de la Unidad Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe ABC de Tenta? Para este propósito, se planteó como objetivo general “determinar los factores asociados al pensamiento suicida en los adolescentes de la Unidad Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe ABC de Tenta”; esto se desarrolló a su vez, mediante el cumplimiento de tres objetivos específicos, a decir: a) Caracterizar socio demográficamente a los adolescentes de la Unidad Educativa; b). Establecer la existencia de pensamientos suicidas en los adolescentes a través del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI); d) Determinar los principales factores psicosociales asociados a pensamientos suicidas, aportando con información valiosa para futuros estudios.

Finalmente, la investigación desarrollada, pertenece a la tercera línea de investigación de la carrera de medicina “Salud enfermedad en los ciclos de vida”, teniendo mayor relevancia en la adolescencia y sus problemas en el ámbito psicológico y social.

4. Marco Teórico

4.1. Adolescencia

4.1.1. Definición. Es el período de desarrollo comprendido entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta, inicia a los 11 y los 13 años de edad, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y se prolonga hasta la edad de 18 a 20 años, con la adquisición de la forma adulta completamente desarrollada. Durante este período el sujeto sufre profundos cambios desde el punto de vista físico, psicológico, emocional y de la configuración de su personalidad. (Díaz, 2015)

4.1.2. Cambios psicológicos.

Las transformaciones físicas tienen un correlato en la esfera psicosocial, comprendiendo cuatro aspectos:

4.1.2.1. ***La lucha independencia-dependencia:*** en la primera adolescencia (12 a 14 años), la relación con los padres se hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación; el humor es variable y existe un “vacío” emocional. En la adolescencia media (15 a 17 años) estos conflictos llegan a su apogeo para ir declinando posteriormente, con una creciente mayor integración, mayor independencia y madurez, con una vuelta a los valores de la familia en una especie de “regreso al hogar” (18 a 21 años). (Iglesias Diz, 2013)

4.1.2.2. ***Preocupación por el aspecto corporal.*** Los cambios físicos y psicológicos que acompañan la aparición de la pubertad generan una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo en los primeros años, con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo, inseguridad respecto a su atractivo, al mismo tiempo que crece el interés por la sexualidad. En la adolescencia media, se produce una mejor aceptación del cuerpo, pero sigue preocupándoles mucho la apariencia externa. Las relaciones sexuales son más frecuentes. (Iglesias Diz, 2013)

4.1.2.3. ***Integración en el grupo de amigos.*** La amistad es lo más importante y desplaza el apego que se sentía hasta entonces por los padres. Las relaciones son fuertemente emocionales y aparecen las relaciones con el sexo opuesto. En la adolescencia media, estas relaciones son intensas, surgen las pandillas, los clubs, el deporte; se decantan los gustos por la música, salir con los amigos, se adoptan signos comunes de identidad (piercing, tatuajes, moda, conductas de riesgo), luego (18 a 21 años)

la relación con los amigos se vuelve más débil, centrándose en pocas personas y/o en relaciones más o menos estables de pareja.

4.1.2.4. **Desarrollo de la identidad.** En la primera adolescencia hay una visión utópica del mundo, con objetivos irreales, un pobre control de los impulsos y dudas. Sienten la necesidad de una mayor intimidad y rechazan la intervención de los padres en sus asuntos. Posteriormente, aparece una mayor empatía, creatividad y un progreso cognitivo con un pensamiento abstracto más acentuado y, aunque la vocación se vuelve más realista, se sienten “omnipotentes” y asumen, en ocasiones, como ya dijimos, conductas de riesgo. Entre los 18 y 21 años los adolescentes suelen ser más realistas, racionales y comprometidos, con objetivos vocacionales prácticos, consolidándose sus valores morales, religiosos y sexuales, así como comportamientos próximos a los del adulto maduro.

4.2. Suicidios

4.2.1. Definición. El suicidio es la consecuencia final de una actuación o conjunto de actuaciones voluntarias y conscientes en mayor o menor medida que culminan en la muerte de un individuo por su propia iniciativa. Se supone aproximadamente el 1% de todas las muertes, habiéndose involucrado en su desarrollo factores de tipo social, biológico, psicológico, genético, psiquiátrico y orgánico. (Eguiluz, 2013)

4.2.2. Epidemiología.

4.2.2.1. Mundial. Los estudios epidemiológicos sobre el suicidio son numerosos, pues se reconoce como un problema destacado de salud pública, tanto globalmente, como en la región de Latinoamérica y el Caribe (Gerstner, Soriano, Zanhuanza, Caffè, & Kestel, 2018). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, a nivel mundial cerca de 800.000 personas mueren anualmente por suicidio, y muestra especial preocupación por los jóvenes entre 15 y 24 años, pues constituye el segundo motivo de muerte en estas edades. (OMS, 2019). En países de altos ingresos, la tasa de suicidios consumados para los hombres es tres veces más alta que la de las mujeres (3:1), mientras que en países de ingresos medios y bajos la razón es menor (1,5:1); en ambos casos las razones de las tasas son menores en niños y adolescentes y aumentan conforme a la edad. (Gerstner, Soriano, Zanhuanza, Caffè, & Kestel, 2018)

4.2.2.2. Latinoamérica. La Organización Panamericana de la Salud reconoce al suicidio como un problema relevante de salud pública y ha fortalecido su cooperación técnica en este campo. En su más reciente Plan Estratégico (2014-2017) determinó que el

suicidio es uno de los indicadores de impacto que deben ser evaluados en la Región. (OPS, 2019).

Según los datos más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa de suicidios media en el continente americano es de 9.8 por cada 100 mil habitantes. Esto significa unas 65 mil muertes anuales. En el continente, el país con la mayor tasa de suicidios es Guyana, con 29 por cada 100 mil habitantes, siendo una de las tasas más elevadas del mundo. Tras Guyana, se encuentran Bolivia y Uruguay, con tasas de 18.7 y 17 respectivamente. En la región, solo estos tres países sobrepasan la media europea de suicidios, que es de 15,4 por cada 100 mil habitantes. (OMS, 2019)

En América Latina y el Caribe las tasas en los hombres y en las mujeres fueron de 8,4 y 2,1 por 100.000, respectivamente. En las Américas, al igual que en otras partes del mundo, las tasas de suicidio en hombres continúan siendo superiores a las observadas en las mujeres, y representan alrededor del 79% de todas las defunciones por suicidio. En promedio, la razón hombre-mujer, ajustada según la edad, era de 3,8 en la Región y 4,0 en América Latina y el Caribe. (Washington, 2016)

4.2.2.3. Nacional. Concretamente, Ecuador se encuentra entre los diez países con mayores tasas de suicidios en niños y niñas de 10 a 14 años, y adolescentes femeninas entre 15 y 19 años, en conjunto con los países mencionados ut supra. El mayor problema del suicidio en niños y adolescentes corresponde a países de las Américas y de la antigua Unión Soviética que han experimentado singulares cambios políticos y económicos en las últimas décadas. Además, las tasas para Ecuador podrían ser aún más altas si se tuviera en cuenta que parece existir un subregistro considerable de suicidios. Un estudio a nivel mundial reveló que Ecuador aparece entre los cinco países con tasas de suicidio más altas en mujeres adolescentes que en hombres de su misma edad. (Gerstner, Soriano, Zanhuanza, Caffè, & Kestel, 2018)

Según el último informe sobre el suicidio en la Región de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las tasas de suicidio de adolescentes de 10 a 19 años y de 15 a 24 de Ecuador fueron, respectivamente, 7,5 y 13,6 por 100 000. (OPS, 2019)

4.2.3. Clasificación del riesgo suicida

Según las características de la idea suicida y del riesgo, así será la gravedad del intento suicida. (Torres, 2020)

4.2.3.1. **Leve.** Hay ideación suicida, sin planes concretos para hacerse daño, rectifica su conducta, de manera que hay autocrítica.

4.2.3.2. **Moderado.** Existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos y factores de riesgo adicionales (más de un factor de riesgo).

4.2.3.3. **Grave.** Idea concreta de hacerse daño; tiene antecedente de un intento suicida previo; existen más de 2 factores de riesgo, pero sin un plan suicida claro. Expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica su idea suicida.

4.2.3.4. **Extremo.** Presenta varios intentos suicidas con varios factores de riesgo y puede tener como agravante la autoagresión.

4.2.4. Tipos de suicidios

4.2.4.1. **Suicidios egoístas.** Se dan comúnmente en las personas excesivamente individualistas y es propio de las sociedades más avanzadas. Este tipo de suicidio es más común en los individuos poco integrados a los grupos sociales de los que forman parte. (Sanchez-Serrano, 2019)

- **Suicidio egoísta en la familia.** El matrimonio conlleva una serie de dificultades y responsabilidades. Por esta razón, antiguamente llegó afirmarse que el matrimonio y la vida familiar multiplicaban las probabilidades de suicidio.

- **Suicidio Egoísta en la Sociedad.** El sentimiento de inutilidad frente a la sociedad en que nos desarrollamos puede generar deseos, acciones suicidas "si la vida no vale la pena ser vivida, todo se convierte en un pretexto para deshacernos de ella.

4.2.4.2. **Suicidio altruista.** Es la versión opuesta al anterior. Sucede por una excesiva "integración" del sujeto con la sociedad a la que pertenece, al punto tal, que la personalidad individual no cuenta, pues se encuentra muy comprometida con el grupo social en el que interactúa. El individuo se somete con abnegación a las leyes y costumbres de su sociedad, de tal modo que se suicida porque piensa que ese acto es un deber. Un ejemplo es el "HaraKiri" practicado en las antiguas sociedades japonesas. (Maldonado, 2016)

4.2.4.3. **Suicidio anónimo.** Este tiene lugar cuando una alteración del equilibrio de la integración de la persona con la sociedad es baja, sin normas habituales de conducta. Una persona no puede vivir ni ser feliz si sus necesidades no son suficientemente proporcionadas a sus medios. La tendencia a la vida es el resultado a todas las demás tendencias y, consecuentemente, se debilita si las otras se relajan. Algunas personas no soportan los cambios en estas normas y formas de vida y llegan al suicidio. Por ejemplo, cuando una persona se divorcia o se le muere un ser querido, lo cual genera alteraciones en su estructura y ritmo de vida. (Díaz, 2015)

4.2.4.4. **Suicidio fatalista.** Es la versión opuesta al anterior. Aquel sucede por el cambio de normas que regulen la conducta humana. Este afecta a aquellas personas que no aceptan las normas y se sienten reprimidas en sus sentimientos, pasiones y limitados en su futuro. Pueden ser hijos de padres estricta y agresivamente disciplinados o extremadamente moralistas. (Maldonado, 2016)

4.2.5. **El Comportamiento Suicida.**

El comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones:

4.2.5.1. **El deseo de morir.** Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto” y otras expresiones similares. (CLINIC, 2020)

4.2.5.2. **La representación suicida.** Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.

4.2.5.3. **Las ideas suicidas.** Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

- *Idea suicida sin un método específico*, pues el sujeto tiene deseos de matarse, pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.
- *Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado*, en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo.
- *Idea suicida con un método específico no planificado*, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las

debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.

- *El plan suicida o idea suicida planificada*, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir. (Cabra O.L, 2017)

4.2.5.4. ***La Amenaza Suicida.*** Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

4.2.5.5. ***El Gesto Suicida.*** Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

4.2.5.6. ***El Intento Suicida.*** Denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

4.2.5.7. ***El Suicidio Frustrado.*** Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

4.2.5.8. ***El Suicidio Accidental.*** El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto. También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, que se autoagrede sin propósitos de morir, pero las complicaciones derivan en la muerte. (Maldonado, 2016)

4.2.5.9. ***Suicidio intencional.*** Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte. (Cabra O.L, 2017)

4.2.6. Factores de riesgo para pensamientos suicidas

4.2.6.1. Factores sociodemográficos.

- *Región o país.* Las tasas más altas de suicidio a nivel mundial se encuentran en Lituania y Rusia (51,6 y 43,1 por 100 000 habitantes), y las más bajas en Azerbaiyán, Kuwait y Filipinas (1,1, 2,0 y 2,1 por 100 000 habitantes). En Europa, el suicidio es la décima causa de muerte, siendo los países de Europa Oriental los que presentan mayores tasas. También se observan altas tasas en los países nórdicos (MINISTERIO DE SANIDAD, 2012)

- *Sexo.* En la mayor parte de los países en los que se ha estudiado el fenómeno suicida se ha visto que las mujeres presentan tasas de ideación suicida y de intentos de suicidio superiores a los hombres. Sin embargo, la tasa de suicidios consumados es mayor en los hombres en proporción hombre/mujer es de 4:1 en países occidentales y entre 3:1 y 7,5:1 en el resto del mundo. (OPS, 2019)

- *Edad.* Es más frecuente en adolescentes y el riesgo de suicidio aumenta con la edad. Actualmente las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando, sobre todo en varones entre 15-24 años, siendo la tercera causa de muerte en Estados Unidos entre jóvenes de esta edad. (Diaz, 2015)

- *Origen étnico.* Dos de cada tres suicidas son varones blancos en Estados Unidos. La tasa de suicidio para varones blancos es 1,6 veces mayor que la de los varones negros, 4 veces mayor que la de las mujeres blancas y 8,2 veces mayor que la de las mujeres negras. Hay grupos étnicos, como los indios americanos y nativos de Alaska, en los que la tasa de suicidio es superior a la media nacional. En Europa, la tasa de suicidio en fineses y húngaros doblan la media europea, mientras que los países mediterráneos están por debajo. (Cabra O.L, 2017)

- *Estado civil.* La persona que se encuentra integrada y participa de los intereses de un núcleo familiar considerado como gratificante, disminuye los impulsos suicidas. Por lo tanto, puede considerarse como posible factor de riesgo suicida, la ausencia de esta estructura nuclear (soltera, separado, viuda). (Achavarri, 2018)

- *Nivel socioeconómico:* Tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural. (Diaz, 2015)

4.3. Factores clínicos

4.3.1. Trastornos mentales. El suicidio tiene una fuerte relación con la enfermedad mental. Esta asociación se ha valorado por los estudios de autopsias psicológicas de series consecutivas de suicidios. Estos estudios han mostrado que un 90% de los suicidios tenían uno o más trastornos psiquiátricos y que a mayor número de patologías, mayor riesgo de suicidio. El riesgo de suicidio es mayor en la fase temprana de la enfermedad y en los primeros seis meses, tras el alta de un ingreso psiquiátrico. (Torres, 2020)

4.3.2. Trastornos afectivos. Los trastornos afectivos y sobre todo el trastorno depresivo mayor es el trastorno psiquiátrico que más se relaciona con el suicidio. En el meta-análisis de Harris y Barraclough, se obtiene como resultado que la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar 15 y la distimia 12. El riesgo es especialmente mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, ya que, en la fase de estado, el retardo psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción. (Siabato, 2018)

4.3.3. Esquizofrenia. En este trastorno, se han descrito tasas de suicidio de hasta un 10%. Los pacientes con esquizofrenia comparten algunos de los factores de riesgo de la población general: ser hombre, blanco, estar deprimido, soltero, desempleado, vivir solo o estar aislado socialmente. También existen factores específicos para la esquizofrenia como: ser joven, haber tenido numerosas recaídas con alto número de ingresos psiquiátricos y deterioro social, laboral y sexual por la enfermedad. Otro aspecto a tener en cuenta es el uso de los neurolépticos por sus efectos secundarios: acatisia o rigidez. (OPS, 2019)

4.3.4. Trastorno de ansiedad. Casi el 20% de los pacientes con un trastorno de crisis de ansiedad y fobia social, hacen intentos de suicidio infructuosos. Si se asocia además a depresión, entonces aumenta el riesgo de que el intento sea un suicidio consumado. (Hernandez, 2016)

4.3.5. Abuso de sustancias. El trastorno por uso de sustancias, fundamentalmente el alcoholismo y en menor medida otras drogas, frecuentemente se ha asociado al suicidio, tanto como factor de riesgo como precipitante de conductas suicidas. Hasta un 15% de los alcohólicos se suicidan y el abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios. Según Harris y Barraclough, tienen 6 veces más de riesgo de suicidio que en la población general. Suelen ser hombres blancos, de mediana edad, solteros o con antecedentes de ruptura sentimental, con problemas económicos y/o laborales y aislados socialmente. El consumo de alcohol, además, puede ir asociado a enfermedades médicas,

trastornos del ánimo, trastornos de personalidad, intentos autolíticos previos o trastornos del control de impulsos. (Andrade, 2018)

4.3.6. Trastornos de Personalidad. Los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental. (Hernandez, 2016)

4.3.7. Conducta Suicida Previa. La prevalencia de los intentos autolíticos está entre 0,7-5,9 %. La existencia de antecedentes personales de intentos autolíticos en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado. El 82% de aquellos que realizaron intentos previos y que consumaron el suicidio finalmente, cambiaron el método a otro más letal. (MINISTERIO DE SANIDAD, 2012)

4.3.8. Trastornos Adaptativos: Son síntomas emocionales (depresivos o ansiosos) o conductuales (incluso autolisis), clínicamente significativos que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables. Se trata de una variable compleja en la que se combinan su intensidad, cantidad, duración o contexto personal. Entre estos acontecimientos vitales se pueden destacar: procesos relacionados con la edad, problemas laborales, de pareja, de salud, enfermedad o fallecimiento de algún miembro de la familia. (Kaslow, 2019)

4.4. Factores protectores

Son aquellos que disminuyen la probabilidad de un suicidio en presencia de factores de riesgo, se divide en: (MINISTERIO DE SANIDAD, 2012)

4.4.1. Personales.

- Habilidad en la resolución de conflictos o problemas
- Tener confianza en uno mismo
- Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales
- Presentar flexibilidad cognitiva.
- Tener hijos, concretamente en las mujeres.

4.4.2. Sociales o medioambientales.

- Sociales o medioambientales.

- Apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad.
- Integración social.
- Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos

4.5. Evaluación y diagnóstico del paciente con riesgo de suicidio

Para poder hacer una correcta evaluación del riesgo de suicidio, se deben conocer aquellos factores que están relacionados con la conducta suicida. Los factores de riesgo pueden dividirse en aquellos en los que difícilmente se puede intervenir de forma clínica, y otros en los que sí hay posibilidad de intervención clínica. No obstante, todos deben ser evaluados con el propósito de hacer una mejor evaluación del riesgo. (Chiclana, 2011)

La prueba diagnóstica más útil es la entrevista clínica, que ha de ser completa y contemplar diversas variables para poder tener todos los datos y saber actuar sobre aquellos factores en los que es posible intervenir. Lo primero será atender a la vida del paciente si está en riesgo vital. Posteriormente le evaluaremos en condiciones de seguridad tanto para el paciente como para el profesional. (CLINIC, 2020)

El acto o ideación suicida suele darse en un contexto de grave sufrimiento para la persona, en relación con una patología psiquiátrica, con una patología médica grave o con acontecimientos vitales estresantes que le han hecho entrar en crisis, y desde esta perspectiva ha de ser atendido. Cuando se ha producido un acto suicida que se ha frustrado, lo exploraremos con detalle para obtener información que nos permita valorar el riesgo de suicidio y la intencionalidad, además del proceso psicopatológico que subyace, para diseñar un plan terapéutico muy personalizado.

Entre los factores sobre los que el clínico sí puede actuar se encuentra principalmente la presencia de patología psiquiátrica. En al menos un 90% de los suicidios se identifica algún trastorno psiquiátrico, los trastornos afectivos son los más frecuentes (algo más del 40%), seguidos del abuso de sustancias (sobre el 40%). El abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios. (Gonzalez, 2018)

5. Metodología

La presente investigación se realizó en el Cantón Saraguro, parroquia Tenta en la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe ABC, que se encuentra ubicado en el km 5, vía a Manú en la comunidad de Membrillo, teniendo como esencia los siguientes factores asociados; Disfunción familiar, autoestima y consumo de sustancias psicoactivas.

5.1. Enfoque:

Se llevó a cabo un estudio del tipo descriptivo de enfoque cuantitativo, observacional de cohorte transversal correlacional prospectivo.

5.2. Período:

El tiempo estipulado para realizar la investigación, fue de seis meses, desde octubre del año 2021 hasta marzo del año 2022.

5.3. Unidad de estudio:

El estudio se llevó a cabo en la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe ABC de Tenta.

5.4. Universo y Muestra:

Estuvo constituido por 90 estudiantes legalmente matriculados en primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe ABC de Tenta. De los cuales, 85 estudiantes cumplieron los criterios no probabilístico de inclusión e exclusión.

5.5. Criterios de inclusión:

- Todos los adolescentes de primero, segundo y tercer año de bachillerato legalmente matriculados en el establecimiento tanto hombres y mujeres.
- Adolescentes que porten el consentimiento informado legalmente firmado por su representante legal, y que llenen correctamente el instrumento.

5.6. Criterios de exclusión:

Estudiantes que no asistan el día de la aplicación de la herramienta investigativa, aquellos que no respondan a la herramienta y los que tengan algún problema de salud que no les permita participar.

5.7. Técnica. Se iniciará con el consentimiento informado y una encuesta que recoja datos sociodemográficos, luego el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa – PANSI y seguidas de otras encuestas validadas para determinar los factores asociados a pensamientos suicidas, como; APGAR familiar para determinar disfuncionalidad

familiar, Test de Rosemberg para determinar autoestima y el Test de ASSIST para determinar el consumo de drogas y alcohol en los estudiantes.

5.8. **Instrumentos.** Para el desarrollo de la investigación se aplicará los siguientes formularios o encuestas de forma presencial:

5.8.1. **Consentimiento informado.** (Anexo 1) Es uno de los instrumentos que buscan asegurar que el paciente reciba la información adecuada, que se motive la decisión autónoma del paciente y que se refrenden los acuerdos entre el profesional de la salud y el médico, para buscar las mejores opciones de atención y cuidado, según cada caso. (Espinosa, 2016)

5.8.2. **Ficha sociodemográfica.** (Anexo 2) Son características sociológicas y demográficas útiles para el análisis del trabajador o familia en general, el cual nos permite conocer las condiciones de salud, económica etc. De un estudio en específico.

- **El test Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa – PANSI** (Anexo 3). Consta de 14 ítems, seis de ideación positiva y ocho de ideación negativa en las cuales se le pregunta que tan a menudo ha presentado los 14 pensamientos en las últimas dos semanas. La persona debe responder haciendo uso de una escala de 5 puntos que oscilan entre 0 (nunca) y 4 (siempre) y se califica de la siguiente manera; sin riesgo (15 puntos), poco riesgo (16 a 25 puntos), riesgo moderado (26 a 35 puntos) y riesgo alto (mayor a 35 puntos). Este inventario ha mostrado coeficientes de consistencia interna superiores a 0.8 y buena evidencia de validez de constructo (concurrente y discriminante), tanto en muestras clínicas como no-clínicas. Este inventario consta de dos escalas factorialmente derivadas: Ideación positiva e Ideación negativa. El trabajo original sobre el PANSI se llevó a cabo en dos estudios. En el primero, los autores encontraron una estructura bifactorial, en una muestra normativa de 450 estudiantes universitarios entre los 18 y 25 años de edad. El segundo estudio implicó a 286 estudiantes de pregrado con edades entre los 18 y 48 años, en el cual el análisis factorial confirmatorio validó la estructura de dos factores propuesta en el estudio. (Villalobos, 2018)

Además, para determinar los factores asociados principales o secundarios se utilizará las siguientes escalas:

- **Para identificar los niveles de autoestima el Test de Rosemberg.** (Anexo 4). Es uno de los instrumentos más utilizados en la medición global de la autoestima. Desarrollada por Rosenberg (1965), originalmente para la evaluación de la autoestima en

adolescentes e incluye 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. La mitad de los ítems están redactados de manera positiva y la otra mitad de manera negativa que obtienen una puntuación del 0 al 3 en función de si tú te sientes poco, algo o muy identificado. Cero es nada de acuerdo y 3 totalmente de acuerdo y califica de la siguiente manera; 15 puntos significa baja autoestima, entre 15 y 25 significa que gozas de alta autoestima, siendo 30 la puntuación tope a la que se podría optar. Es una escala que ha demostrado una buena fiabilidad y validez en diferentes contextos, incluyendo el de la población de estudio (Vázquez, Jiménez & Vázquez, 2004; Villalobos-Galvis, 2006). (Villalobos, 2018)

- ***Para evaluar la funcionalidad familiar el test de APGAR Familiar*** (Anexo 5). Es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil, útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. Está estructurado con tres posibilidades, puntuándose de la siguiente manera; Casi siempre (2 puntos); Algunas veces (1 punto); Casi nunca (0 puntos). Las puntuaciones se suman y se interpreta de la siguiente manera, de 7 a 10 una familia muy funcional, de 4 a 6 moderadamente disfuncional y de 0 a 3 grave disfunción. (Dr. Suarez Miguel, 2014)

- ***Test ASSIST consumo de alcohol y drogas***, (Anexo 6). Elaborado por la OMS en el año 2003. Por un grupo internacional de investigadores y médicos como una herramienta técnica para ayudar a la identificación temprana de riesgos para la salud y trastornos debido al uso de sustancias en la atención primaria de salud, la atención médica general y otros entornos. El objetivo del proyecto OMS ASSIST es brindar apoyo y promover la prueba de detección de consumo e intervenciones breves del uso de sustancias psicoactivas por profesionales de la salud para facilitar la prevención, la identificación temprana y el manejo de los trastornos de uso de sustancias en los sistemas de atención de la salud con el objetivo principal de reducir la carga de morbilidad que se atribuye al uso de sustancias en el mundo. (OMS, 2019) Constituido de 5 preguntas cerradas donde se tiene dos opciones opuestas (si/no) obteniendo respuestas claras.

5.9. **Procedimiento:** Para realizar la presente investigación, se siguió el siguiente proceso:

- Se solicitó la respectiva autorización al Director de la Unidad Educativa para poder emplear la respectiva hoja de recolección de datos.

- Se visitó y socializó el proyecto de investigación en las diferentes aulas de la institución proporcionando información detallada sobre el objetivo principal de la investigación y la importancia de la participación.
 - Posteriormente, se empleó el consentimiento informado, test e instrumentos y se procedió al llenado con suma disciplina y responsabilidad por parte de los estudiantes.
- 5.10. **Equipos y materiales:** El material utilizado fueron: hojas, esferos, computadora, impresora.
- 5.11. **Análisis Estadístico:** Se realizó una base de datos en Excel año 2013, luego fueron analizados en la misma aplicación Excel. Una vez que se tabuló y analizó la información se presentó los resultados en tablas porcentuales que ayudaron a plantear las conclusiones y recomendaciones.

6. Resultados

6.1. Resultados para el primer objetivo

Caracterizar sociodemográficamente a los adolescentes de la unidad educativa comunitaria intercultural bilingüe ABC de Tenta.

Tabla 1: Distribución de los adolescentes participantes según edad, sexo y año escolar.

Característica sociodemográfica		F	%
Edad	13-15 años	28	32,94%
	16-18 años	54	63,53%
	19-22 años	3	3,53%
Sexo	Masculino	42	49,41%
	Femenino	43	50,59%
Año Escolar	Primero bachillerato	31	36,47%
	Segundo bachillerato	31	36,47%
	Tercero bachillerato	23	27,06%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Félix Aníbal Puchaicela Lozano

Análisis: Del total de los participantes se observó que existe un predominio del 63,53% (n=54) entre los 16 a 18 años de edad, seguido del 32,94% (n=28) se encuentra entre los 13 a 15 años, y el 3,53% (n=3) corresponden a los 19 a 22 años de edad. Por otra parte el 49,41% (n=42) son de sexo masculino y el 50,59% (n=43) son de sexo femenino. Y finalmente el 36,47% (n=31) corresponden al primero de bachillerato, el 36,47 (n=31) corresponde al segundo de bachillerato y el 27,06% (n=23) corresponden al tercero de bachillerato.

Tabla 2: Distribución de los adolescentes participantes según la etnia y residencia.

Característica sociodemográfica		f	%
Etnia	Indígena	50	58,82%
	Mestizo	35	41,18%
Residencia	Urbano	19	22,35%
	Rural	66	77,65%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Félix Aníbal Puchaicela Lozano

Análisis: Del total de los participantes, el 58,82% (n=50) pertenecen a la etnia indígena y el 41,18% (n=35) pertenecen a la etnia mestiza, el 22,35% (n=19) son de procedencia de la zona urbana y el 77,65% (n=66) de la zona rural.

6.2. Resultados para el segundo objetivo

Establecer la existencia de pensamientos suicidas en los adolescentes a través del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI).

Tabla 3: Distribución de los adolescentes participantes según el Inventario de Ideación suicida positiva y negativa PANSI.

Riesgo Suicida	f	%
Sin riesgo	56	65,88%
Poco riesgo	19	22,35%
Riesgo moderado	8	9,41%
Riesgo alto	2	2,35%
Total	85	100%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Félix Aníbal Puchaicela Lozano

Análisis: De acuerdo al inventario de ideación suicida positiva y negativa PANSI, el 65,88% (n=56) no presenta ningún riesgo, seguido del 22,35% (n=19) que corresponde a poco riesgo, el 9,41% (n=8) presenta riesgo moderado y finalmente tan solo el 2,35% (n=2) presenta un riesgo alto de ideación suicida.

6.3. Resultados para el tercer objetivo

Determinar los principales factores psicosociales asociados a pensamientos suicidas de los adolescentes.

Tabla 4: Distribución de los adolescentes participantes según el APGAR de disfunción familiar.

Disfunción familiar	f	%
Disfunción grave	3	3,53%
Disfunción leve	22	25,88%
Buena función familiar	60	70,59%
Total	85	100%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Félix Aníbal Puchaicela Lozano

Análisis: De todos los participantes, el 70,59% (n=60) tienen una buena función familiar, seguido del 25,88% (n=22) presenta una disfunción familiar leve y tan solo el 3,53% (n=3) corresponde a una disfunción familiar grave.

Tabla 5: Distribución de los adolescentes participantes según el test de Autoestima Rosemberg.

Grado de autoestima	f	%
Autoestima baja	41	48,24%
Autoestima media	22	25,88%
Autoestima alta	22	25,88%
Total	85	100%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Félix Aníbal Puchaicela Lozano

Análisis: De todos los participantes, el 48,24% (n=41) presenta un autoestima baja, seguido del 25,88% (n=22) un autoestima media que se asemeja con el mismo porcentaje para un autoestima alta.

Tabla 6: Distribución de los adolescentes participantes según el Test ASSIST consumo de alcohol y drogas.

Alcohol y drogas		f	%
Tabaco	Si	19	22,35%
	No	66	77,65%
Bebidas alcohólicas	Si	39	45,88%
	No	46	54,12%
Cannabis	Si	2	2,35%
	No	83	97,65%
Cocaína	Si	3	3,53%
	No	82	96,47%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Félix Aníbal Puchaicela Lozano

Análisis: De todos los participantes con respecto al consumo de alcohol y drogas, tenemos que consumen mayormente bebidas alcohólicas el 45,88% (n=39), seguido del consumo de tabaco del 22,35% (n=19); mientras que el consumo de cannabis y cocaína es bajo con el 2,35% (n=2) y 3,53% (n=3) respectivamente.

7. Discusión

La adolescencia, es una etapa en la que ocurren cambios de crecimiento y desarrollo neuroendocrinos, psicológicos y sociales. Los problemas que generalmente pueden llevar a afectar a los adolescentes, corresponden al área emocional y psicosocial, que dependiendo de la forma como ellos perciban la realidad pueden presentar dificultades severas que interfieran con el desarrollo saludable e impulsen la aparición de ideas suicidas.

En la investigación realizada, se observó a 85 participantes adolescentes, que corresponde a primero, segundo y tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Comunitaria Intercultural bilingüe ABC de Tenta, a quienes luego de haber realizado el análisis correspondiente, arrojaron datos que demuestra que el sexo femenino, registra un porcentaje de riesgo mayor representado por un 50.59% del total de los evaluados, cuya cifra dista con la del sexo masculino; sin embargo, se observa una prevalencia de estudiantes en el rango de 16 y 18 años de edad con el 63.53%, seguido del 32,94% entre los 13 a 15 años.

Comparando estos resultados con el estudio realizado en la ciudad de Quito, por el autor Aucapiña (2019), donde el 53% fueron femeninas y el 57,2% pertenecían al rango de edad comprendidas entre 14 a 16 años, esta cifra, no se aleja de la realidad que se observa en los estudiantes del ABC de Tenta. Asimismo, en otro estudio realizado en la ciudad Cuenca por los autores Aguirre & Auquilla (2018), el 51,91% corresponde al sexo masculino, seguido del 55,73% que corresponden al rango de edad de 12 a 14 años y el 44,27% entre los 15 a 18 años de edad, cifra que difiere en parte, con los resultados obtenidos en esta investigación.

Con respecto a la etnia, se pudo evidenciar la prevalencia significativa del 58,82% que corresponde a los indígenas, en comparación al 41.18% de la etnia mestiza. Asimismo, se demostró que el 77.65% son de procedencia rural y el 22,35% urbana. En el estudio publicado por Aguirre & Auquilla (2018) existe cambios significativos en cuanto a la etnia mestiza con el 93,8% de prevalencia y el 89.5% correspondiente a la zona urbana. Por otro lado, en la publicación realizada por (Aucapiña, 2019), el 91.60% pertenecen a la zona rural, donde es evidente que no existe cambios significativos con el estudio realizado en esta investigación.

Con respecto a la existencia de pensamientos suicidas en los adolescentes a través del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa PANSI, se pudo evidenciar que el 65,88% se encuentra sin riesgo y que únicamente el 11,76% se encuentra entre riesgo moderado y alto de ideación suicida. Comparado con el estudio publicado por Aucapiña (2019) el 38,93% no presenta ningún riesgo y el 5,34% presentar un riesgo alto para atender contra su propia vida. Mientras en otro estudio publicado en Barranquilla-Colombia por De la Cruz & Zuñiga (2018) se identificó que el 29.3% no presenta niveles de riesgo de ideación suicida, un 29.4% corresponde a poco riesgo. Asimismo, se encontró que el 26.6% posee riesgo moderado y tan solo un 14.7% presento un riesgo alto de ideación suicida.

De igual manera, mediante la determinación de factores psicosociales para pensamientos suicidas, en este estudio se logró destacar que el 70,59% (n=60) tienen una buena función familiar, 25,88% (n=22) disfunción familiar leve y tan solo el 3,53% (n=3) corresponde a una disfunción familiar grave. Mientras que, en el estudio realizado en Trujillo-Perú por Urtecho (2017) se puede apreciar que el 37% tuvo disfuncionalidad leve, 28.1% disfuncionalidad moderada y 7.5% severa, mientras que solo el 27.4% de adolescentes perteneció a una familia funcional. Asimismo, destaca otro estudio similar realizado en Barranquilla-Colombia por Muñoz & Reyes (2020), donde afirma la correlación positiva entre disfunción familiar y riesgo de ideación suicida, a mayor disfuncionalidad familiar aumenta la probabilidad de que los individuos manifiesten mayor riesgo de ideación suicida. De igual manera, en el estudio realizado en la ciudad de Cuenca por Aucapiña (2019), se observa que el 5,34% de adolescentes con pensamientos suicidas presentan una disfunción familiar. Así pues, el 12,21% corresponde a una familia con disfunción leve y el 11,45% de adolescentes con pensamientos suicidas tienen una familia normofuncional.

Con respecto al autoestima, que se ha considerado como un factor negativo influyente para que el adolescente presente pensamientos suicidas, se pudo evidenciar notoriamente que el 48,24% (n=41) presentan autoestima baja, en comparación de autoestima media o alta. Comparando con el estudio realizado en Colombia por Nataly & Yenny (2018), difieren notoriamente con un 72.4% que corresponde a autoestima media y tan solo el 5.3% presentaron autoestima baja. Por otro lado, Aucapiña (2019) observo que el 20.61% tienen baja autoestima, el 36,64% presenta una autoestima media y el 42,75% presenta una alta autoestima.

En cuanto al consumo de alcohol y drogas, se pudo evidenciar que el 45,88% (n=39) de los evaluados, consumen bebidas alcohólicas, seguido del consumo de tabaco con un 22,35% (n=19); mientras que, el consumo de cannabis y cocaína es muy bajo. De igual forma, Aguirre & Auquilla (2018) destaca que el 51,3%, consumen ciertas sustancias, donde se incluyen alcohol, tabaco y drogas, elementos que se han catalogado como factores de riesgo para intentos de suicidio.

8. Conclusiones

1. De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede concluir que, del total de participantes tanto hombres como mujeres la relación fue de 1:1 respectivamente, con un rango de edad prevalente entre los 16 y 18 años; asimismo, se evidenció que la mayoría de los participantes pertenecen a la etnia indígena de procedencia rural.
2. En relación a la existencia de ideación suicida, la investigación demostró que la mayoría de estudiantes no presentan riesgo en relación a un número menor que si presentó riesgo moderado y alto para ideación suicida.
3. Luego de haber analizado los factores psicosociales, haciendo referencia a la disfunción familiar, se observó que la mayoría de los estudiantes tienen buena funcionalidad familiar, mientras que, un número menor presentó disfuncionalidad grave coincidiendo con el porcentaje de ideación suicida alta.
4. Con respecto al autoestima, se logró evidenciar que aproximadamente la mitad de la población estudiada presentaron baja autoestima.
5. También se encontró que el consumo de sustancias psicoactivas, prevalece con un porcentaje mayor de alcohol, seguido del tabaco y finalmente con un número menor de cannabis y cocaína.

9. Recomendaciones

1. En base a los hallazgos obtenidos en esta investigación, se recomienda que se continúe realizando este tipo de estudios, tomando como base los resultados obtenidos en el presente trabajo, para de esta forma, vigilar el comportamiento de este flagelo que amenaza a los adolescentes de nuestras comunidades.
2. Además, es importante que en la Unidad Educativa ABC de Tenta, ubicado en el cantón Saraguro, provincia de Loja, se realicen programas de capacitación en promoción y prevención de salud mental en coordinación con el Ministerio de Salud Pública.
3. Finalmente, es fundamental involucrar de manera directa a los padres de familia, docentes y personal sanitario, en el acompañamiento y seguimiento continuo de los adolescentes que se encuentra en riesgo de sufrir pensamientos suicidas.

10. Bibliografía

- Achavarri, A. (2018). Concepto y clasificación de la conducta suicida . 4-7.
- Aguirre, A., & Auquilla, I. (2018). DETECCIÓN TEMPRANA DE IDEACIÓN SUICIDA E IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN ADOLESCENTES. *PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR*, 44-49.
- Andrade, J. (2018). Relación entre riesgo suicida, autoestima y desesperanza. *Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia, Colombia*, 4-7.
- Aucapiña, F. (2019). Factores asociados a pensamientos suicidas en adolescentes de la Unidad. *UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA*, 28-56.
- Barriga, K. (2018). Clima Social Familiar e Ideación Suicida en pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura. *Universidad Cesar Vallejo*, 15-20.
- Cabra O.L, I. D. (2017). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes . *Rev.Medica.Sanitas*, 4-9.
- Chiclana, C. G. (2011). Protocolo diagnóstico del paciente con riesgo de suicidio. *RESEARCHGATE*, 5774-5779.
- CLINIC, M. (18 de Octubre de 2020). *Suicidio y pensamientos suicidas*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/suicide/diagnosis-treatment/drc-20378054>

- De La Cruz, L. N., & Zúñiga, T. (2018). Ideación suicida y regulación emocional en adolescentes del municipio de Soledad, Atlántico. *Universidad de la Costa C.U.C.*, 75-77.
- Diaz, J. (2015). PREVENCIÓN DE CONDUCTAS AUTOLÍTICAS. *UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE*, 16-17.
- Dr. Suarez Miguel, D. E. (2014). Apgar familiar. *SCIELO*, 45-55.
- Eguiluz, I. S. (2013). *Introducción a la Psicología*. ESPAÑA: Medica Panamericana.
- Espinosa, D. V. (2016). Modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado . *Ministerio de Salud Pública del Ecuador* , 10-20 .
- Gerstner, R. M., Soriano, I., Zanhuanza, A., Caffé, S., & Kestel, D. (2018). Análisis de tendencias temporales del suicidio. *SCIELO*, 9-10.
- Gomez, A. (2017). Evaluación de riesgo del suicidio. [*REV. MED. CLIN. CONDES*, 607-613.
- Gomez, C. B. (2018). Evaluación del riesgo de suicidio en la guía de práctica clínica para diagnóstico y manejo de la depresión en Colombia. *ELSEVIER*, 10-20.
- Gonzalez, J. C. (2018). Ideación suicida, diagnóstico psiquiátrico y factores de riesgo. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 62-78.
- Hernandez, A. (2016). Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. *SCIELO*, 8-10.
- Iglesias Diz, J. (2013). Desarrollo del adolescente. *UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA* , 88-93.

Kaslow, N. (2019). Suicidio en adolescentes. ¿Cuáles son los factores de riesgo? *CHILD MIND INSTITUTE*, 5-10.

La hora . (21 de octubre de 2019). *Los suicidios en el cantón Loja alarman a las autoridades de salud*. Obtenido de <https://lahora.com.ec/loja/noticia/1102280654/los-suicidios-en-el-canton-loja-alarman-a-las-autoridades-de-salud>

Maldonado, A. G. (2016). *El Suicidio*. Obtenido de http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj_suicidio.pdf

Mansilla, F. (20 de MARZO de 2018). *La conducta suicida y su prevención: estrategias y terapias*. Obtenido de SPICOLOGIA ONLINE: <https://www.psicologia-online.com/la-conducta-suicida-y-su-prevencion-estrategias-y-terapias-3005.html>

Medica, R. (11 de NOVIEMBRE de 2019). *PQUIATRIA Y SALUD MENTAL*. Obtenido de *Identifican 44 medicamentos con potencial de prevenir suicidios*: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/identifican-44-medicamentos-con-potencial-de-prevenir-suicidios-9055>

Mendez, I., & Cerezo, F. (2015). Test Bull-s. *Universidad de Murcia* , 1-7.

MINISTERIO DE SANIDAD, P. S. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. *AVALIA-T*, 1-30.

Muñoz, A., & Reyes, L. (2020). Ideación Suicida y disfunción familiar en adolescentes del Caribe Colombiano . *AVFT* , 109-113.

- Nataly, P., & Yenny, S. (2018). RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES COLOMBIANOS. *Revista de Psicología GEPU*, 9-15.
- OMS. (2 de Septiembre de 2019). *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD* .
Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- OPS. (5 de Octubre de 2019). *ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD* .
Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49121>
- Prieto, B. (2017). El uso de los métodos deductivo e inductivo para aumentar la eficiencia del procesamiento de adquisición de evidencias digitales. *Pontificia Universidad Javeriana* , 2-5.
- Riveron, L. (2018). Factores de riesgo, síntomas y conducta ante adolescentes con intentos suicidas. *Revista 16 de Abril*, 5-6.
- Ruiz, H. (2018). Perfiles de pacientes asociados con intento de suicidio impulsivo. *UIDE*, 129-131.
- Sanchez-Serrano, J. L. (2019). Social work and suicide. *Universidad Pablo de Olavide*, 11-15.
- Siabato, E. (2018). Factors associated with suicidal ideation in college students. *Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja - Colombia*, 3-5.
- Torres, R. C. (2020). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MEDISAN*, 4-6.
- Urtecho, A. (2019). DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR RELACIONADO A IDEACIÓN SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES. *UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO*, 14-19.

Villalobos, F. (2018). Validez y fiabilidad del Inventario PANSI . *SCIELO*, 10-20.

Whashington, D. (2016). Mortalidad por suicidio en las Americas ISBN 978-92-75-11843-6. *OPS -OMS Informe general*, 5-7.

11. Anexos

Anexo 1 Consentimiento informado.



“Factores asociados a pensamientos suicidas en adolescentes de la Unidad Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe ABC de Tenta”

Consentimiento informado

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a los estudiantes y representantes legales, que se encuentren legalmente matriculados y se encuentren asistiendo legalmente a clases. De tal forma invito que sean partícipes del siguiente estudio denominado **“Factores asociados a pensamientos suicidas en adolescentes de la Unidad Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe ABC de Tenta”**

Tesista:

Félix Aníbal Puchaicela Lozano

Director: Dra. María Susana Gonzales Mg, Sc

Introducción:

Yo, Félix Aníbal Puchaicela Lozano estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, portador de la CI: 1150043865, me encuentro realizando el proyecto investigativo denominado “Factores asociados a pensamientos suicidas en adolescentes de la Unidad Educativa Comunitaria Intercultural ABC de Tenta” que es considerado como un problema de salud pública en adolescentes. De tal forma a partir de los datos obtenidos, este estudio permitirá reconocer los factores de riesgo para pensamientos suicidas en los adolescentes y de la misma forma beneficiará principalmente a todo el personal de docencia, alumnos y padres de familia de establecimiento para la toma de decisiones futuras frente al problema social presente en la adolescencia. Por tal motivo me dirijo al representante legal de los estudiantes que

formaran parte de este trabajo investigativo a participar voluntariamente en este estudio médico. Antes de decidir si su representado/a participa o no, debe comprender cada uno de los puntos detallados a continuación:

Propósito:

Determinar los factores asociados a pensamientos suicidas en los adolescentes de la Unidad Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe ABC de Tenta.

Tipo de intervención de la investigación:

Esta investigación incluirá datos personales, sociodemográficos y la aplicación de test y escalas que se encuentran validados en otros estudios.

Selección de participantes:

Estará constituido por todos los estudiantes legalmente matriculados en primero, segundo y tercero de bachillerato y que porten el consentimiento informado legalmente firmado por su representante legal.

Confidencialidad:

Toda la información obtenida será manejada con absoluta confidencialidad. Los datos de filiación serán utilizados, exclusivamente, para garantizar la veracidad de los mismos y a estos solo tendrán acceso los organismos evaluadores de la Universidad Nacional de Loja.

Resultados:

Los resultados obtenidos en este estudio permitirán reconocer los factores de riesgo para pensamientos suicidas en los adolescentes y de la misma forma beneficiará principalmente a todo el personal de docencia, alumnos y padres de familia del establecimiento para la toma de decisiones futuras frente al problema social presente en la adolescencia.

Derecho a negarse o retirarse:

Si ha leído el presente documento y ha decidido si su representado/a participa o no, entiéndase que la participación es voluntaria y que su representado/a tiene derecho de abstenerse del estudio en cualquier momento del mismo sin ningún tipo de penalidad. Tiene del mismo derecho a no contestar alguna pregunta en particular, si así lo considera.

A quien contactar:

Félix Aníbal Puchaicela Lozano

Correo: fapuchaicelal@unl.edu.ec

Celular: 0968080052

CONSENTIMIENTO

He sido informado/a de manera muy clara y oportuna sobre esta investigación. Entiendo que no sufriré daño alguno a mi persona. Soy consciente de los beneficios que se obtendrá con la aportación en este proyecto. Se me ha proporcionado el nombre del investigador. Consiento voluntariamente que mi representado/a participe en esta investigación.

Nombres y apellidos del representante: _____

Firma: _____

C.I: _____ **Fecha:** _____

Nombres y apellidos del participante: _____

firma: _____

C.I: _____ **Fecha:** _____

Contacto: fapuchaicelal@unl.edu.ec

Teléfono celular: 0968080052

Anexo 2. Ficha de recolección de información sociodemográfica



Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera Medicina

“FACTORES ASOCIADOS A PENSAMIENTOS SUICIDAS EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA COMUNITARIA INTERCULTURAL ABC DE TENTA”

DATOS PERSONALES

- Nombre: _____ Fecha: _____
- Edad: _____
- Sexo: F _____ M _____
- Año escolar _____ Paralelo _____
- Residencia: Urbano: ____ Rural: ____
- Etnia: Mestizo: ____ Indígena: ____
- Tipo de familia (marque con una X):
 - Familia Nuclear: (papá, mamá e hijos) _____
 - Familia Extensa: (padres, hijos, tíos, abuelos y otros parientes) _____
 - Familia Monoparental: (hijo/s viven solo con la madre o el padre) _____
 - Familia Compuesta: (ejemplo: madre sola con sus hijos se junta con padre viudo con hijos), y otros tipos de familias conformadas únicamente por hermanos o amigos) _____
- Representante legal: Padres () Abuelos () Tíos () Otros ()

En el caso de responder otros, justifique su respuesta: -----

- La economía de su hogar se encuentra:
 - $>716,14$ canasta básica ()
 - $< 716,14$ canasta básica ()

Anexo 3. Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa-PANSI

¿Durante las dos últimas semanas?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has considerado seriamente matarte porque no pudiste cumplir con lo que otras personas esperaban de ti?					
2. ¿Has sentido que tenías el control de la mayoría de las situaciones de tu vida?					
3. ¿Pensaste en matarte porque no tenías esperanza en el futuro?					
4. ¿Te sentiste tan triste por tu relación con alguien importante, que quisiste estar muerto?					
5. ¿Pensaste en matarte porque no pudiste hacer algo que era muy importante en tu vida?					
6. ¿Tuviste esperanza en el futuro porque las cosas estaban saliendo como tú querías?					
7. ¿Pensaste en matarte porque no encontraste una solución a un problema personal?					
8. ¿Te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?					
9. ¿Pensaste en matarte porque viste que tu vida era un fracaso?					
10. ¿Pensaste que tus problemas eran tan graves que la única opción que tenías era suicidarte?					
11. ¿Te sentiste tan solo(a) o tan triste que querías matarte para así terminar con ese sufrimiento?					
12. ¿Tuviste confianza en las capacidades que tenías para enfrentar la mayoría de problemas de tu vida?					
13. ¿Sentiste que valía la pena vivir la vida?					

14. ¿Tuviste confianza en lograr tus metas en el futuro?					
--	--	--	--	--	--

Fuente: Villalobos F. Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa - PANSI, en estudiantes colombianos, 2010

Elaborado por: El autor

Anexo 4. Test De Apgar Familiar - Funcionalidad Familiar

Preguntas	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?			
2. ¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en la casa?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?			
5. ¿Siente que su familia le quiere?			

Fuente: Suarez M. Apgar Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar, 2014

Elaborado por: El autor

Anexo 5. Test de Rosemberg - Autoestima

Preguntas	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona				

Fuente: Ventura J. Evidencias psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosemberg en adolescentes Limeños, 2018

Elaborado por: El autor

Anexo 6. Test ASSIST – consumo de alcohol y drogas

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez?	SI	NO
1. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		
2. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)		
3. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)		
4. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)		
5. Otros - especifique: _____		

Fuente: OMS. ASSIST V3, 2003

Elaborado por: El Autor

Anexo 7. Aprobación del tema y pertinencia del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0905 DCM-FSH-UNL

PARA: Sr. Félix Aníbal Puchaicela Lozano
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 23 de Noviembre de 2021

ASUNTO: APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL PROYECTO DE TESIS

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: **“Factores asociados a pensamientos suicidas en adolescentes de la Unidad Educativa fiscomisional San José de Calasanz del cantón Saraguro”**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrito por la Dra. Susana González, de fecha 16 de Noviembre, enviado el 23 de Noviembre de 2021, Docente de la Carrera de Medicina, una vez revisado y corregido se considera aprobado y pertinente, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
TVCP/NOT

Anexo 8. Designación de director de tesis



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0906 DCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Susana González
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 23 de Noviembre de 2021

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado/a como Director/a de tesis del tema: "**Factores asociados a pensamientos suicidas en adolescentes de la Unidad Educativa fiscomisional San José de Calasanz del cantón Saraguro**", autoría del Sr. Félix Anibal Puchalcela Lozano.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
TVCP/NOT

Anexo 9. Autorización para modificación del tema



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0952 DCM-FSH-UNL

PARA: Sr. Félix Anibal Puchaicela Lozano
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 08 de Diciembre de 2021

ASUNTO: **AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACION DE TEMA**

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "**Factores asociados a pensamientos suicidas en adolescentes de la Unidad Educativa fiscomisional San José de Calasanz del cantón Saraguro**", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la Dra. Susana González, Docente de la Carrera y en calidad de director de tesis, con fecha 8 de diciembre de 2021, propone la modificación de la población debido a que en la institución planteada no se le permitió el acceso a la recolección de los datos; por tanto el tema sugerido se denomina: "**Factores asociados a pensamientos suicidas en adolescentes de la Unidad Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe ABC de Tenta**".

Esta Dirección en vista de lo solicitado y expuesto, procede **autorizar la modificación del tema**, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CARRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

C.c.- Archivo, Director de Tesis,
TVCP/NOT

Anexo 10. Autorización para recolección de datos por parte de la Universidad Nacional de Loja



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0963 DCM-FSH-UNL

PARA: Lic. Miguel Japón
**RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA COMUNITARIA
INTERCULTURAL BILINGÜE ABC DE TENTA**

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 13 de Diciembre de 2021

ASUNTO: **SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS DEL
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones. Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa se digne conceder su autorización al **Sr. Félix Anibal Puchalcela Lozano**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para encuestar a los estudiantes de primero a tercero de bachillerato matriculados en el año lectivo 2021-2022 de la Unidad Educativa que usted acertadamente dirige; información que servirá para cumplir con el trabajo de investigación denominado: "**Factores asociados a pensamientos suicidas en adolescentes de la Unidad Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe ABC de Tenta**"; trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la **Dra. Susana González**, Catedrática de nuestra Carrera.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,



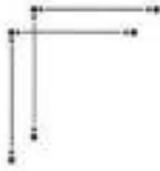
Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

Contacto del Estudiante: correo: fpuchalcela@unl.edu.ec, celular: 0965080052

C.c.- Archivo, Estudiante.

TVCP/NOT

Anexo 11. Certificación del abstract



UNL

Universidad
Nacional
de Loja



Loja, 016 de mayo de 2023

Lic. Marlon Armijos Ramírez Mgs.

**DOCENTE DE PEDAGOGIA DE LOS IDIOMAS
NACIONALES Y EXTRANJEROS – UNL**

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen del Trabajo de Integración Curricular titulado: **Factores asociados a pensamientos suicidas en adolescentes de la Unidad Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe ABC de Tenta**, autoría de Félix Anibal Puchaicela Lozano con CI: 1150043865, de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

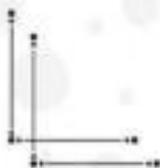
Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la parte interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Atentamente,



MARLON ARMIJOS RAMÍREZ
DOCENTE DE LA CARRERA PINE-UNL

1031-12-1131340
1031-2017-1905329



Educamos para Transformar



Anexo 12. Certificación del Tribunal de Grado



CERTIFICADO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 13 de junio de 2023

En calidad de tribunal calificador del trabajo de titulación denominado **“Factores asociados a pensamientos suicidas en adolescentes de la Unidad Educativa Comunitaria Intercultural Bilingüe ABC de Tenta**, de la autoría de **Félix Aníbal Puchaicela Lozano**, portador de la cédula de identificación Nro. **1150043865** previo a la obtención del título de Médica General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.

APROBADO



Dra. Ana Catalina Puertas Azanza

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL DE GRADO



**Dr. Claudio Hernán Torres
Valdivieso**

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Dra. Angélica María Gordillo Iniguez

MIEMBRO DEL TRIBUNAL