



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**CONDUCTA SUICIDA Y FACTORES DE RIESGO
PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE UNA
UNIDAD EDUCATIVA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERÍODO 2021.**

Trabajo de Integración
Curricular previo la obtención
del título de Licenciada en
Psicología Clínica.

AUTORA:

Lisseth Abigail Pereira Yaguachi

DIRECTORA:

Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.

1859

Loja – Ecuador

2022

CERTIFICADO

Loja, 8 de marzo del 2022

Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc
DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICO

Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración del trabajo de integración curricular titulado: **“CONDUCTA SUICIDA Y FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE UNA UNIDAD EDUCATIVA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERÍODO 2021.”** de autoría del/la estudiante **LISSETH ABIGAIL PEREIRA YAGUACHI**, previa a la obtención del título de **Licenciado/a en Psicología Clínica**, 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.

Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc
DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

AUTORÍA

Yo, **LISSETH ABIGAIL PEREIRA YAGUACHI**, declaro ser autor/a del presente Trabajo de Integración Curricular 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 Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

.....

Autora: Lisseth Abigail Pereira Yaguachi

Cédula de Identidad: 0707074050

Fecha: 19 de abril del 2022

Correo Electrónico: lisseth.pereira@unl.edu.ec

Teléfono o Celular: 0989626473

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, LISSETH ABIGAIL PEREIRA YAGUACHI declaro ser autor(a) del Trabajo de Integración Curricular titulado **Conducta suicida y factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados de una Unidad Educativa de la ciudad de Loja, período 2021.**, como requisito para optar el título de **Licenciado/a en Psicología Clínica** 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 la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RI, 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 Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 19 días del abril del dos mil veintidós

Autora: Lisseth Abigail Pereira Yaguachi

Cédula: 0707074050

Dirección: Ciudadela Celi Román, Benjamín Carrión y Benjamín Pereira, Loja

Correo electrónico: lisseth.pereira@unl.edu.ec

Celular: 0989626473

DATOS COPLEMENTARIOS:

Directora de Trabajo de Integración Curricular: Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala Mg.

Tribunal de Grado:

- Presidenta: Dra. Anabel Larriva Borrero Mg. Sc.
- Vocal 1: Bqf. Gabriela Merino Peralta Mg. Sc.
- Vocal 2: Psc. Cl. Gabriela Rojas Muñoz Mg. Sc.

DEDICATORIA

“Los sueños no funcionan salvo que tú funciones primero”

A Dios, dador de sabiduría y acción, quién abrió puertas para hacer realidad este sueño. A mis padres Marcos y Lida por su apoyo incondicional, quienes con su amor y paciencia han inculcado en mí el ejemplo de humildad, esfuerzo y valentía, de no rendirme ante las adversidades porque Dios siempre está conmigo. A mi hermano Stalin por sus acciones empáticas a lo largo de mi formación. A mis familiares y amigos/as que de una u otra forma fueron partícipes del proceso para lograr este objetivo profesional. Gracias infinitas por sus oraciones, consejos, palabras inspiradoras y fe en mí.

Lisseth Abigail Pereira Yaguachi

AGRADECIMIENTO

Mis agradecimientos eternos primeramente a Dios por darme la vida y salud, por reconfortarme en los momentos difíciles, por permitirme con esfuerzo y dedicación culminar una etapa más en mi vida.

A mis padres, por ser mi pilar fundamental, mis consejeros y amigos quienes a lo largo de esta etapa supieron apoyarme con sus acciones diarias, palabras sabias y alentadoras. Por depositar su plena confianza en mí y no dudar ni un segundo de mi capacidad, estoy agradecida por su presencia en mi vida, pues gracias a ellos puedo decir que hoy soy lo que soy.

De igual manera mis agradecimientos más sinceros a la Universidad Nacional de Loja, especialmente a la Facultad de Salud Humana y así mismo a la carrera de Psicología Clínica por permitirme transitar por sus aulas; a la directora académica, a mis docentes quienes difundieron en mí saberes y experiencias a lo largo de mi formación profesional; al personal administrativo y demás quienes de una u otra manera aportaron para llevar a feliz término esta meta profesional.

De manera muy especial mi agradecimiento y gratitud a la Psicóloga Clínica Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc. quien me supo guiar con eficacia, gentileza y sabiduría para la culminación exitosa no solo de este proceso investigativo sino de toda mi etapa universitaria.

A mis compañeros y amigos/as con quienes compartimos a lo largo de este proceso formativo por sus palabras y acciones de aliento.

Y finalmente a todas aquellas personas que participaron y apoyaron el presente trabajo investigativo para la culminación satisfactoria del mismo.

Lisseth Abigail Pereira Yaguachi

ÍNDICE

Hojas Preliminares

Portada	i
Certificación de Trabajo de Integración Curricular	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice de contenidos	vii
- Índice de cuadros	
- Índice de tablas	
- Índice de anexos	

Cuerpo de Trabajo de Integración Curricular

1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
2.1. Abstract.....	3
3. Introducción	4
4. Marco teórico.....	6
4.1. Capítulo I: Suicidio y conducta suicida	6
4.1.1. Definición.....	6

4.1.2.	Epidemiología	6
4.1.3.	Intento suicida	7
4.1.4.	Comunicación suicida	7
4.1.5.	Pensamiento o ideas suicidas	8
4.1.6.	Criterios diagnósticos de la conducta suicida	9
4.1.7.	Adolescencia y suicidio.....	10
4.1.8.	Diagnóstico.....	11
4.1.9.	Tratamiento	12
4.2.	Capítulo II: Factores de riesgo psicosociales	17
4.2.1.	Definición.....	17
4.2.2.	Factores no modificables.....	18
4.2.3.	Modificables.....	18
4.2.4.	Ansiedad/ depresión	19
4.2.5.	Creencias	21
4.2.6.	Precipitantes	22
4.2.7.	Detectores.....	23
4.2.8.	Estrategias	23
5.	Metodología	29
5.1.	Objetivo general:	29
5.2.	Objetivos específicos:.....	29

5.3.	Diseño y tipo de estudio	29
5.3.1.	Población.....	29
5.3.2.	Técnicas e instrumentos.....	32
5.3.3.	Procedimiento	32
6.	Resultados.....	34
6.1.	Factores sociodemográficos y conducta suicida en adolescentes escolarizados	34
6.2.	Conducta suicida en adolescentes escolarizados	36
6.3.	Factores de riesgo psicosociales	39
6.4.	Relación entre la conducta suicida y los factores de riesgo psicosociales	47
6.5.	Diseño de un programa de prevención de atención primaria para adolescentes escolarizados con conductas suicidas.	49
6.6.1.	Título del programa de prevención	49
6.6.2.	Presentación	49
6.6.3.	Justificación.....	49
6.6.4.	Objetivo general:	49
6.6.5.	Objetivos específicos:	50
6.6.6.	Metodología	50
6.6.7.	Seguimiento:.....	55
7.	Discusión	56

8.	Conclusiones	62
9.	Recomendaciones	63
10.	Bibliografía	64
11.	Anexos	73

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1	Niveles de riesgo y acciones	15
-----------------	------------------------------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Distribución de los adolescentes escolarizados por género	30
Tabla 2	Distribución de los adolescentes escolarizados por edad	30
Tabla 3	Distribución de los adolescentes escolarizados por escolaridad	31
Tabla 4	Distribución de los adolescentes escolarizados por procedencia	31
Tabla 5	Conducta suicida y género de adolescentes escolarizados	34
Tabla 6	Conducta suicida y rango de edad de adolescentes escolarizados	34
Tabla 7	Conducta suicida y procedencia de los adolescentes escolarizados	35
Tabla 8	Estadísticos de prueba: Factores sociodemográficos	36
Tabla 9	Conducta suicida: Riesgo suicida en adolescentes escolarizados	36
Tabla 10	Conducta suicida: Intento suicida en adolescentes escolarizados	37
Tabla 11	Conducta suicida: Pensamiento suicida en adolescentes escolarizados	38

Tabla 12 Conducta suicida: Comunicación suicida en adolescentes escolarizados	38
Tabla 13 Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: No modificables	39
Tabla 14 Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Subdimensión no modificables	39
Tabla 15 Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Modificables	40
Tabla 16 Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Subdimensión modificables	41
Tabla 17 Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Depresión/ansiedad	41
Tabla 18 Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Subdimensión depresión/ansiedad	42
Tabla 19 Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Precipitantes	43
Tabla 20 Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Subdimensión precipitantes	43
Tabla 21 Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Creencias ...	44
Tabla 22 Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Subdimensión creencias	45

Tabla 23 Factores de riesgo psicosociales de los estudiantes escolarizados: Factores protectores	46
Tabla 24 Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Subdimensión factores protectores	46
Tabla 25 Conducta suicida y factores de riesgo psicosociales	47
Tabla 26 Estadísticos de prueba: Factores de riesgo psicosocial	48

ÍNDICE DE ANEXOS

11.1. Anexo 1. Consentimiento Informado	73
11.2. Anexo 2. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik	76
11.3. Anexo 3. Test Instrumento de Riesgo Suicida en Adolescentes	77
11.4. Anexo 4. Evidencia fotográfica	80
11.5. Anexo 5. Letra de canción del programa de prevención	81
11.6. Anexo 6. Letra de canción del programa de prevención	62
11.7. Anexo 7. Normas de convivencia del programa de prevención	62
11.8. Anexo 8. Certificación del Abstrac.	63
11.9. Anexo 9. Informe de estructura y coherencia del proyecto.	64

1. TÍTULO

Conducta suicida y factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados de una Unidad Educativa de la ciudad de Loja, período 2021.

2. RESUMEN

La conducta suicida incluye el suicidio consumado, intento e ideación suicida y los factores de riesgo psicosociales todas aquellas condiciones personales y sociales que inducen al desequilibrio de la salud mental y física de un individuo o comunidad que al no ser modificadas pueden acarrear consecuencias perjudiciales a corto y largo plazo convirtiéndose así en una problemática de salud pública nacional y mundial. En el presente trabajo investigativo a través de un estudio descriptivo, transversal y de campo en 128 adolescentes escolarizados de 11 a 19 años se determinó la conducta suicida y los factores de riesgo psicosociales presentes en esta población. Los datos se recolectaron a través de la Escala de riesgo suicida de Plutchik identificando que el más prevalece en la conducta suicida es el intento suicida; con el Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, se identificó que los factores con mayor incidencia son los problemas académicos, baja autoestima, soledad, inadaptación social, confusión interna y enojo/tristeza. Basándose en los resultados, se diseñó un plan de prevención en atención primaria dirigido a adolescentes para reducir las conductas suicidas.

Palabras claves: Conducta suicida, intento suicida, ideación suicida, factores de riesgo psicosociales, adolescentes escolarizados.

2.1. ABSTRACT

Suicidal behavior includes completed suicide, ideation and attempt suicidal also the psychosocial risk factors, all those personal and social conditions that lead to an imbalance in the mental and physical health of an individual or community that, that not being modified, can lead to harmful consequences in the short and long term becoming a national and global public health problem. In the present investigative work, through a descriptive, cross-sectional and field study in 128 school adolescents from 11 to 19 years old, suicidal behavior and the psychosocial risk factors present in this population was determined. The data was collected through the Plutchik Suicide Risk Scale, identifying that the most prevalent in suicidal behavior is the suicide attempt; with the Adolescent Suicide Risk Instrument, it was identified that the factors with the highest incidence are academic problems, low self-esteem, loneliness, social maladjustment, internal confusion and anger/sadness. Based on the results, a prevention plan was designed in primary care aimed at adolescents to reduce suicidal behavior.

Keywords: Suicidal behavior, suicide attempt, suicidal ideation, psychosocial risk factors, school adolescents.

3. INTRODUCCIÓN

El suicidio ha estado presente a lo largo de la historia, desde la Antigua Grecia como un método de supervivencia hasta la actualidad como una forma de alejarse de la realidad imposible de manejar; así mismo es considerado como un problema de salud pública que asciende con el paso de los años y a pesar del esfuerzo para disminuir sus tasas, estas no decrecen.

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un acto deliberado de quitarse la vida con independencia del grado de intención y que se conozcan los verdaderos motivos (Román y Abud, 2017).

Alrededor de 703 000 individuos se quitan la vida cada año y muchos otros intentan realizar aquel acto. Todos estos acontecimientos son trágicos pues de una u otra manera afectan a nivel personal, familiar, social, nacional e internacional y tienen efectos longitudinales para los allegados de la víctima. Esta conducta puede acontecer a cualquier edad, y a nivel mundial en el 2019 fue considerada como la cuarta causa de defunción en edades de 15 a 29 años (OMS, 2021).

Actualmente, a nivel nacional en Ecuador, la Revista Panamericana de Salud Pública en un informe de estudio epidemiológico, revela que: entre los años de 2001 y 2014 se registraron 4 855 fallecimientos por suicidio en la población adolescente. La mayoría de estos fallecidos eran hombres de 15 a 24 años de edad. La tasa de suicidio más elevada fue 10,5 por 100 000 en 2007, y la tasa de suicidio más baja fue 6,5 en 2014. El mayor porcentaje de suicidios se registró en zonas urbanas y el método más frecuente fue el ahorcamiento, y el envenenamiento con pesticidas como el segundo método más utilizado (Gerstner et al., 2018).

De acuerdo a un estudio realizado en el cantón Loja por el Centro de Investigaciones de Ciencias Forenses en el 2019, sobre los fallecimientos por suicidio utilizando el método de ahorcamiento manifiesta que, en cuanto al grupo etario, el más prevalente es entre 11 y 20 años de edad; según referencias de familiares, amigos o conocidos del fallecido, el alcoholismo fue una de las principales causas, seguido por situaciones sentimentales (desacuerdos amorosas) y dentro del grupo con menor porcentaje se encontraron los trastornos depresivos, causas económicas y problemas familiares (Caraguay et al., 2019).

La presente investigación es trascendental en todas las áreas de desarrollo del ser humano, puesto que en la actualidad a raíz de la conducta suicida se generan grandes problemáticas a nivel personal, familiar, escolar y social; habitualmente los casos de suicidio se vinculan con trastornos mentales graves, sin embargo, muchos de estos casos en nuestra región se cometen impulsivamente

en situaciones de crisis, en las que la capacidad para afrontar las problemáticas de la vida es disminuida, tales como pandemia, crisis económica, rupturas amorosas o relacionales, responsabilidades académicas y las crisis propias de esta edad como es la construcción de la identidad personal (OMS, 2021).

Por la alta proporción de casos y aumento de conductas suicidas en la población adolescente y por el interés particular de conocer sus factores de riesgo psicosociales para intervenir gradualmente en ellos, a través de la implementación de estrategias preventivas y de intervención hacia el suicidio, se realiza la importancia de abordar el presente tema, por lo que se pretende presentar a la comunidad local y nacional, los principales factores de riesgo psicosociales que prevalecen en los adolescentes escolarizados con conducta suicida de una Unidad Educativa.

La presente investigación se la estructuró en marco teórico en donde a través de 2 capítulos se recogen aportaciones de autores y fuentes importantes sobre la conducta suicida, factores de riesgo psicosociales y generalidades de la adolescencia; metodología, en donde se narra el tipo de estudio, población y muestra; criterios de inclusión y exclusión, técnicas utilizadas, instrumentos y el respectivo procedimiento que se llevó a cabo, seguido por los resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y finalmente referencias bibliográficas y los anexos.

Al considerar a este estudio desde un interés personal, ya que es una problemática subjetiva a la cual se ve expuesta toda la sociedad sin distinción alguna de raza, género, edad o extracto social; y a nivel académico permitirá ser una fuente de información que ayudará a futuras investigaciones proporcionando datos fundamentales para realizar intervenciones oportunas, concretas con evidencia y a bajo costo en la población adolescente.

La realización de este trabajo investigativo se lo llevo a cabo mediante la apertura de una Unidad Educativa de la ciudad de Loja en coordinación con las docentes guías de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, con el consentimiento de los padres de familia o representantes legales y sobre todo por la buena predisposición a participar de los adolescentes escolarizados.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Capítulo I: Suicidio y conducta suicida

4.1.1. Definición

El suicidio se define, según señalamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), (citado por Cortés, 2014),.

Como toda aquella acción por la cual un individuo se causa daño físico a mismo, de manera consciente y planeada, independientemente del grado de intención, y en algunos casos se desconoce las verdaderas causas, además se puede manifestar que las formas más representativas de la conducta suicida son el intento de suicidio y el suicidio. (Párr. 3)

Desde el punto de vista de Durkheim en 1897, uno de los primeros autores en definir el suicidio, lo especifica como todo aquel caso de muerte que resulte, directa o indirectamente de un acto, ya sea este positivo o negativo, realizado por la propia víctima, sabiendo ella que debía producir ese resultado (citado por Gómez, 2011).

Dicho con otras palabras, el suicidio se define como un conflicto de adaptabilidad al entorno, en la que un individuo pasa por diferentes crisis creyendo que no hay solución ante las mismas, con presencia del sentimiento de soledad y de sensación de no tener el apoyo de las personas más cercanas, por lo cual se elige una vía de escape, dejando de lado metas, objetivos de vida y aspiraciones, perdiendo así su sentido de vida, puesto que al tener pocos recursos de afrontamiento para solucionar problemas y al no contar con una red de apoyo cualquier suceso afecta en gran dimensión (Ramírez et al., 2017).

De lo citado puedo extraer que, la conducta suicida comprende tanto el intento suicidio como el suicidio, que es todo aquel acto en el cual un individuo comete violencia autoinflingida con el fin implícito o explícito de aniquilar su vida; en el caso del intento suicida luego de su acción se denomina intento fallido o parasuicidio, mientras que en el suicidio se logra su cometido. Siendo así apreciado a manera de una problemática de adaptabilidad frente a las crisis existentes en la realidad de la persona, ampliando la probabilidad de autoeliminarse al poseer pocas o nulas estrategias de afrontamiento y la ausencia de una red de apoyo.

4.1.2. Epidemiología

Como señala la OMS en el 2021, referente al suicidio, aproximadamente cerca de 703 000 personas se quitan la vida cada año y un porcentaje mayor intentan hacerlo, estos intentos de suicidio son consideramos como uno de los factores de riesgo más significativo para llevar a cabo

el suicidio consumado; alrededor de cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo. Esta problemática del suicidio es la cuarta causa de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2021).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2017, citado por (Cortés et al., 2021), en la Región de las Américas, ocurren aproximadamente 65 000 muertes por suicidio cada año. En la mayoría de países, la muerte por suicidio puede ser subestimada. Las tasas más altas de la región se registran en el Caribe no hispano y en Norteamérica. Es la tercera causa de muerte en personas de 20 años a 24 años de edad y la cuarta en los grupos de 10 a 19 años y de 25 años a 44 años de edad. Los suicidios en hombres representan aproximadamente el 79 % de todas las muertes por suicidio.

4.1.3. *Intento suicida*

La OMS en 1969, citado por Buendía y otros, define al intento suicida o también denominado parasuicidio, conducta autolesiva o tentativa suicida, como el acto suicida cuyo propósito no es la muerte, es decir, la integración de autolesiones o autoagresiones sin motivación clara de que su fin sea la muerte (Buendía et al., 2004).

Así mismo, el parasuicidio es considerado como aquellas acciones que no tienen la intención de muerte sino más bien tiene el objetivo implícito de subsanar o calmar sentimientos de desesperanza, soledad, ira o tristeza que, al replicar su ejecución, se convierte en un factor de alto riesgo para posteriormente producir su muerte (Quintero et al., 2021).

Como plantea Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de España, el intento de suicidio es la conducta que no causa la muerte y se refiere a intoxicación autoinflingida, lesiones o autoagresiones deliberadas, que pueden tener la casualidad o no de un resultado letal (Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, 2016).

Según los autores mencionados, la intención objetiva de muerte puede como no estar presente en el intento suicida, el propósito real del intento es ayudar a calmar los sentimientos que posee el sujeto mediante autolesiones, pero sin la intención precisa de autoaniquilación.

4.1.4. *Comunicación suicida*

De acuerdo a Silverman y cols. (2007), citado por Urra (2019), plantea que la comunicación suicida es el:

“Acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para lo que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida”. (Párr. 1)

Esta comunicación puede ser tanto verbal con palabras, frases o afirmaciones como no verbal como gestos corporales y faciales con cierto grado de intencionalidad, pero sin la existencia de autolesiones. De la misma manera según la clasificación de las conductas suicidas en el modelo de Silverman et al (2007), concerniente a la comunicación suicida formula la existencia de 3 tipologías: el tipo I hace referencia a la ausencia de intencionalidad suicida, tipo II existe un grado indeterminado de intencionalidad y finalmente el tipo III es cuando existe la intencionalidad o a su vez está presente en un grado importante (MSPSI, 2010).

Por ello, se manifiesta que en la comunicación suicida se transmiten ideas y pensamientos con o sin intencionalidad suicida, siendo este acto no suficiente para ser denominado conducta suicida, sin embargo, se lo podría considerar como un punto intermedio entre la idea o pensamiento (cogniciones) y la conducta suicida (intento suicida o suicidio).

4.1.5. Pensamiento o ideas suicidas

Los términos de pensamiento suicida e ideación suicida son sinónimos, y son el resultado de algunos conceptos sobre la vida no merece ser vivida o no vale la pena, hasta desembocar en un plan de auto aniquilarse, en otras palabras, el suicidio abarca un proceso continuo y su inicio radica en la idea hasta lograr consumarlo (Aguirre y Auquilla, 2018).

La ideación suicida abarca aquellos pensamientos de no querer vivir pero no exclusivamente se refiere a dichas ideas, sino que además el individuo puede contar con planes sobre el escenario para el suceso (plan suicida) así también con posibles pensamientos acerca de las consecuencias y el impacto de dicho suceso en su entorno próximo (Gutiérrez et al., 2014).

Considerando que los pensamientos de quitarse la vida es sinónimo de ideación suicida. El Dr. Sergio Pérez, miembro Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría, muestra que la ideación suicida puede brotar de tres diferentes maneras:

Primero, la ideación suicida sin planeación previa, cuando el individuo expresa deseos de matarse, pero sin pensar en cómo ejecutarlo. La segunda manera de surgir dicha idea es con un método inespecífico o indeterminado, cuando el sujeto expresa deseos de autoeliminarse y considera diferentes métodos sin seleccionar uno definitivo. Tercero, es aquella ideación con un método específico, pero no planificado, el individuo desea morir, ha escogido un método

específico para su cometido, pero aún no ha considerado los aspectos que determinan un plan suicida, ni las percusiones para realizarlo (Gutiérrez et al., 2014).

Basándonos en investigaciones, la ideación suicida es más frecuente que los intentos autolíticos y estos son más prevalentes que los suicidios consumados (Royo y Fernández, 2017), es decir, al comparar la ideación o pensamiento suicida con los intentos suicidas y el suicidio como tal, existe mayor prevalencia de ideación suicida, pues si decimos que los datos epidemiológicos de suicidio son alarmantes, cuanto más lo son los pensamientos suicidas en la sociedad.

4.1.6. Criterios diagnósticos de la conducta suicida

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2018, rediseño el Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (Guía de intervención MHGAP) en la cual se menciona que el suicidio es aquel acto de quitarse la vida deliberadamente. La autolesión por su parte es definida como la expresión más amplia refiriéndose al envenenamiento o lesión autoinfligida o intencional, que puede o no tener una intencionalidad o a su vez terminar en un resultado fatal como la autoeliminación.

Dentro de la Guía MHGAP se contemplan algunos criterios para evaluar la posibilidad de autolesión o suicidio:

- Desesperanza y/o desesperación exagerada, pensamientos, actos o planes del presente o pasados de autolesión o suicidio, actos de autolesión con signos de envenenamiento o intoxicación, hemorragia por heridas autoinfligidas, pérdida del conocimiento o letargo extremo.
- La presencia de alguno de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS) prioritarios, dolor crónico o alteraciones emocionales graves.
- Determinar si hay evidencias de autolesión o signos y síntomas que requieran tratamiento médico urgente: signos de envenenamiento o intoxicación, sangrado por una herida autoinfligida, pérdida del conocimiento y letargo extremo.
- Preguntar a la persona y a sus cuidadores si observan alguno de los siguientes síntomas: pensamientos o plan de autolesión/suicidio en la actualidad, antecedentes de pensamientos o plan de autoagresión en los últimos 30 o de un hecho en donde el individuo se haya autolesionado en el último año, en una persona que ahora está extremadamente agitada, violenta, afligida o no se comunica.

- La persona ha sido diagnosticada con trastornos mentales como depresión, psicosis, trastornos por el consumo de sustancias, epilepsia, trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente.(Organización Panamericana de la Salud, 2018, pp. 141-143)

4.1.7. Adolescencia y suicidio

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia como una etapa de crecimiento con cambios físicos y psicológicos importantes y necesarios que se producen después de la niñez y antes de la etapa adulta, entre los 10 a 19 años de edad (citado por UNICEF, 2020). La adolescencia es una fase científicamente creada y utilizada para denominar al período en que un niño se transforma en adulto. Sin embargo, la adolescencia no se experimenta de la misma manera en todos los individuos, puesto que está determinada por condiciones psicológicas, fisiológicas, sociales, económicas y culturales. Desde la perspectiva de la salud mental, los adolescentes poseen vulnerabilidades específicas por su etapa del desarrollo, siendo el mismo un factor de riesgo para ejecutar conductas suicidas (Román y Abud, 2017).

Una investigación desarrollada en adolescentes en el 2021 en Santa Clara, evidencia que con respecto a la conducta suicida predominan los adolescentes de 13 a 15 años de edad con un 48.60% con prevalencia del sexo masculino con un 67.30%; además de acuerdo a los factores de riesgo, el más predominante es que un miembro de la familia se embriaga con un 76.40%, seguido de las discusiones y agresividad entre padres con el 58.30%; en referencia a los factores de riesgo en la espera personal predominó el tener dificultades para relacionarse con sus padres con un 65.27%, seguida de la tristeza con un 36.10%; en el ámbito escolar existe mayor porcentaje de acoso con el 45.82%; finalmente con respecto al tipo de conducta suicida, el intento suicidio presento mayor porcentaje con el 45.80%, siendo la ingesta de medicaciones el método más utilizado por la población con el 60.60% (Hernández et al., 2021).

4.1.7.1.Estilos parentales.

Los estilos educativos parentales son una agrupación de actitudes de los padres hacia los hijos, estas son transmitidas creando un clima emocional en donde se expresan las conductas de los progenitores y sus niños. Además, engloba la disciplina que ejercen los padres, de esta forma se controla, supervisa y vela el comportamiento de los hijos. Se distinguen 4 tipos de estilos parentales: autoritario, democrático, negligente y permisivo (Capano y Ubach, 2013).

Según Capano y Ubach, el estilo autoritario es aquel en donde los padres tienen niveles elevados de control restrictivo, escasa comunicación, la autoconfianza de los adolescentes está deteriorada y se promueve la obediencia como virtud sin presencia de la democracia. El estilo negligente por su parte se caracteriza por falta de afecto, de supervisión, gobierna la indiferencia en la mayoría de las áreas de la vida. Como consecuencia se evidencia problemas académicos, inestabilidad emocional y problemas conductuales; y en un futuro pueden desarrollar conductas delictivas o autodestructivas (Capano y Ubach, 2013).

Considerando a los mismos autores, el estilo permisivo desarrolla hijos pocos obedientes, con dificultades para seguir reglas e interiorizar valores, niveles bajos de control de impulsos y hasta conductas delictivas. Los padres desarrollan en los hijos autonomía y libertad sin uso de restricciones o peor aún del castigo.

Finalmente, el estilo considerado más adecuado es el democrático, ya que los adolescentes son auto-controlados y estables emocionalmente. Dicho estilo se caracteriza por afecto, control y exigencia de madurez, de esta forma se estimula la exteriorización de necesidades de los hijos y promueve responsabilidad otorgando elevada autoestima, desarrollo moral y social (Capano y Ubach, 2013).

4.1.8. Diagnóstico

Para el diagnóstico de la presuntiva conducta suicida en un individuo, según la evidencia científica se debe apoyar en la entrevista clínica, evaluación psicológica exhaustiva, aplicación de reactivos o test, observaciones, información de terceras personas como familiares, amigos o autoridades, registros médicos o legales, entre otros.

En la aplicación de reactivos o test, previo al consentimiento informado se realiza una entrevista clínica estructurada para determinar condiciones no expuestas en los reactivos o condiciones detalladas y específicas, pues se recaba datos sociodemográficos como nivel de estudios, ocupación, estado civil, nivel socioeconómico, y en este caso características relacionadas a la conducta suicida, entonces podemos mencionar que la entrevista abarca la evaluación psicológica y la aplicación de reactivos (Llosa et al., 2019).

La escala de riesgo suicida de Plutchik, autor Plutchik, validada por Rubio y cols., autorizada y empleada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, es una escala de rápida administración, se trata de un cuestionario de 15 preguntas, con opción de respuesta binaria (sí-no). Los puntos referentes al corte de sensibilidad y especificidad son del 88% para separar entre

sujetos con historial de tentativa de suicidio frente a los que nunca habían realizado dichas conductas suicidas. Esta escala evalúa intentos previos, intensidad de la ideación suicida actual, sentimientos de depresión, comunicación suicida, desesperanza y otros (Castaño et al., 2015).

4.1.9. Tratamiento

Las intervenciones terapéuticas son propuestas basadas en información científica, para hacer frente a problemáticas en este caso específico al suicidio, basándose en los Lineamientos Operativos para la prevención en autolesión/suicidio. Atención en caso de lesiones autoinfligidas e ideas suicidas en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016) plantea:

4.1.9.1. Lineamientos generales de la intervención terapéutica.

En lo referente a la prevención del suicidio, se establecen según el esquema propuesto por Leavell y Clark, tres niveles de prevención:

- La prevención primaria: conjunto de acciones que procuran impedir la aparición de una enfermedad, comprendiendo dos etapas:

a) Promoción de la salud: Acciones dirigidas a fortalecer el individuo y lograr un aumento en su resistencia a enfermedades.

b) Protección específica: Acciones que impiden el surgimiento de una condición particular o enfermedad.

-La prevención secundaria: Identificar y tratar de manera temprana y oportuna una enfermedad que ya se haya manifestado.

-La prevención terciaria: Acciones para minimizar los daños y discapacidades causados por una enfermedad y reducción de la mortalidad asociada a la misma.

4.1.9.1.1. Modelo de atención integral para personas con ideación suicida y lesiones autoinfligidas. Promoción de la salud y prevención de problemas y trastornos mentales.

La promoción de la salud mental se refiere con frecuencia a la salud mental positiva, considerando la salud mental como un recurso, como un valor por sí mismo y como un derecho básico y no enfocado a una enfermedad o trastorno específico. El objetivo es ejercer un impacto con el fin de aumentar la salud mental positiva.

Las estrategias de promoción de la salud establecen algunos lineamientos enfocados en reorientar el modelo de atención hacia un enfoque integral, en el que las acciones de prevención y promoción de la salud sean los ejes fundamentales, la construcción de políticas públicas

saludables, intervenciones intersectoriales, la promoción de estilos de vida y espacios saludables, y la participación activa de la población.

La orientación del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental es de tipo distributiva porque busca proporcionar bienes o servicios de salud mental a toda la población; a aquellas personas que requieren acciones de los servicios de salud, que vayan desde promoción, prevención, atención, recuperación hasta rehabilitación.

Prevención de problemas y trastornos mentales: Es la reducción de la ocurrencia de nuevos casos de problemas y trastornos mentales.

Promoción de la salud: La combinación de educación en salud e intervenciones organizativas, políticas y económicas diseñadas para facilitar cambios en la conducta, y adaptaciones medioambientales que mejorarán o protegerán la salud.

Promoción de salud mental: Es una estrategia integral y un conjunto de actividades positivas encaminadas a:

1. Mejorar la visibilidad y el valor de la salud mental a nivel de las sociedades, las secciones de las sociedades y los individuos, y

2. Proteger, mantener y mejorar la salud mental.

Enfoque de género: “Este enfoque permite entender las relaciones de poder existentes entre los sexos, la construcción sociocultural de las identidades de género, y como las mismas se estructuran en un sistema social que jerarquiza a las personas según sus marcas corporales creando condiciones de desigualdad, inequidad, discriminación y marginación”

Al incluir el enfoque de género en las políticas públicas es posible potenciar una acción transformadora de la realidad, vivencias, necesidades, condiciones específicas de las mujeres y las personas con identidad de sexo – genérica diversa, tomando en cuenta situaciones de desigualdad en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, sus causas y efectos en la vida social.

Enfoque de derechos: Este enfoque parte del reconocimiento de las personas como titulares de derechos fundamentales, inalienables, universales e interdependientes. Enfoque que parte de un cambio en el acercamiento del Estado con la ciudadanía como sujeto de participación, y de concepción de políticas públicas.

Enfoque de interculturalidad: Es el reconocimiento de la diversidad cultural, del otro sin barreras ni jerarquías sociales partiendo del debate entre el Estado y los pueblos, nacionalidades indígenas, afro ecuatorianos, montubios y mestizos donde se valore y respete desde un servicio

integral su cosmovisión, su propio sistema y se garantice el acceso conforme a su elección en un plano de igualdad.

La incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una interacción horizontal y sinérgica, sustentada en el conocimiento, el diálogo y el irrestricto respeto a los derechos de las personas. Es así que la interculturalidad en salud se vincula como el enfoque que permite la interrelación entre culturas sanitarias distintas, aquella que se da entre los proveedores de salud que tienen en sus orígenes, en su preparación y formación, concepciones y prácticas distintas, contribuyendo a responder adecuadamente a las necesidades de las y los usuarios que por su origen tienen y generan distintas demandas de atención en salud.

La organización de los servicios de salud al interior del Sistema Nacional de Salud, incorporando el enfoque intercultural permite acercar los servicios a la población porque reduce las barreras de acceso sociocultural principalmente.

4.1.9.2. Modalidades de tratamiento.

4.1.9.2.1. Tratamiento ambulatorio intensivo.

a) Criterios de Inclusión: Centros de salud en primer nivel de atención.

Personas con ideas suicidas asociadas o no a algún trastorno de las emociones con un grado de severidad manejable con los recursos disponibles en primer nivel en referencia a la intensidad menor de los síntomas (alteración de los signos vitales etc.), o que ha recibido contención en un Hospital Básico o General. Alivio tras la entrevista, expresión de intención de control de impulsos suicidas, aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas, ausencia de factores clínicos de riesgo: alucinaciones, delirios, depresión moderada/grave, apoyo sociofamiliar efectivo.

b) Criterios de referencia.

- Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en Atención Primaria.
- Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia (previa estabilización del paciente).
- Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado.
- Presencia de enfermedad mental grave o de cuadro confusional.
- Conducta autolítica grave reciente.

- Repetidas tentativas previas.
- Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de soporte.
- En casos de duda sobre la gravedad del episodio o riesgo de repetición.

4.1.9.2.2. Estrategias de intervención:

Recomendaciones de la OMS para personal de Atención Primaria sobre cómo manejar personas potencialmente suicidas en labores de prevención, según su nivel de riesgo.

Cuadro 1

Niveles de riesgo y acciones

Riesgo	Acciones
<p>Bajo: la persona ha tenido algunos pensamientos suicidas, como “no puedo seguir adelante”, “desearía estar muerto”, pero no ha hecho ningún plan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer apoyo emocional. • Trabajar a través de los sentimientos suicidas. Cuanto más abiertamente hable una persona de pérdida, aislamiento y falta de valor, menor será su confusión emocional. Cuando la confusión ceda, la persona tenderá a ser reflexiva. Este proceso de reflexión es crucial, ya que nadie, excepto el propio individuo, puede revocar la decisión de morir y tomar la de vivir. • Centrarse en las fortalezas positivas de la persona, haciéndolo hablar sobre cómo ha resuelto los problemas anteriores, sin recurrir al suicidio. • Derivar a la persona a un médico o a un profesional de salud mental y articular con la medicina ancestral, cuando se trate de personas de pueblos y nacionalidades o mestizos.

Medio: la persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos

- Psicoterapia individual
 - Intervención en modalidad ambulatoria intensiva.
 - Intervención en grupos de apoyo
 - Ofrecer apoyo emocional, trabajar a través de los sentimientos suicidas de la persona y centrarse en las fortalezas positivas. Adicionalmente, continuar con los pasos siguientes.
 - Usar la ambivalencia. El abordaje deberá centrarse en la ambivalencia sentida por el suicida, de manera que se fortalezca gradualmente el deseo de vivir.
 - Explorar alternativas al suicidio. Se tratará de explorar diferentes alternativas al suicidio, aunque no parezcan ser soluciones ideales, con la esperanza de que la persona considere al menos una de ellas.
 - Pactar un contrato. Conseguir que la persona prometa no cometer suicidio
 - Remitir a la persona al psiquiatra y concertar una cita tan pronto como sea posible.
 - Contactar con la familia, los amigos y compañeros de trabajo, y conseguir su apoyo.
 - Psicoterapia individual
-

Alto: la persona tiene un plan definido, medios para llevarlo a cabo, y planea hacerlo inmediatamente.

- Intervención en modalidad ambulatoria intensiva.
 - Intervención en grupos de apoyo
 - Permanezca con la persona. nunca la deje sola
 - Hable tranquilamente con la persona y aleje los medios de suicidio
 - Haga un contrato de no suicidio
 - Psicoterapia individual
 - Intervención en modalidad ambulatoria intensiva.
 - Intervención en grupos de apoyo
-

Fuente: Lineamientos Operativos para la prevención en autolesión/suicidio. Atención en caso de lesiones autoinfligidas e ideas suicidas en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública *Elaborado por:* Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

4.9.1.3. Tratamiento de compensación de cuadro agudo.

a) Criterios de Inclusión: Hospital General o Básico.

Personas con diagnóstico (X60-X84) y necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en Atención Primaria. Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia. Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado. En casos de duda sobre la gravedad del episodio o riesgo de repetición.

b) Criterios de referencia

- Ausencia de factores clínicos de riesgo: alucinaciones, delirios, depresión moderada/grave, apoyo sociofamiliar efectivo.
- Expresión de intención de control de impulsos suicidas.
- Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas. (pp.22-31)

4.2. Capítulo II: Factores de riesgo psicosociales

4.2.1. Definición

Los factores de riesgo son todas aquellas condiciones ambientales y personales, que de algún modo originan dificultades en el funcionamiento personal. Estos factores al interactuar

conjuntamente figuran el peligro de interrumpir el equilibrio necesario para la salud, adaptación y capacidades o habilidades personales (Reynaud y Sánchez, 1996).

En otras palabras, los denominados factores de riesgo psicosociales, son todas aquellas conductas, situaciones, atributos o características de una persona o colectividad que acrecienta el grado de vulnerabilidad de un individuo y aumenta la probabilidad de deterioro del bienestar físico y mental (Garzon, 2018).

De lo mencionado se deduce que los factores de riesgo psicosocial son todas aquellas condiciones personales y sociales que inducen al desequilibrio de la salud mental y física de un individuo o comunidad, que al no ser modificados puede acarrear consecuencias perjudiciales a corto y largo plazo.

4.2.2. Factores no modificables

Los factores de riesgo inmodificables o no modificables son aquellos antecedentes imposibles de cambiar o alterar, están relacionados con el individuo y el grupo social, y su característica principal es la permanencia en el tiempo, aunque algunos se afectan por la edad, el estado civil o las creencias religiosas (Organización Mundial De La Salud, 2019).

Dichos factores engloban los intentos suicidas anteriores considerando su motivación, severidad y letalidad, el diagnóstico psiquiátrico para alguna enfermedad o trastorno mental, tales como depresión o esquizofrenia; además la relación al grupo familiar y social, también abarca los intentos de autoeliminación en la familia, la muerte por suicidio en familiares o amigos y la muerte reciente de un familiar o amigo por alguna condición diferente; otro de los factores son la ruptura o divorcio de padres que sin duda afectan a la esfera familiar, antecedente de violencia intrafamiliar y finalmente los antecedentes de abuso sexual en cualquier etapa de su vida (Campos, 2009).

El intento suicida es uno de los factores de riesgo no modificables más preocupante, puesto que una serie de estudios afirman que, el antecedente de presencia de pensamientos o ideas encaminadas al suicidio en un sujeto con intento previo es uno de los factores de riesgo que predice con mayor claridad la posibilidad de reincidir en una conducta suicida (intento suicida) (Organización Mundial De La Salud, 2019).

4.2.3. Modificables

Los factores de riesgo modificables son aquellos en los que un individuo puede realizar una modificación en su estilo de vida para reducir o transformar dichos factores. Estos factores propensos al cambio son la conducta, el estilo de vida englobando la alimentación, el sueño y el

ejercicio, pues la diferencia con los factores no modificables como lo genético, sexo, edad y los antecedentes familiares, es dicho componente de cambio (Verano y Garavito, 2015).

Los factores modificables más representativos son el uso o abuso de drogas y/o alcohol, la falta de apoyo tanto de familia o amigos, el rechazo familiar percibido por el individuo; centrándose en los adolescentes otro factor es los problemas académicos como fracaso o sentirse presionado por las responsabilidades académicas, la disfunción familiar o los conflictos parentales y las peleas o conflicto con los cuidadores (Campos, 2009). Según la referencia anterior, asocia los factores modificables con el ámbito familiar, escolar y social.

Dentro de la dimensión de salud, los factores de riesgo modificables están relacionados en gran porcentaje a trastornos mentales que pueden ser tratados con el apoyo de especialistas. Las enfermedades mentales más frecuentes son trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastornos de personalidad, abuso de sustancias y de salud física (Organización Mundial De La Salud, 2019).

4.2.4. Ansiedad/ depresión

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-5, los trastornos de ansiedad son aquellos que tiene características como miedo y ansiedad excesivos, acompañados de algunas alteraciones conductuales. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza, esta puede ser real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Ambas repuestas están vinculadas, sin embargo, el miedo se relaciona al acceso de activación necesaria para la defensa, conducta de huida, pensamientos de peligro entre otros; y la ansiedad se relaciona más con la tensión muscular, vigilancia en referente a un peligro futuro.

De acuerdo con el manual antes mencionado, la diferencia entre los trastornos de ansiedad y el miedo y ansiedad normal radica en lo excesiva o persistente en un tiempo mayor de los periodos denominados normales o propios del desarrollo. Muchas de los trastornos de ansiedad suelen desencadenarse en la niñez y si no son tratados puede persistir en el tiempo. Mayormente aparecen en mujeres que en hombres. Las características principales del trastorno de ansiedad generalizada son una ansiedad persistente, excesiva y una preocupación sobre una diversidad de aspectos, como trabajo y el rendimiento escolar que la persona es incapaz de controlar. Así también, el individuo experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o

nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

Para el diagnóstico de cada tipo de trastorno de ansiedad, existen escalas específicas que sirven para caracterizar mejor su gravedad y receptor las variaciones en cuanto al tiempo (Psychiatric Association American, 2014).

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, las causas de este tipo de trastornos no son completamente distinguidas y concretas, puesto que están involucrados tantos factores biológicos, ambientales, culturales y psicosociales, es decir su presencia se deriva a factores multicausales. En el surgimiento de un trastorno de ansiedad tiene protagonismo tanto los factores de predisposición individual como la personalidad, y los derivados del entorno incluyendo los ámbitos académico, familiar, profesional o social (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

En cuanto a la depresión, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-5, los trastornos depresivos se caracterizan por la desregulación disruptiva del estado de ánimo, resaltando la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, asociado de cambios somáticos y cognitivos que afectan la funcionalidad del sujeto; en los niños hasta aproximadamente los 12 años se caracteriza por irritabilidad persistente y los episodios frecuentes de descontrol conductual extremos. Los trastornos depresivos se diferencian por la duración, la temporalidad y la etiología.

La depresión asociada con el duelo tiende a acontecer en las personas con vulnerabilidades a los trastornos depresivos, pues el duelo conlleva un gran sufrimiento, más no desencadena normalmente un episodio depresivo mayor, además se denota un deterioro en su funcionalidad con tendencia a ser más grave, sin embargo, mediante el tratamiento antidepresivo se facilita su recuperación (Psychiatric Association American, 2014).

Mencionando la investigación de Pérez y otros en el 2017, la causa de la depresión mayor es compleja, pues al igual que la ansiedad su origen es multicausal, su presencia puede ser de origen genético, fisiológico u hormonal o por factores psicológicos y sociales. Algunos estudios se centralizan en las aminas biogénicas como la serotonina, norepinefrina y dopamina, esto se debe por su mecanismo de acción. Así mismo, cuando coexiste una interacción de la vulnerabilidad genética con el ambiente se demuestra un mayor riesgo, con ello los individuos pueden desarrollar un trastorno depresivo. Así también, tiene cabida la relación del estrés crónico con el trastorno

depresivo, dando como resultado un deterioro de las neuronas impidiendo hacer las adaptaciones adecuadas para el funcionamiento del sistema nervioso central. Otra de las explicaciones etiológicas es la Anatomía de los circuitos nerviosos que participan en las emociones, el ser humano tiene el control de las emociones debido a la regulación efectuada por el sistema límbico, el cual desencadena respuestas autónomas, endocrinas y del comportamiento. El funcionamiento del sistema límbico está regulado por varias vías nerviosas que liberan transmisores químicos como la noradrenalina, dopamina, la serotonina y la acetilcolina, entre otros, estos interactúan entre sí con el propósito de dar inicio a las emociones agradables y desagradables. El sistema límbico tiene un papel fundamental en las alteraciones de la homeostasia emocional, pues cuando se trata de pacientes con depresión mayor se evidencia un mayor flujo sanguíneo y un mayor metabolismo en zonas de la amígdala, la corteza orbital y el tálamo medial, pero además se conoce de una disminución de la actividad en las zonas dorso-medial y dorso-antero lateral en la corteza prefrontal y también de la zona ventral anterior ubicada en la corteza cingulada. Es decir, estas alteraciones producen un deterioro a nivel neurológico, cognitivo y posteriormente un cambio a nivel conductual (Pérez et al., 2017).

Los trastornos de ansiedad y depresión son los problemas psiquiátricos más prevalentes en la infancia y adolescencia. Así mismo, en esta población se han reconocido múltiples factores de riesgo, tanto biológicos como ambientales (Sánchez y Cohen, 2020). Sin embargo, como factores de riesgos, la sintomatología depresiva y ansiosa se convierten en factores desencadenantes de vulnerabilidad en un individuo para en conjunto con otros factores originar conductas suicidas que van desde ideas suicidas, planeación hasta el suicidio como tal.

4.2.5. Creencias

Teniendo en cuenta a Beck y otros, citado por Bados y García, 2010, los supuestos son creencias condicionales que suelen expresarse como proposiciones, estos supuestos también pueden manifestarse a través de normas y actitudes. Los supuestos condicionales son los mediadores entre los productos cognitivos y las creencias nucleares. Estas normas y actitudes están vinculadas o proceden de presunciones condicionales. Así, la norma “no debo revelar muchas cosas de mí mismo” puede estar asociada a “si revelo cosas de mí mismo, la gente me hará daño”; y la actitud “es terrible cometer un error” puede tener su origen de la presunción “si cometo un error, pensarán que soy un incompetente”. Estos esquemas cognitivos provienen en su mayoría de experiencias previas de aprendizaje, independientemente que sean agradables o desagradables,

muchas veces desde la edad temprana, sin embargo, también pueden aparecer por medio de una experiencia denominada traumática, pueden permanecer ocultas dichas creencias hasta ser activadas por un suceso significativo. Las creencias negativas o disfuncionales pueden influenciar tanto las emociones como la conducta de una persona, iniciando por una percepción negativa de sí mismo, desesperanza, o tremendismo, experimentando una sensación de desprecio propio e incapacidad para hacer frente a la realidad del sujeto. Estas sensaciones pueden activar otras creencias y, como consecuencia, una persona va reduciendo el grado de funcionalidad y su comportamiento fluye acorde a sus creencias. Las creencias disfuncionales se conservan debido a la influencia de los sesgos de atención, interpretación y memoria (Bados y Gracia, 2010).

Las creencias están relacionadas a la conducta suicida, tienen un proceso que inicia con pensamientos de falta de valor de la vida, desesperanza, tremendismo, rigidez, luego se percibe la muerte como una solución aceptable hasta la programación de un acto letal, atravesando por deseos más o menos intensos de muerte y en muchos casos finalizando con el suicidio. El dar vigilancia a la ideación suicida, recubre de mucha importancia ya que la relación entre pensamientos, sentimientos y el comportamiento permite construir un vínculo desde la iniciación del proceso, que será fundamental para resolver la conducta problema y por consiguiente sus secuelas (Desuque et al., 2011).

4.2.6. Precipitantes

Los factores precipitantes no causan la enfermedad o malestar de manera absoluta. Pero, generan un clima y un entorno que, sumados a factores individuales predisponentes, se tornan propicios para el comienzo de una enfermedad o conducta determinada. El macrocontexto social sería un ejemplo de factor precipitante. Pues este contexto comprende elementos como responsabilidades sociales, relacionales de grupo o amistad y sexuales, publicidad, información y moda. Todos son necesarios para adaptarse al modelo de sociedad actual y a las conductas socialmente aceptadas. Mientras que pueden originar ciertas actitudes y proceder en determinadas personas que son de riesgo en el desarrollo de conductas inapropiadas o desadaptativas. Su explicación radica en que la influencia del ámbito social no es directa, sino más bien dependerá del ámbito personal-familiar y finalmente de la predisposición de cada persona (Compañy, 2015).

Existen algunos acontecimientos de la vida, que se denominan precipitantes, puesto que pueden provocar un estrés intenso en un momento particular de una persona. Estos factores

precipitantes también se los denominan coloquialmente como la gota de agua que rebosa el vaso y pueden conducir a alguien que estuvo pensando en autoeliminarse, a dar el paso de intentarlo. Estos factores pueden ser: una discusión con una persona importante, una ruptura o pérdida amorosa, el suicidio de un familiar, de un amigo, medios de comunicación indicando sobre el suicidio o métodos para el mismo, la aparición o agravamiento de un trastorno mental o de una enfermedad física o accidente, crisis circunstanciales, entre otras (Gutiérrez et al., 2014).

4.2.7. Detectores

Para la detección de factores de riesgos a nivel personal o grupal, es importante conocer el contexto en el que están inmersos, tanto familiar, social, escolar o laboral, además de la historia personal y antecedentes familiares, ya que en dicho relato puede existir factores de riesgo no modificables importantes en la vida del individuo.

Existen diversos reactivos, test o instrumentos que sirven para discriminar los factores tanto de riesgo y de protección, entre ellos se puede citar el Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente (IRSA), autor Ramón Campos, se trata de un instrumento creada por dicho autor basándose en la evidencia científica, instrumentos relacionados y en recomendaciones y sugerencias por parte de profesionales de la salud; es de fácil y rápida administración. Este reactivo es un cuestionario de respuesta binaria que podrá ser respondido de forma afirmativa o negativa (Sí o No), con 107 ítems agrupados en 7 ámbitos relacionados con el riesgo suicida: factores de riesgo no modificables (antecedentes), factores modificables, depresión/ansiedad, ideación suicida, factores precipitantes, creencias y factores protectores. Su función es la evaluación del riesgo suicida en adolescentes por medio del abordaje de los factores de riesgo (Campos, 2009).

4.2.8. Estrategias

4.2.8.1. Estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida.

El bienestar está vinculado con rasgos de personalidad que restablecen la vulnerabilidad y la capacidad de recuperación frente al estrés y los traumas. La estabilidad emocional, el optimismo y una identidad personal desarrollada son cruciales para hacer frente a las dificultades de la vida. Además, una buena autoestima, competencia personal y capacidad de resolver problemas (capacidad de pedir ayuda) reducen la consecuencia de las adversidades (Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, 2016).

4.2.8.2.Estrategias de prevención del suicidio.

En cuanto a las estrategias desde un perceptiva comunitaria, algunos autores afirman lo siguiente:

- Mejoramiento del acceso a cuidados vinculados con el suicidio y de su respectiva prestación.
- Creación de ambientes protectores, con el objetivo de reducir el acceso a medios letales entre las personas en riesgo.
- Fomento de conexión, participación en actividades en la comunidad.
- Enseñanza de destrezas de supervisión y resolución de problemas, englobando la psicoeducación socio-emocional y las destrezas de crianza y relaciones familiares
- Identificación de las personas en riesgo y provisión de apoyo, capacitaciones del personal de primera línea, intervención en crisis.
- Reducción de los daños y prevención de riesgo futuro, mediante la intervención posterior, informe y mensajes seguros en relación con el suicidio.

La finalidad de este paquete es ilustrar la importancia de los esfuerzos integrales para la prevención y disminución de factores de riesgo y proporcionar programas eficaces que abordan cada nivel de la ecología social (Stone et al., 2017,pp.12).

4.2.8.3.Factores protectores.

De acuerdo a Gutiérrez y otros, los factores protectores son todos aquellos elementos circunstanciales o personales, que potencian la salud integral, la calidad de vida y el desarrollo personal. Estos factores pueden ser de dos tipos, factores internos propios de la persona como el estima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía, entre otros, y los factores externos, estos son los escenarios como la familia, comunidad y las condiciones del entorno que actúan reduciendo la probabilidad de daños como lo es la familia extendida, apoyo de un adulto significativo o adecuada integración social y laboral (Gutiérrez et al., 2014). Con el aumento de los factores protectores se reducen los factores de riesgos y disminuye la probabilidad y vulnerabilidad para una conducta suicida.

4.2.8.3.1. Relaciones intrafamiliares.

Como menciona Rivera y Andrade en el 2010, las relaciones intrafamiliares son aquellas interconexiones que se crean entre los miembros de una familia. Y para crear dichas relaciones influye la percepción de cada integrante con respecto al grado de unión familiar, estilo de la familia

para afrontar problemas o expresar emociones, manejo de reglas de convivencia y adaptación a escenarios de cambio. Por ello las relacionales familiares están vinculadas directamente con el ambiente familiar y los recursos familiares (Pairumani, 2017).

4.2.8.3.2. Refuerzos positivos.

Skinner es uno de los teóricos con enfoque conductista; mediante el condicionamiento operante en conjunto con Thorndike estudiaron la manera en la cual aprende el ser humano, distinguiendo entre castigo y reforzamientos tanto positivos como negativos. Centrándose en el reforzamiento positivo, este es definido como un estímulo (conducta, objeto o evento) cuya presentación da cabida al aumento o mantenimiento de una conducta o acción específica, de modo que, si no se presenta la conducta esperada, el estímulo debe ser menor o nulo. Los reforzadores positivos pueden ser actividades agradables, sociales, materiales o afectivas como un abrazo (Bados y García, 2011).

4.2.8.3.3. Afecto y manejo de emociones.

Varios estudios evidencian la importancia que desempeñan las emociones y sentimientos en el desarrollo de las personas y como la falta de gestión de las mismas puede originar graves alteraciones en la conducta como en la salud física y mental. La adolescencia es una etapa en donde se redefinen y desarrollan habilidades emocionales, es por ello la importancia de recibir una educación emocional desde la misma infancia, para que beneficie este proceso (Colom y Fernández, 2009).

Considerando a los mismos autores, en los adolescentes las competencias emocionales se ven debilitadas por el cambio que experimentan en la capacidad intelectual, es por ello que se debe fomentar no solo el desarrollo de la inteligencia racional (objetiva), sino además la inteligencia emocional (subjetiva), pues esto permitirán resolver problemas complejos en la sociedad, ya que la competencia emocional facilita la capacidad para proceder de forma eficaz ante las situaciones circunstanciales del ser humano.

La competencia emocional consiente en comprender, expresar y regular de forma adecuada fenómenos emocionales, mientras que la carencia emocional tiende a desencadenar problemas en la construcción de la identidad, pocas habilidades de convivencia, dificultad para pedir ayuda, ansiedad, estrés, entre otras. Rosenblum y Lewis sugieren que se debe adquirir habilidades para regular y modular emociones intensas, autorregularse de manera independiente, conocer las propias emociones, comprender las consecuencias de la expresión emocional, transformar el

significado de experiencias negativas, separar experiencias emocionales negativas, negociar y mantener las relaciones interpersonales, utilizar habilidades cognitivas, entre otras (Colom y Fernández, 2009).

4.2.8.3.4. Reglas de convivencia.

En el ámbito familiar debe existir una organización particular en la cual sea posible interactuar, experimentar y expresar tipos de papeles o roles, normas, acuerdos de convivencia y el mantenimiento de la dinámica social. Pues dicho conjunto promueve los vínculos afectivos, responsabilidades para cada miembro de la familia, respeto, autonomía y la construcción del compartir a diario. Las normas de convivencia propician la reflexión, valores y actitudes facilitadoras de convivencia, mismas que debe ser impuestas de manera democrática por los miembros de la familia (Barquero, 2014).

4.2.4.4. Psicoeducación.

Esta estrategia se refiere a la educación, información y/o reflexión que se brinda a los individuos ya sea de forma individual o colectiva sobre temas relacionados a salud mental, este tipo de intervenciones psicológicas involucran apoyo emocional, resolución de problemas y así también otras técnicas. El objetivo de la misma es que el paciente comprenda y este en la capacidad de manejar la sintomatología que presenta, asimismo que aprenda afrontarlos y prevenir contextos más difíciles y recaídas. Además, involucra el refuerzo de fortalezas, habilidades propias y de esta forma contribuir con su propia salud mental y física y bienestar en general (Tena, 2020).

4.2.4.5. Restructuración cognitiva.

La reestructuración cognitiva es una técnica del enfoque cognitivo conductual, en la cual una persona con la ayuda del terapeuta, identifica y cuestiona sus pensamientos distorsionados, y a la vez los modifica o sustituye por otros más adecuados, es decir, trabajan juntos para determinar si dichos pensamientos son útiles o correctos, reduciendo así la inestabilidad emocional o conductual y las consecuencias negativas provocadas por dichas distorsiones (Bados y Gracia, 2010).

4.2.4.6. Role-playing.

El juego de roles o role-playing es una estrategia didáctica y participativa, siendo un instrumento eficaz de enseñanza/aprendizaje, consiste en la dramatización mediante el diálogo y la interpretación de una situación de conflicto en alguna esfera trascendental de la vida, con el planteamiento del problema, mediante la dramatización se pretende dar posibles interpretaciones

y soluciones, pues la presencia de distintos personajes introduce diversos puntos de vista y reflexiones con la finalidad de detectar distorsiones, errores y confusiones en la comprensión del problema y comportamiento en contextos críticos, practicando la empatía y la creatividad entre los personajes del grupo (Xus, 1992).

4.2.4.7. Resolución de problemas.

El entrenamiento en resolución de problemas ayuda a la persona a identificar y resolver problemas actuales de su vida, mismos que son antecedentes de respuestas desadaptativas, enseñando así habilidades generales, pues la persona debe crear una lista de posibles soluciones y de ellos escoger la más apropiada y de manera asertiva, permitiendo resolver con eficiencia problemas a futuro (Bados y García, 2014).

4.2.4.8. Técnica de respiración.

La respiración controlada, es una técnica que consiste en ayudar a disminuir la activación fisiológica y por ende manejar la ansiedad. Mediante la práctica se aprende a respirar de un modo lento tomando en cuenta las repeticiones, tiempo, inhaladas, contención y exhaladas (García et al., 2008). En el caso de la técnica denominada respiración en 4 tiempos, se toma aire lenta y profundamente por las fosas nasales en 4 tiempos, mientras vas llenando de aire el abdomen. Espera 4 tiempos antes de expulsar el aire. Al expulsarlo, debes ejecutarlo por la nariz igualmente en 4 tiempo, tratando de expulsar todo el aire, a la vez que vas tensando y deshinchando suavemente el abdomen.

4.2.4.9.Foda.

Es una técnica de análisis de problemas que involucra cuatro factores a analizar y evaluar, estos factores son: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas, este análisis da la posibilidad de llegar a extraer aspectos positivos y favorables ante momentos de crisis, por otra parte, el conocer el impacto de las debilidades y las amenazas ofrece oportunidad para trabajar y modificar las mismas (Ponce, 2007).

4.2.4.10.Lluvia de ideas.

Es una técnica para crear ideas de forma colectiva e individual, se promueve la creatividad y un proceso interactivo, en donde mediante esta técnica se va perfeccionando las ideas aportadas. Las ventajas de dicha técnica es un trabajo colaborativo, soluciones creativas, ordenado, involucra a todos los participantes, estructurado y no rige estrictamente a un conocimiento científico (Sociedad Latinoamericana, 2000).

4.2.4.11. Retroalimentación.

La retroalimentación es considerada como la técnica clave para lograr el aprendizaje, pues se considera como el apoyo y soporte fundamental para reforzar los conocimientos previos, además que permite identificar errores y corregirlos, así también permite tener bases cimentadas para adquirir nuevos aprendizajes que estén vinculados con el conocimiento anterior y con ello garantizar la comprensión de dicha información (Canabal y Margalef, 2017).

5. METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación se caracterizó por su validez y confiabilidad, puesto que los datos se lograron obtener de acuerdo a los objetivos trazados:

5.1. Objetivo general:

Determinar conducta suicida y factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados de una Unidad Educativa de la ciudad de Loja.

5.2. Objetivos específicos:

- Detectar la conducta suicida en adolescentes escolarizados, a través de la Escala de riesgo suicida de Plutchik con el propósito de seleccionar la muestra para la investigación.
- Identificar los factores de riesgos psicosociales en los adolescentes escolarizados mediante la aplicación del Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente (IRSA).
- Diseñar un programa de prevención de atención primaria para adolescentes escolarizados con conductas suicidas.

5.3. Diseño y tipo de estudio

El diseño de la investigación fue de tipo no experimental de corte transversal o transaccional, pues permitió describir las variables y analizar su incidencia sin manipular o controlar variable alguna en un tiempo determinado. Además, el tipo de estudio fue cuantitativo, puesto que se recolectó y midió las variables mediante reactivos psicológicos. Finalmente, fue en base a un estudio descriptivo por cuanto permitió verificar y especificar aquellos factores de riesgo psicosociales presentes en los adolescentes escolarizados; se trató de una investigación de campo, ya que se desarrolló la recolección de información y datos directamente de la realidad de la muestra de estudio.

5.3.1. Población

Los participantes de esta investigación fueron 128 estudiantes escolarizados entre 11 a 19 años de edad correspondientes a la sección vespertina de una unidad educativa de la ciudad de Loja. La selección de la muestra se la llevó a cabo por medio de un muestro incidental (no probabilístico) de los estudiantes con conducta suicida previa a su detección.

Es importante destacar las características principales de la muestra, para ello en las tablas 1, 2, 3 y 4 se encuentran resumidas dichas características de los adolescentes escolarizados; en concreto su distribución por género, edad, escolaridad y procedencia.

Tabla 1*Distribución de los adolescentes escolarizados por género*

Género	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	29	58.00%
Hombre	21	42.00%

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado por:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 1. se evidencia que el mayor grupo en cuanto al género es el de mujer con un porcentaje del 58.00% y el menor porcentaje en cuanto al género es el de hombre. La diferencia no es muy marcada, pero prevalece el género femenino.

Tabla 2*Distribución de los adolescentes escolarizados por edad*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Rango de edad		
Adolescencia temprana (11 a 13 años)	22	44.00%
Adolescencia media (14 a 17 años)	24	48.00%
Adolescencia tardía (18 a 21 años)	4	8.00%

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado por:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En cuanto a la distribución de los adolescentes escolarizados por edad en la tabla 2. se distingue que el 48.00% tiene una edad entre 14 a 17 años correspondiente a adolescencia media, el 44.00% tienen una edad entre 11 a 13 años de edad correspondiente a adolescencia temprana y solo el 8.00% están entre 18 a 21 años de edad correspondiente a adolescencia tardía.

Tabla 3*Distribución de los adolescentes escolarizados por escolaridad*

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Octavo	10	20.00%
Noveno	12	24.00%
Decimo	6	12.00%
1ro Bachillerato	14	28.00%
2do Bachillerato	4	8.00%
3ro Bachillerato	4	8.00%

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado por:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 3. se evidencia que, según la distribución de los adolescentes por escolaridad, el 28.00% corresponde a 1ro bachillerato, seguido del 24.00% perteneciente a noveno, el 20.00% a octavo, el 12.00% a decimo y solo el 8.00% correspondiente a porcentajes iguales a 2do y 3ro de bachillerato.

Tabla 4*Distribución de los adolescentes escolarizados por procedencia*

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Motupe	30	60.00%
Sauces Norte	5	10.00%
Pucacocha	3	6.00%
Zalapa	3	6.00%
San Francisco	2	4.00%
Otros	7	14.00%

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado por:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

Según se observa en la tabla 4, la distribución de adolescentes escolarizados por procedencia, la mayor parte de los estudiantes son procedentes de Motupe con un 60.00%, el 10.00% son procedente de Sauces Norte, seguido del 6.00% tanto para Pucacocha y Zalapa, y el 14.00% corresponde a otros lugares, pues se agrupo de esta manera, ya que procedían 1 o 2 estudiantes de estas zonas aledañas.

5.3.2. Técnicas e instrumentos

Escala de riesgo suicida de Plutchik: Se trata de un cuestionario de 15 preguntas, con respuesta de si-no, cada respuesta afirmativa puntúa 1; la puntuación máxima es de 15 puntos y la puntuación mínima de 0 puntos. Esta escala evalúa los intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación suicida actual, sentimientos de depresión, comunicación suicida y otros. Y su nivel de confiabilidad por Alfa de Cronbach es de 0.80. El presente instrumento fue aplicado a 128 estudiantes escolarizados entre los 11 y 19 años de edad, de una unidad educativa de Loja.

Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente (IRSA): Este instrumento se trata de un cuestionario de respuesta binaria que podrán ser respondidos de forma afirmativa o negativa (Sí o No), con 107 ítems agrupados en 7 ámbitos relacionados con el riesgo suicida: factores de riesgo no modificables (antecedentes), factores modificables, depresión /ansiedad, factores precipitantes, ideación suicida, creencias y factores protectores. En cuanto a su consistencia interna o Alfa de Cronbach es 0.964. En la presente investigación no se consideró la dimensión “ideación suicida”, puesto que esta dimensión ya se evalúa con la escala anteriormente citada. Dicho instrumento fue aplicado a 50 estudiantes con conducta suicida, en edades comprendidas entre 11 a 19 años de edad de una unidad educativa de la ciudad de Loja.

5.3.3. Procedimiento

El desarrollo del presente trabajo de investigación se efectuó en diferentes fases o etapas:

Primera fase:

Se realizó un acercamiento con las autoridades pertinentes de la institución educativa, y se obtuvo el apoyo del Departamento de consejería estudiantil (DECE) para la etapa de aplicación de reactivos en los estudiantes comprendidos entre 11 a 19 años de edad correspondientes a octavo, noveno y décimo de educación básica, y también a primero, segundo y tercero de bachillerato general unificado.

Segunda fase:

Se procedió a dar cumplimiento al primer objetivo planteado, para lo cual en primera instancia se consiguió la autorización de los padres o representantes de los estudiantes mediante el consentimiento informado, luego se efectuó una detección o tamizaje en la población a investigar por medio de un cuestionario estructurado denominado Escala de riesgo suicida de Plutchik (anexo 2), mismo que se aplicó de forma presencial en coordinación institucional con el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) de dicha institución. De esta forma se logró obtener la muestra para la presente investigación, siendo los estudiantes con conducta suicida.

Tercera fase:

Se aplicó de manera individual y presencial el Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente (IRSA) (anexo 3) a los estudiantes que fueron parte de la muestra con el apoyo y colaboración del DECE de la institución, de tal manera que se llevó a cabo de forma organizada, lógica y sistémicamente, además que mediante estos encuentros se recabó información esencial y fundamental para la presente investigación.

Cuarta fase:

Se procedió a tabular la información recolectada correspondiente al segundo instrumento, utilizando las 96 afirmaciones, las cuales se agruparon en 6 dimensiones: factores de riesgo no modificables (antecedentes), factores modificables, depresión /ansiedad, factores precipitantes, creencias y factores protectores; para lo cual se utilizó herramientas estadísticas como el IBM SPSS Statistics Editor de datos y EXCEL con el fin de determinar cuáles son los factores de riesgo psicosocial que prevalecen para desencadenar las conductas suicidas en los adolescentes escolarizados.

Quinta fase:

En base a los resultados obtenidos y a la información científica estudiada, se procedió a dar cumplimiento al tercer objetivo diseñando un programa de prevención de atención primaria para adolescentes escolarizados con conductas suicidas.

6. RESULTADOS

6.1. Factores sociodemográficos y conducta suicida en adolescentes escolarizados

Tabla 5

Conducta suicida y género de adolescentes escolarizados

Riesgo suicida	Género		Total
	Mujer	Hombre	
	29	21	50
	58.00%	42.00%	100.00%

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado por:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 5, del total de estudiantes que presentaron conducta suicida, se evidencia que el 58.00% perteneciente a 29 estudiantes son adolescentes mujeres y el 42.00% restante correspondiente a 21 estudiantes son adolescentes hombres. La diferencia es mínima, sin embargo, prevalecen las adolescentes mujeres con conducta suicida en la presente investigación.

Tabla 6

Conducta suicida y rango de edad de adolescentes escolarizados

Riesgo Suicida	Rango de edad			Total
	Adolescencia temprana	Adolescencia media	Adolescencia tardía	
	22	24	4	50
	44.00%	48.00%	8.00%	100.00%

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado por:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 6. del 100% de los estudiantes con conductas suicidas evaluados, de acuerdo al rango de edad, el 48.00% perteneciente a 24 estudiantes corresponden a adolescencia media

(edades comprendidas entre 14 a 17 años), el 44.00% correspondiente a 22 estudiantes pertenecen a adolescencia temprana (edades comprendidas entre 11 a 13 años), y solo el 8.00% correspondiente a 4 estudiantes están dentro de la adolescencia tardía (edades comprendidas entre 18 a 21 años).

Tabla 7

Conducta suicida y procedencia de los adolescentes escolarizados

		Riesgo suicida	
Procedencia	Motupe	30	60.00%
	Zalapa	3	6.00%
	Sauces Norte	5	10.00%
	La Banda	1	2.00%
	San Francisco	2	4.00%
	Solamar	1	2.00%
	San Juan	1	2.00%
	Pucacocha	3	6.00%
	Masaca	1	2.00%
	Consacola	1	2.00%
	Las Pitas	1	2.00%
	Purubamba	1	2.00%
	Total	50	100.00%

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado por:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 7. del 100% de los estudiantes evaluados, de acuerdo al lugar de procedencia el 60.00% correspondiente a 30 estudiantes son procedentes de Motupe, el 10.00% correspondiente a 5 estudiantes son procedentes de Sauces Norte, seguido del 6.00% perteneciente a 3 estudiantes procedentes tanto de Zalapa y Pucacocha, seguido del 4.00% correspondiente a 2 estudiantes son de San Francisco y el porcentaje restante procedente de La Banda, Solamar, San Juan, Masaca,

Consacola, Las Pitás y Purubamba correspondiente al 2.00% perteneciente a 1 estudiante para cada lugar.

En cuando a la procedencia, existe mayor número de adolescentes escolarizados del sector Motupe, esto se debe a que la unidad educativa está ubicada en aquella zona, por lo cual gran parte de la población adolescente pertenece a dicha institución educativa.

Tabla 8

Estadísticos de prueba: Factores sociodemográficos

	Género	Rango de edad	Procedencia
Chi-cuadrado	1.280 ^a	14.560 ^b	178.960 ^d
gl	1	2	11
Sig. asintótica	0.258	0.001	0.000

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado por:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 8. de acuerdo a la prueba estadística Chi-cuadrado de bondad de ajuste, el rango de edad de adolescencia media (14 a 17 años) ($p > 0.001$) y la procedencia de Motupe ($p > 0.000$) indican mayor riesgo a la conducta suicida, mientras que el género ($p < 0.258$) no presenta este riesgo.

6.2. Conducta suicida en adolescentes escolarizados

Para dar respuesta al primer objetivo específico de la presente investigación, se presentan las siguientes tablas:

Tabla 9

Conducta suicida: Riesgo suicida en adolescentes escolarizados

	Frecuencia	Porcentaje
Si tiene riesgo suicida	50	39.06%
No tiene riesgo suicida	78	60.94%

Total	128	100.00%
-------	-----	---------

Fuente: Escala de riesgo suicida de Plutchik, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado por:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 9. del 100% de los estudiantes evaluados en la escala de riesgo suicida, la cual está compuesta por 15 afirmaciones con opción binaria de respuesta, siendo si y no, se evidencia que el 60.94%, correspondiente a 78 estudiantes no presentan riesgo suicida, mientras que el 39.06% correspondiente a 50 estudiantes presentan riesgo suicida, es decir, presentan alguno o varios de los siguientes factores: intento suicida, comunicación suicida, pensamiento suicida y otros factores relacionados con la conducta suicida como impulsos y planes dirigidos hacia la autodestrucción, sentimientos de desesperanza, depresión, uso frecuente de tranquilizantes, pastillas para dormir y medicamentos de todo tipo.

Tabla 10

Conducta suicida: Intento suicida en adolescentes escolarizados

	Frecuencia	Porcentaje
Si tiene intento suicida	34	68.00%
No tiene intento suicida	16	32.00%
Total	50	100.00%

Fuente: Escala de riesgo suicida de Plutchik, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado por:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 10, se evidencia que del total de estudiantes que presentan conducta suicida evaluados con la escala de riesgo suicida, compuesta por 1 afirmación (afirmación 15), el 68.00% correspondiente a 34 estudiantes presentan intento suicida, mientras que el 32.00% restante referente a 16 estudiantes no presentan intento suicida. En esta dimensión se observa que del total de estudiantes con conducta suicida el 68.00% han intentado suicidarse en algún momento de su vida, siendo este porcentaje mayor a los estudiantes que no presenta intento suicida.

Tabla 11*Conducta suicida: Pensamiento suicida en adolescentes escolarizados*

	Frecuencia	Porcentaje
Si tiene pensamiento suicida	31	62.00%
No tiene pensamiento suicida	19	38.00%
Total	50	100.00%

Fuente: Escala de riesgo suicida de Plutchik, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado por:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 11, del total de estudiantes con conducta suicida evaluados en la escala de riesgo suicida, dimensión compuesta por 1 afirmación (afirmación 13), el 62.00% referente a 31 estudiantes presentan pensamiento suicida y el 38.00% restante correspondiente a 19 estudiantes no presentan pensamiento suicida, es decir la mayoría de los estudiantes tienen ideas relacionadas al suicidio, sus posibles consecuencias y su impacto.

Tabla 12*Conducta suicida: Comunicación suicida en adolescentes escolarizados*

	Frecuencia	Porcentaje
Si tiene comunicación suicida	19	38.00%
No tiene comunicación suicida	31	62.00%
Total	50	100.00%

Fuente: Escala de riesgo suicida de Plutchik, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado por:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 12. del total de estudiantes que presentan conducta suicida evaluados mediante la escala de riesgo suicida, la cual está conformada por 1 afirmación (afirmación 14), el 62.00% correspondientes a 31 estudiantes manifestaron no tener comunicación suicida, y solo el 38.00%

correspondiente a 19 estudiantes si presentan comunicación suicida, es decir, han comentado a otras personas, familiares y amigos que tienen deseos de autoeliminarse.

6.3. Factores de riesgo psicosociales

Para dar respuesta al segundo objetivo específico se presenta las siguientes tablas con los resultados obtenidos:

Tabla 13

Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: No modificables

	Frecuencia	Porcentaje
Si presenta factores no modificables	41	82.00%
No presenta factores no modificables	9	18.00%
Total	50	100.00%

Fuente: Escala de riesgo suicida de Plutchik, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado por:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 13. del 100% de los estudiantes que presentaron conducta suicida evaluados con la dimensión factores no modificables, en la cual constan 9 afirmaciones con opción de respuesta binaria, el 82.00% correspondientes a 41 estudiantes si presentan factores de riesgo no modificables y solo el 18.00% correspondientes a 9 estudiantes no presentan factores de riesgo no modificables, es decir, la mayoría de los estudiantes con conducta suicida tienen la presencia de diversos factores no modificables también denominados como antecedentes.

Tabla 14

Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Subdimensión no modificables

Subdimensión	Frecuencia	Porcentaje
Intentos anteriores (motivación, severidad, letalidad)	34	68.00%
Diagnóstico psiquiátrico (depresión, esquizofrenia)	8	16.00%
Intentos de autoeliminación o muerte por suicidio en la familia o amigos	30	60.00%

Muerte reciente de un familiar o amigo	17	34.00%
Ruptura / divorcio de padres	12	24.00%
Antecedente de violencia intrafamiliar	11	22.00%
Antecedente de abuso sexual	9	18.00%

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, factores no modificables, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 14. especificando cada uno de los factores de riesgo no modificables (antecedentes), del total de estudiantes con conducta suicida, el 68.00% correspondiente a 34 estudiante presentan intentos suicidas anteriores englobando la motivación, severidad y letalidad del mismo, el 60.00% correspondiente a 30 estudiantes presentan intentos de autoeliminación o muerte por suicidio en la familia o amigos, el 34.00% referente a 17 estudiantes presentan muerte reciente de un familiar o amigo, el 24.00% correspondiente a 12 estudiantes tienen una ruptura o divorcio de sus padres, el 22.00% perteneciente a 11 estudiantes presentan antecedentes de violencia intrafamiliar, seguido del 18.00% correspondiente a 9 estudiantes tienen antecedentes de abuso sexual, y solo el 16.00% correspondiente a 8 estudiantes tienen diagnóstico psiquiátrico o han acudido a recibir ayuda psicológica.

Tabla 15

Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Modificables

	Frecuencia	Porcentaje
Si presenta factores modificables	50	100.00 %
No presenta factores modificables	0	0%
Total	50	100.00

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, factores modificables, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 15. del total de estudiantes con conducta suicida evaluados con la dimensión factores modificables, en la cual constan 11 afirmaciones con opción de respuesta binaria, se evidencia que el 100% correspondientes a 50 estudiantes presentan factores de riesgo

modificables, es decir, los adolescentes pueden hacer cambios en su estilo de vida para reducir el riesgo de un factor en particular.

Tabla 16

Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Subdimensión modificables

Subdimensión	Frecuencia	Porcentaje
Uso/abuso de drogas y/o alcohol	9	18.00%
Falta de apoyo (familia o amigos)	10	20.00%
Problemas académicos (fracaso o sentirse presionado)	44	88.00%
Disfunción familiar/ conflictos parentales	17	34.00%
Peleas/conflicto con los cuidadores	16	32.00%

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, factores modificables, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 16, especificando cada uno de los factores de riesgo modificables, del 100% de estudiantes con presencia de conducta suicida, se evidencia que existe un 88.00% perteneciente a 44 estudiantes con presencia de problemas académicos relacionados con el fracaso escolar y el sentirse presionado por las responsabilidades académicas, el 34.00% correspondiente a 17 estudiantes presentan disfunción familiar o conflictos parentales, seguido del 32.00% correspondiente a 16 estudiantes, los cuales son participes de peleas o conflicto con los cuidadores, por otro lado el 20.00% correspondiente a 10 estudiantes perciben falta de apoyo por parte de su familia o amigos y solo el 18.00% correspondiente a 9 estudiantes tiene uso o abuso de alcohol o drogas, es decir, la mayoría de los estudiantes presenta problemas académicos y en un porcentaje mínimo pero no por ello menos importante tienen uso o abuso de alcohol y otras drogas.

Tabla 17

Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Depresión/ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje
Si presenta Depresión/ansiedad	50	100.00%

No presenta Depresión/ansiedad	0	0.00%
Total	50	100.00%

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, Depresión/Ansiedad, aplicado en adolescentes escolarizados *Elaborado:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 17. del 100.00% de estudiante con conducta suicida evaluados con la dimensión de Depresión/ansiedad, la cual está compuesta de 28 afirmaciones con opción de respuesta binaria, se observa que el 100.00% de la muestra correspondiente a 50 adolescentes presentan rasgos o sintomatología depresiva y/o ansiosa.

Tabla 18

Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Subdimensión depresión/ansiedad

Subdimensión	Frecuencia	Porcentaje
Desprecio propio	31	62.00%
Impulsividad, disregulación emocional	34	68.00%
Baja autoestima	40	80.00%
Soledad, inadaptación social	39	78.00%
Baja tolerancia frustración	23	46.00%
Dificultad para concentrarse	34	68.00%
Impaciencia/Inquietud constantes	41	82.00%
Enojo/tristeza constantes	40	80.00%

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, Depresión/Ansiedad, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 18. especificando cada uno de los rasgos o sintomatología ansiosa y depresiva, del 100.00 % de los estudiantes con conducta suicida, el 82.00% correspondiente a 41 estudiantes presentan impaciencia e inquietudes constantes, el 80.00% referente a 40 adolescentes presentan en porcentajes iguales baja autoestima y enojo o tristeza constante, seguido del 78.00% correspondiente a 39 estudiantes presentan soledad e inadaptación social, así mismo el 68.00%

correspondiente a 34 estudiantes presentan tanto dificultad para concentrarse como impulsividad y disregulación emocional, el 62.00% correspondiente a 31 estudiantes presentan desprecio propio y el 46.00% referente a 23 estudiantes tienen baja tolerancia a la frustración. En la dimensión depresión/ansiedad la mayoría de estudiantes con conducta suicida presentan cada uno de los factores de la subdimensión, puesto que los porcentajes oscilan a un número mayor del 50.00%.

Tabla 19

Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Precipitantes

	Frecuencia	Porcentaje
Si presenta factores precipitantes	47	94.00%
No presenta factores precipitantes	3	6.00%
Total	50	100.00%

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, Factores Precipitantes, aplicado en adolescentes escolarizados *Elaborado:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 19. del total de estudiantes que presentan conducta suicida evaluados con la dimensión de factores precipitantes, la cual está compuesta por 14 afirmaciones con opción de respuesta binaria, se evidencia que el 94.00% referente a 47 estudiantes presentan factores de riesgo precipitantes, mientras que solo el 6.00% referente a 6 estudiantes no presentan factores precipitantes, es decir, la mayoría de los estudiantes poseen factores precipitantes.

Tabla 20

Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Subdimensión precipitantes

Subdimensión	Frecuencia	Porcentaje
Estrés vital (vida difícil)	18	36.00%
Muerte reciente de amigo o familiar	17	34.00%
Pérdida de apoyo reciente	20	40.00%
Enojo / venganza / ira	14	28.00%

Confusión / tensión interna	38	76.00%
Ruptura de pareja	10	20.00%
Conflicto familiar reciente	18	36.00%
Estresor reciente	28	56.00%

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida en Adolescente, IRSA, Factores Precipitantes, aplicado en adolescentes escolarizados *Elaborado:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 20. especificando cada uno de los factores de riesgo precipitantes, del 100.00% de los estudiantes con conducta suicida, el 76.00% correspondiente a 38 estudiantes presentan confusión o tensión interna, un 56.00% correspondiente a 28 estudiantes manifestaron la presencia de estrés reciente, ya sea por un evento traumático o por actividades de la vida cotidiana, así mismo el 36.00% correspondiente a 18 estudiantes presentan tanto conflictos familiares recientes como estrés vital relacionado a una vida difícil y a enfermedades permanentes, seguido del 34.00% perteneciente a 17 estudiantes manifiestan muerte reciente de un amigo o familiar, un 28.00% correspondiente a 14 estudiantes presentan enojo, venganza o ira, y finalmente el 20.00% correspondiente a 10 estudiantes manifiestan una ruptura de pareja. Siendo así que los factores más prevalentes son la confusión o tensión interna y el estrés reciente asociado a eventos traumáticos o a las actividades diarias tales como las actividades académicas.

Tabla 21

Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Creencias

	Frecuencia	Porcentaje
Si tiene creencias vinculadas al suicidio	50	100.00%
No tiene creencias vinculadas al suicidio	0	0.00%
Total	50	100.00%

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, Creencias, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 21. del total de estudiantes con conducta suicida evaluados con la dimensión creencias, la cual está conformada por 12 afirmaciones con opción de respuesta binaria, se observa

que el 100.00% correspondiente a los 50 estudiantes presentan creencias vinculadas al suicidio.

Tabla 22

Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Subdimensión creencias

Subdimensión	Frecuencia	Porcentaje
Desesperanza (nada cambiará, nada saldrá bien)	28	56.00%
Visión negativa de asimismo (ser malo)	29	58.00%
Vivir es insoportable	25	50.00%
Tremendismo	20	40.00%
Insatisfacción en la vida	23	46.00%
Visualizar la muerte como solución aceptable	23	46.00%
Rigidez / perfeccionismo	28	56.00%
Creencias religiosas	4	8.00%

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, Creencias, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 22, especificando cada una de las creencias asociadas al suicidio, del total de los estudiantes con conductas suicidas, el 58.00% correspondiente a 29 estudiantes presenta visión negativa de sí mismo, considerándose una persona mala, el 56.00% correspondiente a 28 estudiantes presentan desesperanza, creencias de que nada cambiará, ni saldrá bien y este mismo porcentaje presentan rigidez o perfeccionismo, seguido del 50.00% perteneciente a 25 estudiantes presentan la creencia de que vivir es insoportable, así también el 46.00% perteneciente a 23 estudiantes manifiestan insatisfacción en la vida, con este mismo porcentaje presentan la creencia de la muerte como una solución aceptable ante los problemas y finalmente solo el 8.00% correspondiente a 4 estudiantes presentan creencias religiosas frente al suicidio. Con ello podemos afirmar que todo el grupo muestra presenta al menos uno o varias creencias vinculadas al suicidio.

Tabla 23*Factores de riesgo psicosociales de los estudiantes escolarizados: Factores protectores*

	Frecuencia	Porcentaje
Si presenta factores protectores	48	96.00%
No presenta factores protectores	2	4.00%
Total	50	100.00%

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, Factores Protectores, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 23. del total de estudiantes con conducta suicida evaluados con la dimensión factores protectores, la cual está compuesta por 22 afirmaciones con opción de respuesta binaria, se evidencia que el 96.00% correspondiente a 42 estudiantes presentan factores protectores frente al suicidio y solo el 4.00% correspondiente a 2 estudiantes no presentan factores protectores.

Tabla 24*Factores de riesgo psicosociales en adolescentes escolarizados: Subdimensión factores protectores*

Subdimensión	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo familiar / grupal	44	88.00%
Planes futuros	34	68.00%
Familia adecuada	21	42.00%
Recreación	30	60.00%
Buena autoestima / auto eficacia	27	54.00%
Uso de servicios de salud	7	14.00%
Control psicológico	18	36.00%
Satisfacción vital	26	52.00%
Relaciones satisfactorias	18	36.00%
Actitud positiva ante la vida	32	64.00%

Fuente: Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, Factores Protectores, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 24. especificando cada uno de los factores protectores frente a las conductas suicidas, del total de adolescentes escolarizados, el 88.00% perteneciente a 44 estudiantes manifiestan contar con el apoyo ya sea familiar o de grupo, el 68.00% correspondiente a 34 estudiantes manifiestan tener planes a futuro, un 64.00% correspondiente a 32 estudiantes mencionan tener una actitud positiva ante la vida, seguido de un 60.00% referente a 30 estudiantes los cuales manifiestan realizar actividades recreativas, el 54.00% referente a 27 estudiantes presentan buena autoestima y autoeficacia, así mismo un 52.00% correspondiente a 26 estudiantes mencionan tener satisfacción vital, un 42.00% correspondiente a 21 estudiantes refieren tener una familia adecuada, un 36.00% referente a 18 estudiantes manifiestan tener relaciones satisfactorias ya sea en la familia o en el grupo de amigos, y con el mismo porcentaje refieren tener un control psicológico relacionado al autocontrol emocional y capacidad de resolución de problemas, finalmente solo el 14.00% correspondiente a 7 estudiantes manifiestan el uso de servicios de salud ya sea al área de psicología o de salud general. Tomando en consideración los datos mencionados destaco que existe la presencia de varios factores protectores, sin embargo, la mayoría de los estudiantes se privan del uso de los servicios de salud, siendo este uno de los factores protectores más importante en la etapa de la adolescencia y un método para afrontar la problemática del suicidio.

6.4.Relación entre la conducta suicida y los factores de riesgo psicosociales

Dando respuesta al objetivo general planteado, se presenta la siguiente tabla:

Tabla 25

Conducta suicida y factores de riesgo psicosociales

	No modificables		Modificables		Depresión/ Ansiedad		Precipitantes		Creencias	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Presencia	41	82.00	50	100.00	50	100.00	47	94.00	50	100.00

Conducta Suicida	Ausencia	9	18.00	0	0.00	0	0.00	3	6.00	0	0.00
Total		50	100.00	50	100.00	50	100.00	50	100.00	50	100.00

Fuente: Escala de riesgo suicida de Plutchik, Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado por:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 25. del total de adolescentes escolarizados, al ser evaluados mediante la Escala de riesgo suicida Plutchik y el Instrumento de riesgo suicida en adolescente, se manifiesta que los factores psicosociales más prevalentes en los estudiantes con conducta suicida son los factores modificables, creencias y depresión/ansiedad, puesto que el 100% de estudiantes presentan estos tres factores, seguido de los factores precipitantes en un 94.00% y los factores no modificables en un 82.00%, además se puede evidenciar la presencia de los factores protectores en un 96.00% , siendo el mismo un porcentaje relevante.

Tabla 26

Estadísticos de prueba: Factores de riesgo psicosocial

	Factores no modificables	Factores precipitantes
Chi-cuadrado	20.480 ^a	38.720 ^a
gl	1	1
Sig. asintótica	0.000	0.000

Fuente: Escala de riesgo suicida de Plutchik, Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente, IRSA, aplicado en adolescentes escolarizados. *Elaborado por:* Lisseth Abigail Pereira Yaguachi.

En la tabla 26. de acuerdo a la prueba estadística Chi-cuadrado de bondad de ajuste, los factores no modificables ($p > 0.000$) y factores precipitantes ($p > 0.000$) indican riesgo a desarrollar una conducta suicida, mientras que dicha prueba estadística no aplica para los demás factores ya que es son variables constantes, es decir, están presentes en el 100% de la muestra.

6.5. Diseño de un programa de prevención de atención primaria para adolescentes

escolarizados con conductas suicidas.

Dando cumplimiento al tercer objetivo de la presente investigación se diseñó un programa de prevención de atención primaria para adolescentes escolarizados con conductas suicidas, por lo cual se formuló la siguiente propuesta:

6.6.1. Título del programa de prevención

PROGRAMA DE PREVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS CON CONDUCTAS SUICIDAS.

6.6.2. Presentación

La presente propuesta de prevención primaria tendrá como base el enfoque Cognitivo Conductual, el cual está orientada a reducir las conductas suicidas, tales como pensamiento suicida, comunicación suicida o intento suicida en la población adolescente de una unidad educativa, mediante ciertas estrategias y técnicas psicológicas que pretenden concientizar, sensibilizar y modificar dichas conductas, cuyo objetivo es disminuir los factores de riesgos que predispongan a conductas suicidas y fortalecer los factores protectores, de tal manera que se contribuya al desarrollo integral de la población adolescente y por consiguiente reducir la tasa de intentos y suicidios consumados en dicha población.

6.6.3. Justificación

El presente programa de prevención está diseñado a partir de los resultados y necesidades obtenidas en la investigación con la finalidad de reducir las conductas suicidas y fortalecer los factores protectores en adolescentes, pues en la actualidad los problemas académicos, los rasgos ansiosos, depresivos, baja autoestima, problemas familiares e intento suicidas son factores de riesgo que predominan en la población adolescente, los cuales dificultan las actividades cotidianas.

Por lo cual es necesario la formulación de objetivos, estructuración de talleres y el establecimiento de estrategias y técnicas en las cuales se apoyará el proceso preventivo.

6.6.4. Objetivo general:

- Reducir factores de riesgo en adolescentes escolarizados a través de talleres psicoeducativos y expresivos para contribuir al bienestar integral.

6.6.5. Objetivos específicos:

- Ofrecer herramientas psicológicas a los adolescentes para mejorar las relaciones familiares.
- Fortalecer la autoestima en adolescentes por medio de la psicoeducación y ejercicios de expresión.
- Potenciar habilidades sociales y comunicación en los adolescentes mediante la técnica de juego de roles.
- Brindar estrategias psicológicas a los adolescentes para manejar la ansiedad y depresión

6.6.6. Metodología

El presente programa de prevención psicológica se efectuará en 4 talleres para dar cumplimiento a cada uno de los objetivos específicos, su duración será de aproximadamente 60 a 90 minutos (min), mismo que debe contar con un número mínimo de 10 adolescentes y un máximo de 15 adolescentes, dichos talleres tendrán un enfoque psicoeducativo y autoexpresivo. Finalmente, el ultimo taller será una retroalimentación de todo el programa tratado, reforzando los puntos y estrategias más importantes.

Taller 1: Mi familia, mi hogar

Objetivo: Ofrecer herramientas psicológicas a los adolescentes para mejorar las relaciones familiares.

Participantes: 15

Duración: 60 – 100 minutos.

Estrategias a utilizar:

- Análisis de las relaciones familiares
- Refuerzos positivos
- Psicoeducación
 - Relaciones familiares,
 - Afecto,
 - Expresión de emociones,
 - Estilos parentales,
 - Reglas de convivencia
- Lluvia de ideas

- Retroalimentación

Procedimiento

La aplicación de este taller se realizará en 4 fases, en la cual interactuarán los participantes con el exponente o terapeuta.

Fase 1

En el primer encuentro se realizará la presentación del programa y se expondrá la duración y reglas de convivencias del mismo (anexo 7), seguido es un espacio para generar rapport, mediante una dinámica de presentación y dinámica “trueque de un secreto”.

Para dicha dinámica el coordinador le entregará a cada participante una hoja y les pedirá que en unas breves líneas escriban las dificultades que sienten para relacionarse con los demás participantes o las dificultades que tienen para participar activamente en el grupo.

El coordinador recogerá, mezclará las hojas y le devolverá una hoja a cada participante. Cada integrante deberá asumir la frase de la hoja como propia, esforzándose por comprender el sentimiento y pensar en una posible solución.

Fase 2

El terapeuta o expositor mediante la lluvia de ideas guiará la expresión y análisis de las relaciones familiares con los adolescentes, incluyendo la comunicación, afecto, expresión de emociones, estilo de crianza y reglas de convivencia. Fomentado la participación activa de la mayoría de la audiencia.

Fase 3

Luego el terapeuta mediante la psicoeducación explicará los estilos parentales más propicios y aquellos refuerzos positivos que fomentan el clima familiar más adecuado.

Fase 4

La última fase consta del cierre del taller, el terapeuta hace una retroalimentación, considerando los elementos más importantes, permitiendo que los adolescentes realicen reflexiones y preguntas sobre la temática tratada.

Taller 2: Yo me amo

Objetivo: Fortalecer la autoestima en adolescentes por medio de la psicoeducación y ejercicios de expresión.

Duración:60- 90 minutos

Participantes: 15

Estrategias y material a utilizar:

- Psicoeducación
- Listado de cualidades positivas
- Reestructuración cognitiva
- Hojas
- Esferos gráficos

Procedimiento

Para la aplicación de este taller se realizarán 3 fases, permitiendo la participación activa de los adolescentes.

Fase 1

El terapeuta o expositor iniciará con una dinámica de descarga emocional (anexo 5).

Fase 2

El terapeuta dará a conocer el concepto de autoestima. Seguido de la aplicación de las estrategias expuestas, los adolescentes escribirán en una hoja todas aquellas cualidades positivas de sí mismos. Mediante la reestructuración cognitiva se identificará y cuestionará los pensamientos distorsionados o aquellas cualidades que el participante no enlisto pero que sus compañeros destacan de él.

Fase 3

La última fase consta del cierre del taller, el terapeuta hace un resumen del taller, destacará los elementos más importantes, permitiendo que los adolescentes realicen reflexiones sobre las actividades realizadas permitiéndoles aportar o despejar dudas.

Taller 3: Conociendo y disfrutando con mis amigos

Objetivo: Potenciar habilidades sociales y comunicación en los adolescentes mediante la técnica de juego de roles.

Duración: 60- 90 minutos

Participantes: 15

Estrategias y material a utilizar:

- Rol playing
- Disfraces
- Dispositivos (portátil o celular)
- USB
- Parlante

Procedimiento

La aplicación de este taller se realizará en 2 fases, ya que los participantes serán los actores del mismo, puesto que promueve la participación lúdica de todos los presentes.

Fase 1

El expositor o terapeuta dará las directrices de la actividad. Se presentarán varios escenarios o situaciones en donde los participantes actuarán en juego de roles y con la guía del terapeuta se optarán por las actitudes y diálogos más adecuada para cada una de las situaciones.

- Invitar a salir a alguien
- Cuando ofrecen alcohol o drogas
- Hablar con mis padres sobre un problema
- Hablar con una amiga que este triste
- Pedir ayuda cuando siento que no puedo con mi vida
- Estoy solo y tengo ideas de hacerme daño

Fase 2

Los participantes tomarán sus roles y actuarán; el terapeuta acompañará cada uno de los diálogos moldeándolos y proporcionando opciones para cada situación.

Finalmente, los participantes deben recrear sus roles sin temor y evidenciar la presencia de habilidades tanto de comunicación como sociales.

Taller 4: Yo gobierno en mi vida, yo gestiono mis emociones

Sesión 1

Objetivo: Brindar estrategias psicológicas a los adolescentes para manejar la ansiedad y depresión.

Duración: 60- 90 minutos

Participantes: 15

Estrategias a utilizar:

- Psicoeducación
 - Ansiedad y depresión
- Resolución de problemas
- Técnica de respiración

Procedimiento

La aplicación de este taller se realizará en 2 sesiones, la primera sesión tendrá 4 fases, es decir para este taller se tendrá 2 encuentros.

Fase 1

Se iniciará con una dinámica de descarga emocional.

Dicha dinámica consiste en un canto en el cual se van integrando uno a uno y realizando movimientos corporales (anexo 6).

Fase 2

El terapeuta psicoeducará sobre ansiedad y depresión y su influencia en las actividades cotidianas.

Fase 3

El terapeuta enseñara técnicas de respiración y resolución de problemas, en la cual interactuarán todos los adolescentes.

- Respiración en 4 tiempos
- Problemas que propongan los participantes y dichas soluciones deben ser expuestas por los mismos con la ayuda del terapeuta.

Fase 4

El terapeuta hace un resumen del taller tratado, destacando los elementos más importantes, y recalando que existirá una próxima sesión correspondiente al mismo taller.

Sesión 2.

Objetivo: Brindar estrategias psicológicas a los adolescentes para manejar la ansiedad y depresión.

Duración: 60- 90 minutos

Estrategias y a utilizar:

- Técnica de respiración
- Foda

Procedimiento

El procedimiento a seguir para la aplicación de este taller serán 3 fases.

Fase 1

Se iniciará con la técnica de respiración enseñada en la sesión anterior, de tal manera que los participantes al conocer la técnica puedan realizar dicha respiración de manera consciente y presentes.

Fase 2

Luego el terapeuta explicará la técnica del FODA, se debe invitar a realizarla de la forma más analítica.

Se menciona los 4 aspectos que abarca el FODA, fortalezas (nivel personal), oportunidades (nivel familiar), debilidades y amenazas. A nivel interno, se ocupa principalmente de las fortalezas y debilidades. A nivel externo, se considera el posible impacto de las amenazas y oportunidades.

Fase 3

Finalmente, como fase de cierre se realizará una retroalimentación de todos los talleres expuestos, destacando los aportes más importantes de todo el programa de prevención.

6.6.7. Seguimiento:

Es importante realizar un seguimiento en los adolescentes con conductas suicidas, es decir evaluar individualmente sobre el riesgo suicida que presentan después de la aplicación del programa, ya que evidentemente en algunos disminuirá dicho riesgo y en otros puede seguir el mismo nivel o debido a factores externos aumentar el nivel de riesgo suicida, y en este último caso se debe derivar a una intervención individual con un profesional de la salud mental.

Para llevar a cabo el seguimiento, lo más apropiado es concretar una cita, ya que durante este intervalo de tiempo se aplica instrumentos y se realizará una evaluación exhaustiva que requiere de por lo menos sesenta minutos para su aplicación.

7. DISCUSIÓN

Basándose en la investigación realizada, y con el fin de dar respuesta a la pregunta establecida, ¿Cuáles son los principales factores de riesgo psicosociales que prevalecen en los adolescentes escolarizados con conducta suicida?, identifique varias posturas de diferentes autores que permitieron aseverar los resultados encontrados, como es el caso del estudio realizado por Aguirre y Auquilla en el 2018 en Quito, considerando que la conducta suicida abarca la ideación suicida, estos autores señalan que la prevalencia de la ideación suicida fue de 26.32%, y en cuanto al género el 53% fueron femeninas (Aguirre y Auquilla, 2018). Así también, en otra investigación realizada en Colombia en el 2017 sobre la violencia autoinfligida, se demostró que con respecto al intento suicida en cuanto al género el 60.70% corresponde a mujeres y solo el 39.30% a hombres (Castañeda y Segura, 2021). De acuerdo a esta literatura el porcentaje de conducta suicida de acuerdo al género tienen mayor porcentaje en las mujeres. En la presente investigación al igual que la literatura mencionada tiene mayor prevalencia en el género femenino con un 58.00%.

En una investigación denominada factores asociados con la conducta suicida en adolescentes realizada por Vargas y Saavedra en el 2012, refieren que el pico más alto de intentos suicidas se alcanza entre los 16 y 18 años de edad, luego de estas edades disminuyen su frecuencia, particularmente en mujeres jóvenes (Vargas y Saavedra, 2012). Por otra parte, en distintos estudios se evidencia que en un 57,2% presentaban ideación suicida en edades entre 14 a 16 años (Aguirre y Auquilla, 2018).

En la presente investigación, se puede señalar que el mayor porcentaje de conducta suicida recae en la adolescencia media, es decir edades correspondientes entre 14 a 17 años, mismas edades que se encuentran expuestas en la literatura expuesta anteriormente.

Tomando como referencia un estudio realizado en el 2018, en Colombia por Cañón y Carmona, evidencian que existe riesgo suicida considerable en adolescentes o jóvenes escolarizados, sin embargo, siendo esta menor que en los jóvenes que no se encuentran estudiando (Cañón y Carmona, 2018). Contrastando con la presente investigación se puede manifestar que del total de 128 estudiantes solo el 50 de ellos presentan riesgo suicida, es decir, la muestra está por debajo de la media de la población, concordando así con el estudio citado.

En un estudio realizado en adolescentes por Reyes y Del Cueto en el año 2003 se encontró que el antecedente de intento suicida previo existe en un 88 % de los casos. El intento suicida previo es considerado uno de los factores más importante que aumenta la probabilidad para que

una persona realice un intento de autodestruirse, puesto que una vez que el individuo rompe las barreras que lo protegen del suicidio, es mucho más probable que vuelva a reincidir en la conducta (Reyes y Del Cueto, 2003).

De igual manera, en otros estudios predominan los intentos suicidios graves, siendo esto un llamado de alerta pues con el pasar de los años, los casos de intento suicida van en aumento, siendo esto una problemática de salud pública en la población adolescente lo que se ha demostrado en varias investigaciones (Pérez et al., 2014).

Del mismo modo que la literatura expuesta, en esta investigación se demuestra que el número de estudiantes que presentan intento suicida es mayor a la media del grupo muestra, por lo cual es estimado como un factor de alto riesgo, ya que si tuvieron los medios para intentarlo una vez, existe una posibilidad muy alta de volver a reincidir en dicha conducta y aún más si existe la comorbilidad con otros factores como pensamiento suicida o sintomatología ansiosa o depresiva, porque la presencia de múltiples factores aumenta la probabilidad de riesgo suicida.

La comunicación suicida comprende amenazas y gestos suicidas, pues son manifestaciones habituales y generalmente son subestimadas, desvalorizadas y hasta ignoradas por personas significativas tales como familiares, amigos o conocidos a quienes los adolescentes pretenden hacer llegar el mensaje del sufrimiento (Vargas y Saavedra, 2012). Dicha comunicación puede ser verbal o no verbal, en otros términos, pueden expresarse con palabras, por escrito (cartas) y expresiones faciales y corporales.

Según Yaría Juan, en su libro drogas: escuela, familia y prevención señala que las comunicaciones suicidas orales o escritas son un indicio de mayor riesgo en un adolescente potencialmente suicida (Yaría, 2004). El comunicar o comentar a alguien en alguna ocasión querer suicidarse, es un factor de alto riesgo para llevar a cabo la conducta suicida.

En la literatura se evidencia el nivel de gravedad de la comunicación suicida, pues para que esté presente, supone la existencia de ideas o pensamiento relacionados con el suicidio, es más puede que ya coexista un plan para suicidarse, con ello evidencio el nivel de gravedad de dicho factor que está presente en el grupo muestra.

Tomando en consideración el aporte de Cañón y Carmona, la ideación suicida hace mención a pensamientos sobre la voluntad de quitarse la vida, con la presencia o ausencia de planificación o método para ejecutarlo (Cañón y Carmona, 2018). Con ello podemos decir que los pensamientos suicidas y la ideación suicida son términos afines. En varios estudios realizados en

adolescentes se encontró altos incide ideación o pensamiento suicida en adolescentes, pues al menos una vez en su vida han tenido un episodio de pensamientos suicidas y en algunos casos vinculados al intento suicida, es decir mínimo una vez en algún momento de su existencia.

Así también en un estudio realizado en adolescentes de 14 a 19 años, en España por Fonseca y otros, evidenciaron que el 21.70% de adolescentes han pensado en quitarse la vida, aunque realmente no fueran a ejecutarlo (Fonseca et al., 2018). Los pensamientos, ideas suicidas o ideación suicida son muy frecuentes en este grupo etario, pues esta etapa es un periodo de redefinición tanto personal como social, acompañado de cambios a nivel fisiológico, cognitivo y comportamental.

Con ello, se puede contrastar que en el grupo muestra existe presencia de pensamientos suicidas, mismos que según la literatura alcanzan su pico más alto en la adolescencia debido a los cambios que engloba dicha etapa de vida y por el cúmulo de problemas existenciales, estos pensamientos van relacionados desde insatisfacción con la vida, causas, posibles consecuencias, impacto del suicidio hasta la planificación o método para realizarlo, sin embargo, hay que considerar que no todos los adolescentes que piensan o tienen ideas suicidas lo hacen, pero no se debe restar importancia, ya que los pensamientos suicidas son vinculados con los factores predictores para el suicidio.

Según los datos estadísticos mencionados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el 2021, refiere que por cada suicidio se valoran alrededor 10 a 20 intentos autolíticos, cifra de suicidios que se ve reflejada en un incremento de autolesiones (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2021). A lo largo de los años, las investigaciones han confirmado que el riesgo de muerte en aquellos que comenten intentos es 100 veces superior a la población general y que alrededor del 2% reinciden en el año siguiente de su intento fracasado. En el 56,3% de los menores de edad se encontró antecedente familiar de intento de suicidio (Piedrahita et al., 2011).

Contrastando con la presente investigación, los datos expuestos en la literatura son congruente con los resultados obtenidos, pues los intentos anteriores y los antecedentes familiares y de amigos de intento suicida son factores no modificables que presentan mayor incidencia, lo cual es preocupante, pues según la literatura estas dos variables acrecientan el riesgo de desencadenar un suicidio consumado.

Argumentando con respecto a la relación del intento de suicidio y el desempeño académico, la evidencia de las investigaciones muestra características un poco diferentes en relación con las

conductas de riesgo. Existen escasos estudios que exploran la asociación del intento de suicidio y desempeño académico; sin embargo, los problemas académicos forman parte de los eventos estresantes en el intento de suicidio. Según estudios demuestran que el intento de suicidio en adolescentes hombres y mujeres está relacionado con las dificultades académicas y la mala conducta escolar. En una investigación denominada desempeño escolar y conductas de riesgo en adolescentes desarrollada por Palacios y Andrade manifiestan que en cuanto al promedio académico el 44.5% son alumnos con bajo promedio académico y en este mismo estudio el 12.3 % de los adolescentes ha intentado quitarse la vida, el 8% lo han hecho una vez y solo el 4.3 % lo ha intentado en más de dos momentos (Palacios y Andrade, 2002).

Así también, según la literatura la asociación con el rendimiento escolar fue investigada en estudios evaluados, de la cual se manifiesta que parece existir una asociación significativa pero indirecta entre pobre rendimiento escolar e intentos suicidas. La poca asistencia escolar estuvo efectivamente asociada con ideación e intento suicida (Vargas y Saavedra, 2012). Así también las dificultades escolares son consideradas como predictores de ideaciones y conductas suicidas en la adolescencia.

En relación con la presente investigación, se demuestra un alto índice de problemas académicos vinculados con el fracaso escolar, deserción académica y el sentirse presionado por las responsabilidades académicas con un 88.00%, una de las condiciones que alimentan esta variable es la situación actual de pandemia, pues los adolescentes han tenido que adaptarse a una modalidad virtual para ejecutar sus actividades académicas, sin embargo no todos los adolescentes han sido resilientes y además debidos a otros factores como recursos económicos, falta de apoyo familiar, falta de recursos e implementos para las actividades académicas dan origen a los problemas académicos. Sin embargo, este factor es modificable, por ello se puede intervenir para mitigar o reducir este factor de riesgo.

En una investigación realizada por Vargas y Saavedra mencionaron que los trastornos depresivos acontecen en 49 a 64% de adolescentes que consuman el suicidio, siendo esta la condición más prevalente, además en una exploración se encontró que los adolescentes con conducta suicida previa en comparación con controles sanos o pacientes psiquiátricos, presentan una mayor deficiencia de habilidades de resolución de problemas, aunque estas discrepancias desaparecen al realizar un control de las variables como la depresión y la desesperanza (Vargas y Saavedra, 2012). Los resultados de un estudio sobre autoestima desarrollado por Montes y Tomás

sugieren que los estudiantes que presentan niveles bajos de autoestima, poseen dificultades de adaptación a escenarios de crisis o inesperados y con ello pueden tener un mayor riesgo de conducta suicida (Montes y Tomás, 2016).

La depresión y ansiedad son uno de los trastornos más frecuentes en la población; en cuantos a los rasgos o sintomatología de estos es muy común en la población adolescente, basándose en los resultados obtenidos los factores presentes de esta dimensión son la impaciencia, inquietudes constantes, enojo, tristeza, baja autoestima, soledad e inadaptación social.

Como plantea Erikson la adolescencia entre 12 a 20 años corresponde al estadio V del ciclo vital, dando lugar a la aparición de la crisis psicosocial en donde el objetivo es adquirir la identidad (resolución favorable) mientras que en el polo opuesto está la confusión de roles o de identidad (resolución desfavorable) (Ives, 2014). El adolescente que intenta suicidarse experimenta sentimientos de dolor, culpa, confusión y no encuentra sentido a la vida por diversas causas, y como resultado el suicidio se convierte en la mejor y la única solución (Hernández et al., 2021).

Los resultados de la presente investigación concuerdan por la teoría, pues los adolescentes escolarizados presentan mayor confusión y tensión interna, una de las razones por la cual están atravesando esta etapa es que la adolescencia engloba cambios en muchas esferas, entonces los adolescentes tienen la tarea de definir su identidad y en medio de esta tarea existe confusión con respecto a lo que quieren ser y a los roles que están teniendo o desean tener.

Con base en Teoría de la desesperanza de Beck et. al. (1979), la desesperanza es el puente entre la depresión y suicidio. Este autor considera que la persona deprimida llega al suicidio por la presencia de la triada cognitiva (visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro) sin encontrar solución a sus problemas. En esta situación, el suicidio se contempla como la única solución ante los problemas (Rocamora, 2013).

De acuerdo a algunas investigaciones realizadas en adolescentes escolarizados se encontró que el 37,5% de los estudiantes expresó no sentirse bien consigo mismo (Piedrahita et al., 2011). Así también se evidencia que en cuanto a la desesperanza se presentó en el 17,4% de los casos (Chaca y Idrovo, 2015).

Sin embargo, en la presente investigación la visión negativa y la desesperanza oscilan en porcentajes 58.00% y 56.00% respectivamente, es decir los porcentajes son altos comparados con la literatura expuesta. De manera general todos los estudiantes escolarizados presentan una o varias creencias lo cual es alarmante, ya que la mayoría recae en las anteriormente mencionada.

Basándonos en un estudio denominado conducta suicida, adolescencia y riesgo, se destaca que los principales factores protectores son ciertos patrones familiares tales como la buena relación y apoyo familiar, seguidos por otros factores personales, cognitivos, sociales, culturales y demográficos (Cortés et al., 2021). De la misma manera, en otra investigación se demostró que uno de los factores protectores para la conducta suicida es el considerar contar con apoyo o atención familiar y contar sus problemas específicamente a la madre (Cortés et al., 2011).

Al igual que las investigaciones expuestas, el contar con el apoyo familiar es uno de los factores con más prevalencia en los estudiantes escolarizados y añadido a esto también es el contar con redes de apoyo como lo son sus amigos.

Según los resultados obtenidos, los factores de riesgo específicos son los problemas académicos (el fracaso, bajas calificaciones, deserción académica o el sentirse presionado con las responsabilidades académicas) presente en 44 adolescentes con el 88.00% en la dimensión de factores modificables; y la impaciencia/Inquietud constantes, confusión interna, baja autoestima, enojo y tristeza son los factores de riesgo específicos que predominan en Depresión/Ansiedad con el 82.00% y 80.00% respectivamente.

Además, se considera de suma importancia mencionar, la existencia de factores protectores, ubicándose en tercer lugar dentro de la categoría mencionada, prevaleciendo en un 88.00% el apoyo percibido tanto del grupo familiar como de los amigos.

Como datos adicionales, se puede demostrar que dentro de los factores demográficos, la conducta suicida y factores de riesgo psicosociales tiene mayor prevalencia en adolescentes escolarizados de 14 a 17 años (adolescencia media) en un 48.00%, con un 58.00% en mujeres, y con respecto a su procedencia, con un 60.00% corresponde a Motupe, siendo el lugar de donde proceden la mayor cantidad de estudiantes, esto se debe a que en esta zona se encuentra ubicada geográficamente la institución educativa, por ello gran parte de los estudiantes son habitantes de dicha zona.

8. CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación se determinó la conducta suicida y los factores de riesgo psicosociales presentes en adolescentes escolarizados para desarrollar dichas conductas, pues lo más importante que se determinó es la presencia de intento suicida y factores de riesgo modificables, depresión y ansiedad; estos rasgos o sintomatología son comunes en la población adolescente, puesto que esta etapa es un periodo de cambio y existen mayores niveles de confusión en todas las áreas de la vida, lo cual lleva al adolescente a experimentar distintos sentimientos, emociones y pensamientos, mismos que desembocan en dicha sintomatología.

En cuanto a la conducta suicida, se detectó una mayor prevalencia del intento previo de suicidio, el cual, es considerado uno de los factores más importantes que aumenta la probabilidad de reincidir en dicha conducta, además por su nivel de gravedad y alta proporción es una problemática de salud pública en la población mundial.

En los adolescentes escolarizados, se identificó que los factores con mayor incidencia son los problemas académicos y baja autoestima, soledad, inadaptación social, confusión interna y enojo/tristeza constantes como factores de riesgo psicosociales, tales factores están estrechamente relacionados con el contexto actual de la pandemia, no obstante, son factores modificables, por ello se puede intervenir para mitigar o reducir los mismos.

Como se ha podido evidenciar, en la literatura expuesta, la conducta suicida está relacionada a los factores de riesgo psicosociales, y la comorbilidad de estos factores aumenta la probabilidad del riesgo suicida. Es por ello que, es de gran importancia y beneficio diseñar un programa de prevención de atención primaria para adolescentes escolarizados con conductas suicidas, puesto que el mismo es un factor protector al brindar recursos y estrategias para hacer frente a esta problemática existente.

9. RECOMENDACIONES

Antes de finalizar, se pone a consideración algunas recomendaciones basándose en los resultados obtenidos y en las conclusiones que se llegó luego del presente trabajo de investigación, cuya implementación son vitales para reducir los factores de riesgo y por consecuencia disminuir la práctica de conductas suicidas:

Mantener investigaciones sobre la prevalencia de conducta suicida y los factores de riesgo de dicha conducta en unidades educativas, para forma vigilar esta problemática a la cual se ven expuestos los adolescentes de nuestra comunidad, y basándose en los resultados implementar soluciones viables para disminuir los casos.

Se recomienda a los adolescentes con conductas suicidas que opten por solicitar ayuda a las diferentes redes de apoyo con las que cuentan, mismas que se pueden encontrar en la familia, amigos, institución educativa u otros, para que juntos afronten esta problemática o recurran a ayuda profesional.

Si bien es cierto la conducta suicida es multicausal, es decir intervienen varios factores de riesgos, sin embargo, se recomienda tanto a la institución educativa, padres de familia y adolescentes trabajar en aquellos factores de riesgo modificables para de esta manera reducir la presencia de dichos factores que sin duda tienen influencia significativa en la conducta suicida.

Al establecer que la conducta suicida está estrechamente relacionada con los factores de riesgo psicosociales, se recomienda ejecutar programas de prevención de atención primaria para los adolescentes en instituciones educativas. De esta manera se trabajará en potenciar los factores protectores a través de la psicoeducación, implementando estrategias y recursos para afrontar dicha problemática y sobre todo se prevendrá comportamientos que pueden concluir en un suicidio consumado.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, A., y Auquilla, I. (2018). *Detección temprana de ideación suicida e identificación de los factores de riesgo asociados, en adolescentes de dos unidades educativas del sur de la ciudad de Quito en el periodo septiembre 2017 a febrero 2018*. Universidad católica del Ecuador.
- Bados, A., y García, E. (2011). Técnicas operantes. *Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*, 1–51.
<http://hdl.handle.net/2445/18402%5Cnhttp://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/18402>
- Bados, A., y García, E. (2014). RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS. In *Universidad de Barcelona*.
- Bados, A., y Gracia, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universidad de Barcelona.
- Barquero, A. R. (2014). Convivencia En El Contexto Familiar: Un Aprendizaje Para Contruir Cultura De Paz. *Revista Actualidades Investigativas En Educación*, 14, 1–19.
<https://n9.cl/fz5q9>
- Buendía, J., Riquelme, A., y Ruiz, J. (2004). *El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida* (1st ed.). Servicio de Publicaciones.
[https://books.google.com.ec/books?id=PLVv4WJEUyKc&pg=PA23&dq=intento+suicida+definicion&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiMI-Wb3In0AhUKRjABHaOtAL8Q6AF6BAgFEAI#v=onepage&q=intento suicida definicion&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=PLVv4WJEUyKc&pg=PA23&dq=intento+suicida+definicion&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiMI-Wb3In0AhUKRjABHaOtAL8Q6AF6BAgFEAI#v=onepage&q=intento%20suicida%20definicion&f=false)
- Campos, R. (2009). *Construcción de un Instrumento para la Detección de Factores de Riesgo Suicida en Adolescentes Costarricenses*. Universidad de Costa Rica.

<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis7.pdf>

Canabal, C., y Margalef, L. (2017). La Retroalimentación: La Clave Para Una Evaluación Orientada Al Aprendizaje. *Profesorado*, 21(2), 149–170.

<https://doi.org/10.30827/profesorado.v21i2.10329>

Cañón, S., y Carmona, J. (2018). Revisión Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Scielo*, 20(80), 388.

Capano, Á., y Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres parenting styles, positive parenting and parents formation Comunicaciones Short Communications. *Ciencias Psicológicas*, 7(1).

Caraguay, V., Orlando, R., Cumbicus, J. D. R., y Carrión, B. P. (2019). Fallecimientos por suicidio a través de ahorcamiento en la ciudad y provincia de Loja (sur de Ecuador) durante el periodo enero 2015 – junio 2016. *CEDAMAZ*, 9(2), 58–61.

<https://revistas.unl.edu.ec/index.php/cedamaz/article/view/884>

Castañeda, O., y Segura, O. (2021). Violencia autoinfligida: intento de suicidio, suicidio y creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida, Casanare-Colombia, 2013-2017.

Salud Jalisco, 1. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2021/sj2111b.pdf>

Castaño, J., Cañón, S., Betancur, M., Castellanos, P., Guerrero, J., Gallego, A., y Llanos, C. (2015). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la universidad nacional de Colombia sede Manizales*. *Revista diversitas - perspectivas en psicología*, 11(2), 193–205. <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v11n2/v11n2a03.pdf>

Chaca, J., y Idrovo, R. (2015). *Riesgo de Suicidio y Factores asociados en estudiantes de Bachillerato del Colegio Benigno Malo, Cuenca, 2015*. Universidad de Cuenca.

Colom J., y Fernández, M. del C. (2009). Adolescencia y desarrollo emocional en la sociedad

- actual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 235–242. <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349832320025.pdf>
- Compañy, M. (2015). *Diseño de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria* [Universidad Miguel Hernández].
http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2226/6/Company Lopez_Micaela.pdf
- Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. (2016). Vivir es la salida, Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. In *Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública*.
- Cortés, A. (2014). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 132–139. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Cortés, A., Aguilar, J., Suárez, R., Rodríguez, E., y Durán, J. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(1).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004
- Cortés, A., Román, M., Suárez, R., y Alonso, R. (2021). Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *Anales de La Academia de Ciencias de Cuba*, 11(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-01062021000200029&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Desuque, D., Vargas, J., y Lemos, V. (2011). Psychometric Analysis of Attitudinal Beliefs Questionnaire About Suicidal Behavior in Adolescent Population From Entre Ríos, Argentina. *LIBERABIT: Lima (Perú)*, 17(2), 187–198.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2020). *¿Qué es la adolescencia?*

- UNICEF. <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
- Fonseca, E., Inchausti, F., Pérez, L., Aritio, R., Ortuño, J., Sánchez, A., Lucas, B., Domínguez, C., Foncea, D., Espinosa, V., Gorría, A., Urbiola, E., Fernández, M., Merina, C., Gutiérrez, C., Aures, M., Campos, M., Domínguez, E., y Albéniz, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *11*(2). <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-pdf-S1888989117300988>
- García, E., Fusté, A., y Bados, A. (2008). Manual de Entrenamiento en Respiración. *Universidad de Barcelona*, 1–10.
<http://hdl.handle.net/2445/3941%5Cnhttp://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/3941>
- Garzon, P. (2018). *Factores de Riesgo psicosociales y la autoestima en los adolescentes de la Unidad Educativa "TOACAZO" de la ciudad de Latacunga* [Universidad].
<https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2488/1/76739.pdf>
- Gerstner, R. M. F., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffé, S., y Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *42*, 100. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>
- Gómez, L. (2011). El suicidio como indicador: integración y moral en la sociología de Émile Durkheim. *Aposta, Revista de Ciencias Sociales*, *49*.
<http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/minetti.pdf>
- Gutiérrez, E., Lee, J., y Rivera, R. (2014). *Intención suicida en la pubertad y adolescencia* [Universidad de San Carlos de Guatemala].
http://cunori.edu.gt/descargas/TESIS_INTENCIONALIDAD_SUICIDA.pdf
- Hernández, L., Cruz, B., González, Y., Moya, C., Borges, M., y Sánchez Marilin. (2021).

- Factores de riesgo y tipificación de la conducta suicida en la adolescencia, su enfoque comunitario. *Acta Médica Del Centro*, 15(1).
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272021000100058
- Ives, E. (2014). La identidad del Adolescente. Como se construye. *Revista de Formación Continuada de La Sociedad Española de Medicina de La Adolescencia*, 2(2).
- Llosa Martínez, S., Canetti Wasser, A., Llosa Martínez, S., y Canetti Wasser, A. (2019). Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 138–160. <https://doi.org/10.26864/PCS.V9.N1.1>
- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2016). *Lineamientos operativos para el manejo intentos autolíticos - suicidio (atención en casos de lesiones autoinflingidas o ideas suicidas) establecimientos del Ministerio de Salud*.
- Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (2021). *Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o Intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador* (Servicios De Subsecretaría Nacional de Provisión de Salud (ed.); Ministerio).
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (MSPSI). (2010). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento*. Ministerio de Ciencia e Innovación.
- <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCprevencionconductasuicida.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de ansiedad en atención Primaria*. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Montes, J., y Tomás, J. (2016). Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo suicida en

estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 26(3), 188–193.

<https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2016.03.002>

Organización Mundial De La Salud. (2019). SUICIDIO Y SALUD MENTAL. In *Universidad del Pacífico* (9th ed.).

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021, June 17). *Suicidio*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. In *Repositorio Institucional para intercambio de información*. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>

Pairumani, R. (2017). Influencia de las relaciones intrafamiliares, en el rendimiento académico en niños (as) de 10 y 11 años, que asisten a la Comunidad de Educación Integral (CEI). *Reviste de Psicología*, 18, 91. http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n18/n18_a08.pdf

Palacios, J., y Andrade, P. (2002). Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Reviste de Educaición y Dsarrollo*.

Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., y Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 28(2), 73–98.

<https://doi.org/10.32776/REVBIOMED.V28I2.557>

Pérez, J., Pérez, T., Azcuy, M., y Mirabal, G. (2014). Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 33(1), 70–80. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Piedrahita, L., García, M., Mesa, J., y Rosero, I. (2011). Identificación de los factores

- relacionados con el intento de suicidio, en niños y adolescentes a partir de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. *Colombia Médica*, 42(3), 334–341.
- http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342011000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Ponce, H. (2007). Matrix SWOT : An alternative for diagnosing and determining intervention strategies in organizations. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 12(1), 113–130.
- <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29212108>
- Psychiatric Association American. (2014). *DSM - V Manual diagnóstico y estadístico*. Panamericana.
- Quintero, A., Sánchez, L., Agredo, J., y Oviedo, L. (2021). Parasuicidio en púberes y adolescentes escolarizados. *Espacios*, 42(07). <https://doi.org/10.48082/espacios-a21v42n07p01>
- Ramírez, M., Castillo, A., Cardona, K., y Mosquera, M. (2017). Concepción del suicidio en jóvenes desde la psicología social comunitaria. *Psyconex*, 9(14).
- <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328516/20785331>
- Reyes, W., y Del Cueto, E. (2003). Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 199(5).
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500004
- Reynaud, B., y Sánchez, J. (1996). *Psicología y Problemática Social* (1st ed.). Facultad de Psicología.
- https://books.google.com.ec/books?id=4iKgwqZoznIC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Rocamora, A. (2013). *Intervención en crisis en la conductas suicidas* (2nd ed.). Desclée de

Brouwer.

Román, V., y Abud, C. (2017). Suicidio. In *Red Argentina de Periodismo Científico*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). www.unicef.org.ar

Royo, J., y Fernández, N. (2017). Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral*, 21(2).

<http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia .pdf>

Sánchez, P., y S. Cohen, D. (2020). Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Formación Continuada de La Sociedad Española de Medicina de La Adolescencia*, 8(1), 16–27. <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA ADOLESCERE/vol8num1-2020/2 Tema de revision - Ansiedad y depresion en ninos y adolescentes.pdf>

Sociedad Latinoamericana. (2000). *Sociedad Latinoamericana para la Calidad Lluvia de Ideas (Brainstorming) ¿Qué es?*

Stone, D., Holland, K., Bartholow, B., Crosby, A., Davis, S., y Wilkins, N. (2017). Prevención del suicidio: paquete técnico de políticas, programas y prácticas. *National Center for Injury Prevention and Control Division of Violence Prevention*, 64.

<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>

Tena, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista Científico - Sanitaria SANUM.*, 4(3), 36–45. https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf

Urrea, J. (2019). Capítulo 1: Diagnóstico del suicidio. In *La huella de la desesperanza:*

Estrategias de prevención y afrontamiento del suicidio (Ediciones).

<https://books.google.com.ec/books?id=zpojEAAAQBAJ&pg=PT21&dq=comunicacion+suicida&hl=es->

419&sa=X&ved=2ahUKEwiUu8SoyNT1AhXSQjABHaYiDyAQ6AF6BAgLEAI#v=onepage&q=comunicacion suicida&f=false

Vargas, H., y Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes.

Revista Neuropsiquiatr. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1539/1567>

Verano, R., y Garavito, C. (2015). *Los factores psicosociales y su relación con las enfermedades mentales.* 30–37.

Xus, M. (1992). El role-playing, una técnica para facilitar la empatía y la perspectiva social.

Comunicación, Lenguaje y Educación, 15, 63–67.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/126264.pdf>

Yarúa, J. (2004). *Drogas: escuela, familia y prevención - Juan Alberto Yarúa - Google Libros* (1st ed.). Bonum.

https://books.google.com.ec/books?id=21VGz7K_NLQC&pg=PA68&dq=Comunicaciones+suicidas+orales+o+escritas&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiK0MCFusH1AhXoSDABHRIYAU8Q6AF6BAgEEAI#v=onepage&q=Comunicaciones suicidas orales o escritas&f=false

11. ANEXOS

11.1. Anexo 1. Consentimiento Informado



Universidad
Nacional
de Loja



FÓRMULA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del participante:

Fecha:

Estimado(a), somos estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja. Actualmente nos encontramos realizando una investigación la cual tiene como objetivo el desarrollo de nuestro trabajo de titulación.

Su representado ha sido invitado a participar de este estudio. Cuando su hijo (a) participa en una investigación tanto él o ella como usted necesitan una adecuada información para decidir sobre su cooperación en la misma. Con el fin de invitarle tanto a su hijo (a) como a usted a participar en la presente investigación y obtener su consentimiento, se le solicita leer atentamente el siguiente documento.

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Su hijo(a) participará en una investigación de carácter académico formativo, que se realiza como tesis de graduación de la carrera de psicología clínica de la Universidad de Nacional de Loja, con la misma se pretende indagar diferentes temáticas con la población de adolescentes escolarizados.

B. PROCEDIMIENTO: Si usted y su hijo(a) aceptan la participación en este estudio, se realizará lo siguiente: Se le solicitará a su hijo(a) completar los instrumentos del estudio: test

psicológicos y cuestionarios. y posteriormente se tendrá un segundo encuentro en casos específicos para completar datos de la investigación.

C. RIESGOS: Se espera que la participación de su hijo(a) en este estudio no conlleve ningún riesgo para su integridad física, psicológica o moral, ni costo económico alguno. Puede significarle alguna molestia o incomodidad, en el sentido de que implica referirse a su vida privada, sin embargo, cualquier inconveniente al respecto puedo expresarlo libremente y recibirá la ayuda necesaria si es requerido por su hijo(a) o si es considerado por el profesional que lo aplica.

D. BENEFICIOS: Como resultado de su participación en este estudio, su hijo(a) es presenta alguna sintomatología a nivel psicológico obtendrá beneficio directo, es decir recibirá atención psicológica por parte del servicio de Psicología clínica del centro de salud de Motupe, además los resultados que surjan de la investigación beneficiará a la institución educativa y comunidad.

ASPECTOS A CONSIDERAR:

- Usted puede conversar con los investigadores sobre algunas dudas que surjan al momento de ser aplicadas las encuestas. Si quisiera más información luego, puede obtenerla llamando a los siguientes números 0989626473 / 0986614135 / 0985503670 / 0999270593 / 0993405030 / 0986833665 / 0979512088 / 0999682884; en horario de 7 a.m. a 1:00 p.m. o contactarse por medio de correo electrónico: lisseth.pereira@unl.edu.ec. Su participación y la de su hijo(a) en este estudio es voluntaria. Ambos tienen el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento.
- Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en un documento llamado tesis, en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima. La privacidad en ningún momento se podrá ver

comprometida puesto que los instrumentos son anónimos y las únicas personas con acceso a la información serán quienes realizan la investigación

- No se perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Me quedó clara la información que necesitaba decidir acerca de la participación de mi hijo (a) en esta investigación. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada.

Por lo tanto: acepto que mi hijo (a) participe voluntariamente como sujeto de proceso investigativo.

_____	_____	_____	_____
Nombre padres o representante	cédula	firma	fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre del participante	cédula	firma	fecha

Contacto telefónico: _____

11.2. Anexo 2. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik



Ministerio de Salud Pública

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Nombre completo:

N° HCL

Fecha de aplicación:

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO
Puntuación total		

PUNTUACIÓN

Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto. Cada respuesta negativa evalúa 0 puntos. La puntuación total oscila entre 0 y 15

INTERPRETACIÓN

A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

11.3. Anexo 3. Test Instrumento de Riesgo Suicida en Adolescentes

TEST IRSA

Estimado(a) adolescente:

El test que a continuación vas a llenar, pretende conocer algunos aspectos de tu vida, de lo que sientes o piensas.

Contesta todas las preguntas que se te presentan a continuación, marcando con una (x) el cuadrado contiguo a la respuesta (Sí o No) que consideras se aplica mejor a tu situación. No debes escribir tu nombre. Tus respuestas **serán confidenciales** y solo serán vistas por los profesionales de salud que realizan el estudio. No permitas que **nadie más observe** o te sugieran las respuestas. Agradecemos tu confianza e interés.

NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS, MALAS, CORRECTAS O INCORRECTAS. TODAS SON IMPORTANTES

Edad Fecha Sexo Masculino Femenino

¿Dónde vives?

ITEM	SI	NO
1. En el último año mis padres se separaron o divorciaron		
2. En los últimos seis meses he consumido drogas prohibidas por la ley (marihuana, cocaína, crack u otras)		
3. La mayoría de la gente me aprecia		
4. Considero que las cosas estarían mejor si yo no estuviera		
5. Tiendo a ser muy impulsivo la mayor parte del tiempo		
6. Casi siempre me siento enojado		
7. Soy una persona valiosa		
8. He pensado en un plan o método para matarme		
9. A menudo me siento muy presionado y con demasiadas responsabilidades		
10. Algún amigo o familiar cercano murió recientemente		
11. Siento que la vida vale la pena		
12. Pienso en el suicidio como una posible solución a los problemas		
13. En algún momento de mi vida, he intentado hacerme daño		
14. En los últimos seis meses he consumido bebidas alcohólicas en exceso		
15. Hay gente que se interesa por mi y por lo que me pasa		
16. A menudo me siento sólo y aislado de los demás		
17. Me siento incapaz de hacer bien las cosas y salir adelante		
18. Tengo amigos con quienes contar		
19. Me siento mal por no poder llenar las expectativas de los demás		
20. He pensado en el modo de hacerme daño		
21. Siento que puedo confiar en las personas de mi familia		
22. Recientemente perdí a alguien que quería mucho		
23. A veces pienso que yo merecería morir		
24. He sufrido abuso sexual		
25. En mi familia con frecuencia hay conflictos y peleas		
26. Tiendo a reaccionar violentamente cuando algo no sale como quiero		
27. A menudo siento que no podré ser feliz		
28. Tengo planes para el futuro		
29. Me siento culpable la mayor parte del tiempo		

30. Pienso que soy un perdedor		
31. Me extrañarían si yo faltó		
32. He buscado métodos para matarme en revistas, Internet u otros medios		
33. Con frecuencia me siento muy confundido		
34. Estoy muy dolido porque mi relación de pareja terminó en fracaso		
35. La mayor parte del tiempo me siento bien		
36. Pienso a menudo que las cosas están mal y seguirán siempre así		
37. En mi familia hemos sufrido violencia doméstica		
38. En mi casa a menudo me castigan golpeándome		
39. Pienso que soy capaz de hacer casi todo lo que me proponga		
40. La mayoría del tiempo siento que soy una persona valiosa		
41. Me es difícil concentrarme por mis preocupaciones		
42. Me he expuesto a situaciones que me ponen al borde de la muerte		
43. Me agreden verbal o físicamente en el lugar donde estudio o trabajo		
44. Pienso que he hecho algo que no tiene perdón		
45. Algún miembro de mi familia ha intentado matarse o se ha suicidado		
46. Yo cuento con el apoyo de mi familia		
47. Últimamente he estado pensando en hacerme daño		
48. Tengo problemas para dormir		
49. La mayor parte del tiempo me siento triste		
50. La mayoría de las personas están mejor que yo		
51. Tengo acceso a armas de fuego		
52. Cuando me enojo, me corto o hago cosas que me dañan		
53. He pensado alguna vez que lo mejor sería estar muerto		
54. Mis compañeros de estudio o trabajo me hacen la vida imposible		
55. Últimamente he tenido muchos problemas en mi familia		
56. He pensado últimamente que la vida no merece la pena ser vivida		
57. Tengo muchas razones para vivir		
58. Un amigo o amiga se ha suicidado		
59. Constantemente fracaso en mis estudios		
60. Si me siento mal busco a alguien que me escuche y me ayude		
61. Estoy más irritable que de costumbre		
62. Formo parte de algún grupo u organización de jóvenes		
63. A menudo no siento deseos de comer.		
64. Siento que mi situación es desesperante		
65. Hablo frecuentemente de la muerte y/o de los deseos de estar muerto		
66. Me he sentido humillado y solo en el lugar donde estudio o trabajo		
67. Aprendo mucho de mis propios problemas		
68. Los demás descansarían con mi muerte		
69. He pensado en matarme		
70. Me han expulsado del colegio		
71. Soy vengativo y rencoroso		

72. Me preocupo demasiado por las cosas		
73. Hago amigos con facilidad		
74. He tenido problemas por mi preferencia u orientación sexual		
75. He escrito cartas de despedida por si decido acabar con mi vida		
76. Soy tan bueno en lo que hago como mis compañeros o amigos		
77. Recientemente terminó mi relación de pareja		
78. Soy capaz de encontrar una solución a mis problemas		
79. Se que puedo tener una vida feliz		
80. He intentado suicidarme		
81. A menudo participo en peleas a golpes		
82. Tiendo a hacer cosas que me ponen en peligro		
83. Últimamente estoy cansado y sin energías		
84. Con frecuencia pienso antes de actuar		
85. Descanso poco cuando duermo.		
86. A menudo disfruto con lo que hago		
87. A menudo tengo deseos de morirme		
88. Actualmente estoy muy molesto con alguien especial para mi		
89. Me afecta mucho no ser como quisiera		
90. Me han tenido que atender u hospitalizar por problemas psicológicos		
91. Se quién puede ayudarme en momentos de crisis		
92. He tenido conflictos con la policía		
93. Tengo amigos en quien apoyarme		
94. Últimamente logro concentrarme en lo que hago		
95. Me siento inútil.		
96. Tengo la confianza de contarles mis problemas a mis familiares		
97. Siento que no le caigo bien a la gente		
98. Siento que pierdo el control cuando me enoja		
99. He sufrido una experiencia traumática recientemente		
100. Sufro de alguna enfermedad que me angustia o me desespera constantemente		
101. Cuento con un grupo de amigos para divertirme		
102. Alguna vez he pensado en hacerme daño, luego de terminar una relación de pareja		
103. Siento que vine al mundo a sufrir		
104. Me molesta que otros se interesen por mí		
105. Me gusta sentirme mal		
106. Siento que no soy tan bueno como otros		
107. Cuando estoy enojado o frustrado busco alguna actividad recreativa para desahogarme		

11.4. Anexo 4. Evidencia fotográfica



11.5. Anexo 5. Letra de canción del programa de prevención

Letra baile de la ensalada

Este es el baile de la ensalada
que está de moda y a ti te gusta
(Este es el baile de la ensalada
que está de moda y a ti te gusta)
¡Atención! (¡atención!)
¡Preparad! (¡preparad!)
El tomate (el tomate)
Este es el baile de la ensalada
que está de moda y a ti te gusta
(Este es el baile de la ensalada
que está de moda y a ti te gusta)
¡Atención! (¡atención!)
¡Preparad! (¡preparad!)
La lechuga (la lechuga)
El tomate (el tomate)
Este es el baile de la ensalada
que está de moda y a ti te gusta
(Este es el baile de la ensalada
que está de moda y a ti te gusta)
¡Atención! (¡atención!)
¡Preparad! (¡preparad!)
El repollo (el repollo)

La lechuga (la lechuga)
El tomate (el tomate)
Este es el baile de la ensalada
que está de moda y a ti te gusta
(Este es el baile de la ensalada
que está de moda y a ti te gusta)
¡Atención! (¡atención!)
¡Preparad! (¡preparad!)
La cebolla (la cebolla)
El repollo (el repollo)
La lechuga (la lechuga)
El tomate (el tomate)
Este es el baile de la ensalada
que está de moda y a ti te gusta
(Este es el baile de la ensalada
que está de moda y a ti te gusta)
¡Atención! (¡atención!)
¡Preparad! (¡preparad!)
La zanahoria (la zanahoria)
La cebolla (la cebolla)
El repollo (el repollo)
La lechuga (la lechuga)
El tomate (el tomate)

Este es el baile de la ensalada
que está de moda y a ti te gusta
(Este es el baile de la ensalada
que está de moda y a ti te gusta)
¡Atención! (¡atención!)
¡Preparad! (¡preparad!)
El aceite (el aceite)
La zanahoria (la zanahoria)
La cebolla (la cebolla)
El repollo (el repollo)
La lechuga (la lechuga)
El tomate (el tomate)
Este es el baile de la ensalada
(este es el baile de la ensalada)
Este es el baile de la ensalada
(este es el baile de la ensalada)
Este es el baile de la ensalada
(este es el baile de la ensalada)
Este es el baile de la ensalada
(¡Ensalada!)

11.6. Anexo 6. Letra de canción del programa de prevención

Canción del chipi, chipi

Ayer fue al pueblo, a verla a la Mari, (Ayer fue al pueblo, a verla a la Mari,)
la Mari me enseñó a bailar el chipi, chipi.....
baila el chipi, chipi, baila el chipi, chipi
baila el chipi, chipi, baila el chipi, chipi pero báilalo bien!!!!!!!!!!

11.7. Anexo 7. Normas de convivencia del programa de prevención

NORMAS DE CONVIVENCIA

Entre algunas de las normas de convivencia más importantes para generar un ambiente de respeto, confianza y aprendizaje podemos señalar:

1. Ser amable con compañeros y expositor.
2. Practicar las normas del buen hablante y del buen oyente.
3. Respetar los aportes de los compañeros
4. Usar un vocabulario respetuoso, decente y apropiado.
5. Asistir regularmente y con puntualidad.
6. Llevar al taller todos los materiales necesarios.
7. Ayudar a mantener el orden y disciplina.
8. Mantener el área de trabajo ordenada.
9. Participar activamente en las actividades.
10. No agredir verbal o físicamente a ningún compañero (cero bullying).

11.8.Anexo 8. Certificación del Abstrac.



**FINE-TUNED ENGLISH
LANGUAGE INSTITUTE**

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis **“CONDUCTA SUICIDA Y FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE UNA UNIDAD EDUCATIVA DE LA CIUDAD DE LOJA”**, autoría de **Liseth Abigail Pereira Yaguachi** con número de cédula **0707074050**, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

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

Loja, 02 de marzo del 2022



Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

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

11.9. Anexo 9. Informe de estructura y coherencia del proyecto.



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Loja, 2 de diciembre 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 y deseándole éxitos en su importante cargo, en cumplimiento del Oficio. No. -295- C.PS.CL- FSH-UNL, recibido en mi correo institucional el 15 de noviembre del presente año, con asunto de analizar y emitir el Informe de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado **“CONDUCTA SUICIDA Y FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE UNA UNIDAD EDUCATIVA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERÍODO 2021”**, autoría de la señorita estudiante: Lisseth Abigail Pereira Yaguachi Cl. 0707074050, estudiante del VIII ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja; concluyo con lo siguiente:

1. Que el presente proyecto de investigación cuenta con todos los elementos de la estructura propuesta en el Artículo 226 del Capítulo VII de La Graduación y Titulación, Sección I Del Trabajo de Integración Curricular o de Titulación del Régimen académico de la Universidad Nacional de Loja.
2. Que el título del presente proyecto es una buena propuesta, bien elegida, actualizada, clara, novedosa, vigente y apegada a los estudios realizados.
3. Que la problemática del presente proyecto describe y fundamenta adecuadamente la problemática objeto de la investigación.
4. Que la justificación del presente proyecto tiene una buena exposición de sus motivos sociales, académicos, económicos y otros.
5. Que los objetivos del presente proyecto presentan un buen fundamento de su propósito general, acorde a la temática, descripción y justificación. Objetivos generales y específicos claros.
6. Que la metodología define aceptablemente métodos, técnicas y procedimientos de investigación y son suficientes para el problema, los objetivos, la justificación y la hipótesis.
7. Que la bibliografía tiene una buena revisión de los proyectos afines, tesis, libros básicos y de consulta, Internet, manuales, leyes, reglamentos y otros documentos de apoyo a su investigación (de 2 a 4 fuentes).



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Por tal motivo me permito emitir **el Informe favorable de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado "CONDUCTA SUICIDA Y FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE UNA UNIDAD EDUCATIVA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERÍODO 2021"**.

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



FORMA ELECTRONICA 2021
MAYRA DANIELA
MEDINA AYALA

Psc. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg.Sc.
1104600844
mayra.medina@unl.edu.ec
PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL 1 DE LA UNL
c.c.: Archivo

