



Universidad  
Nacional  
de Loja

**Universidad Nacional de Loja**

**Facultad de Salud Humana**

**Carrera de Psicología Clínica**

**Conducta Suicida y Factores de Riesgo en Pacientes del Hospital Isidro  
Ayora de Loja, 2022.**

**Trabajo de Titulación previo a la  
obtención del título de Psicóloga Clínica**

**AUTORA:**

Cinthy Nicole Espinosa Castillo

**DIRECTORA:**

Psic. Cli. Vanessa Romina Pineda Rojas, Mg. Sc.

**Loja-Ecuador**

**2022**

*Educamos para* **Transformar**

## Certificación



UNL

Universidad  
Nacional  
de Loja

Facultad  
de la Salud  
Humana

### CERTIFICACIÓN

Loja, 13 de septiembre de 2022

**Psicóloga Clínica**  
**Vanessa Romina Pineda Rojas Mg. Sc.**  
**DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

#### **Certifico:**

Haber revisado, dirigido y orientado con pertinencia todo el proceso de la elaboración del Trabajo de Titulación: **“Conducta Suicida y Factores de Riesgo en Pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja, 2022.”** de autoría de la estudiante **Cinthy Nicole Espinosa Castillo** con c.i. **1103986806**; previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica; el mismo cumple con las disposiciones institucionales metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho Trabajo de Titulación se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:  
**VANESSA  
ROMINA PINEDA  
ROJAS**

Psi. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas. Mg.Sc.  
1104241144

[vanessa.pineda@unl.edu.ec](mailto:vanessa.pineda@unl.edu.ec)

PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL 1 DE LA UNL  
DIRECTORA DEL TT.  
c.c.: Archivo

## Autoría

Yo, Cinthya Nicole Espinosa Castillo, declaro ser autora de este trabajo de titulación y exlmo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi trabajo de titulación en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:



Cedula de ciudadanía: 1103986806

Fecha: 05 de diciembre de 2022

Correo electrónico: cinthya.espinosa@unl.edu.ec

Celular: 0959551564

**Carta de autorización por parte de la autora, para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Titulación.**

Yo, **Cinthy Nicole Espinosa Castillo**, declaro ser autora del Trabajo de Titulación denominado: **Conducta Suicida y Factores de Riesgo en pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja, 2022**, como requisito para optar al título de **Psicóloga 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 titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los cinco días del mes de diciembre del año dos mil veintidós.

Firma:

**Autora:** Cinthy Nicole Espinosa Castillo

**Cédula:** 1103986806

**Dirección:** Loja, barrio "Héroes del Cenepa", Cabo Romel Vasquez y Héctor Pilco.

**Correo electrónico:** cinthy.espinosa@unl.edu.ec

**Teléfono:** 072545367      **Celular:** 0959551564

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

**Directora de Tesls:** Psic. CII. Vanessa Romina Pineda Rojas. Mg. Sc.

**Tribunal de Grado:**

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| • Dra. Ana Puertas Azanza, Mgs         | <b>Presidenta del tribunal</b> |
| • Psic. María Paula Torres Pozo, Mgs   | <b>Miembro del tribunal</b>    |
| • Psic. CII. Mónica Carrión Reyes, Mgs | <b>Miembro del tribunal</b>    |

## **Dedicatoria**

Quiero dedicar mi trabajo de investigación en primer lugar a Dios, por su amor y bondad infinitos, por caminar a mi lado no solamente en esta etapa tan importante de mi vida, sino en todo momento.

A mis padres Juan y Karina porque son quienes forjaron la mujer que soy actualmente; muchos de mis logros se los debo a ellos, gracias por confiar y creer en mí, gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme siempre con una sonrisa en cada noche de estudio; gracias a mi padre por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida, gracias a ambos por sus consejos, apoyo, amor y paciencia, todo lo que hoy soy es gracias a ellos.

A mis hermanos Carlos, Darwin y Cristofer por su amor incondicional que me motivó a vencer cada obstáculo que se presentó en mi camino.

A Eduardo R., por ser la persona que Dios hizo para mí, sin duda gracias por la infinita paciencia, apoyo y entrega para conmigo, has sido mi fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento, sin tu amor este trabajo no sería el mismo, es el inicio de un camino lleno de triunfos juntos.

A mis abuelitas, Mery y Ligia, porque con su luz han iluminado mi vida y mi camino.

A mis amigos y compañeros, especialmente a Noelia, Josselyn y Ayrton quienes durante estos cinco años estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad, porque sin ellos esta aventura hubiera sido menos divertida.

Gracias a todos.

*Cinthya Nicole Espinosa Castillo*

## **Agradecimiento**

Agradezco a la ilustre Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de Salud Humana y en especial a la Carrera de Psicología Clínica, por abrir sus puertas y contribuir a mi formación profesional durante estos cinco años de estudio.

A mi directora del Trabajo de Titulación, la Psic. Cli. Vanessa Pineda Rojas, Mg. Sc. por su paciencia, sugerencias y apoyo en el desarrollo de la presente investigación, sin su guía y orientación no habría sido posible culminar la meta que tanto anhele.

Agradezco de manera especial al Psic. Cli. Pablo Tapia, quien supo compartir sus conocimientos conmigo durante mi estancia como pasante en el Hospital Isidro Ayora de Loja, del mismo modo a la Psic. María Mercedes Torres, por su apoyo en el desarrollo de mi trabajo de titulación y en el transcurso de mis prácticas pre profesionales, gracias a ambos por su comprensión, ayuda y preocupación por mí en estos meses.

Al Hospital Isidro Ayora de Loja, por la apertura y gentileza con la que receptó y respondió la solicitud para el desarrollo de mi investigación.

Y finalmente, agradezco a mis queridos pacientes de la Unidad de Salud Mental por su colaboración, participación y palabras de aliento durante mis pasantías y la elaboración de mi trabajo de titulación.

Solamente me resta agradecer a todas las personas que contribuyeron de una u otra forma a la realización y culminación de mi investigación.

*Cinthy Nicole Espinosa Castillo*

## Índice de contenidos

<b>Certificación</b> .....	ii
<b>Autoría</b> .....	iii
<b>Carta de autorización</b> .....	iv
<b>Dedicatoria</b> .....	v
<b>Agradecimiento</b> .....	vi
<b>Índice de contenidos</b> .....	vii
Índice de Tablas .....	x
Índice de anexos .....	xiv
<b>1. Título</b> .....	1
<b>2. Resumen</b> .....	2
2.1. Abstract.....	3
<b>3. Introducción</b> .....	4
<b>4. Marco Teórico</b> .....	6
4.1. Capítulo 1: Conducta Suicida .....	6
4.2. Capítulo 2: Factores de Riesgo .....	14
4.3. Capítulo 3: Teorías del Suicidio .....	20
<b>5. Metodología</b> .....	23
5.1. Área de estudio .....	23
5.2. Enfoque.....	23
5.3. Tipo de diseño .....	23

5.4. Unidad de estudio .....	24
5.4.1. Universo.....	24
5.4.2. Muestra.....	24
5.5. Criterios de inclusión.....	25
5.6. Criterios de exclusión.....	26
5.7. Técnicas e Instrumentos.....	26
5.7.1. Historia Clínica.....	27
5.7.2. Consentimiento informado.....	27
5.7.3. Reactivos psicológicos.....	27
5.7.4. Encuesta socioeconómica y demográfica.....	28
5.7.5. Protocolo de actuación.....	28
5.8. Procedimiento.....	28
5.8.1. Equipos y materiales.....	28
5.9. Análisis estadístico .....	29
6. <b>Resultados</b> .....	33
6.1. Para dar cumplimiento al objetivo general.....	33
6.2. Para dar cumplimiento al primer objetivo específico.....	39
6.3. Para dar cumplimiento al segundo objetivo específico.....	40
6.4. Para dar cumplimiento al tercer objetivo específico.....	46
7. <b>Discusión</b> .....	69
8. <b>Conclusiones</b> .....	74

9.	<b>Recomendaciones</b> .....	75
10.	<b>Bibliografía</b> .....	76
11.	<b>Anexos</b> .....	83

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1</b> <i>Distribución de los participantes según sexo, sector de procedencia, edad, instrucción, estado civil, nivel socioeconómico y ocupación.</i> .....	24
<b>Tabla 2</b> <i>Resultados de Prueba de Kolmogorov – Smirnov de Normalidad de los Datos</i> .....	30
<b>Tabla 3</b> <i>Magnitud de las correlaciones según Hernández.</i> .....	31
<b>Tabla 4</b> <i>Prueba de Chi – cuadrado de Ideación Suicida, Riesgo Suicida, Intentos Anteriores de Suicidio y Factores de Riesgo Socioeconómicos y Demográficos</i> .....	33
<b>Tabla 5</b> <i>Tau de Kendall de Ideación Suicida, Riesgo Suicida, Intentos Anteriores de Suicidio y Factores de Riesgo Socioeconómicos y Demográficos</i> .....	34
<b>Tabla 6</b> <i>Prueba de Chi – cuadrado de Ideación Suicida, Riesgo Suicida, Intentos Anteriores de Suicidio y Factores de Riesgo Psicológicos o Psiquiátricos</i> .....	35
<b>Tabla 7</b> <i>Tau de Kendall de Ideación Suicida, Riesgo Suicida, Intentos Anteriores de Suicidio y Factores de Riesgo Psicológicos o Psiquiátricos</i> .....	36
<b>Tabla 8</b> <i>Prueba de Chi – cuadrado de Ideación Suicida, Riesgo Suicida, Intentos Anteriores de Suicidio y Factores de Riesgo Médicos</i> .....	36
<b>Tabla 9</b> <i>Tau de Kendall Ideación Suicida, Riesgo Suicida, Intentos Anteriores de Suicidio y Factores de Riesgo Médicos</i> .....	37
<b>Tabla 10</b> <i>Prueba de Chi – cuadrado de Ideación Suicida, Riesgo Suicida, Intentos Anteriores de Suicidio y Factores de Riesgo Familiares</i> .....	37
<b>Tabla 11</b> <i>Distribución de conducta suicida de los participantes</i> .....	39
<b>Tabla 12</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y edades.</i> .....	40
<b>Tabla 13</b> <i>Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y edades.</i> .	40
<b>Tabla 14</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida, riesgo suicida e intentos anteriores de suicidio y sexo</i> .....	41
<b>Tabla 15</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y estado civil</i> ...	42
<b>Tabla 16</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y estado civil</i> .....	42
<b>Tabla 17</b> <i>Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y trastornos afectivos</i> .....	44
<b>Tabla 18</b> <i>Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y trastornos de personalidad</i> .....	44
<b>Tabla 19</b> <i>Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y número de veces que trataron de quitarse la vida</i> .....	45
<b>Tabla 20</b> <i>Cuadro de descripción de actividades del plan terapéutico.</i> .....	49

<b>Tabla 21</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y edades.</i> .....	90
<b>Tabla 22</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida, riesgo suicida e intentos anteriores de suicidio y sector de procedencia</i> .....	90
<b>Tabla 23</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y nivel de instrucción.</i> .....	91
<b>Tabla 24</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y nivel de instrucción.</i> .....	92
<b>Tabla 25</b> <i>Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y nivel de instrucción.</i> .....	92
<b>Tabla 26</b> <i>Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y estado civil</i> .....	93
<b>Tabla 27</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y nivel socioeconómico</i> .....	93
<b>Tabla 28</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y nivel socioeconómico</i> .....	94
<b>Tabla 29</b> <i>Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y nivel socioeconómico</i> .....	95
<b>Tabla 30</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y ocupación</i> .....	95
<b>Tabla 31</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y ocupación</i> .....	96
<b>Tabla 32</b> <i>Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y ocupación</i> .....	97
<b>Tabla 33</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y trastornos afectivos</i> .....	98
<b>Tabla 34</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y trastornos afectivos</i> .....	98
<b>Tabla 35</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y trastornos de personalidad</i> .....	99
<b>Tabla 36</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y trastornos de personalidad</i> .....	99
<b>Tabla 37</b> <i>Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y trastornos de personalidad</i> .....	100
<b>Tabla 38</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y trastornos de ansiedad</i> .....	100

<b>Tabla 39</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y trastornos de ansiedad</i> .....	101
<b>Tabla 40</b> <i>Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y trastornos de ansiedad</i> .....	102
<b>Tabla 41</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida, riesgo suicida e intentos anteriores de suicidio y otros trastornos mentales.</i> .....	102
<b>Tabla 42</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y número de veces que trataron de quitarse la vida</i> .....	103
<b>Tabla 43</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y número de veces que trataron de quitarse la vida</i> .....	103
<b>Tabla 44</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida, riesgo suicida e intentos anteriores de suicidio y consulta psicológica y psiquiátrica previa</i> .....	104
<b>Tabla 45</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida, riesgo suicida e intentos anteriores de suicidio y existencia de alguna enfermedad física.</i> .....	105
<b>Tabla 46</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y enfermedad física</i> .....	106
<b>Tabla 47</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y enfermedad física</i> .....	106
<b>Tabla 48</b> <i>Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y enfermedad física</i> .....	107
<b>Tabla 49</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y estructura familiar</i> .....	107
<b>Tabla 50</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y estructura familiar</i> .....	108
<b>Tabla 51</b> <i>Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y estructura familiar</i> .....	109
<b>Tabla 52</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida e intento de suicidio de un familiar cercano</i> .....	109
<b>Tabla 53</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida e intento de suicidio de un familiar cercano</i> .....	110
<b>Tabla 54</b> <i>Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio e intento de suicidio de un familiar cercano</i> .....	110
<b>Tabla 55</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y conflictos familiares</i> .....	111

<b>Tabla 56</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y conflictos familiares</i> .....	112
<b>Tabla 57</b> <i>Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y conflictos familiares</i> .....	112
<b>Tabla 58</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y antecedentes de enfermedades mentales dentro de la familia</i> .....	113
<b>Tabla 59</b> <i>Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y antecedentes de enfermedades mentales dentro de la familia</i> .....	114
<b>Tabla 60</b> <i>Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y antecedentes de enfermedades mentales dentro de la familia</i> .....	114

## Índice de anexos

<b>Anexo 1.</b> Oficio de designación de Director del Trabajo de Titulación.....	83
<b>Anexo 2.</b> Aprobación de Trabajo de Titulación. ....	84
<b>Anexo 3.</b> Carta de autorización para la aplicación de reactivos. ....	85
<b>Anexo 4.</b> Certificado del resumen traducción al inglés. ....	86
<b>Anexo 5.</b> Consentimiento informado.....	87
<b>Anexo 6.</b> Tabla de contenido. ....	90
<b>Anexo 7.</b> Escala de Ideación Suicida.....	116
<b>Anexo 8.</b> Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. ....	118
<b>Anexo 9.</b> Encuesta socioeconómica y demográfica. ....	119
<b>Anexo 10.</b> Protocolo de intervención para conducta suicida.....	123
<b>Anexo 11.</b> Hoja de autorregistro de pensamiento.....	125
<b>Anexo 12.</b> Lista de actividades positivas.....	126
<b>Anexo 13.</b> Escala de satisfacción del programa. ....	128
<b>Anexo 14.</b> Certificación de Tribunal de Grado. ....	130

## **1. Título**

Conducta Suicida y factores de riesgo en pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja,  
2022.

## 2. Resumen

La conducta suicida es uno de los fenómenos sociales que mayor interés ha despertado en los últimos años, se ha encontrado vinculada al ser humano desde el inicio de los tiempos, desencadenando afectaciones no solo físicas, sino también secuelas psicológicas tanto al individuo que intenta quitarse la vida como a las personas que lo rodean, su definición y concepción ha ido evolucionando con el transcurso del tiempo. Frente a esta situación, la presente investigación se desarrolló con el propósito de determinar la relación entre conducta suicida y los factores de riesgo. Para tal efecto se realizó un diseño descriptivo correlacional y de corte transversal en el que participaron 71 pacientes del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, quienes fueron seleccionados mediante un muestro no probabilístico intencional. Los instrumentos usados fueron encuesta socioeconómica y demográfica, escala de ideación suicida de Beck y la escala de riesgo suicida de Plutchik. Los resultados obtenidos evidenciaron que existe relación estadísticamente significativa entre riesgo suicida con edad e intentos anteriores de suicidio. A su vez, se evidenció relación entre intentos anteriores de suicidio y: trastornos afectivos y número de veces; en cuanto a la prevalencia de conducta suicida, el nivel medio y alto tanto de ideación como de riesgo suicida fueron los más prevalentes, además que la mayoría de la población contó con un intento autolítico previo; por otro lado, se encontró también que el estado civil, edad, trastorno mental y el número de veces de intentos previos influyen en la conducta suicida.

**Palabras clave:** Suicidio, Factores de Riesgo, Ideación Suicida, jóvenes, adultos.

## **2.1. Abstract.**

Suicidal behavior is one of the social phenomena that has aroused most interest in recent years, it has been linked to human beings since the beginning of time, generating not only physical affectations, but also psychological sequels both to the individual who attempts to take his own life and to the people around him, its definition and conception has evolved through time. As a result, this research was developed with the purpose of determining the relationship between suicidal behavior and risk factors. For this reason, a descriptive correlational and cross-sectional design was carried out with the participation of 71 patients from the Isidro Ayora Hospital in the city of Loja, who were selected by means of an intentional non-probabilistic sample. It was used a socioeconomic and demographic survey as instruments, Beck's suicidal ideation scale and Plutchik's suicidal risk scale. The results obtained showed that there is a statistically significant relationship between suicidal risk and age and previous suicide attempts. At the same time, there was a relationship between previous suicide attempts and: affective disorders and number of times; as for the prevalence of suicidal behavior, the medium and high levels of suicidal ideation and risk were the most predominant, besides most of the population had a previous suicide attempt; on the other hand, it was also found that marital status, age, mental disorder and the number of times of previous attempts influence suicidal behavior.

**Key words:** Suicide, Risk Factors, Suicidal Ideation, youth, adults.

### 3. Introducción

El fenómeno del suicidio es considerado universal, atemporal y con diversas connotaciones tanto culturales como sociopolíticas, es uno de los temas más complejos y delicados de abordar, pero a la vez se constituye como uno de los más interesantes.

Actualmente, existen discrepancias para definir de manera correcta a la conducta suicida y es que aún no existe una definición completamente aceptada y compartida, sin embargo, si se puede limitar a ciertas condiciones tales como el contar con cierto grado de intencionalidad de terminar con su vida, el tener un concepto claro de muerte y que la decisión sea propia y llevada a cabo por la persona; involucra a la ideación, amenazas y gestos suicidas, además de las tentativas, riesgo y suicidio consumado (Villar, 2022).

En los últimos años nos vimos obligados a enfrentarnos a situaciones inesperadas con un impacto negativo en la salud mental de todo el mundo, al afrontar estas circunstancias los factores de riesgo implicados en el suicidio aumentaron (Organización Panamericana de la salud [OPS]/Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Pero, ¿Por qué sucede un suicidio?, tratar de responder esta pregunta es realmente difícil, puesto que, al no vivenciarlo, es concebido como un hecho externo, lo cual dificulta su comprensión, pese a esto si evaluamos los factores de riesgo involucrados se podrá mejorar la detección y, por ende, la disminución de la prevalencia de esta problemática que presentan millones de personas alrededor del mundo (Bauzá, 2021).

El impacto de este fenómeno es realmente preocupante: “Cada año, cerca de 703 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo” (OMS, 2021, párr. 1). Además, en los últimos 30 años ha incrementado un 56% las tasas de muerte por suicidio en el país (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2021).

La presente investigación se consolida por todo esto como una de alto valor e impacto, puesto que estudiar las etapas iniciales del suicidio, la ideación y riesgo, y conocer los factores de riesgo asociados contribuye a una mejoría en la temprana detección y prevención del suicidio; ante esta problemática el presente trabajo se construye alrededor del objetivo general: Determinar la relación entre conducta suicida y factores de riesgo en pacientes del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja; y los objetivos específicos: identificar la prevalencia de conducta suicida en pacientes del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja; establecer la influencia de los factores de riesgo en el desarrollo de conducta suicida en los pacientes del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja y elaborar un plan terapéutico para prevenir la conducta suicida de los pacientes del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

Para llevar a cabo la investigación se hizo uso de un enfoque de tipo cuantitativo no experimental de corte transversal, con un análisis de diseño descriptivo correlacional, cuyo universo fueron los pacientes de Hospital Isidro Ayora de Loja de una edad comprendida de los 3 a los 88 años; con una muestra de 71 participantes seleccionados a través de la técnica de muestreo no probabilístico intencional, con criterios de inclusión y exclusión, se incluyeron a todas las personas con un rango de edad entre 12 a 70 años que presentaban conducta suicida (ideación, riesgo o intento autolítico). Para tal efecto se realizó la recolección de datos a través de tres instrumentos: encuesta socioeconómica y demográfica, escala de ideación suicida de Beck (SSI) y escala de riesgo suicida de Plutchik (RS).

A continuación, el marco teórico se estructura en tres capítulos principales: en el primero se aborda todo lo relacionado a conducta suicida, sus consideraciones generales, definición, categorías, tratamiento e instrumentos de evaluación, en el segundo capítulo se habla acerca de los factores de riesgo relacionados al suicidio y en el tercer capítulo se explican teorías del suicidio.

Finalmente, el documento brindará los materiales y métodos utilizados, la población, muestra, instrumentos, etc; resultados obtenidos a través de los reactivos psicológicos aplicados para dar cierre al presente trabajo con las conclusiones y recomendaciones.

## **4. Marco Teórico**

### **4.1. Capítulo 1: Conducta Suicida**

#### **4.1.1. Consideraciones generales**

Es conveniente antes de comenzar a caracterizar el suicidio realizar una serie de aclaraciones sobre este término. Shneidman (1973, como se citó en Alcántar, 2002) expone algunas de las dificultades que giran en torno al calificativo suicida:

La primera se refiere a que “suicida” se aplica a diferentes categorías de conducta. Se llama “suicida” a la persona que ha cometido, intentado o pensado en el suicidio. La segunda confusión está relacionada con el aspecto temporal y se encuentra a calificar a alguien como “suicida”, pues se habla de “suicida” tanto para referirse a la persona que intentó en el pasado un acto suicida como para definir a la persona que en el momento presente comete un acto de suicidio. Una última confusión se relaciona con la idea de propósito; ya que la intención es un factor clave a tener en cuenta para definir un acto como “suicida”. Como se ha visto, la conceptualización del suicidio es complicada, y se vuelve aún más, cuando se hace referencia a una serie de comportamientos que no concluyen en muerte y que son provocados voluntariamente por el propio sujeto. Son también conductas suicidas, que sin embargo no producen la muerte del sujeto. (p.24)

Lo mencionado anteriormente es una pequeña aproximación y aclaración conceptual del fenómeno del suicidio, pero es importante hacer mención que dentro del mismo podemos enfrentarnos a la conducta suicida, la cual incluye el suicidio consumado y el intento, además de otras categorías que serán mencionadas más adelante (Clayton, 2019).

#### **4.1.2. Definición**

El suicidio no es un tema nuevo del cual debemos sorprendernos, por el contrario, es algo que ocurre todos los días. Es un fenómeno universal presente en todas las épocas, sin embargo, la actitud frente al mismo ha diferido en base a la influencia religiosa, filosófica, estructuras sociopolíticas y culturas, pero sobre todo por el concepto que se tenía de muerte. Se ha tratado de ocultar la existencia del suicidio, ya sea por lo trágico de la situación o por el relego a segundo plano que se le da dentro de las diferentes sociedades alrededor del mundo, constituyéndolo como un tema tabú del que no se quiere hablar, se lo ha estigmatizado y despreciado e incluso justificado por algunos intelectuales (Ortega, 2018).

La complejidad del fenómeno reside desde la propia definición; y es que, aunque lleva años en el foco de la atención pública aún no existe un acuerdo universal y aceptado de su concepción, el único al que, si se ha podido delimitar, aún con dificultades, es al suicidio

consumado y aún éste debe contemplar aspectos como tener deseos de morir y poner en marcha comportamiento para ponerle fin a su vida (Villar, 2022).

Es así que el suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) como “el acto deliberado de quitarse la vida”. Además, su prevalencia y métodos empleados varían de acuerdo al país.

Hay que tener en cuenta que el suicidio no es el producto solamente de un momento de desesperación, ni de un acto de voluntad, tampoco es la consecuencia únicamente de un estado mental y no se llega a este solo por problemas a los que no se les encuentra solución (García, 2020).

Durkheim en su libro de *Le suicide. Une étude sociologique*, nos llega a plantear que: “Se llama suicidio todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado (accomplí) por la víctima misma, siendo que esta sabía que debía producir ese resultado” (Neira, 2018, p. 140).

Existen tres aspectos esenciales para definir a la conducta suicida, el primero de ellos es el contar con cierto grado de intención de acabar con la propia vida, de esta forma quedan atrás la consideración de los grados de letalidad del intento, la gravedad de las lesiones o los daños físicos, todas estas condiciones propuestas hace una década atrás, un claro ejemplo es lo que propone el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2010) quienes manifiestan que cuando se habla de conducta suicida se hace referencia a la conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e incluso llevar a la persona a la muerte.

Todo esto queda atrás con los nuevos aportes del presente año en curso, donde la presencia de lo mencionado anteriormente no es necesario para llamar a un acto conducta suicida; un segundo aspecto a tomar en consideración es contar con una “adquisición completa del concepto de muerte”, por lo que hablar de conducta suicida antes de los 8 años es un error, finalmente la persona debe tomar la propia decisión de terminar con su vida (Villar, 2022).

La conducta suicida es un proceso multifactorial y dinámico (García, 2020), provocada según Beck (1979) por categorías mentales distorsionadas que en primera estancia generan depresión lo que después de un tiempo desemboca en la conducta suicida.

Además, Freeman y Reinecke (1995, como se citó en Ortega, 2018) nos refieren que:

La conducta suicida se produce en el medio sociocultural e indudablemente está influida por una variedad de factores físicos y bioquímicos En primer lugar, es un estado mental. Es decir, cada acto suicida se inicia en la mente del individuo. Es ahí donde debemos acudir si tratamos de comprender y resolver este problema. (p.18)

Para finalizar y a modo de conclusión, entenderemos según Villar (2022) que: “la conducta suicida está conformada, por los siguientes comportamientos: la ideación suicida, amenazas suicidas, gestos suicidad, tentativas y muerte por suicidio” (p. 14).

#### **4.1.3. Categorías**

Frecuentemente los profesionales encargados de abordar el suicidio, psicólogos y psiquiatras, utilizan nomenclatura especializada para explicar la etapa en la que se encuentra la persona. Pero esta nomenclatura no es más que una clasificación categorial de aquellas conductas típicas de los suicidas en diferentes momentos del continuo conductual (Ortega, 2018).

**4.1.3.1. Autolesión/gesto suicida.** Los gestos suicidas llegan a ser considerados de alta gravedad, incluso más que la planificación del acto, el uso de este término se encuentra mal empleado por profesionales de la salud mental, un claro ejemplo del uso erróneo que se le da es el llamar a los intentos de suicidio de baja letalidad como gesto suicida, pero ¿por qué está mal empleado en este caso?; fácil, porque las tentativas son un grado más elevado que los gestos. A partir de lo mencionado se entiende por gesto suicida a: “todos los actos preparatorios previos y necesarios para realizar un intento de suicidio, sin que este se haya iniciado” (Villar, 2022, p.15).

**4.1.3.2. Intento de suicidio.** El intento de suicidio es todo comportamiento autolesivo y autohiriente que no da como resultado el fallecimiento de la persona. Este tipo de conducta evidencia que la persona llegó a querer quitarse la vida (Ortega, 2018).

La tentativa es el inicio de la secuencia de comportamientos que tiene como fin terminar con la propia vida, por tanto, queda marcada desde el inicio del comportamiento, independientemente si se lleva a cabo o no y de la letalidad del método (Villar, 2022).

Es potencialmente lesiva y autoinfligida, puede llegar a provocar o no lesiones, así como repercusiones físicas o mentales temporales o permanentes independientemente de la letalidad del método (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2010).

**4.1.3.3. Suicidio consumado.** Entendemos esta categoría conductual como aquella caracterizada por la autodestrucción que termina con la propia vida de la persona que lo lleva a cabo (Ortega, 2018). Es el acto que lleva a la muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2010).

En este contexto es importante preguntarnos ¿Cómo podemos darnos cuenta que una persona tenía intencionalidad de quitarse la vida? Tenemos en primer lugar los pensamientos, posteriormente la elaboración de un plan, buscar los medios, intentar y llevar a cabo el suicidio (Santos y Camacho, 2019).

Este tipo de conducta suicida es más prevalente dentro de la población masculina (Cañón y Carmona, 2018). Anualmente: “fallecen en todo el planeta casi 800 000 personas como consecuencia de un suicidio” (Moutier, 2021).

El término de suicidio consumado, por lo menos en inglés, ha sido sujeto a cambios en años recientes, por el estigma al cual era sometido la persona, por lo que se propone el término “died by suicide” como alternativa, según Villar (2022) el cambio se basa en: “quitar todo juicio moral a la persona que muere por suicidio y a su familia” (p.16).

**4.1.3.4. Ideación suicida.** El término de ideación suicida se reserva para los pensamientos que van desde la concepción de que la vida no tiene ningún sentido hasta el idear un plan del suicidio. La manera más frecuente en la que se llega a presentar es con la presencia de: “pensamientos, deseo y planificación del suicidio, la ideación suicida en la persona puede presentarse durante un tiempo estimado de dos semanas” (Aguirre y Auquilla, 2018, p.12), a la par de estas ideas la planificación del acto también se lleva a cabo.

Se caracteriza por cualquier pensamiento recurrente e informado por la persona con intención de suicidarse, se puede llegar a considerar como la fase inicial necesaria que está presente en todos los suicidios (Ortega,2018).

Es importante recalcar que la ideación suicida se divide en pasiva y activa, la primera está caracterizada por los deseos de la persona de estar muerto, pero no cuenta con un plan real de suicidarse, mientras que en la segunda además de la existencia de estos pensamientos se cuenta con la intención de suicidarse, incluyendo la planificación para él mismo (Inspira, 2021).

Kogan (2017) también nos mencionan que hablamos de ideación suicida cuando hacemos referencia a aquellos: “Pensamientos sobre la voluntad de autoeliminarse expresada en ideas y fantasías de “no querer vivir”. En estos pensamientos puede estar la planificación del suicido” (p.47).

La ideación es por ende el estadio más leve y fundamental de la problemática, es un evento inevitable en las personas, pero esto no quiere decir que todo ser humano se haya planteado la idea de morir, pero si es comprensible ante determinadas situaciones de la vida, es vista por filósofos como Cioran, Nietzsche y Jaspers como la única forma de seguir viviendo ante crisis vitales, puesto que cuando alguien entra en crisis busca retornar a la calma y lo hace

a través de una salida rápida para terminar con la desesperación que puede experimentar, a veces cruzan en ellos ideas suicidas pasajeras que con toma de consciencia de la situación y un correcto análisis de la misma es desechada, el peligro aquí reside cuando esa idea que cruza por su mente es asociada a una salida o escape a la situación o sentimientos que experimenta (Villar, 2022).

Podemos llegar a clasificar la ideación suicida de acuerdo a su nivel de gravedad, de esta forma tenemos (Kogan, 2017):

- Leve: Solo ganas de quitarse la vida.
- Moderada: Ganas de no vivir con ideas de planificación.
- Grave: Decisión de morir, con planificación detallada de su ejecución.

Cabe recalcar que la ideación suicida llega a ser más frecuente dentro de la población de sexo femenino (Cañón y Carmona, 2018), como se ha mencionado con anterioridad la ideación es la fase inicial del suicidio o tomando como referencia una escala de gravedad, se encuentra ubicada en un nivel menor, sin embargo, trae consigo todas las dificultades propias del fenómeno al cual nos enfrentamos, tener una perspectiva amplia, bien delimitada y al mismo tiempo global, además de un buen entendimiento del mismo asegura una correcta intervención, por eso es importante rescatar que la ideación comprende: “pensamientos fugaces acerca del rechazo a la vida, el poco valor de la vida, con planificación para la muerte y una serie de fantasía autolesivas y autodestructivas” (Aguirre y Auquilla, 2018, p.12).

La población de riesgo son los adolescentes, puesto que son ellos quienes se enfrentan a un mayor número de problemas existenciales, sin embargo, esto no sucede con los niños puesto que según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2017, como se citó en Aguirre y Auquilla, 2018, p. 12) no cuentan con una noción permanente de lo que es la muerte.

**4.1.3.5. Eutanasia.** El término eutanasia contiene origen filosófico que ha ido evolucionando conforme avanza el tiempo y que en la actualidad genera un intenso debate entre la religión, medicina y los derechos de las personas (Castaño,2017).

Es un acto intencional y consciente solicitado por el propio individuo, de manera directa o indirecta acorta la vida del mismo que por lo general cuenta con una enfermedad médica incurable y terminal, se toma esta ruta para evitar más sufrimiento al enfermo (Ortega,2018).

Cabe recalcar que llevar a cabo el procedimiento de la muerte asistida o eutanasia se da en países europeos principalmente, dentro de Latinoamérica esta práctica está poco legalizada, es así que en Ecuador pese a existir propuestas y argumentos para su respectiva legalización

no se ha aprobado nada, convirtiendo a la eutanasia en un procedimiento ilegal en nuestra nación.

Aquí es imperativo hacer un paréntesis, puesto que la eutanasia no debería encontrarse ligada al suicidio, porque la forma en la que es llevada a cabo difiere en gran medida de los preceptos que se requieren para conformar un suicidio consumado, si realizamos un análisis exhaustivo de todo lo que engloba la eutanasia podemos darnos cuenta que es similar a un homicidio pero con el consentimiento de la víctima, por lo que entramos en debate, suicidio y homicidio son dos términos opuestos, no tienen relación, puesto que en el primero es la propia persona la que le pone fin a su vida, como ya lo habíamos explicado, mientras que en el homicidio es un tercero quien acaba con la vida de la persona, seguidamente de esta primera diferenciación es relevante mencionar que el suicidio es prevenible, la eutanasia no, por el mismo contexto en el que se desarrolla, por todo esto aunque parezca contradictorio, la eutanasia podría llegar a ser un método eficaz para disminuir las tasas de suicidio, puesto que el fin de la misma es acabar con el sufrimiento de un individuo, de esta manera la persona que no desea seguir viviendo expondría sus motivos ante un tribunal ético (Villar, 2022).

#### **4.1.4. Tratamiento**

Actualmente se realizan múltiples tratamientos nuevos para el paciente suicida, donde se incluyen las intervenciones médicas como la administración de fármacos. También se trata de abordar el tratamiento desde intervenciones escolares y el ámbito de salud pública (Clayton, 2019).

Al hablar desde el eje psicoterapéutico del tratamiento es importante recalcar aquellas intervenciones que involucran las técnicas cognitivo-conductuales ya que en los últimos años han agarrado más fuerza y han sido mayormente llevados a cabo en la práctica clínica. De este modo el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2010) nos mencionan las siguientes terapias como las más apropiadas al momento de abordar la conducta suicida:

- Terapias de corte cognitivo-conductual
  - Terapia cognitivo-conductual
  - Terapia dialéctico-conductual
  - Terapia conductual
  - Entrenamiento de habilidades
  - Terapia breve basada en las soluciones
- MACT: Manual Assited Cognitive Behaviour Therapy

- Terapia de resolución de problemas
- Terapia cognitiva conductual + fluoxetina + cuidados estándar
- Terapia interpersonal
- Terapia familiar
- Terapia psicodinámica
- Tratamiento farmacológico
  - Fármacos antidepresivos
  - Litio
  - Fármacos anticonvulsivantes
  - Fármacos antipsicóticos
- Terapia electroconvulsiva

#### **4.1.5. Instrumentos**

Exista una gran diversidad de instrumentos psicométricos diseñados para evaluar lo que comprende el suicidio, evaluando aquello que comprende la conducta suicida que suele basarse en la valoración directa de ideas y factores de riesgo, síntomas o síndromes asociados al suicidio (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2010).

Dentro de los instrumentos tenemos:

*Escala de evaluación del riesgo suicida (SUAS)*: Se encuentra compuesta por 20 ítems, calificados de 0 a 4, requiere ser aplicada por personal de salud especializada. Llega a medir 20 áreas:

Tristeza/desánimo, hostilidad, energía, hipersensibilidad, pérdida emocional/retraimiento, iniciativa, pérdida de control percibida, tensión, ansiedad, preocupación somática, impulsividad, pérdida de autoestima, desesperanza, incapacidad para sentir (despersonalización), pobre tolerancia a la frustración, pensamientos suicidas, propósito del suicidio, deseo de morir, carencia de razones para vivir, acciones suicidas (Abarca et al., 2018).

*Cuestionario de Conducta Suicida (SBQ)*: Consiste en una escala compuesta por cuatro preguntas, está destinada a indagar sobre la frecuencia de ideas suicidas, la comunicación de los pensamientos suicidas a otras personas y las actitudes y expectativas de llevar a cabo un intento suicida actualmente (Dueñas, 2017).

*Escala de Desesperanza de Beck (HS)*: Es una escala que puede ser auto aplicada, está diseñada para evaluar, desde un punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una

persona tiene sobre su futuro y su bienestar, del mismo modo como su habilidad para enfrentar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Consta de 20 ítems y sus puntuaciones son proporcionados en tres factores: afectivo, motivacional y cognitivo (Bobes et al., 2002).

*Escala de intencionalidad Suicida de Beck (SIS):* Está destinada a evaluar características de la tentativa suicida, además de manera más detallada las circunstancias en las que se llevó a cabo, actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionadas con la tentativa, consta de 20 ítems, los mismos que se dividen en tres partes bien diferenciadas: parte objetiva, parte subjetivas y otros aspectos, es hetero aplicada y proporciona una valoración de la gravedad de la tentativa (Bobes et al., 2002).

*Escala de Impulsividad de Plutchik (EI):* Es una escala auto aplicada diseñada para evaluar conductas impulsivas, consta de 15 ítems que hacen referencia a la tendencia del paciente a realizar cosas sin pensar o de forma impulsiva. La puntuación va de 0 a 45 puntos (López et al., 2008).

*Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (RV):* Es una escala auto aplicada destinada a evaluar la existencia de sentimientos de agresividad y conductas violentas, consta de 12 ítems y la puntuación se obtiene sumando todos los ítems (Bobes et al., 2002).

*Inventario de razones para vivir (RFL):* Consta de 48 ítems, su objetivo es medir factores protectores contra el suicidio, se encuentran puntuados según la escala de Likert de 0 a 6, llegan a medir 6 áreas: “creencias de supervivencia y afrontamiento, objeciones morales al suicidio, responsabilidad con la familia, temas relacionados con niños, miedo al suicidio y miedo a la desaprobación social” (Abarca et al., 2018).

*Escala modificada de ideación suicida (MSSI):* Es una versión revisada de la escala SSI. Se encuentra aprobada para la población adultos y adolescentes, consta de 18 ítems que van calificados de 0 a 3 y evalúan tres factores: deseo suicida, preparación para el intento y capacidad percibida para realizar el intento (Rangel et al., 2015). Los nuevos cinco ítems llegan a evaluar aspectos adicionales en relación a la intensidad de la ideación suicida, el coraje y la competencia para intentar el suicidio, y la capacidad para hablar o escribir sobre la muerte. Esta modificación hace que esta prueba sea mayormente fiable y válido. La principal ventaja es que esta escala consta con preguntas más puntuales y puede ser aplicada por personal médico sin entrenamiento especial. Además de esto la escala contiene 4 ítems que permiten determinar si los pensamientos son lo suficientemente graves para justificar la aplicación total de la escala. Cuenta con una fiabilidad de 87-94, en cuanto a su validez de constructo contiene dos factores:

1) Deseo e ideas suicidas y 2) Planes y preparación. Y su validez de criterio: está correlacionado con los cuestionarios de desesperanza de Beck y de depresión de Zung (Dueñas, 2017).

#### **4.2. Capítulo 2: Factores de Riesgo**

Es de vital importancia identificar aquellos factores que aumentan o disminuyen el suicidio. Si se evidencia un mayor número de factores de riesgo presentes aumenta en gran medida el riesgo de llevar a cabo el suicidio (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2010).

El principal problema de la conducta suicida es la complejidad de sus factores, entre los que destacan de manera general los biológicos, sociales, psicológicos, culturales y ambientales.

Son diferentes las investigaciones que tienen como objetivo explicar los factores de riesgo implicados en este fenómeno, llegando a la conclusión de que algunos son de: “carácter sociodemográfico, biológicas y psicológicas como desórdenes mentales, ansiedad, depresión, separaciones tempranas, evitación experiencial, descontrol de impulsos, trastornos mal adaptativos” (Angulo y Segarra, 2019, p.12).

Además de estos, Aguirre y Auquilla (2018) nos destacan a:

La depresión mayor; edad adolescente; sexo masculino; otros trastornos comórbidos o psicológicos (desesperanza, rigidez cognitiva); dificultades con el grupo familiar, crisis con los padres, los iguales o la pareja; intento de suicidio previo propio o de algún familiar; antecedentes psiquiátricos familiares; sucesos vitales estresantes; maltrato físico; abuso sexual; bullying y las dificultades escolares. (p.20)

Varios investigadores rescatan la importancia de abordar los múltiples factores de riesgo asociados, pueden llegar a clasificarse en modificables, aquellos relacionados a factores sociales, psicológicos y psicopatológicos, e inmodificables, asociados al propio sujeto o al grupo social al que pertenece, perduran en el tiempo y su cambio es ajeno al clínico (García 2020).

Además de esta clasificación podemos encontrar otra donde se contemplan los factores individuales, familiares y contextuales (Moutier, 2021).

Ortega (2018) nos refieren que: “para la OMS las enfermedades mentales (en especial la depresión) y los diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo” (p. 38).

Para el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2010) los factores de riesgo son:

- Heredabilidad

- Sexo
- Edad
- Estado Civil
- Situación laboral y económica
- Creencias religiosas
- Apoyo social
- Conducta suicida previa

Moutier (2021) además de los anteriores nos mencionan:

- Comportamiento impulsivo
- Duelo o pérdida de un ser querido
- Acoso escolar
- Trastornos por consumo de drogas o alcohol
- Sentimientos de tristeza o desesperanza
- Estrés financiero por recesiones económicas
- Enfermedad médica
- Conflicto de relación, ya sea familiar o amorosa
- Experiencias traumáticas en la infancia
- Interrupción en el trabajo

Del mismo modo García (2020) nos hablan de los “factores emocionales como la desesperanza, los bajos niveles de autoeficacia e intentos de suicidio previos” (p. 33).

Es fundamental trabajar en base y en torno a los factores de riesgo para fortalecer las habilidades de afrontamiento en los individuos, con el propósito de generar herramientas ante situaciones diarias, de esta forma se potencia una mejora en la calidad y esperanza de vida de la persona.

Como podemos darnos cuenta al abordar los factores de riesgo asociados al suicidio nos encontramos ante múltiples divisiones según el autor que brinde la explicación, en este sentido nos enfrentaremos en ocasiones a divisiones muy específicas o generales, por el momento haremos uso de la división que nos menciona que los factores pueden ser fijos o modificables.

Abordar los factores de riesgo posibilita la reducción del número de personas que se suicidan, por tanto, tener en cuenta que la conducta suicida y el riesgo que implica, cuenta con una etiología multidimensional.

A continuación, se divide a los factores de riesgo en cuatro grupos: biológicos, psicológicos, sociales y familiares.

#### **4.2.1. Factores Biológicos**

Los factores biológicos se encuentran dentro de la categoría de factor de riesgo fijo, el cual evidentemente, no podrá ser modificado bajo ningún tratamiento. Se ha propuesto el modelo de estrés-diátesis, que se basa en que los rasgos peculiares de algunos individuos los llevan a responder de manera catastrófica ante los problemas del medio que los rodea. En este modelo, el riesgo de suicidio no tiene relación con la presencia de algún trastorno psiquiátrico (Contreras y Gutiérrez, 2007).

Uno de los factores biológicos más estudiados, es:

El que se relaciona la regulación del humor, se trata de la serotonina y su función en la neurotransmisión, la cual forma parte fundamental de la respuesta neurobiológica, por lo tanto, la disminución de los niveles de serotonina, incrementa la posibilidad de que el joven no logre control sobre el impulso suicida, se hace vulnerable emocionalmente, ante un conflicto se mantendrá sin poder ni control sobre sus emociones. (Aguirre y Auquilla, 2018, p.20)

En síntesis, en la persona con conducta suicida se evidencian alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica de la corteza prefrontal, hipocampo, hipotálamo y tallo cerebral, es así que:

El daño de esta área produce desinhibición conductual e incremento de la impulsividad; por lo tanto, esta disfunción podría dar lugar a la propensión al acto suicida, pero se asemeja más a un antecedente suicida o diátesis, pues tal ocurre en la depresión mayor, la esquizofrenia y diversos trastornos de la personalidad (Contreras y Gutiérrez, 2007).

Seguidamente nos encontramos con los trastornos médicos como factores de riesgo de la conducta suicida, cuando hablamos de ellos nos referimos principalmente a aquellos crónicos y que causan un intenso dolor en el individuo, es de esta forma que:

Trastornos médicos como: “la diabetes, la esclerosis múltiple, el cáncer y la infección pueden aumentar el riesgo de suicidio” (Moutier, 2021).

#### **4.2.2. Factores Psicológicos**

Es posible destacar entre los más comunes: depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno por estrés postraumático, trastorno de personalidad límite y conducta antisocial.

En esta línea tenemos a la depresión, la cual es una de las enfermedades mentales con más prevalencia en el mundo, a pesar de que las cifras son preocupantes las personas que la

padecen no reciben el tratamiento adecuado. Además, las consecuencias pueden darse en tres áreas: psicológica, física y social (Hervás, 2020).

La consecuencia más grave de este trastorno mental es el suicidio, según estudios: “del 40 al 80% de los suicidios se pueden atribuir a trastornos del humor (uni y bipolares) o trastornos depresivos” (Gérard, 2012, p.33).

Y es que es así: “hasta 80.000 personas se suicidan al año en todo el mundo. Estos suicidios, en la mayoría de casos, están relacionados con un trastorno depresivo” (Rodríguez, 2020).

Son evidentes las repercusiones que tienen los episodios o fases depresivas en la calidad de vida de las personas que los experimenta, es por esto que se debe actuar y brindar intervenciones adecuadas desde el primer episodio, puesto que: “la mayoría de casos son leves o moderados y no suelen evolucionar si son precoz y adecuadamente tratados” (García, 2014).

Todo esto puesto que la depresión disminuye el estado de ánimo y provoca un estado donde todo lo que hace le parezca imposible comenzar, continuarlo o terminarlo. La persona con depresión va a comenzar a sentir que no hay esperanza para él, lo que a la larga va a limitar su vida y agravará la situación, puesto que buscará una salida, el suicidio (Hervás, 2020).

Las personas que presentan un cuadro de depresión mayor y las características asociadas a la misma cuentan con una probabilidad de riesgo de suicidio 20 veces superior en comparación a la población general (Uliaque, 2022).

Las personas con *esquizofrenia* u otros trastornos psicóticos pueden sufrir delirios con los que les resulte bastante difícil convivir, o bien oír voces que les ordenan quitarse la vida (Moutier, 2021). Este grupo presentan una probabilidad de hasta 9 veces mayor de suicidarse (Uliaque, 2022).

Aquellos individuos con *trastorno límite o antisocial* de la personalidad cuentan con características como: “historial de impulsividad, agresividad o comportamiento violento, presentan también un mayor riesgo de suicidio” (Moutier, 2021). En el caso del TLP presentan un riesgo de 4 a 8 veces mayor que la población general (Uliaque, 2021).

Además de lo mencionada con anterioridad el factor de riesgo más potente y peligroso de todos son los *intentos previos* realizados por las personas, es así que Uliaque (2022) nos dice que: “Cuantas más veces lo haya intentado, más probable es que en un futuro pueda volver a intentar” (secc. intentos previos).

#### **4.2.3. Factores Sociales**

La *dependencia o el consumo de alcohol* durante un tiempo prolongado en primera estancia agrava los cuadros depresivos, lo que, a su vez, aumenta el riesgo de aparición de

conducta suicida, el alcohol reduce el autocontrol y aumenta la impulsividad, es importante recalcar que: “Cerca del 30% de las personas que llevaron a cabo tentativas de suicidio consumieron previamente alcohol y cerca de la mitad de estas personas estaban intoxicadas en ese momento” (Moutier, 2021).

En este mismo grupo poblacional aquellas personas que además han sufrido una ruptura amorosa recientemente tienen mayor riesgo (Uliaque, 2022).

La *falta de apoyo social*, una persona que no siente el apoyo de alguien en su vida, ya sea algún miembro de su familia o alguna amistad, puede llegar a aislarse tanto que el suicidio le puede parecer la única salida a sus problemas (Kaslow, 2021).

El *nivel socioeconómico*, diversos estudios corroboran la relación entre conducta suicida y bajo nivel socioeconómico, donde se presenta un alto índice de ideación suicida en menores que cuentan con ingresos económicos bajos (Aguirre y Auquilla, 2018).

También tenemos al *acoso*, ser víctima de acoso en el trabajo, escuela o colegio constituye un factor de riesgo para desarrollar comportamiento suicida, del mismo modo los acosadores llegan a tener un riesgo más alto de suicidio (Kaslow, 2021).

Es importante detectar a tiempo los factores sociales involucrados en la ideación suicida, desde un consumo de alcohol temprano hasta la existencia de angustia, autoestima baja y poco apoyo social o familiar.

El *estigma* que se encuentra alrededor del hecho de pedir ayuda, de algo estamos seguros y es que en cuanto más desesperación y desamparo experimenten las personas, existe más probabilidad de hacerse daño a sí misma (Kaslow, 2021).

#### **4.2.4. Factores Familiares**

La familia es responsable de una serie de elementos que contribuyen al desarrollo de la conducta suicida, es la base fundamental del crecimiento de la persona, los conflictos, violencia, relaciones o eventos negativos que se generen en ella, se encuentran estrechamente relacionados con el suicidio.

En primer lugar, podemos citar los *antecedentes familiares de conducta suicida*, a través de las experiencias que vive la persona puede sentir el contacto con la muerte y concebirla como una vía alternativa para la solución de problemas (Aguirre y Auquilla, 2018).

De manera general dentro de los factores familiares de riesgo nos encontramos a los *traumas en la infancia*, que han sido históricamente negados, olvidados, silenciados, excluidos y en ocasiones normalizados. Nos ha costado años empatizar con el sufrimiento infantil y brindar la importancia necesaria a sus consecuencias en la edad adulta, incluso actualmente la

idea de que la mente humana puede ser traumatizada no se encuentra reconocida en la mayor parte de las sociedades (Ruppert, 2013).

Por lo general cuando hablamos de trauma pensamos en situaciones graves que dejan marcada a la persona de por vida, pero esto no es así ya que: “el trauma va mucho más allá que sólo negligencia, abuso sexual y maltrato físico” (Lecannelier, 2018, p. 4). Incluye además los eventos estresantes a los cuales puede hacerles frente, algo tan simple como escuchar discusiones frecuentes entre sus padres puede llegar a ser traumático para algunos niños.

Si no se atiende el trauma puede acarrear efectos a largo plazo, los mismos que pueden tener un impacto sobre la calidad y duración de la vida de una persona. Algunos estudios revelan que: “sufrir actos violentos en la infancia tiene un impacto psicológico y psicosocial importante, pues contribuye al desarrollo de desórdenes en la salud mental que pueden permanecer a lo largo de la vida” (Henaó et al., 2020, p. 30). Es así que sufrir experiencias traumáticas durante la infancia puede suponer un factor de riesgo para futuros comportamientos suicidas (Navarro et al., 2019).

Las vivencias traumáticas que se experimentan en la infancia quedan enterradas en el inconsciente del menor, pero pueden ser revividas en etapas posteriores como la adolescencia o edad adulta manifestándose como Trastorno de Estrés Postraumático, división de la personalidad, adicciones y tendencias suicidas (Ruppert, 2013).

Cuando la persona se enfrenta a eventos estresantes, ya sean comunes o traumáticos, y es incapaz de hacerle frente puede llegar a surgir en ellos la idea suicida por las características de la situación, abrumadora e incontrolable (Litner, 2021).

El *abuso sexual* es una de las formas de experiencia traumática en la infancia más difícil de aceptar y reconocer, además que hablar de ello supone romper con tabúes que son impuestos por la sociedad a lo largo de los años.

Cuando se habla de abuso los adultos se muestran incrédulos ante el develamiento del acto: “abuso sexual es sinónimo de secreto, vergüenza y culpa” (Cohen, 2017). En general el abuso supone una experiencia que desborda las capacidades de afrontamiento del niño, además que las consecuencias que provoca pueden mantenerse ocultas durante un tiempo y aparecer bruscamente en edades posteriores (OIR LAAM, 2019).

Pekarsky (2020) nos menciona que: “Hacia los 18 años, entre el 12 y el 25% de las niñas y entre el 8 y 10% de los niños han sido objeto de abuso sexual” (sección de Abuso Sexual).

Es importante tener en cuenta que: “entre más temprano el niño sufra un abuso sexual, entre más intenso sea, entre más violencia sea empleada, entre más cercano sea el abusador y más profundo sea su vínculo más traumatizante es el evento”. (Ruppert, 2013, p.119)

Algunos de los indicadores que podemos evidenciar cuando un niño, niña o adolescente ha sufrido abuso sexual son las conductas sexuales inapropiadas, agresiones sexuales a su grupo de pares, conocimientos sexuales impropios de su edad cronológica, conductas sexuales de riesgo y fobias (OIR LAAM, 2019).

Estos abusos con mayor frecuencia son perpetrados por familiares cercanos, vivir un evento de tal magnitud hace que la ideación suicida sea común (Aguirre y Auquilla, 2018).

También otro factor de riesgo es el *maltrato infantil*, cuando hablamos de maltrato físico nos referimos a “toda acción voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones” (Soriano, 2015, p.1).

Lecannelier (2018) nos brinda también una definición para lograr conceptualizar el maltrato físico, de esta forma incluye: “Cualquier acción física hacia el niño que le provoque dolor” (p. 28).

Podemos identificar cuando un menor está siendo maltratado físicamente si se evidencia cicatrices tales como cortes, mordeduras, quemaduras, golpes o se comprueban amenazas hacia ellos u otras acciones (OIR LAAM, 2019).

Mas allá del maltrato físico, tenemos el psicológico que deja graves consecuencias en su vida, predisponiéndolo a una conducta suicida (Aguirre y Auquilla, 2018).

### **4.3. Capítulo 3: Teorías del Suicidio**

Una vez definido y delimitado el problema es necesario realizar un análisis exhaustivo de los propuestos teóricos de los últimos años que se encuentran encaminados a explicar de manera más precisa el fenómeno del suicidio; son muchas las disciplinas que han colaborado al entendimiento de panorama actual, entre los que tenemos según Villar (2022) a: “la sociología, de la mano de Durkheim, el psicoanálisis, con Freud y Menninger, entre otros; la psicología, gracias a Shneidman (1993), el autor más importante en el estudio del suicidio, Beck (1985), entre otros autores” (p.24).

A continuación, serán abordadas dos teorías que buscan dar una explicación clara y sencilla del suicidio.

#### **4.3.1. Teoría interpersonal del Suicidio**

La primera teoría es la propuesta por Thomas Joiner en el año de 2005, dicho autor emplea tres elementos que tratan de aclarar el proceso del suicidio (Villar, 2022). El psicólogo

a través de sus investigaciones propone que una persona no morirá (por suicidio) a menos que desee morir y cuente con la capacidad para llevar a cabo dicho deseo (Marroquin, 2022).

Los tres conceptos básicos de la presente teoría son la: “pertinencia frustrada, sensación de ser una carga para los otros y capacidad de suicidarse” (Villar, 2022, p.24). Cada uno de los cuales cuenta con su propia explicación; al hablar de la pertinencia frustrada nos encontramos al primero elemento de la teoría, esto significa que cuando una persona atenta contra su vida, se siente desconectada de las personas que la rodean y se instaura en ellos la idea de que nadie se preocupa por ellos o que a ciertas personas les puede importar, sin embargo, nadie los comprende realmente, sea como sea su pensamiento dichas personas experimentan soledad, aislamiento y desamparo (Marroquin, 2022).

El segundo concepto, hace referencia a la sensación de ser una carga se puede ver representada cognitivamente como los pensamientos asociados que sin la presencia del individuo todo marcharía bien, dichos pensamientos se verían acompañados de verbalizaciones a su familia o grupo de pares, acompañados de sentimientos de culpabilidad y minusvalía (Villar, 2022).

Por último, tenemos a la capacidad adquirida, donde surge el proceso mediante el cual los centros cerebrales de la motivación y aprendizaje convergen para cambiar la intensidad percibida del dolor, de esta forma las personas que se autolesionan desarrollan tolerancia al dolor y lesión por lo que adquirirían preparación a través de la exposición repetida a eventos dolorosos (Marroquin, 2022).

#### **4.3.2. Teoría de los tres pasos**

La teoría de los tres pasos es propuesta en el año 2015 por Klonsky y May, se encuentra inspirada en la teoría de Joiner, pero también se basa en autores como Shneidman y Beck, es una de las teorías más recientes que condensa los aportes de los tres teóricos para conformar lo que se entiende por “ideación a la acción”; este planteamiento postula que la ideación suicida nace de la combinación del dolor y esperanza, dejando de lado a la pertinencia frustrada y sensación de ser una carga; por lo que el primer paso es la ideación suicida, el segundo el deseo y el tercero al tentativa o suicidio consumado (Villar, 2022).

Además de esto Klonsky y May proponen categorías que contribuyen a la capacidad del suicidio (Marroquin, 2022):

- Disposicionales: de carácter genético.
- Adquiridas: habituación a experiencias relacionado al dolor, autolesiones, miedo y muerte.

- Prácticas: factores que hacen el intento autolítico más fácil.

## **5. Metodología.**

### **5.1. Área de estudio**

La investigación tuvo lugar en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, que actualmente es una entidad de salud pública que contribuye a la recuperación y rehabilitación del paciente tomando en cuenta a su familia y comunidad, información, educación, investigación, diagnóstico y tratamiento de los problemas sociales; cuenta con un Departamento de Salud Mental conformado por las especialidades de Psicología Clínica y Psiquiatría, con un personal de atención de 3 psicólogos y un médico psiquiatra, que dan cobertura y apoyo a toda la Zona 11D01.

### **5.2. Enfoque**

Se inició la investigación con un enfoque de tipo cuantitativo, para tratar de establecer los factores de riesgo que hacen más propensa a una persona a desarrollar conducta suicida, posteriormente y desde un enfoque cualitativo, se indagó las causas de este fenómeno.

### **5.3. Tipo de diseño**

La investigación fue no experimental de corte transversal o transaccional, que permitió describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado en este caso durante el período 2022, sin manipular o controlar variable alguna.

Esta investigación siguió el diseño descriptivo correlacional, se entiende por estudio descriptivo a aquel encargado de describir, identificar rasgos de una situación, evento o hecho a través de la recolección de información y datos, y por otro lado el estudio correlacional destinado a evaluar o determinar la relación entre dos o más variables, conceptos, magnitudes, o categorías que intervienen en un fenómeno social (Ferreyra y Lonhi, 2014).

De esta forma, fue descriptivo porque permitió tener un dato más preciso de la prevalencia de pacientes que asistieron al Hospital Isidro Ayora con conducta suicida, y correlacional porque se pudo conocer la relación existente entre factores de riesgo y conducta suicida en pacientes del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

## 5.4. Unidad de estudio

5.4.1. **Universo.** La población estuvo conformada por personas que asistieron al Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, en edades comprendidas entre los 3 a los 88 años.

5.4.2. **Muestra.** A través de la técnica de muestreo no probabilístico intencional se determinó la muestra de la investigación, se incluyeron a todas las personas con un rango de edad entre 12 a 70 años que presentaban conducta suicida (ideación, riesgo o intento autolítico), además de ser pacientes del HIA ya sean del servicio de emergencia, hospitalización o consulta externa, quedando conformada la muestra de la siguiente manera: Un total de 71 pacientes, los cuales cuentan con características demográficas y sociales, es así que se encontraron representados de la siguiente manera:

**Tabla 1**

*Distribución de los participantes según sexo, sector de procedencia, edad, instrucción, estado civil, nivel socioeconómico y ocupación.*

<b>Variable</b>		<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Femenino	51	72%
	Masculino	20	28%
<b>Total</b>		71	100%
<b>Sector de procedencia</b>	Urbano	58	82%
	Rural	13	18%
<b>Total</b>		71	100%
<b>Edad</b>	15 a 22 años	26	37%
	23 a 29 años	20	28%
	30 a 36 años	1	1%
	37 a 43 años	5	7%
	44 a 50 años	10	14%
	51 a 57 años	6	8%
	58 a 64 años	3	4%
<b>Total</b>		71	100%
<b>Nivel de instrucción</b>	Analfabeto	0	0%
	Secundaria	26	37%
	Primaria	9	13%
	Superior	36	51%
<b>Total</b>		71	100%
<b>Estado civil</b>	Soltero	44	62%
	Divorciado	12	17%
	Casado	7	10%
	Viudo	8	11%
<b>Total</b>		71	100%
<b>Nivel socioeconómico</b>	Bajo	4	6%
	Medio Bajo	45	63%
	Medio Alto	22	31%
	Alto	0	0%

<b>Total</b>		71	100%
<b>Ocupación</b>	Trabajo estable a tiempo completo	7	10%
	Trabajo ocasionalmente	11	15%
	Trabajo a medio tiempo	3	4%
	En búsqueda de empleo	6	8%
	No tiene trabajo	8	11%
	Estudiante	30	42%
	Ama de casa	6	8%
<b>Total</b>		71	100%

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** El 72% pertenecieron al sexo femenino y el 28% al sexo masculino. En cuanto al sector de procedencia de la muestra el 82% provenían del sector urbano y el 18% del sector rural. En grupos etarios, el 37% contó con una edad de entre 15 a 22 años, el 28% de 23 a 29 años, el 14% con 44 a 50 años, de 51 a 57 años el 8%, de 37 a 43 años el 7%, de 58 a 64 años el 4% y el 1% de personas tuvo una edad comprendida entre 30 a 36 años. El nivel de instrucción de la muestra fue el siguiente, el 51% de personas contaron con un nivel de instrucción superior, seguidamente el 37% con secundaria y en una menor proporción el 13% participantes con instrucción primaria. El estado civil de la muestra se divide en el 62% de personas solteras, el 17% divorciadas, el 10% casados y 11% viudos. El nivel socioeconómico de la población de estudio, fue de un nivel socioeconómico bajo en un 63%, el 31% medio alto y 6% de participantes con nivel bajo.

Finalmente, la ocupación de cada uno se distribuyó en estudiantes (42%), seguidamente personas con trabajo estable a tiempo completo (17%), trabajo ocasionalmente (15%), luego aquellos que no tiene trabajo (11%), ama de casa y en búsqueda de empleo (ambos con el 8%) y trabajo a medio tiempo (4%).

### 5.5. Criterios de inclusión.

Dentro de los criterios que se tomaron en cuenta son:

- Se incluyeron pacientes que acudieron a la Unidad de Salud Mental , ya sea de manera subsecuente o por primera vez, indistintamente de su edad pero que:
  - Fueron derivados de cualquier servicio con el diagnóstico de conducta suicida en cualquiera de sus formas.
  - Acudieron a citas subsecuentes en las que, en sus historias clínicas o informes de cada cita, hayan presentado conducta suicida.
  - Aquellos pacientes que ingresaron al servicio de Emergencias por intento autolítico.

- Pacientes que se encontraron internados en cualquier servicio del Hospital Isidro Ayora y a los que se les evidencia conducta suicida.
- Aquellos usuarios hospitalizados por conducta suicida.
- Todos aquellos usuarios que firmaron el consentimiento informado entregado antes del inicio de la investigación y que desearon participar.

#### **5.6. Criterios de exclusión.**

- Aquellos usuarios sin antecedentes de conducta suicida.
- Todos aquellos que no aceptaron formar parte de la investigación, es decir que no colaboraron brindando información para la misma.
- Aquellas personas que llenaron mal, de forma incompleta o no firmó el consentimiento informado.

#### **5.7. Técnicas e Instrumentos.**

Dentro de las técnicas e instrumentos que utilizaron, se describe a continuación:

**5.7.1. Historia Clínica.** En caso de los pacientes que acudieron por citas subsecuentes o referidos se hizo uso de sus historias clínicas o informes de cada cita, de esta forma se seleccionó la muestra de la investigación, además fue empleada para completar la encuesta socioeconómica y demográfica, especialmente para la sección B denominada: factores psicológicos y psiquiátricos.

**5.7.2. Consentimiento informado.** El consentimiento informado para dicho proceso de investigación estuvo destinado para los pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja, él mismo se encontró basado en los principios éticos de confidencialidad, beneficencia, y autodeterminación (ANEXO 5).

**5.7.3. Reactivos psicológicos.** *Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI-Adaptación española):* Está destinada a evaluar características de la tentativa suicida, además de manera más detallada las circunstancias en las que se llevó a cabo, actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionadas con la tentativa, consta de 19 ítems, los mismos que se dividen en tres partes bien diferenciadas: parte objetiva, parte subjetivas y otros aspectos, es hetero aplicada y proporciona una valoración de la gravedad de la tentativa (Bobes et al., 2002). En el año 2011 se realizó una adaptación por Eugenio y Zelada donde establecieron los baremos, puesto que la versión original no contaba con puntos de corte, para la interpretación de la prueba se suma la puntuación total y se categoriza de 0-17 bajo, de 18-30 medio y 31-36 alto, ellos encontraron un Alfa de Cronbach de 0.90, 0.90 y 0.82 respectivamente (Sánchez, 2018). (ANEXO 7)

**Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS):** Fue creada en 1989, su adaptación española fue realizada por Rubio y Colaboradores en el año de 1998, consta de 15 ítems, posee una fiabilidad de 0,90, sensibilidad y especificidad de 88% ; además brinda tres baremos para su calificación: alto riesgo suicida (11-15); riesgo suicida moderado (5-10) y riesgo leve (0-4). Además de ser auto/heteroaplicada (Basarán et al, 2006 como se menciona en Ponce, 2017). (ANEXO 8).

5.7.4. **Encuesta socioeconómica y demográfica.** Es un instrumento de recolección de datos elaborada exclusivamente para la investigación, con el fin de identificar los factores de riesgo en la conducta suicida, se encontró dividida en las siguientes secciones: factores demográfico-sociales, psicológicos y psiquiátricos, riesgo de conducta suicida en enfermedades medicas no psiquiátricas, familiares con conducta suicida e intentos autolíticos previos (ANEXO 9).

5.7.5. **Protocolo de actuación.** Se elaboró un protocolo de actuación en caso de encontrar con casos de alto riesgo de ideación suicida, mismo protocolo que se encontró basado en el mhGAP ya que es la guía que actualmente utiliza el Hospital Isidro Ayora, pero se hizo una adaptación al contexto de dicha institución (ANEXO 10).

## 5.8. Procedimiento.

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados dentro de la presente investigación se realizó en tres etapas:

**Primera etapa.** Una vez aprobado el proyecto de titulación se mantuvo un primer acercamiento con la encargada de la Unidad de Salud Mental del Hospital Isidro Ayora, para posteriormente presentar la respectiva solicitud y autorización para la aplicación de reactivos psicológicos, a la par se fue trabajando en el sistema SAIS que maneja el MSP para determinar los pacientes de consulta externa que cumplían con las características para ser partícipes de la investigación y además de hablar con los psicólogos del HIA para trabajar con ellos en la evaluación de pacientes con conducta suicida.

**Segunda etapa.** En esta etapa se procedió a aplicar los diferentes instrumentos necesarios para recolectar la información necesaria, de esta forma cada paciente que cumplía con los criterios de inclusión y exclusión iban conformando la población de estudio a la que se le aplicó la Escala de Ideación Suicida de Beck, la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y Encuesta Socioeconómica y Demográfica.

**Tercera etapa.** Una vez finalizada la aplicación de reactivos psicológicos se organizó, tabuló y analizó los resultados obtenidos, para lo cual se hizo uso del software SPSS.

5.8.1. **Equipos y materiales.** Los equipos y materiales de la investigación fueron:

- Laptop y software SPSS para el procesamiento estadístico.
- Pruebas psicológicas para determinar la presencia y en qué nivel se encuentra presente la conducta suicida en pacientes del Hospital Isidro Ayora.
- Material de escritorio.

- Sistema SAIS del Ministerio de Salud Pública para hacer uso en caso de ser necesario de los antecedentes e historia clínica de los pacientes.

## **5.9. Análisis estadístico**

Los datos obtenidos a través de la recolección de datos con: la historia clínica, los reactivos psicológicos y encuesta socioeconómica y demográfica; se utilizaron para conformar la base de datos con un total de 23 variables. Se establecieron categorías para los factores de riesgo, además de escoger las variables que tienen mayor importancia y relevancia en la investigación, por tanto, se conformó de la siguiente manera: Factores de riesgo socioeconómicos y demográficos A (sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, nivel socioeconómico, sector de procedencia, ocupación), Factores de riesgo psicológicos y psiquiátricos B (trastornos afectivos, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad, intentos anteriores de suicidio, número de veces, consulta psicológica o psiquiátrica previa, otros trastornos mentales), Factores de riesgo médicos C (existencia de alguna enfermedad física, tipo de enfermedad física) y Factores de riesgo familiares D (estructura familiar, intento de suicidio de un familiar cercano, conflictos familiares, antecedentes de enfermedades mentales dentro de la familia).

Los datos antes mencionados se los filtró en Excel y posteriormente se los trasladó al Software Statistical Package for Social Sciences o conocido por sus siglas SPSS.

Para la realización de los análisis descriptivos se utilizó el Software SPSS, para ello se inició con prueba de normalidad de los datos para determinar el análisis que se iba a aplicar, pudiendo ser paramétrico o no paramétrico. Posterior a ello, se aplicó las pruebas estadísticas de independencia de Chi-cuadrado, prueba de Tau de Kendall (tau-b y tau-c), OR, frecuencias y tablas cruzadas.

Para el al objetivo general: Determinar la relación entre conducta suicida y factores de riesgo en paciente del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja; se realizaron pruebas de relación, independencia y OR, además de someter las variables a una prueba de normalidad y contraste de hipótesis.

**5.9.1. Prueba de normalidad de los datos.** Se realizó esta prueba debido a la necesidad de examinar si los datos siguen o no una distribución normal. En la prueba de hipótesis, si existe una distribución normal entonces se utilizará una prueba paramétrica, caso contrario una prueba no paramétrica.

Para realizar la prueba de normalidad se empleó el test de Kolmogórov-Smirnov, que es aplicable cuando tenemos datos mayores a 50 participantes, fue realizada con un nivel de confianza del 95%; las hipótesis para la misma fueron:

- Ho: El conjunto de datos siguen una distribución normal.
- Ha: El conjunto de datos no siguen una distribución normal.

De esta forma si el valor de significancia resulta menor que 0,05 entonces se rechazará Ho, es decir el conjunto de datos no siguen una distribución normal.

Según los resultados obtenidos a través del programa SPSS observa que, para Ideación Suicida, Riesgo Suicida e Intentos Anteriores de Suicidio el valor de significancia (Sig.) es menor a 0,05, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (Ho), es decir los datos no siguen una distribución normal (Ver Tabla 2). Por lo tanto, se tomó la decisión de aplicar una prueba no paramétrica, la prueba de Chi – cuadrado y el Tau de Kendall (tau-b y tau-c).

**Tabla 2**

*Resultados de Prueba de Kolmogorov – Smirnov de Normalidad de los Datos*

<b>Kolmogorov-Smirnov</b>			
	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig.</b>
Ideación Suicida	,230	71	,000
Riesgo Suicida	,295	71	,000
Intentos Anteriores de Suicidio	,365	71	,000

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**5.9.2. Prueba de hipótesis .** Para la prueba de hipótesis se formularon hipótesis nulas para determinar la relación entre las variables objeto de estudio, las cuales se simbolizan con Ho y las hipótesis de investigación con Ha. También se estipularon las hipótesis estadísticas que permiten transformar las hipótesis de investigación y nulas en símbolos estadístico. Las pruebas fueron realizadas con un nivel de confianza del 95% y un valor de significancia  $\alpha$  de 0,05.

### **5.9.3. Hipótesis Estadísticas**

Si  $p \geq 0,05$  , acepto Ho, es decir no existe correlación

Si  $p < 0,05$  , acepto Ha, es decir si existe correlación

Para establecer la magnitud de la correlación se hará uso del modelo propuesto por Hernández (2006, p.453):

**Tabla 3***Magnitud de las correlaciones según Hernández.*

<b>Magnitud de la correlación</b>	<b>Significado</b>
+1,00	Correlación positiva perfecta
+0,90	Correlación positiva muy fuerte
+0,75	Correlación positiva considerable
+0,50	Correlación positiva media
+0,25	Correlación positiva débil
+0,10	Correlación positiva muy débil
0,00	No existe correlación alguna entre las variables
-0,10	Correlación negativa muy débil
-0,25	Correlación negativa débil
-0,50	Correlación negativa media
-0,75	Correlación negativa considerable
-0,90	Correlación negativa muy fuerte
-1,00	Correlación negativa perfecta

*Fuente: Hernández (2006, p.453).**Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

También cabe mencionar que las hipótesis de estudio para el objetivo general fueron:

- Existe una relación significativa entre ideación, riesgo e intentos anteriores de suicidio con los factores de riesgo socioeconómicos y demográficos de los pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja.
- Existe una relación significativa entre ideación, riesgo e intentos anteriores de suicidio con los factores de riesgo psicológicos y psiquiátricos de los pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja.
- Existe una relación significativa entre ideación, riesgo e intentos anteriores de suicidio con los factores de riesgo médicos de los pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja.
- Existe una relación significativa entre ideación, riesgo e intentos anteriores de suicidio con los factores de riesgo familiares de los pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja.

Para el primer objetivo específico: Identificar la prevalencia de conducta suicida en pacientes del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja; procedió a realizar un análisis descriptivo de frecuencia y porcentaje que se detallan en la Tabla 11.

Para el segundo objetivo específico: Establecer la influencia de los factores de riesgo en el desarrollo de conducta suicida en pacientes del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de

Loja; se realizó con las variables de estudio tablas de contingencia para determinar en qué medida existió influencia de los factores sobre la conducta.

Para el tercer objetivo específico: Elaborar un plan terapéutico para prevenir la conducta suicida de los pacientes del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja; se propuso un plan en dos vías de acción; la primera de prevención y la segunda de intervención o manejo que busca disminuir la tasa de suicidios y de tentativas.

## 6. Resultados

### 6.1. Para dar cumplimiento al objetivo general

Determinar la relación entre conducta suicida y factores de riesgo en paciente del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja. Se obtuvieron los siguientes resultados:

#### Primera hipótesis

Ha: Existe una relación significativa entre ideación, riesgo e intentos anteriores de suicidio con los factores de riesgo socioeconómicos y demográficos de los pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja.

Ho: No existe una relación significativa entre ideación, riesgo e intentos anteriores de suicidio con los factores de riesgo socioeconómicos y demográficos de los pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja.

**Tabla 4**

*Prueba de Chi – cuadrado de Ideación Suicida, Riesgo Suicida, Intentos Anteriores de Suicidio y Factores de Riesgo Socioeconómicos y Demográficos*

	$\chi^2$	GI	<i>p</i> valor	OR	$\chi^2$	GI	<i>p</i> valor	OR	$\chi^2$	GI	<i>p</i> valor	OR	$\chi^2$	GI	<i>p</i> valor	OR
	Sexo				Sector de procedencia				Estado Civil				Ocupación			
<b>Ideación Suicida</b>	,368	2	,832	1,077	,000	1	1,000	1,184	3,225	1	,073	,169*	2,544	1	,111	2,338
<b>Riesgo Suicida</b>	1,267	1	,260	4,324	,491	1	,483	,300	,000	1	1,000	,922*	,000	1	1,000	,575
<b>Intentos anteriores de suicidio</b>	2,554	1	,110	2,427	,495	1	,482	2,540	,076	1	,782	1,714	3,414	1	,065	,377

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Nota:** La abreviatura de  $\chi^2$  hace referencia al valor de Chi-cuadrado, OR a los Odds Ratio.

**Análisis:** Según los resultados de la prueba de Chi-Cuadrado ( $\chi^2$ ) no existe correlación entre ideación, riesgo e intentos anteriores de suicidio y factores de riesgo socioeconómicos y demográficos, sin embargo, si observamos el OR podemos darnos cuenta que el estado civil se consolida como un factor de protección antes que uno de riesgo es así que las personas que cuentan con pareja o cónyuge tienen 0,169% veces más de probabilidad de presentar una ideación suicida en comparación de las personas que se encuentran solas. En esta misma corriente las personas con un estado civil que involucre una pareja tienen 0,922% veces más de probabilidad de desarrollar un riesgo suicida leve que las personas que se encuentran solteras donde es más frecuente que presenten riesgo suicida alto.

**Tabla 5**

*Tau de Kendall de Ideación Suicida, Riesgo Suicida, Intentos Anteriores de Suicidio y Factores de Riesgo Socioeconómicos y Demográficos*

	$\tau - b$	$\tau - c$	<i>P</i>	OR	$\tau - b$	$\tau - c$	<i>P</i>	OR	$\tau - b$	$\tau - c$	<i>p</i>	OR
	Edad				Nivel de instrucción				Nivel socioeconómico			
<b>Ideación suicida</b>	-	-,162	,130	,808	,117	-	,289	1,733	-,114	-	,307	,361
<b>Riesgo suicida</b>	-	-,247	,015***	,556	,147	-	,189	1,594	-,056	-	,633	,652
<b>Intentos anteriores de suicidio</b>	-	,275	,036***	2,057	-	-,065	,613	,950	-	,181	,130	1,740

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Nota:** Se aplicó solamente  $\tau - b$  y  $\tau - c$  de acuerdo a las características de la prueba.

**Análisis:** En la Tabla 5 se puede observar los resultados de la prueba de Tau de Kendall para variables cualitativas categóricas ordinales donde se refleja que existe correlación entre riesgo suicida y edad, al obtener un valor *p* menor a 0,05, ( $=,015$ ) se estableció una relación estadísticamente significativa. Se cuenta con un valor de  $\tau - c$  de  $-,247$ ; según la escala de correlación, indica que se tiene una *correlación negativa débil*. Del mismo modo se encontró correlación entre intentos anteriores de suicidio y edad, se obtuvo un *p* valor menor al valor alfa estándar ( $=,034$ ) por lo que existe relación entre ambas variables. Se cuenta con un valor  $\tau - c$  de  $,275$  que; según la escala (ver Tabla 3) se cuenta con una correlación positiva débil.

### Segunda hipótesis

Ha: Existe una relación significativa entre ideación, riesgo e intentos anteriores de suicidio con los factores de riesgo psicológicos y psiquiátricos de los pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja.

Ho: No existe una relación significativa entre ideación, riesgo e intentos anteriores de suicidio con los factores de riesgo psicológicos y psiquiátricos de los pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja.

**Tabla 6**

*Prueba de Chi – cuadrado de Ideación Suicida, Riesgo Suicida, Intentos Anteriores de Suicidio y Factores de Riesgo Psicológicos o Psiquiátricos*

	$\chi^2$	G l	p valor	OR	$\chi^2$	G l	p valor	OR	$\chi^2$	G l	p valor	OR	$\chi^2$	G l	p valor	OR
	Trastornos Afectivos				Trastornos de Personalidad				Trastornos de Ansiedad				Otros Trastornos Mentales			
<b>Ideación Suicida</b>	,004	1	,948	1,034	,337	1	,366	,529	1,815	2	,469	1,151	2,781	2	,249	,610
<b>Riesgo Suicida</b>	,000	1	1,000	,915	,248	1	,618	1,094	,201	1	,654	,361	,000	1	1,000	,915
<b>Intentos anteriores de suicidio</b>	14,804	1	,000**	7,619**	1,315	1	,252	2,100	1,815	2	,404	,720	,809	1	,368	1,556

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Nota:** La abreviatura de  $\chi^2$  hace referencia al valor de Chi-cuadrado, OR a los Odds Ratio.

**Análisis:** Según los resultados de la prueba de Chi-Cuadrado ( $\chi^2$ ) existe correlación entre intentos anteriores de suicidio y trastornos afectivos, observamos un *p* valor de ,000, como contamos con 1 grado de libertad y el valor de tabla para ese valor es 3,841 como el valor del chi cuadrado de la Tabla 6 es de 14,804 y se encuentra a la derecha (de ser ubicado en una gráfica) podemos decir que ambas variables son dependientes una de otra. si observamos el OR podemos ver como los trastornos afectivos se conforman como un factor de riesgo en tener intentos anteriores de suicidio es así que las personas que cuentan con un trastorno afectivo ya sea la depresión mayor, trastorno bipolar, ciclotimia o distimia tienen 7,619% veces más de probabilidad de presentar un intento de suicidio.

**Tabla 7**

*Tau de Kendall de Ideación Suicida, Riesgo Suicida, Intentos Anteriores de Suicidio y Factores de Riesgo Psicológicos o Psiquiátricos*

	$\tau - b$	$\tau - c$	<i>P</i>	OR	$\tau - b$	$\tau - c$	<i>p</i>	OR
	Número de veces de intentos autolíticos				Consulta psicológica o psiquiátrica previa			
<b>Ideación suicida</b>	-	-,055	,604	,833	-	-,074	,600	,808
<b>Riesgo suicida</b>	-	-,043	,671	,475	-	-,209	,092	,196
<b>Intentos anteriores de suicidio</b>	-	,990	,000***	,492*	,121	-	,346	1,629

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Nota:** Se aplicó solamente  $\tau - b$  y  $\tau - c$  de acuerdo a las características de la prueba.

**Análisis:** En la Tabla 7 se puede observar los resultados de la prueba de Tau de Kendall para variables cualitativas categóricas ordinales donde se refleja que existe correlación entre intentos anteriores de suicidio y el número de veces de intentos autolíticos, al obtener un valor *p* menor a 0,05, (=,000) se estableció una relación significativa. Se cuenta con un valor de  $\tau - c$  de ,990; según la escala de correlación, indica que se tiene una *correlación positiva muy fuerte*. Además, en lo que respecta al OR el número de veces de los intentos autolíticos se convierte en un factor de protección de esta forma, las personas que cuentan con un mayor número de intentos autolíticos tienen un 0,492% veces más de probabilidad de presentar mayores intentos anteriores de suicidio.

### Tercera hipótesis

Ha: Existe una relación significativa entre ideación, riesgo e intentos anteriores de suicidio con los factores de riesgo médicos de los pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja.  
Ho: No existe una relación significativa entre ideación, riesgo e intentos anteriores de suicidio con los factores de riesgo médicos de los pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja.

**Tabla 8**

*Prueba de Chi – cuadrado de Ideación Suicida, Riesgo Suicida, Intentos Anteriores de Suicidio y Factores de Riesgo Médicos*

	$\chi^2$	G1	<i>p</i> valor	OR
	Tipo de enfermedad física			
<b>Ideación suicida</b>	,221	1	,638	1,280
<b>Riesgo suicida</b>	,000	1	1,000	1,333
<b>Intentos anteriores de suicidio</b>	,009	1	,926	,955

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Nota:** La abreviatura de  $\chi^2$  hace referencia al valor de Chi-cuadrado, OR a los Odds Ratio.

**Análisis:** Los resultados de la prueba de Chi-Cuadrado ( $\chi^2$ ) según se observa nos indica que no existe correlación entre ideación, riesgo e intentos anteriores de suicidio y factores de riesgo médicos, tampoco se evidencia valores de relación en el OR.

**Tabla 9**

*Tau de Kendall Ideación Suicida, Riesgo Suicida, Intentos Anteriores de Suicidio y Factores de Riesgo Médicos*

	$\tau - b$	$\tau - c$	<i>P</i>	OR
Existencia de alguna enfermedad física				
<b>Ideación suicida</b>	-	,042	,743	1,280
<b>Riesgo suicida</b>	-	,017	,893	1,333
<b>Intentos anteriores de suicidio</b>	-,110	-	1,000	,955

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Nota:** Se aplicó solamente  $\tau - b$  y  $\tau - c$  de acuerdo a las características de la prueba.

**Análisis:** A través de la Tabla 9 observamos que no existe ninguna relación entre ideación, riesgo e intentos anteriores de suicidio y factores de riesgo médicos.

**Cuarta hipótesis**

Ha: Existe una relación significativa entre ideación, riesgo e intentos anteriores de suicidio con los factores de riesgo familiares de los pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja.

Ho: No existe una relación significativa entre ideación, riesgo e intentos anteriores de suicidio con los factores de riesgo familiares de los pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja.

**Tabla 10**

*Prueba de Chi – cuadrado de Ideación Suicida, Riesgo Suicida, Intentos Anteriores de Suicidio y Factores de Riesgo Familiares*

	$\chi^2$	G	<i>P</i>	OR	$\chi^2$	G	<i>P</i>	OR	$\chi^2$	G	<i>P</i>	OR	$\chi^2$	G	<i>P</i>	OR
	Estructura familiar				Intento de suicidio de un familiar				Conflictos familiares				Enfermedades mentales de los padres			
<b>Ideación suicida</b>	,015	1	,904	,938	,007	1	,655	1,367	1,815	2	,469	-	,621	1	,431	1,493
<b>Riesgo suicida</b>	,761	1	,383	,290	,074	1	,785	1,089	-	-	-	-	1,951	1	,161	1,132
<b>Intentos anteriores de suicidio</b>	1,802	1	,179	1,984	3,030	2	,220	,298	-	-	-	-	1,635	1	,201	1,886

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Nota:** No se logró relacionar a través de la prueba de chi-cuadrado riesgo e intentos anteriores de suicidio, el OR y conflictos familiares porque se interpretó a los conflictos como una constante.

**Análisis:** Según la Tabla 10 no existe ninguna relación entre ideación, riesgo e intentos anteriores de suicidio y factores de riesgo familiares.

## 6.2. Para dar cumplimiento al primer objetivo específico

Identificar la prevalencia de conducta suicida en pacientes del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja. A continuación, se detallan los resultados:

**Tabla 11**

*Distribución de conducta suicida de los participantes*

Variables		Fi	%
<b>Ideación Suicida</b>	Bajo	24	33,8%
	Medio	32	45,1%
	Alto	15	21,1%
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>100,0%</b>
<b>Riesgo Suicida</b>	Leve	5	7,0%
	Moderado	36	50,7%
	Alto	30	42,3%
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>100,0%</b>
<b>Intentos Anteriores de suicidio</b>	Si	39	54,9%
	No	32	45,1%
<b>Total</b>		<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** La población de estudio presentó un nivel medio de ideación suicida en el 45,1% de los casos y un nivel bajo con el 33,8%. El riesgo suicida se registró en nivel moderado con el 50,70%, seguido de riesgo suicida alto en el 42,30% de los casos. Los participantes manifestaron en un 54,9% haber tenido por lo menos un intento de suicidio y el 45,10% no realizarlo ninguna vez.

### 6.3. Para dar cumplimiento al segundo objetivo específico

Establecer la influencia de los factores de riesgo en el desarrollo de conducta suicida en pacientes del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja. A continuación, se detallan los resultados:

#### Sección A: Factores demográficos y sociales.

**Tabla 12**

*Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y edades.*

	15 a 22 años		23 a 29 años		30 a 36 años		37 a 43 años		44 a 50 años		51 a 57 años		58 a 64 años		Total	
	fi	%	fi	%												
Leve	2	7,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0	1	10,0%	0	0,0%	2	66,7%	5	7,0%
Moderado	1	42,3%	8	40,0%	0	0,0%	4	80,0%	7	70,0%	5	83,3%	1	33,3%	3	50,7%
Alto	1	50,0%	1	60,0%	1	100,0%	1	20,0%	2	20,0%	1	16,7%	0	0,0%	3	42,3%
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** Se observa que el 83,3% de la población de estudio cuenta con un riesgo suicida moderado y una edad comprendida de 51 a 57 años. Seguidamente, el 80% de personas con una edad comprendida de 37 a 43 años con riesgo suicida moderado y el 42,3% de los participantes con una edad de 15 a 22 años. Adicionalmente, el 42,3% de la población objeto de estudio manifestó riesgo suicida alto, siendo este porcentaje mayor en el grupo de edad de 30 a 36 años. Finalmente, el 7,0% de la población presentó riesgo suicida leve. Este porcentaje es mayor en las personas del grupo de edad de 58 a 64 años (66,7% de los que pertenecen a este rango de edad cuentan con ideación suicida leve).

**Tabla 13**

*Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y edades.*

	15 a 22 años		23 a 29 años		30 a 36 años		37 a 43 años		44 a 50 años		51 a 57 años		58 a 64 años		Total	
	fi	%	fi	%												
Si	1	65,4%	1	60,0%	1	100,0%	3	60,0%	4	40,0%	1	16,7%	1	33,3%	3	54,9%
No	7	34,6%	2	40,0%	0	0,0%	2	40,0%	6	60,0%	5	83,3%	2	66,7%	9	45,1%
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** El 54,9% de los participantes cuentan con un intento anterior de suicidio. Las diferencias entre los rangos de edad son pequeñas, sin embargo, las personas de 30 a 36 años de edad tienen un mayor índice (100% tienen este condicional pero como se puede observar solo una persona con intento anterior de suicidio pertenece a este rango de edad, seguido de un 65,4% de las personas de entre 15 a 22 años). Según se observa el 45,1% de la población no cuenta con un intento anterior de suicidio, siendo mayor el porcentaje (83,3%) en personas de entre 51 a 57 años.

**Tabla14**

*Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida, riesgo suicida e intentos anteriores de suicidio y sexo*

Ideación Suicida	Masculino		Femenino		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Bajo	7	9,9%	17	23,9%	24	33,8%
Medio	8	11,3%	24	33,8%	32	45,1%
Alto	5	7,0%	10	14,1%	15	21,1%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>28,2%</b>	<b>51</b>	<b>71,8%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

Riesgo Suicida	Masculino		Femenino		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Leve	3	4,2%	2	2,8%	5	7,0%
Moderado	8	11,3%	28	39,4%	36	50,7%
Alto	9	12,7%	21	29,6%	30	42,3%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>28,2%</b>	<b>51</b>	<b>71,8%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

Intentos anteriores de Suicidio	Masculino		Femenino		Total	
	Fi	%	fi	%	fi	%
Si	14	19,7%	25	35,2%	39	54,9%
No	6	8,5%	26	36,6%	32	45,1%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>28,2%</b>	<b>51</b>	<b>71,8%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** Según la Tabla 14 podemos observar que el 33,8% de los participantes presentan ideación suicida baja, existiendo un mayor predominio del sexo femenino en esta categoría (23,9% en comparación del 9,9% de personas del sexo masculino). El 45,1% revelan ideación suicida en un nivel medio, como en el caso anterior este porcentaje es mayor en personas del sexo femenino. El 21,1% expresan ideación suicida alta, siendo este porcentaje levemente mayor entre las participantes de sexo femenino. Ahora, el 7,0% cuentan con riesgo suicida leve, existiendo una diferencia de porcentaje pequeña. El 50,7% de la población revela

riesgo suicida moderado, este porcentaje es mayor en las personas de sexo femenino (39,4% frente al 11,3% de personas de sexo masculino). El 42,3% presentaron riesgo suicida alto, con un predominio como en los casos anteriores de las personas del sexo femenino (29,6% en comparación del 12,7% de las personas de sexo masculino). Finalmente, el 54,9% confesó haber tenido por lo menos un intento anterior de suicidio, las participantes de sexo femenino presentan un mayor porcentaje (35,2% frente al 19,7% de personas de sexo masculino). Por último, el 45,1% de la población no tuvo ningún intento anterior de suicidio, por lo que como en casos anteriores las mujeres cuentan con un mayor porcentaje en comparación de los hombres.

**Tabla 15**

*Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y estado civil*

	Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Bajo	13	29,5%	5	71,4%	2	16,7%	4	50,0%	24	33,8%
Medio	18	40,9%	2	28,6%	9	75,0%	3	37,5%	32	45,1%
Alto	13	29,5%	0	0,0%	1	8,3%	1	12,5%	15	21,1%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** Según la Tabla 15 podemos observar que el 33,8% de los participantes presentan ideación suicida baja, existiendo un mayor predominio en personas casadas (71,4%); seguidamente el 45,1% de la población que presentó nivel de ideación suicida medio correspondió a la población de estado civil divorciado y el 21,1% de las personas solteras revelan riesgo alto de suicidio.

**Tabla 16**

*Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y estado civil*

	Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		Total	
	Fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Leve	2	4,5	0	0,0	0	0,0	3	37,5	5	7,0
Moderado	17	38,6	5	71,4	10	83,3	4	50,0	36	50,7
Alto	25	56,8	2	28,6	2	16,7	1	12,5	30	42,3
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** El 7,0% de las personas con riesgo suicida leve son viudas, mientras que el 50,7% de la población con riesgo suicida moderado son casados y finalmente el 42,3% con riesgo alto son solteras.

**Sección B: Factores psicológicos y psiquiátricos.**

**Tabla 17**

*Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y trastornos afectivos*

	Depresión mayor		Ciclotimia		Distimia		No presenta		Total	
	Fi	%	Fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Si	28	82,4	0	0,0	4	44,4	7	25,9	39	54,9
No	6	17,6	1	100,0	5	55,6	20	74,1	32	45,1
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** Del 54,9% de las personas que manifestaron haber tenido un intento de suicidio anterior, el 82,4% de ellas presentaban depresión mayor. Por otro lado, el 45,1% de la población que no tuvo ningún intento de suicidio anterior presentaban ciclotimia.

**Tabla 18**

*Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y trastornos de personalidad*

	Trastorno límite		Trastorno antisocial		No presenta		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	fi	%
Si	8	66,7	1	100,0	30	41,7	39	54,9
No	4	33,3	0	0,0	28	48,3	32	45,1
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>58</b>	<b>100</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** Del 54,9% de los participantes que confesaron tener intentos anteriores de suicidio el 100,0% presentó trastorno antisocial, mientras que el 45,1% sin intentos anteriores no presentó ningún trastorno de personalidad.

**Tabla 19**

*Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y número de veces que trataron de quitarse la vida*

	Una		Dos		Tres o más		Ninguno		Total	
	Fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Si	12	100,0	19	100,0	8	100,0	0	0,0	39	54,9
No	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	100,0	32	45,1
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** El 54,9% de las personas presentaron más de un intento anterior de suicidio, frente al 45,1% que no tuvieron ningún intento autolítico.

#### **6.4. Para dar cumplimiento al tercer objetivo específico**

Elaborar un plan terapéutico para prevenir la conducta suicida de los pacientes del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja; se desarrolló el siguiente plan psicoterapéutico: ¡Hablar es prevenir!: plan psicoterapéutico para la prevención y manejo de la conducta suicida.

##### **Presentación**

El suicidio es una de las problemáticas a nivel mundial que año tras año cobra millones de vidas, es uno de los fenómenos sociales que mayor interés ha despertado alrededor del mundo, se ha constituido como un problema de salud pública puesto que afecta de manera indiscriminada a cualquier edad, por tanto, el estudio del mismo se vuelve necesario para frenar las cifras que solo van en aumento, una intervención temprana y oportuna que se encuentre enfocada a psicoeducar y modificar los pensamientos, creencias y conductas de las personas que lo experimentan es vital.

Es así que si hablamos de Conducta Suicida hacemos referencia a la ideación, riesgo e intento, cabe recalcar que dicha conducta se ve agravada cuando existen factores de riesgo asociados entre los que se destacan los factores socioeconómicos, demográficos, personales, familiares, sociales y culturales.

El plan psicoterapéutico tendrá inicialmente como base la psicoeducación como acción preventiva de la conducta suicida, encaminada a concientizar sobre dicha problemática en lo que respecta al conocimiento de la misma, la capacidad para poder identificar factores de riesgo y el desarrollo de habilidades para vivir y manejo de situaciones de su entorno, se encontrará dirigida a aquellas personas sin conducta suicida.

Ahora bien, para el manejo de la conducta se hará uso de un enfoque de intervención secundaria con población de riesgo previamente diagnosticada a través de la corriente Cognitivo Conductual, la cual se centrará en las creencias irracionales y conductas desadaptativas de la persona, del mismo modo se instruirá en estrategias de afrontamiento tales como la solución de problemas, soporte social, manejo emocional, autocuidado, detección del pensamiento, resolución de problemas e inoculación del estrés, que podrían estar relacionados con la ideación, riesgo e intentos anteriores de suicidio; todo esto con el fin de evitar que las personas que, aún no presentan y aquellas que se encuentran atravesando esa situación no lleguen a consumir actos autolíticos que ponen en riesgo su vida.

Se desarrollará en 3 sesiones grupales para el componente de prevención, 10 sesiones grupales para la parte de manejo conductual y 2 sesiones grupales destinadas a familias o cuidadores de las personas con conducta suicida, cada sesión tendrá una duración aproximada

de 30 a 60 minutos; donde se abordarán temas relacionados al suicidio, factores de riesgo, herramientas terapéuticas, estrategias de afrontamiento, alternativas de apoyo, entre otras. Así mismo se llevarán a cabo dinámicas y técnicas psicológicas.

### **Justificación**

El siguiente plan terapéutico, busca disminuir la tasa de suicidios y de tentativas a través de estrategias enfocadas a prevenir la conducta suicida y hacer un manejo adecuada de la misma, busca brindar conocimientos necesarios al individuo para que pueda tomar consciencia del fenómeno del Suicidio y hacer posible el control sobre acciones y reacciones a experiencias que a traviesa en su diario vivir.

Es así que la propuesta de este plan surge de la necesidad de implementar conductas de prevención y manejo de la ideación, riesgo o intentos autolíticos anteriores, para ello se realizarán actividades encaminadas a psicoeducar sobre el fenómeno del suicidio y sus factores de riesgo, enseñar habilidades para vivir y manejar adecuadamente situaciones de su entorno además de implementar estrategias de afrontamiento y brindar alternativas de apoyo.

Se espera poder ofrecer no solamente información acerca del Suicidio, sino brindar pautas y técnicas para el proceso psicoterapéutico, buscando la participación activa de las personas con conducta suicida de la búsqueda de la solución e invitándolos a construir redes de apoyo, donde ellos brinden o les brinden ayuda.

### **Objetivo general**

- Desarrollar estrategias para disminuir las tasas de suicidio y conducta suicida a través de estrategias enfocadas a la prevención y manejo.

### **Objetivos específicos**

- Ofrecer atención profesional a las personas en riesgo detectados por los reactivos psicológicos aplicados para el desarrollo de habilidades de afrontamiento a la conducta suicida.
- Fomentar la continuidad asistencial de las personas con conductas suicidas.
- Informar sobre la problemática del suicidio, enfatizando en los datos existentes sobre este problema en Ecuador, con información clara y objetiva.
- Dar a conocer los principales factores de riesgo y signos de alerta que puedan hacer sospechar que una persona tenga ideas o intenciones suicidas, enfocado a cuidadores o familiares de los usuarios.
- Promover en las personas habilidades para vivir y manejar adecuadamente situaciones de su entorno para de esta forma prevenir conductas suicidas.

- Generar espacios de recreación y esparcimiento que funcionen como grupos de apoyo entre los usuarios con conducta suicida.

### **Metodología**

Para llevar a cabo el presente programa, se realizarán diferentes actividades las mismas que están organizadas en las siguientes fases:

- Convocatoria, encuadre y selección de participantes
- Prevención de conducta suicida
- Manejo de conducta suicida
- Cierre del programa
- Seguimiento

A continuación, se adjuntan las actividades que serán puestas en acción en el plan psicoterapéutico, las mismas se encuentran descritas de forma general, para posteriormente ir las explicando detalladamente:

## Descripción de actividades

**Tabla 20**

*Cuadro de descripción de actividades del plan terapéutico.*

Actividad	Temáticas Abordadas	Objetivos	Técnicas	Desarrollo
<b>FASE N°1: CONVOCATORIA, ENCUADRE Y SELECCIÓN DE PARTICIPANTES.</b>				
<b>Presentación del Plan y Selección de Participantes.</b>	“¡Hablar es prevenir!: Plan psicoterapéutico para la prevención y manejo de la conducta suicida”.	Fomentar la participación de todos los usuarios y sus familias de acuerdo a los criterios de inclusión del programa.	Terapia explicativa Rapport Empatía Aplicación de test	Convocar a los usuarios del HIAL para explicar los lineamientos del programa, posteriormente se hará la invitación a todos los asistentes para participar en la fase de prevención; de la misma forma a aquellas personas que presentan conducta suicida a partir de las puntuaciones de los reactivos psicológicos aplicados se les explicará que también participarán en la fase de intervención o manejo de conducta a través de sesiones psicológicas grupales.
<b>FASE N°2: PSICOEDUCACIÓN.</b>				
<b>Taller: “El Suicidio”.</b>	Suicidio: <ul style="list-style-type: none"> <li>Definición.</li> <li>Causas.</li> <li>Consecuencias.</li> <li>Perfil Psicológico.</li> <li>Comorbilidades.</li> <li>Situación actual en Ecuador y Loja.</li> </ul>	Informar acerca del Suicidio, dirigido a participantes con y sin conducta suicida para concientizar acerca de la problemática.	Psicoeducación Dinámica “pasarse la pelota” Role Playing Escucha activa Rapport Empatía	Dirigirse a todos los participantes del programa con información clara, fiable y objetiva de la problemática a través de presentaciones digitales y material lúdico, para posteriormente realizar una retroalimentación de lo expuesto durante la actividad y hacer un role playing sobre las consecuencias de atentar contra su vida, se hará uso de dinámicas.
<b>Taller: “Habilidades para vivir”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autoconocimiento</li> <li>Autoestima</li> <li>Comunicación</li> </ul>	Promover habilidades para vivir en los diferentes grupos poblacionales.	Psicoeducación Lluvia de Ideas Técnica “El espejo” Role Playing Rapport Empatía	Se informará a través de una mesa redonda a los participantes acerca de aquellas habilidades necesarias para hacerle frente a situaciones de su entorno, para evitar el desarrollo de conducta suicida, ya sea ideación y riesgo o para consumar el intento; se hará uso de lluvia de ideas para trabajar sobre el autoestima y técnica del espejo para desarrollar habilidades comunicacionales asertivas, acompañadas del role playing para destacar el autoconocimiento.
<b>Taller: “Manejo mi entorno”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manejo de la presión de grupo</li> <li>Planteamiento de metas</li> </ul>	Manejar adecuadamente situaciones del entorno para prevenir intentos autolíticos consumados.	Role Playing Técnica “Proyecto de Vida” Rapport Empatía	Para el presente taller se hará un conversatorio para brindar herramientas en lo que respecta a la presión de grupo; las mismas que consisten en trabajar sobre las creencias personales, confianza en sí mismo y determinar que amistades tienen valores similares; en este punto se hará uso del role playing para enfrentarlos a situaciones de presión de grupo y que puedan poner en acción las técnicas

enseñadas; luego del conversatorio se invitará a los participantes a plantearse una meta clara y concreta, para después anotar todas las acciones que necesita para cumplirla.

### PSICOEDUCACIÓN A FAMILIARES O CUIDADORES.

<b>Taller:</b> “Conversatorio general acerca del Suicidio”.	¿Qué conocen sobre?: • El Suicidio ○ Definición ○ Causas ○ Consecuencias ○ Mitos	Implementar un sistema de control, apoyo y vigilancia de pacientes con conducta suicida a través de la psicoeducación del fenómeno	Lluvia de ideas Role Playing Escucha activa Rapport Empatía	Se llevará a cabo una mesa redonda con todos los familiares de los participantes del programa donde se hará una lluvia de ideas para conocer que saben las familias sobre el Suicidio, a la par que se irá esclareciendo conceptos o creencias erróneas sobre el mismo.
<b>Taller:</b> “Yo soy TÚ apoyo”	• Factores de riesgo. • Signos de alerta. • Causas. • Consecuencias. • Síntomas asociados • Mitos y creencias.	Enseñar herramientas que nos ayuden para identificar signos de alerta.	Terapia explicativa Infografías Role Playing Escucha activa Rapport Empatía	Este taller estará enfocada al rol de la familia o cuidadores en la prevención del suicidio, basándonos en fuentes fiables para que sea comprendido de manera más clara, para ello se utilizará infografías y videos, para finalizar la actividad se hará un role playing para simular situaciones a las que pueden hacerle frente al vivir con pacientes con conducta suicida o para poder identificar señales de alerta.
<b>FASE N°3: MANEJO DE CONDUCTA SUICIDA.</b>				
<b>¡Desarrollando inteligencia emocional!</b>	Sesión N°1 Creencias irracionales	Mejorar la calidad de pensamientos para poder afrontar actividades cotidianas de manera útil.	Técnica del disco rayado	Iniciará con una dinámica llamada “Río turbio”, después se enseñará a los participantes a identificar pensamientos inadecuados, evaluarlos para poder buscar alternativas a los mismo; se hará uso de la técnica del disco rayado para que puedan darse cuenta de cómo reconocer situaciones donde mantienen creencias irracionales.
	Sesión N°2 Autocontrol emocional	Expresar sentimientos de manera adecuada basándose en el control emocional.	Relajación de Jacobson	Se explicará la forma en la que se lleva a cabo la relajación de Jacobson; luego habrá una parte donde se pondrá a prueba lo enseñado y se harán las correcciones necesarias.
	Sesión N°3 Habilidades sociales	Desarrollar habilidades sociales propicias para evitar el distanciamiento de las redes de apoyo.	Ensayo conductual Role Playing	Con contenido audiovisual y role playing se brindará a los participantes modelos conductuales de interacción social, dejando que fluya libremente aquellas emociones y pensamientos que experimenten a través del ejercicio.
<b>Entrenamiento en solución de problemas</b>	Sesión N°4 Regulación emocional	Mejorar la resolución de conflictos a través de una correcta regulación emocional.	Afirmaciones positivas Lluvia de ideas	A través de una lluvia de ideas se ira recopilando los diferentes conflictos a los cuales se ven expuestos los participantes con conducta suicida para luego brindar afirmaciones positivas a las mismas que ayuden a consolidar creencias adecuadas y un cambio conductual.
	Sesión N°5 Comunicación asertiva	Obtener habilidades de comunicativas que mejoren la interacción social.	Aserción negativa	En esta sesión se explicará la técnica de aserción negativa, la cual consiste en responder de manera positiva a críticas a las que pueden

				verse expuestos, además de mostrar flexibilidad y desarrollar una escucha activa.
<b>Reestructuración cognitiva</b>	Sesión N°6 Resolución de problemas	Contribuir con alternativas eficaces para resolver conflictos de manera óptima.	Modelo ABCD	Dirigirse a los participantes para que puedan comprender la relación entre pensamientos y conductas, para lo cual se enseñará creencias irracionales y posterior a ellos el Modelo ABCD y se comenzará a trabajar con autorregistros de pensamientos para posteriormente tomar consciencia de los errores cognitivos que se tiene.
	Sesión N°7 Detección de pensamientos	Identificar pensamientos negativos y facilitar un biofeedback sobre la conducta.	Autorregistros	Se va a brindar un proceso para poder identificar, ensayar e interrumpir pensamientos que interfieren o agravan la conducta suicida; haciendo hincapié en la importancia de llevar autorregistros para hacer posible la modificación de pensamiento y, por ende, de conducta.
	Sesión N°8 Eventos estresantes	Fomentar habilidades de afrontamiento ante eventos estresantes.	Inoculación del estrés Lista de actividades positivas	A todos los participantes se los someterá a un entrenamiento de habilidades para hacerle frente a situaciones estresantes que pueden desencadenar intentos autolíticos.
<b>¡Ayúdame a continuar!</b>	Sesión N°9 Economía de fichas.	Fomentar la continuidad asistencial de las personas con conductas suicidas.	Economía de fichas	A través de esta actividad se busca implementar herramientas dentro del proceso terapéutico, a partir de la creación de una vía de comunicación con el profesional de la salud mental y dotando de una herramienta que estimule la motivación del usuario.
<b>Creación de espacios de recreación y esparcimiento</b>	Sesión N°10 Grupo de apoyo	Generar espacios de recreación y esparcimiento que funcionen como grupos de apoyo entre los usuarios con conducta suicida.	Terapia explicativa	Se organizará actividades recreativas dirigidas a fomentar la participación de todos los usuarios que tienen como objetivo el esparcimiento en dos vías, la primera destinada a trabajar la motivación y la segunda en base a los intereses personales de cada participante.
<b>FASE N°4: CIERRE DEL PROGRAMA</b>				
<b>Retroalimentación general y cierre del programa.</b>	Retroalimentación del Suicidio: <ul style="list-style-type: none"> <li>Definición.</li> <li>Causas.</li> <li>Consecuencias.</li> <li>Perfil Psicológico.</li> <li>Comorbilidades.</li> <li>Factores de riesgo.</li> <li>Signos de alerta.</li> <li>Síntomas asociados.</li> <li>Mitos y creencias.</li> </ul>	Retroalimentar la información expuesta en cada fase del programa y planificar un evento de cierre.	Terapia explicativa Rapport Empatía	En la última actividad se reforzará conocimientos de todos los talleres brindados y se destinará un espacio para dar cierre al programa. Además, se volverán a aplicar los reactivos “Escala de Ideación Suicida” y “Escala de riesgo suicida de Plutchik” para medir la el estado emocional de los participantes con conducta suicida y a todos aquellos que asistieron al programa se les pedirá llenar una encuesta de satisfacción del programa.

- Situación actual en Ecuador y Loja.
- Cierre del programa

**FASE N°5: SEGUIMIENTO.**

<b>Seguimiento</b>	Seguimiento del proceso terapéutico	Conocer el proceso del paciente de manera trimestral.	Hoja de registros Terapia motivacional Economía de fichas	Se realizarán videollamadas o llamadas con los participantes del programa trimestralmente durante un año para asegurarnos que continúan el proceso terapéutico y conocer cómo se encuentran.
--------------------	-------------------------------------	---	---	--

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

## **DESARROLLO DE FASES**

### **Fase N°1: Convocatoria, encuadre y selección de participantes**

#### ***Actividad N°1.- Presentación del Plan.***

##### **Objetivo**

Fomentar la participación de la población en las diferentes actividades de prevención y manejo de la conducta suicida.

##### **Duración**

60 minutos; con un receso de 30 minutos.

##### **Materiales**

Computadora, diapositivas, lista de usuarios, contenido audiovisual, resultados de los test psicológicos, hojas, lápiz, esferos.

##### **Técnica**

Terapia explicativa

Rapport

Empatía

Aplicación de test

##### **Descripción y metodología de la actividad**

Se convocará a una reunión presencial a todos los usuarios de ambos sexos del Hospital Isidro Ayora que asistan a consulta externa en cualquier servicio, deberán tener una edad comprendida entre los 12 y 85 años.

En la reunión se dará la bienvenida a cada uno de los presentes, se informará de manera clara el objetivo del programa y se invitará a que formen parte del mismo, compartiendo con cada uno de ellos todos los beneficios que tiene asistir (a través de contenido audiovisual) y aclarando las dudas e informando que el programa será llevado de manera ética, se dará a conocer las diferentes temáticas y actividades que se abordarán; adicional se informará que es de vital importancia que sus familiares o una persona de confianza también se involucren en el plan. Todo esto con el fin de motivar y comprometerse con el mismo.

En esta fase, es necesario realizar la selección de participantes que estarán presentes en la fase de manejo conductual, para lo cual se hará uso de las puntuaciones obtenidas en la aplicación previa de los reactivos psicológicos ("Escala de Ideación Suicida" y "Escala de Riesgo Suicida de Plutchik"), los mismos que permitirán evaluar y diagnosticar conducta suicida, aquellos participantes que presente ideación leve, moderada o grave, riesgo leve, moderado o alto y aquellos con intentos anteriores autolíticos previos serán escogidos para

participar en la fase de manejo, se les recalcará que la participación para este grupo de riesgo debe ser tanto en la fase de prevención como la de intervención.

La reunión se llevará a cabo en cuatro grupos; el primer grupo será conformado por usuarios de entre 12-18 años, el segundo con usuarios de entre 19 y 30 años, el tercero con usuarios de entre 31 y 50 años, y el último de 51 años en adelante, los mismos que serán convocados por diferentes horarios.

## **Fase N°2: Psicoeducación de la conducta suicida.**

### ***Actividad N°2.- Taller: El suicidio.***

#### **Objetivo**

Informar acerca del Suicidio, dirigido a participantes con y sin conducta suicida para concientizar acerca de la problemática.

#### **Duración**

60 minutos, con un receso de 30 minutos.

#### **Materiales**

Computadora, diapositivas, pelota, videos, infografías.

#### **Técnica**

Psicoeducación

Dinámica “pasarse la pelota”

Role Playing

Escucha activa

Rapport

Empatía

#### **Descripción y metodología de la actividad**

El primer taller de psicoeducación titulado “El Suicidio” dará inicio a través de una dinámica de presentación llamada “Pasarse la pelota”, en la que se mencione: nombre, edad, con quien vive y algo que le guste. El responsable irá anotando los nombres en tarjetas que los participantes se pondrán para facilitar un trato más cercano en el grupo.

Posteriormente se comenzará la conferencia que busca abordar las temáticas: ¿Qué es el Suicidio?, Causas del Suicidio, Consecuencias del Suicidio, Perfil Psicológico del Suicida, Señales de Alerta, Comorbilidades, Situación actual del Suicidio en Ecuador y Loja, la información debe ser clara, precisa, objetiva, actual y ajustada al contexto nacional y en la medida de lo posible, local. Una vez llevada a cabo la conferencia se procederá a representar las consecuencias de atentar contra su vida (*role play*) mediante un juego de roles, con el objetivo de concientizar a los participantes sobre las consecuencias para sí mismo y las

personas de su alrededor, para finalizar la actividad del role playing se hará un conversatorio donde se les preguntará cómo se sintieron.

Cabe recalcar que cada taller tendrá receso de 30 minutos para que los participantes no se fatiguen, en el mismo se brindará un refrigerio financiado por el responsable y personal de salud mental del Hospital Isidro Ayora.

Al finalizar la sesión, el responsable dará una retroalimentación y en conjunto con los participantes establecerán conclusiones, se les dejará una tarea para la próxima reunión grupal, la misma consiste en decorar las tarjetas con sus nombres, después se les agradecerá por su atención, disposición y colaboración.

Es importante mencionar que se trabajará con grupos de edad, los mismos que serán distribuidos de la siguiente forma: el lunes con usuarios de 12-18 años, el martes con usuarios de entre 19 y 30 años, el miércoles con usuarios de entre 31 y 50 años, el jueves de 50 años en adelante.

#### ***Actividad N°4.- Taller: Habilidades para vivir.***

##### **Objetivo**

Promover habilidades para vivir en los diferentes grupos poblacionales.

##### **Duración**

60 minutos, con un receso de 30 minutos.

##### **Materiales**

Computadora, diapositivas, tarjetas de emociones, espejo, infografías.

##### **Técnica**

Psicoeducación

Lluvia de Ideas

Técnica “El espejo”

Role Playing

Rapport

Empatía

##### **Descripción y metodología de la actividad**

El principal objetivo es que los participantes adquieran habilidades que les ayuden a hacerle frente a situaciones a las que pueden verse expuestos, se iniciará con una dinámica llamada “Mímica de emociones” la cual consiste en preparar varias tarjetas y escribir en ellas diferentes emociones, luego cada participante tomará una tarjeta y representar la emoción con mímicas, el resto debe adivinarla, una vez que lo hagan pasará el turno a la persona de la derecha hasta que todos hayan representado una emoción.

Finalizada la dinámica se informará a través de una mesa redonda a los participantes acerca de aquellas habilidades necesarias para hacerle frente a situaciones de su entorno, para evitar el desarrollo de conducta suicida, ya sea ideación y riesgo o para consumir el intento; se puede pedir al grupo que piensen en una persona que ellos consideren tienen habilidades saludables para vivir y que enumeren las razones porque lo creen. Tras la socialización de esto se hará uso de lluvia de ideas para trabajar sobre la autoestima, se pedirá a los participantes que mencionen palabras o frases que les hayan dicho alguna vez respecto a su aspecto físico o capacidades, luego cada uno estará encargado de clasificar esas frases o palabras en autoestima negativa o positiva, se reforzará la parte de autoestima positiva con características que den ellos sobre su aspecto, apariencias o habilidades.

Para finalizar el taller se empleará un espejo, a través del cual cada participante hablará con él/ella mismo relatando problemas o situaciones dictaminadas por el responsable, de esta manera se busca que el participante se dé cuenta de los propios errores que comete al comunicarse y se los corregirá a través de un role playing.

Es importante mencionar que se trabajará con grupos de edad, los mismos que serán distribuidos de la siguiente forma: el lunes con usuarios de 12-18 años, el martes con usuarios de entre 19 y 30 años, el miércoles con usuarios de entre 31 y 50 años, el jueves de 50 años en adelante.

#### ***Actividad N°5.- Taller: Yo manejo mi entorno.***

##### **Objetivo**

Manejar adecuadamente situaciones del entorno para prevenir conductas autolíticas consumados.

##### **Duración**

60 minutos, con un receso de 30 minutos.

##### **Materiales**

Cuento la tortuga, cuadernos, esferos, lápices y pinturas.

##### **Técnica**

Role Playing

Técnica “Proyecto de Vida”

Técnica de lectura libre

Rapport

Empatía

### **Descripción y metodología de la actividad**

Iniciaremos una dinámica con la técnica de la Tortuga, en la cual a través del cuento de la tortuga se hará una analogía con lo que sucede en él, así cuando se vea expuesto a situaciones de presión social y esté a punto de actuar de forma impulsiva puede actuar como tortuga, es decir, resguardarse en su caparazón para relajarse y pensar antes de actuar.

Para el presente taller se hará un conversatorio para brindar herramientas en lo que respecta a la presión de grupo; las mismas que consisten en trabajar sobre las creencias personales, confianza en sí mismo y determinar que amistades tienen valores similares para preservarlas y potenciarlas, por el contrario con amistades que ejercen presión y una influencia negativa se tratará de modificar conductas; en este punto se hará uso del role playing para enfrentarlos a situaciones de presión de grupo y que puedan poner en acción las técnicas enseñadas; luego del conversatorio se invitará a los participantes a plantearse una meta clara y concreta, para después anotar todas las acciones que necesita para cumplirla.

Se les entregará un cuaderno, en el cual colocarán su meta y alrededor las acciones que tomarán para cumplirla, se les dejará de tarea a los participantes con conducta suicida el ir escribiendo diariamente que acción están realizando para llegar a su meta.

Al final del taller se agradecerá a todos los participantes por asistir y su colaboración, se dará por finalizada la fase de prevención con el grupo que no presenta conducta suicida, y se hará la invitación nuevamente a la fase de manejo a aquellas personas que si presentan.

Es importante mencionar que se trabajará con grupos de edad, los mismos que serán distribuidos de la siguiente forma: el lunes con usuarios de 12-18 años, el martes con usuarios de entre 19 y 30 años, el miércoles con usuarios de entre 31 y 50 años, el jueves de 50 años en adelante.

#### ***Actividad N°6.- Taller: Conversatorio general acerca del Suicidio.***

##### **Objetivo**

Implementar un sistema de control, apoyo y vigilancia de pacientes con conducta suicida a través de la psicoeducación del fenómeno

##### **Duración**

60 minutos, con un receso de 30 minutos.

##### **Materiales**

Computadora, diapositivas, pizarra, marcadores.

##### **Técnica**

Role Playing

Lluvia de ideas

Escucha activa

Rapport

Empatía

### **Descripción y metodología de la actividad**

Se iniciará con una dinámica de apertura de grupo “Cadena de nombres”, la primera persona se presenta diciendo: “Me llamo...”; después la siguiente persona de la derecha repetirá el nombre de la persona para posteriormente presentarse del mismo modo. Se continuará repitiendo los nombres desde la primera persona, en caso de olvidarse se pedirá ayuda para continuar con la dinámica.

Una vez finalizada la dinámica se dará inicio al conversatorio, que busca conocer acerca de que saben los familiares, cuidadores o personas de confianza del participante respecto al Suicidio; mediante lluvia de ideas se anota en la pizarra frases o palabras claves que exprese el grupo para posteriormente aclarar conceptos.

La convocatoria a este taller será dirigida a las familias o cuidadores de los participantes donde se reunirán a todos en un solo día.

### ***Actividad N°7.- Taller: Yo soy TÚ apoyo.***

#### **Objetivo**

Enseñar herramientas que nos ayuden para identificar signos de alerta.

#### **Duración**

60 minutos con un receso de 30 minutos.

#### **Materiales**

Computadora, diapositivas, dado.

#### **Técnica**

Terapia explicativa

Infografías

Role Playing

Escucha activa

Rapport

Empatía

### **Descripción y metodología de la actividad**

Iniciará con una dinámica, la cual es “El Dado”, en la que cada participante que saqué un número par deberá elegir un animal con el cual se identifique y mencionar una cualidad del mismo. Luego, cada persona del grupo repite el nombre y cualidad del animal escogido por el anterior participante.

Concluida la dinámica se procede a la conferencia enfocada al rol de la familia o cuidadores en la prevención del suicidio, basándonos en fuentes fiables para que sea comprendido de manera más clara, para ello se utilizará infografías y videos, para finalizar la actividad se hará un role playing para simular situaciones a las que pueden hacerle frente al vivir con pacientes de conducta suicida.

Al finalizar, el responsable y participantes establecerán conclusiones respecto a la temática abordada.

### **Fase N°3: Manejo de conducta suicida.**

#### ***Actividad N°8.- ¡Desarrollando inteligencia emocional!: Creencias irracionales.***

##### **Objetivo**

Mejorar la calidad de pensamientos para poder afrontar actividades cotidianas de manera útil.

##### **Duración**

60 minutos, con un receso de 30 minutos.

##### **Materiales**

Tapas de botellas, pizarra.

##### **Técnica**

Técnica del disco rayado.

##### **Descripción y Metodología de la actividad**

Se iniciará la fase de manejo con una dinámica llamada “Río turbio”, para esto todos los participantes estarán sentados formando un círculo y en la mano tendrán una tapa de botella, se canta la canción “por el río pasa un agua muy turbia, ¡turbia!. Con las tapas deben seguir el ritmo de lo que cantan, en cada tiempo marcado por el responsable deberán entregar la tapa a su compañero de la derecha, la canción deberá ir acelerándose cada vez más y aquellos participantes que se confundan serán eliminados hasta que quedé un solo ganador, al final de la dinámica se explicará que se estaba trabajando el compañerismo, coordinación y sincronización entre todos los miembros.

Ahora bien, para comenzar a enseñar a identificar pensamientos inadecuados se pedirá la participación de las personas del grupo para que planteen pensamientos que ellos tienen o han tenido, a partir de esto se ira explicando desde una parte racional el pensamiento, haciendo que ellos mismo evalúen si este es positivo o negativo, para posteriormente brinda un pensamiento alternativo a la situación y por tanto modificar la conducta; para reforzar se hará uso de la técnica del disco rayado donde cada participante de manera voluntaria dirá un pensamiento, lo evaluará y brindará una solución alternativa racional y positiva para él mismo.

En lo que respecta a la actividad extra sesión se les pedirá tener para la próxima reunión una lista de aquellos pensamientos o creencias irracionales que experimenten y que ellos mismos propongan una alternativa positiva.

Es importante mencionar que se trabajará con grupos de edad, los mismos que serán distribuidos de la siguiente forma: el lunes con usuarios de 12-18 años, el martes con usuarios de entre 19 y 30 años, el miércoles con usuarios de entre 31 y 50 años, el jueves de 50 años en adelante.

***Actividad N°9.- ¡Desarrollando inteligencia emocional!: Autocontrol emocional.***

**Objetivo**

Expresar sentimientos de manera adecuada basándose en el control emocional.

**Duración**

60 minutos, con un receso de 30 minutos.

**Materiales**

Bote de plástico, papeles, esferos, lápices, marcadores y colchonetas.

**Técnica**

Relajación de Jacobson

**Descripción y Metodología de la actividad**

Iniciará con la dinámica el “Bote de la comunicación”, se pedirá a los participantes formar un círculo, en el medio del mismo se colocará un bote y se entregará a cada uno papeles donde la consigna será escribir las cosas que otros han hecho por ellos y que los han hecho sentir bien, deberán ubicar los papeles dentro del bote y será abierto para leer de dos a tres frases en futuras sesiones, se preguntará al responsable de papel como se sintió y que comente lo que pasó en esa situación.

Antes de comenzar la sesión se revisará la tarea asignada en la reunión anterior y se dará retroalimentación en caso de ser necesario, en la presente sesión psicoterapéutica se instruirá en la técnica de relajación de Jacobson; la misma consiste en pedir al paciente provocar tensión durante 20 segundos aproximadamente en un área determinada del cuerpo, para lo cual se seguirá el orden de: manos, brazos, frente, entrecejo, ojos, mandíbula, lenguaje, labios, cabeza, hombros, estómago, espalda glúteos y para finalizar se pedirá que relajen los músculos y que experimenten la sensación de relajación; luego habrá una parte donde se pondrá a prueba lo enseñado y se harán las correcciones necesarias para conseguir una buena ejecución de la técnica. Así mismo se les va a recalcar que cuando sientan que sus emociones se desbordan y no pueden manejarlo apliquen esta técnica de relajación.

Es importante mencionar que se trabajará con grupos de edad, los mismos que serán distribuidos de la siguiente forma: el lunes con usuarios de 12-18 años, el martes con usuarios de entre 19 y 30 años, el miércoles con usuarios de entre 31 y 50 años, el jueves de 50 años en adelante.

***Actividad N°10.- ¡Desarrollando inteligencia emocional!: Habilidades sociales.***

**Objetivo**

Desarrollar habilidades sociales propicias para evitar el distanciamiento de las redes de apoyo.

**Duración**

60 minutos, con un receso de 30 minutos.

**Materiales**

Bote de plástico, videos, computadora.

**Técnica**

Ensayo conductual

Role Playing

**Descripción y Metodología de la actividad**

Para iniciar la sesión se procederá a abrir tres papeles del bote que se trabajó en la reunión anterior, a los autores de los papeles se les preguntará sobre la situación y el motivo por el cual se sintieron bien.

A continuación se expondrá videos que explicarán o darán un patrón de conducta a los participantes con situaciones de su diario vivir; se hará una ronda de preguntas para asegurar que el modelo conductual fue claro y entendible, posterior a ello se hará uso del role playing con los participantes y se les pondrá ante situaciones reales o encubiertas y una vez evidenciada la conducta de interacción social, se permitirá que los miembros del grupo intervengan comentando aquellas emociones y pensamientos que experimenten a través del ejercicio. Como tarea para la próxima sesión se pedirá a los participantes enlistar aquellas personas que ellos consideren importantes dentro de su círculo social y colorearlos de verde si son bastante cercano, amarillo si mantienen comunicación ocasional y rojo si casi no existe comunicación.

Es importante mencionar que se trabajará con grupos de edad, los mismos que serán distribuidos de la siguiente forma: el lunes con usuarios de 12-18 años, el martes con usuarios de entre 19 y 30 años, el miércoles con usuarios de entre 31 y 50 años, el jueves de 50 años en adelante.

***Actividad N°11.- Entrenamiento en solución de problemas: Regulación emocional.***

**Objetivo**

Mejorar la resolución de conflictos a través de una correcta regulación emocional.

**Duración**

45 minutos.

**Materiales**

Bote de plástico, pizarra, marcadores.

**Técnica**

Afirmaciones positivas

Lluvia de ideas

**Descripción y Metodología de la actividad**

Daremos apertura a la sesión con la misma dinámica de la sesión anterior, abriendo nuestro bote de las emociones para posterior a ello revisar la tarea de la reunión pasada, para aquellas personas coloreadas de rojo y amarillo se fomentará el acercamiento y vías de comunicación más frecuentes.

Se comenzará la instrucción en regulación emocional a través de una lluvia de ideas la cual ira recopilando los diferentes conflictos a los cuales se ven expuestos los participantes con conducta suicida para luego brindar afirmaciones positivas a las mismas que ayuden a consolidar creencias adecuadas y un cambio conductual. Se dejará como tarea la creación de un diario de emociones, donde día a día se registrará las emociones más importantes que experimentan y la situación que los antecede, estos diarios emocionales serán receptados al final de la fase de manejo de conducta suicida.

Es importante mencionar que se trabajará con grupos de edad, los mismos que serán distribuidos de la siguiente forma: el lunes con usuarios de 12-18 años, el martes con usuarios de entre 19 y 30 años, el miércoles con usuarios de entre 31 y 50 años, el jueves de 50 años en adelante.

***Actividad N°12.- Entrenamiento en solución de problemas: Comunicación asertiva.***

**Objetivo**

Obtener habilidades de comunicativas que mejoren la interacción social.

**Duración**

30 minutos.

**Materiales**

Botella de plástica, lápices, borrador, marcadores, pizarra.

### **Técnica**

Aserción negativa.

Role playing

### **Descripción y Metodología de la actividad**

Para arrancar con la sesión planificada se continuará con la apertura del bote de emociones y la participación de la persona que escribió la frase o situación.

En esta sesión se explicará la técnica de aserción negativa, la cual consiste en responder de manera positiva a críticas a las que pueden verse expuestos, además de mostrar flexibilidad y desarrollar una escucha activa. Para esto se explicará de manera concisa que el error que la mayoría de personas comenten cuando están en medio de una discusión es encerrarse detrás de su punto de vista, por lo que responder de manera positiva a las críticas demostrará que escuchas a la otra persona y los comprendes; para lo cual se les retomará las palabras del otro y se lo relacionará con la parte emocional; es así que si una persona se encuentra molesto por una mala calificación la persona responderá “Sé que he sientes molesto por tu nota y lo comprendo perfectamente...”. Como tarea se les dejará la escritura terapéutica: Van a elaborar una carta a ellos mismos describiendo todo lo que les gustaría decir (sentimientos o pensamientos).

Es importante mencionar que se trabajará con grupos de edad, los mismos que serán distribuidos de la siguiente forma: el lunes con usuarios de 12-18 años, el martes con usuarios de entre 19 y 30 años, el miércoles con usuarios de entre 31 y 50 años, el jueves de 50 años en adelante.

### ***Actividad N°13.- Reestructuración cognitiva: Resolución de problemas***

#### **Objetivo**

Contribuir con alternativas eficaces para resolver conflictos de manera óptima.

#### **Duración**

30 minutos.

#### **Materiales**

Computadora, hojas, lápices, hojas de autorregistro.

#### **Técnica**

Modelo ABCD

### **Descripción y Metodología de la actividad**

Para arrancar con la sesión planificada se continuará con la apertura del bote de emociones y la participación de la persona que escribió la frase, se invitará a los participantes

a compartir la carta que se escribieron, en caso de que ninguno desee leerla se comenzará a abordar la temática de la sesión planificada.

Antes de iniciar con la explicación del modelo se va a proceder a explicar lo que son las ideas distorsionadas, con una presentación en Power Point, después se hará una retroalimentación y cuando los participantes tengan claro el concepto de ideas distorsionadas se comenzará con la explicación acerca del modelo ABCD, donde A se refiere a la situación que puede atravesar la persona, B el pensamiento que le genera dicha situación, C la consecuencia de ese pensamiento y D la discusión o debate interno que tiene la persona para llegar a una decisión; es aquí donde a cada paciente se le hará entrega de una hoja de autorregistro (ANEXO 11) donde a partir de la presente sesión harán un registro basado en el modelo ABCD, para finalizar la sesión se abrirá un espacio de preguntas donde se esclarecerá cualquier duda.

Es importante mencionar que se trabajará con grupos de edad, los mismos que serán distribuidos de la siguiente forma: el lunes con usuarios de 12-18 años, el martes con usuarios de entre 19 y 30 años, el miércoles con usuarios de entre 31 y 50 años, el jueves de 50 años en adelante.

#### ***Actividad N°14.- Reestructuración cognitiva: Detección de pensamientos.***

##### **Objetivo**

Identificar pensamientos negativos y facilitar un biofeedback sobre la conducta.

##### **Duración**

60 minutos, con receso de 30 minutos.

##### **Materiales**

Bote de plástico, autorregistros ABCD.

##### **Técnica**

Autorregistros.

##### **Descripción y Metodología de la actividad**

Se dará inicio a la sesión con la apertura del bote de emociones y la participación de la persona que escribió la frase. A través de la reunión se busca brindar un proceso para poder identificar, ensayar e interrumpir pensamientos que interfieren o agravan la conducta suicida; haciendo hincapié en la importancia de llevar autorregistros para hacer posible la modificación de pensamiento y, por ende, de conducta; se tomará como base el autorregistro que se les enseñó en la sesión anterior.

Es importante mencionar que se trabajará con grupos de edad, los mismos que serán distribuidos de la siguiente forma: el lunes con usuarios de 12-18 años, el martes con usuarios

de entre 19 y 30 años, el miércoles con usuarios de entre 31 y 50 años, el jueves de 50 años en adelante.

***Actividad N°15.- Reestructuración cognitiva: Eventos estresantes.***

**Objetivo**

Fomentar habilidades de afrontamiento ante eventos estresantes.

**Duración**

60 minutos, con un receso de 30 minutos.

**Materiales**

Pizarra, bote de plástico, esferos, lista de actividades positivas, marcadores.

**Técnica**

Inoculación del estrés.

**Descripción y Metodología de la actividad**

Daremos apertura a la sesión con la misma dinámica de la sesión anterior, abriendo nuestro bote de las emociones, a todos los participantes se los someterá a un entrenamiento de habilidades para hacerle frente a situaciones estresantes que pueden desencadenar intentos autolíticos. Se explicará que la inoculación del estrés consta de tres fases: la educativa, entrenamiento o adquisición de habilidades y aplicación; la primera trata de brindar información acerca del origen y mantenimiento de la enfermedad, fase que se realizó previamente, en una segunda fase el participante va a distinguir entre aquellas fases que son modificables y las que no, a aquellas que si pueden ser modificadas se tratará de desarrollar control, mientras que las no modificables la estrategia de intervención será centrada en la emoción que experimenta. Como tarea para la próxima sesión los participantes deben hacer uso de la lista de actividades positivas (ANEXO 12), donde a lo largo de la semana escogerán una de las actividades propuestas para posteriormente evaluar el grado de satisfacción que les ocasionó.

Es importante mencionar que se trabajará con grupos de edad, los mismos que serán distribuidos de la siguiente forma: el lunes con usuarios de 12-18 años, el martes con usuarios de entre 19 y 30 años, el miércoles con usuarios de entre 31 y 50 años, el jueves de 50 años en adelante.

***Actividad N°16.- ¡Ayúdame a continuar!: Economía de fichas***

**Objetivo**

Fomentar la continuidad asistencial de las personas con conductas suicidas.

**Duración**

30 minutos.

**Materiales**

Computadora.

**Técnica**

Economía de fichas.

**Descripción y Metodología de la actividad**

Para iniciar la sesión se procederá a abrir tres papeles del bote que se trabajó en la reunión anterior, a los autores de los papeles se les preguntará sobre la situación y el motivo por el cual se sintieron bien

Para la presente actividad se realizará un collage con los principales beneficios de asistir a terapia, dentro de la actividad tendrá lugar también un conversatorio donde los usuarios expresen como se sienten en el proceso terapéutico.

Se explicará la economía de fichas como herramienta para fomentar la continuidad asistencial a terapias, brindando recompensas de acuerdo al seguimiento del proceso, los participantes podrán establecer en conjunto con sus familias recompensas por un número de asistencia continua a consulta.

Antes de finalizar la sesión se procederá a recolectar el listado de actividades positivas donde se compartirán los motivos por los cuales evaluaron con determinado grado de satisfacción.

Es importante mencionar que se trabajará con grupos de edad, los mismos que serán distribuidos de la siguiente forma: el lunes con usuarios de 12-18 años, el martes con usuarios de entre 19 y 30 años, el miércoles con usuarios de entre 31 y 50 años, el jueves de 50 años en adelante.

***Actividad N°17.- Creación de espacios de recreación y esparcimiento: Grupos de apoyo*****Objetivo**

Generar espacios de recreación y esparcimiento que funcionen como grupos de apoyo entre los usuarios con conducta suicida.

**Duración**

30 minutos.

**Materiales**

Computadora.

**Técnica**

Terapia explicativa.

### **Descripción y Metodología de la actividad**

En esta última sesión se expondrá y se dará a conocer la creación del “Primer Grupo de Apoyo”, la dinámica del mismo se basará en reuniones mensuales (inicialmente) donde se podrán realizar actividades de ocio como son las relacionadas al ejercicio físico y salidas a diferentes lugares (escogidos por los pacientes) como espacio de intercambio emocional y de distraibilidad, este grupo se pondrá en marcha desde la presente reunión y se le dará un seguimiento durante un año.

### **Cierre del programa**

#### ***Actividad N°18.- Retroalimentación y cierre del programa.***

#### **Objetivo**

Retroalimentar la información expuesta en cada fase del programa y planificar un evento de cierre.

#### **Duración**

60 minutos.

#### **Materiales**

Hojas, reactivos, hoja de satisfacción del programa.

#### **Técnica**

Técnica explicativa.

### **Descripción y Metodología de la actividad**

En esta semana se retroalimentará los temas vistos en las fases pasadas para ir reforzando los conocimientos impartidos, para lo cual se llevarán a cabo: una ronda de preguntas (recurso: aplicación Kahoot), se volverá a aclarar algunos temas en caso de ser necesarios y se realizará una conclusión o comentario final tanto por parte de los participantes como también por parte de Él/la responsable del programa.

Además, se volverán a aplicar los reactivos “Escala de Ideación Suicida” y “Escala de riesgo suicida de Plutchik” para medir la el estado emocional de los participantes con conducta suicida y ver si los valores obtenidos previamente han disminuido, a todos aquellos que asistieron al programa se les pedirá llenar una encuesta de satisfacción del programa (ANEXO 13).

En la última sesión se receptorán las hojas de autorregistro de cada uno, los diarios emocionales y las cartas; así como se los invitará a seguir el proceso psicoterapéutico con los profesionales de la salud mental del Hospital Isidro Ayora, siempre poniendo en prácticas las técnicas brindadas en el plan.

Es actividad también se realizará con los grupos preestablecidos en la primera actividad: el lunes se iniciará con usuarios de 12-18 años, el martes con usuarios de entre 19 y 30 años, el miércoles con usuarios de entre 31 y 50 años, el jueves de 50 años en adelante, viernes con familiares.

Finalmente se procederá a realizar un programa especial de agradecimiento y culminación del programa de prevención. Se realizará después de trabajar con todos los grupos de manera individualizada, para esta parte de la actividad se hará una convocatoria general a todos los participantes del plan.

## **Seguimiento**

### ***Actividad N°19.- Seguimiento del proceso terapéutico***

#### **Objetivo**

Conocer el proceso del paciente de manera trimestral.

#### **Duración**

15 minutos.

#### **Materiales**

Plataformas digitales y llamadas telefónicas.

#### **Técnica**

Hoja de registros

Terapia motivacional

Economía de fichas

#### **Descripción y Metodología de la actividad**

Se realizarán videollamadas o llamadas telefónicas con los participantes del programa trimestralmente durante un año para asegurarnos que continúan el proceso terapéutico y conocer cómo se encuentran, así mismo se les preguntará como van manejando su economía de fichas y en caso de ser necesario se brindaría terapia motivacional.

## 7. Discusión

El suicidio es uno de los problemas a nivel mundial que año tras año cobra miles de vidas, se ha consolidado como una de las principales causas de muerte en todo el mundo por lo que ha despertado preocupación en los sistemas de salud de varios países (Böttcher y Garay, 2021). Ante este hecho una intervención temprana y oportuna centrada en el conocimiento de los factores de riesgo que engloban el suicidio es vital, entre los factores nos encontramos con la edad, pertenecer al sexo masculino, contar con un estado civil soltero, la situación laboral, clase social, distribución geográfica, trastornos comórbidos o psicológicos; dificultades en el grupo familiar, crisis vitales estresantes, intentos de suicidio previos propios o de algún familiar, entre otros (Aguirre y Auquilla, 2018). Por todo esto, el principal objetivo de la presente investigación fue determinar la correlación entre conducta suicida y factores de riesgo en los pacientes del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja. Para llevar a cabo la discusión se hizo uso de gestores bibliográficos como son Scopus, Web of Science y Scielo donde se ajustó la búsqueda a los últimos 3 años, utilizando los descriptores de “suicide”, “risk factor's”, “suicidal ideation”, “suicidal risk” y “suicidal behavior”.

La presente investigación contó con 71 participantes en calidad de usuarios del Hospital Isidro Ayora, de edades comprendidas entre 15 a 64 años. En cuanto a los resultados obtenidos por medio del Test de Escala de Ideación Suicida se determinó que el 45,1% de la muestra total presentó una ideación suicida media. Estos datos se encuentran en la misma línea de los resultados encontrados por Zhang et al., (2022) en su estudio acerca de la prevalencia de tendencias suicidas en pacientes clínicamente estables con depresión mayor realizado con 1718 participantes, encontró que durante la pandemia existió una prevalencia de ideación suicida del 66,4% del total de los casos. Así también se relaciona con el estudio realizado por Stenzel et al., (2022) llevado a cabo con 215 individuos con trastorno bipolar donde el 80,9% de los participantes reportaron ideación suicida.

Por otro lado, a través de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik se encontró que el 50,7% de toda la población presentaron un riesgo suicida moderado, seguidamente de un riesgo suicida alto con el 42,3% de la muestra total, estos datos recopilados de la presente investigación son aportes nuevos al campo de la Psicología a nivel local y nacional principalmente, inclusive se podría decir que a nivel internacional puesto que la mayoría de estudios llevados a cabo en los últimos 5 años se han centrado en el estudio del fenómeno del suicidio a manera global, es decir centrando los resultados a las tasas de los intentos consumados y no consumados más no viéndolo como un suceso que se lleva a cabo a través de

fases que conforma la conducta suicida, como es la ideación, riesgo y los intentos autolíticos, es allí donde radica la diferencia con este estudio donde se tiene una perspectiva mucho más amplia del fenómeno.

Por medio de la Encuesta Socioeconómica y Demográfica se recolectó la información acerca de que, si los participantes contaban o no con intentos autolíticos previos, a partir de esto el 54,9% de la muestra total confesó haber tenido un intento anterior de suicidio. Estos resultados son contrarios a los encontrados por Stenzel et al., (2022) en su investigación donde el 35,3% de la población total reportó al menos un intento anterior de suicidio, esta última investigación se relaciona con el estudio de Zhang et al., (2022) donde el 39,35% cuenta con intentos autolíticos previos, es decir ambos estudios reportan según sus resultados que una cantidad minoritaria de su población objeto de estudio si reportaron intentos anteriores de suicidio no consumados mientras que la presente investigación la mayor parte de su población contaba con intentos previos.

En cuanto a la influencia de los factores de riesgo en el desarrollo de conducta suicida, nos encontramos frente a 4 secciones de factores de riesgo, los mismos que son factores de riesgo socioeconómicos y demográficos, psicológicos y psiquiátricos, médicos y familiares, todos ellos relacionados con la conducta suicida, de este modo iniciamos con los datos obtenidos entre los factores de riesgo socioeconómicos y demográficos y conducta suicida, entre los hallazgos más relevantes el 45,1% de las personas contaron con ideación suicida en un nivel medio, y este porcentaje fue mayor en los participantes de 51 a 57 años, adicionalmente el 21,1% de la población manifestó ideación suicida alta, siendo este porcentaje mayor en el grupo de edad de 15 a 22 años. Estos resultados son congruentes con los encontrados y reportados por Landa et al., (2022) donde en su investigación acerca de los factores psicológicos asociados al suicidio el 50% de los participantes han tenido al menos un pensamiento suicida con jóvenes de una edad etaria media de 23.13 años, además en el mismo estudio realizado en Honduras el 47,2% de personas con pensamientos suicidas se encontraban en la edad de 15 a 39 años. Del mismo modo Böttcher y Garay (2021) reportaron que los grupos mayormente afectados fueron los adultos mayores con un 22,3% y los jóvenes de 24 años con un 18,2%.

Por otro lado, entre los intentos autolíticos previos y grupo etario en la presente investigación, los resultados obtenidos sugieren que de la muestra total el 54,9% de los participantes si cuentan con un intento anterior de suicidio. Las diferencias entre los rangos de edad son pequeñas, sin embargo, las personas de 30 a 36 años de edad tienen un mayor índice, estos datos se relacionan con el estudio realizado por Landa et al., (2022) quien informa que el

8,2% del total de los 139 participantes de la muestra han llevado a cabo al menos una tentativa de suicidio y de ese porcentaje un 47,2% se encontraban entre las edades de 15 a 39 años.

El presente estudio sugiere que, según el sector de procedencia de la población de estudio, el 45,1% de los participantes presentó ideación suicida en un nivel medio, de los cuales el porcentaje es mayor en personas del sector rural (61,5% frente al 41,4% de las personas del sector urbano). Estos resultados se encuentran en la misma línea de los datos encontrados por Park & Lee (2021) donde la tasa de ideación suicida fue mayor en las zonas rurales con un 15,0% frente al 13,6% en las zonas urbanas.

Continuando con los resultados arrojados en la presente investigación sobre la influencia de los factores de riesgo y conducta suicida nos encontramos que el 45,1% revelan ideación suicida en un nivel medio, este porcentaje es mayor en personas del sexo femenino, de hecho, un dato importante de recalcar es que este grupo mostró un mayor predominio en todas las categorías de CS. Estos datos fueron contrarios en la mayoría de investigaciones encontradas, donde el predominio es en el sexo masculino, un ejemplo es la investigación de Rasnayake & Navratil (2022) donde el 80% de hombres contaba con ideación riesgo e incluso intentos de suicidio anteriores frente a un 20% de mujeres, sin embargo aunque el sexo masculino mostró mayor incidencia un estudio de Park & Lee (2022) en su investigación acerca de la influencia de los factores en las tendencias suicidas durante el COVID-19 apoya los resultados de esta investigación, donde de los 748 participantes con conducta suicida el 52,6% eran mujeres versus al 47,4% donde eran hombres.

En cuanto a ideación suicida y nivel de instrucción se observó que el 33,8% de los participantes presentan ideación suicida baja, existiendo un mayor porcentaje en personas con un nivel de instrucción primaria (42,3% en comparación de personas con un nivel de primaria y superior donde las diferencias estadísticas son pequeñas). Estos resultados son similares con los encontrados por Park & Lee (2022) que nos indican que la ideación suicida fue más frecuente entre los que no tenían educación o se había graduado de la escuela primaria.

Ahora bien, los datos que se presentan en esta investigación sugieren que el 45,1% de la población divorciada reveló ideación suicida en un nivel medio seguidamente del 54,9% de los participantes manifestaron haber tenido intentos anteriores de suicidio, este porcentaje es mayor en las personas solteras. Ambos resultados son congruentes y similares a los de Park & Lee (2022) donde la ideación suicida fue más frecuente entre los divorciados, separados o viudos, además Sanches et al., (2022) también reporta que el 17,62% de los participantes con ideación suicida e intentos autolíticos previos eran personas solteras; sin embargo, también encontramos investigación que refutan los resultados, como son los de Rasnayake & Navratil

(2022) donde el 60% de las personas que habían tenido un intento autolítico previo contaban con cónyuge o pareja.

Para finalizar la primera sección de análisis, se encontró que el 21,1% de los participantes con riesgo suicida alto tenían un nivel socioeconómico medio bajo, dichos resultados se encuentran en la misma línea de los encontrados por Park & Lee (2022), quienes revelaron que la ideación suicida fue mayor en el grupo de nivel económico bajo que en el nivel económico alto.

Los resultados más relevantes de la sección B que aborda los factores de riesgo psicológicos o psiquiátricos y la conducta suicida; son en primer lugar que el 54,9% de las personas manifestaron haber tenido un intento de suicidio anterior y tener depresión mayor comórbida. Dichos datos son apoyados por Zhang et al., (2022) donde el intento de suicidio en personas con trastorno depresivo fue del 31% de la población total, lo mismo nos mencionan Guarín et al., (2022) donde las personas con diagnóstico de depresión tienen entre 40 y 60% mayor de atentar contra su vida.

El presente estudio también arroja que de los 21,1% de participantes con ideación suicida alta, el 50% de ellos manifestó tener personalidad límite. Estos resultados son similares a los de Folk et al., (2018) donde las personas con un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad tenían mayor probabilidad de contar con pensamientos e intentos de suicidio.

Ahora bien, para dar respuesta al objetivo general de la presente investigación que se encontró encaminado a determinar la correlación entre ambas variables objeto de estudio se encontró que existe una correlación negativa entre el riesgo suicida y edad, estos resultados van en la misma línea del estudio realizado por Zhang et al., (2022) donde llegaron a la conclusión que una alta tendencia suicida se asoció con una edad más joven. Además, entre intentos autolíticos previos y edad se determinó una correlación positiva, en el mismo estudio de Zhang et al., (2022) se reportó que a mayor edad el porcentaje o posibilidad de tratar de terminar con su vida aumentaba.

Además de estas correlaciones también se buscó determinar qué factores estaban funcionando como de riesgo y de protección, es así que el estado civil se constituyó como un factor protector, dichos resultados son congruentes a la investigación de Zhang et al., (2022) donde el estado civil se asoció con la ideación suicida, esto quiere decir que las personas que cuentan con un cónyuge oscilan entre una ideación o riesgo suicida leve, mientras que las personas solteras, divorciadas o viudas son más propensas a contar con ideación o riesgo suicida alto.

En cuanto a los factores de riesgo se consolidó a los trastornos afectivos, además de evidenciarse que atentar contra su propia vida y dichos trastornos mantienen una relación de dependencia, estos resultados se encuentran la misma línea de diversas investigaciones, es así que Bautista et al., (2022) a través de su investigación de conductas de autolesión y factores de riesgo nos reporta que de las variables que se asociaron significativamente, las que tenían mayor probabilidad de explicar la autolesión fue la depresión, del mismo modo Ma et al., (2022) a través de su estudio determinó que la depresión fue un factor de riesgo para la ideación suicida durante la pandemia de COVID-19, además de constituirse como una preocupación urgente de salud pública a raíz de la pandemia; por otro lado Park y Lee (2022) reportó que el 24,6% de la población total presentaba un estado de ánimo depresivo y Sanches et al., (2022) en su estudio sobre ansiedad y suicidio el 35% de los pacientes con trastorno bipolar tenían más probabilidades de tener ideas suicidas.

Finalmente, se podría decir que la presente investigación aporta de manera relevante información sobre factores de riesgo y protectores de la conducta suicida en población clínica ecuatoriana, por lo cual se recomienda para futuras investigaciones ampliar este tipo de estudios a otras poblaciones clínicas, ciudades y provincias, así también delimitar de mejor manera los factores que se desean relacionar y trabajar con una población mayor. Además, al confirmar que existe presencia de la problemática estudiada en la población general se debe considerar políticas públicas de salud destinadas a promover la prevención y promoción del suicidio y establecer vías de acción una vez detectada la conducta suicida para de esta manera frenar los casos que solo han ido en aumento año tras año.

## 8. Conclusiones

Una vez finalizado el trabajo investigativo y tomando como referente los objetivos planteados para la presente investigación, se concluye que:

- Es posible afirmar que existe relación estadísticamente significativa entre riesgo suicida y edad, es decir existe mayor riesgo en grupos de edad avanzados; además a mayores intentos de suicidio mayor edad y viceversa, finalmente se determinó que hay una relación de dependencia entre intentos anteriores de suicidio y trastornos afectivos.
- Se consolidó como factores de riesgo a los trastornos afectivos y al número de veces de intentos de quitarse la vida y, por otro lado, el estado civil se constituyó como un factor de protección ante la conducta suicida. Del mismo modo fue posible verificar que la edad comprendida entre los 15 a 22 años , el sexo femenino, estado civil soltero, trastornos afectivos como la depresión mayor y, trastornos de personalidad como el TPL influyen en la conducta suicida.
- En los pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja se observó la presencia de conducta suicida, de esta forma la ideación y riesgo suicida en un nivel medio prevaleció de mayor manera, del mismo modo existió una mayor frecuencia a contar con intentos anteriores de suicidio.
- En cuanto el sector de procedencia, ocupación, trastornos de ansiedad, consulta psicológica previa, método de suicidio, enfermedades médicas y factores familiares se determinó que no guardan influencia significativa con la conducta suicida.

## **9. Recomendaciones**

- Replicar el estudio en las demás ciudades del Ecuador para poder esclarecer y generalizar los resultados acerca de los factores de riesgo y conducta suicida dentro de población clínica, para crear políticas orientadas a solventar dicha problemática de salud.
- Promover en la ciudad de Loja la prevención del Suicidio a través de campañas de psicoeducación haciendo hincapié en el reconocimiento de los factores de riesgo en instituciones educativas de la ciudad.
- Capacitar a los profesionales de salud mental por parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador acerca de lo que es: Suicidio, causas, consecuencias, mitos, creencias, perfil psicológico del suicida, situación actual del suicidio en Ecuador y Loja y factores de riesgo.
- Replicar la presente investigación en poblaciones con un mayor número de participantes para obtener resultados estadísticos mayormente significativos.
- Establecer nuevos estudios por parte de investigadores en el área de salud mental de tipo retrospectivos y longitudinales acerca del suicidio para conocer la prevalencia de esta enfermedad y establecer planes de prevención, promoción y tratamiento.

## 10. Bibliografía

- Abarca, C., Gheza, C., Coda, C., y Elice, B. (2018). Revisión de literatura para identificar escalas estandarizadas de evaluación del riesgo suicida en adultos usuarios de atención primaria de salud. *Medwave*. 18(5), 7246-7246. <https://bit.ly/343vkZJ>
- 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. [Tesis previa a la obtención de especialista en pediatría, Pontifica Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Institucional Ri UCE. <https://bit.ly/3sxBMSd>
- Alcántar, M. (2002). Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar . [Tesis previa para optar por el Título Licenciado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional UADE. <https://bit.ly/3wgPwCv>
- Angulo, W., y Segarra, L. (2019). Ideaciones Suicidas y su Incidencia en el Comportamiento Adolescente. [Tesis previa a la obtención de psicóloga, Universidad Estatal de Milagro]. Repositorio Institucional Ri UNEMI. <https://bit.ly/3JkopKo>
- Bautista, G., Vera, J., Machado, F., y Rodríguez, C. (2022). Depresión, desregulación emocional y estrategias de afrontamientos en adolescentes con conductas de autolesión. *Acta Colombiana de Psicología*. 25(1), 137-150. <https://doi.org/10.14718/acp.2022.25.1.10>
- Bauzá, H. (2021). Miradas sobre el suicidio. Editorial Fondo de Cultura Económica Argentina.
- Beck, A. (1979). *Cognitive thrapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

- Bobes, J., Paz, M., Bascarán, M., Sáiz, P., y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Psiquiatría Editores, S.I.
- Böttcher, R., y Garay, C. (junio de 2021). Prevalencia y factores de riesgo asociados al suicidio en países latinoamericanos. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad*. 21 (1), 61-78.
- Cañón, S., y Carmona, J. (14 de diciembre de 2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes jóvenes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 20 (8), 387-397.  
<https://bit.ly/3DVfHkL>
- Castaño, M. (2017). Aplicación de la eutanasia en el Ecuador en enfermedades terminales: Planteamiento de un litigio estratégico en base a la autonomía personal y derecho a la vida. [Obtención del título de Abogado, Universidad Católica del Ecuador].  
Repositorio Institucional Ri UCE. <https://bit.ly/3Iylwpx>
- Clayton, P. (octubre de 2019). *Conducta suicida*. Manual MSD Versión para público general.  
<https://msdmnls.co/3HMcF2F>
- Contreras, C., y Gutiérrez, A. (2007). Bases biológicas del suicidio. *Revista de divulgación científica y tecnológica de la Universidad Veracruzana*. 10 (1).  
<https://bit.ly/3KSQwSk>
- Dueñas, J. (2017). Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE: evaluación de la ideación suicida en la adolescencia desde una aproximación situacional. [Tesis doctoral, Universitat Rovira I Virgili]. Repositorio Institucional. <https://bit.ly/36yIWNz>
- Feixas i Viaplana, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C., García Grau, E., y Bados López, A. (2012). Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): la versión en español. *Revista de Psicoterapia*, 23 (89), 51-58. <http://hdl.handle.net/2445/65891>
- Ferreira, A., y Lonhi, A. (2014). *Metodología de la investigación vol. I*. Editorial Brujas.

- Folk, J., Loya, J., Alexoudis, E., Tangney, J., Wilson, J., & Barboza, S. (2018). Differences between inmates who attempt suicide and who die by suicide: Staff-identified psychological and treatment-related risk factors. [Diferencias entre los reclusos que intentan suicidarse y los que mueren por suicidio: Factores de riesgo psicológicos y relacionados con el tratamiento identificados por el personal]. *Psychological services*. 15(3), 349-356. <https://doi.org/10.1037/ser0000228>
- García, J. (16 de diciembre de 2020). *El suicidio. Una mirada integral e integradora*. Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó. <https://doi.org/10.21501/9789588943619>
- Gérard, A. (2012). *Depresión: La enfermedad del siglo*. Ediciones Mensaje, S.A.U.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. (2010). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política, Social e Igualdad*. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. <https://bit.ly/3HrauRP>
- Guarín, C., Mena, A., Osorio, D., y Barrera, O. (2022). Comportamiento y distribución del suicidio en la ciudad de Medellín durante el período 2015-2019. *Revista Española de Medicina Legal*. 48(2), 60-65. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2021.09.002>
- Henao, Y., Ponce, J., Zuluaga, I., Posada, S., y Zapata, M. (15 de mayo de 2020). Experiencias traumáticas y resiliencia en población expuesta a la violencia. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*. 2(1), 28-40. <https://doi.org/10.46634/riics.42>
- Hernández, R. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hervás, A. (04 de septiembre de 2020). *Consecuencias de una depresión no tratada*. PSICÓLOGOS ANIMAE. <https://bit.ly/3jKCg2o>

Inspira. (24 de mayo de 2021). *El suicidio: ¿Qué es la Ideación Suicida?*

<https://bit.ly/3tgmsbQ>

Kaslow, N. (2021). *Suicidio en adolescentes: ¿Cuáles son los factores de riesgo?*. Child Mind

Institute. <https://bit.ly/3JOemxo>

Kogan, B. (2017). Factores de riesgo asociados a intento de suicidio en adolescentes. [Tesis para optar por grado académico de Doctor en Medicina, Veritas Liberabit Vos].

Repositorio Institucional USMP. <https://bit.ly/3KL6q18>

Landa, M., Urtecho, O., Mercado, M., y Aguilar, A. (8 de abril de 2022). Factores psicológicos asociados al riesgo suicida en estudiantes universitarios de Honduras.

*Avances en Psicología Latinoamericana*. 40(1), 1-17.

<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8537>

Lecannelier, F. (2018). *El trauma oculto en la infancia*. Penguin Random House Grupo

Editorial. <https://bit.ly/3GsU1fj>

López, C., Sánchez, A., Pérez, M., y Fernández, M. (2008). Impulsividad, autoestima y control cognitivo en la agresividad de adolescente. *eduPsykhé*. 7(1), 81-99.

<https://bit.ly/3vrObsH>

Ma, Z., Wang, D., Zhao, J., Zhu, Y., Zhang, Y., Chen, Z., Jiang, J., Pan, Y., Yang, Z., Zhu, Z., Liu, X., & Fan, F. (2022). Longitudinal associations between multiple mental health problems and suicidal ideation among university students during the COVID-19 pandemic. [Asociaciones longitudinales entre múltiples problemas de salud mental e ideación suicida entre estudiantes universitarios durante la pandemia de COVID-19].

*Journal of affective disorders*. 311(15), 425-431.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.093>

Marroquin, G. (31 de mayo de 2022). *La teoría psicológica interpersonal del comportamiento suicida*. Psicología y Mente. <https://bit.ly/3PTIHPX>

- Ministerio de Salud Pública (diciembre 2021). Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o Intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. <https://bit.ly/34CV3bA>
- Moutier, C. (julio de 2021). *Conducta suicida*. Manual MSD Versión para público general. <https://msdmnls.co/3sud319>
- Navarro, F., Zabala, C., y Ricarte, J. (2019). El trauma infantil como factor de riesgo de conductas suicidas en las prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 21(1), 45-55. <https://bit.ly/3ooVwoL>
- Neira, H. (2018). Suicidio y misiones suicidas: revisitando a Durkheim. *Cinta de moebio*. (62), 140-154. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2018000200140>
- Organización Mundial de la Salud (17 de junio de 2021). Suicidio. <https://bit.ly/3L8yagV>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud (10 de septiembre de 2020). *Pandemia por COVID-19 exacerba los factores de riesgo de suicidio*. PAHO. <https://bit.ly/3upZh0p>
- Ortega, M. (2018). *Comportamiento suicida. Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico*. QARTUPPI. <http://doi.org/10.29410/QTP.18.05>
- Park, E., & Lee, H. (2021). Urban and rural differences in suicidal ideation and associated factors among older Koreans: Results from the Korean National Survey 2012–2013. [Diferencias urbanas y rurales en la ideación suicida y asociados factores entre los coreanos mayores: resultados del National Korean Encuesta 2012-2013]. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01962-7>
- Park, J., & Lee, I. (21 de junio de 2022). Factors influencing suicidal tendencies during COVID-19 pandemic in Korean multicultural adolescents: a cross-sectional study. [Factores que influyen en las tendencias suicidas durante la pandemia de COVID-19

- en coreano adolescentes multiculturales: una muestra transversal estudiantil]. *BMC psychology*. 10(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00867-9>
- Ponce, Y. (mayo de 2017). Calidad de vida y riesgo suicida en los agentes de seguridad penitenciaria. . [Tesis previa para optar por el Título de Psicóloga Clínica, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio Institucional UTA. <https://bit.ly/3zD648r>
- Rangel, C., Suárez, M., y Escobar, F. (2015). Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Revista de la Facultad de Medicina*. 63(4), 707-716. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50849>
- Rasnayake, S., & Navratil, P. (2023). Warning Signs of Elderly Suicide and Factors Affecting Professional Help-Seeking: Case of Sri Lanka. [Señales de advertencia de suicidio de ancianos y factores que afectan la búsqueda de ayuda profesional: caso de Sri Lanka]. *Journal of Population and Social Studies*. 31, 1-19. <https://bit.ly/3Qt7h91>
- Rodríguez, R. (14 de julio de 2020). *¿Qué es la depresión?: Síntomas, consecuencias y tratamiento*. PSIQUION. <https://bit.ly/3ry4OAq>
- Ruppert, F. (1 de enero de 2013). *Trauma, vínculo y constelaciones familiares*. PAIDOS. <https://bit.ly/3B1misl>
- Sanches, M., Nguyen, L., Chung, T., Nestadt, P., Wilcox, H., Coryell, W., Soares, J., & Selvaraj, S. (2022). Anxiety symptoms and suicidal thoughts and behaviors among patients with mood disorders. [Síntomas de ansiedad y pensamientos y conductas suicidas entre pacientes con trastornos del estado de ánimo]. *Journal of affective disorders*. 307, 171-177. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.046>
- Sánchez, A. (17 de mayo de 2018). Relación entre estrés académico e ideación suicida en estudiantes universitarios. *Eureka*. 15(1), 27-38. <https://bit.ly/3SySAml>

- Santos, T., y Camacho, I. (2019). Suicidio consumado y representación de sus factores desencadenantes en la prensa generalista española en 2017. *Comunicación y medios*. 28(40), 28-41. <https://dx.doi.org/10.5354/0719-1529.2019.53844>
- Soriano, F. (2015). *Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud*. PrevInfad. <https://bit.ly/3v81KO1>
- Stenzel, C., Dalkner, N., Unterrainer, H., Birner, A., Bengesser, S., Fellendorf, F., Fink, A., Fleischmann, E., Lenger, M., Maget, A, Platzer, M., Queissner, R., Schönthaler, E., Tmava, A., Reinighaus, E. (15 de agosto de 2022). Effects of metabolic syndrome and obesity on suicidality in individuals with bipolar disorder. [Efectos del síndrome metabólico y la obesidad sobre la tendencia suicida en personas con trastorno bipolar]. *Journal of affective disorders*. 311, 1-7.
- Uliaque, J. (2022). *Los 4 factores de riesgo que hacen aumentar el riesgo de suicidio*. Psicología y Mente. <https://bit.ly/3uMuACJ>
- Villar Cabeza, F. (2022). *Morir antes del suicidio: Prevención en la adolescencia*. Herder Editorial. <https://www.digitaliapublishing.com/a/111774>
- Zhang, L., Cai, H., Bai, W., Zou, S., Feng, K., Li, Y., Liu, H., Du, X., Zeng, Z., Lu, C., Zhang, L., Mi, W., Ding, Y., Yang, J., Jackson, T., Cheung, T., Su, Z., An, F., & Xiang, Y. (2022). Prevalence of suicidality in clinically stable patients with major depressive disorder during the COVID-19 pandemic. [Prevalencia de tendencias suicidas en pacientes clínicamente estables con trastorno depresivo mayor durante la pandemia de COVID-19]. *Journal of affective disorders*. 307, 142-148.

## 11. Anexos

### Anexo 1. Oficio de designación de Director del Trabajo de Titulación.



unl

Universidad  
Nacional  
de Loja

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Facultad  
de la Salud  
Humana

Oficio. No.329- C.PS.CL- FSH-UNL  
Loja, 20 de junio del 2022

Psicóloga Clínica  
Vanessa Romina Pineda Rojas Mgs  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL**  
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el “Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009”, una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que está dirección, la ha designado Directora de Tesis del Proyecto adjunto, denominado: **“CONDUCTA SUICIDA Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, 2022”**, autoría de la Srta. Cinthya Nicole Espinosa Castillo, con C.I 1103986806, estudiante del X ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle mi agradecimiento.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:  
**ANA CATALINA  
PUERTAS**

Dra. Ana Catalina Puertas Mgs  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL**

C/c. Cinthya Nicole Espinosa Castillo.  
Expediente estudiantil  
Archivo

## Anexo 2. Aprobación de Trabajo de Titulación.



unl

Universidad  
Nacional  
de Loja **CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Facultad  
de la Salud  
Humana

Oficio. No. -229- C.PS.CL- FSH-UNL  
Loja, 12 de mayo de 2022

Señorita.  
Cintha Nicole Espinosa Castillo  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL**  
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente me permito hacer conocer que se adjunta la respuesta del informe de **ESTRUCTURA Y COHERENCIA** del Proyecto de Tesis denominado: **“CONDUCTA SUICIDA Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, 2022”**, de su autoría; el mismo fue emitido por la Psic. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas Mgs. docente responsable.

Particular que comunico a usted para los fines correspondientes.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:  
**ANA CATALINA  
PUERTAS  
AZANZA**  
Dra. Ana Puertas Azanza Mgs  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

C/c. Expediente Estudiantil  
Archivo

### Anexo 3. Carta de autorización para la aplicación de reactivos.



Ministerio de Salud Pública

Hospital General Isidro Ayora

Proceso de Docencia e Investigación

Oficio Nro. MSP-CZ7-HIAL-PDI-2022-27-M

Loja, 17 de Mayo del 2022

Srta. Cinthya Nicole Espinosa Castillo.  
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLINICA DE LA UNL.  
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente me permito informar a usted que luego de revisar su Proyecto de Investigación titulado "Conducta suicida y factores de riesgo en pacientes del hospital Isidro Ayora de Loja, 2022", lo encuentro PERTINENTE Y FACTIBLE de realizar, por lo que autorizo el desarrollo del mismo en esta Casa de Salud, para lo cual se comunicará al Responsable de Salud Mental para que se le preste las facilidades del caso para su realización.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente:

Dr. Marco Medina Sarmiento  
**RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HIAL**



## Anexo 4. Certificado del resumen traducción al inglés.

Ministerio  
de Educación

Gobierno  
al Encuentro  
Juntos  
lo logramos



### ESCUELA DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA “ONCE DE NOVIEMBRE”

Dirección: Calle Lic. Leonor Roldan De Tinoco-Cap. Cesar Edmundo Chiriboga Y Néstor Moncada Sánchez  
Teléfono: 2 909-125 Correo: novembrinoarenillas@gmail.com  
Arenillas- El Oro-Ecuador

Arenillas, 01 de septiembre de 2022

Prof. Wilmer Ortiz  
**DOCENTE DE INGLÉS**

#### **CERTIFICA:**

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de la tesis titulada “**Conducta Suicida y Factores de Riesgo en Pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja**” de la autoría de Cinthya Nicole Espinosa Castillo, con número de cédula 1103986806, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, periodo 2022.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que sus intereses convengan.

Atentamente

**PROF. WILMER JOSE ORTIZ ANDUEZA**  
**DOCENTE DE INGLÉS**  
**REGISTRO DE SENE CYT 8622188541**

*Prof. Wilmer Ortiz. Docente de Inglés de la E.E.B “Once de Noviembre” Arenillas- El Oro. Registro de Senecyt 8622188541. Telf: 0992884509. E-mail: wilmer.ortiz@educacion.gob.ec*

## Anexo 5. Consentimiento informado.



UNL

Universidad  
Nacional  
de Loja

### Consentimiento Informado



#### Parte I

Mi nombre es Cinthya Nicole Espinosa Castillo, soy estudiante de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja y me encuentro realizando mi proyecto de tesis de grado, con la intención de identificar los factores de riesgo en la conducta suicida de los pacientes del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja. Además, se destaca que su participación es voluntaria. En el caso de ser necesario puede hablar con otra persona con la que se sienta cómoda sobre la aplicación de la investigación, cabe destacar que si no entiende o comprende alguna palabra me puede comunicar para brindarle toda la información que necesita.

#### Propósito

La presente investigación pretende determinar la relación entre factores de riesgo y conducta suicida en pacientes que acuden al Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

#### Procedimiento y protocolo

En primer lugar, se presenta previa a la manifestación voluntaria para la investigación posteriormente el consentimiento informado, prosiguiendo con la presentación de la investigación para que después se lleva a cabo la aplicación de los diferentes reactivos psicológicos.

#### Selección de participantes

Dirigido para pacientes que acuden al Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja o que ingresan por el servicio de emergencias.

### **Participación voluntaria**

La participación en esta investigación como ya se ha mencionado es voluntaria, se toma en cuenta la decisión personal de participar o no.

### **Duración**

La investigación tendrá la duración de una sesión de 40 minutos.

### **Riesgos**

La investigación no presenta riesgos

### **Beneficios**

Va a promover la psicoeducación y además brindará herramientas para combatir la conducta suicida

### **Confidencialidad**

En la investigación se respeta la confidencialidad de la persona. En donde no se mencionará nombres, ni se compartirá la identidad del usuario.

### **Derecho a negarse o retirarse**

En el caso de no querer ser partícipe de la investigación, no afectará de ninguna manera el trato externo por parte de los médicos tratantes del establecimiento o familiares. Usted puede abandonar la participación en cualquier momento.

### **Parte II**

Fecha: ..../.../.....

Yo \_\_\_\_\_portador de la cédula de identidad número \_\_\_\_\_ . En total conocimiento y comprensión autorizo en participar y brindar la información necesaria para la investigación denominada: Conducta suicida y factores de riesgo en pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja, 2022. Además, manifiesto que:

- He sido informado sobre el procedimiento de la recolección de datos

- Comprendo el estricto control de confidencialidad que se manejará dentro de la investigación.

\_\_\_\_\_

Firma del participante

C.I.:

\_\_\_\_\_

Firma de la investigadora

C.I.:

**Parte III** (En caso de ser menor de edad se llenará este apartado)

Fecha: ...../...../.....

Yo \_\_\_\_\_ portador de la cédula de identidad número \_\_\_\_\_, representante legal de \_\_\_\_\_ portador de la cédula de identidad número \_\_\_\_\_.

En total conocimiento y comprensión

autorizo que participe y brinde la información necesaria para la investigación denominada:

Conducta suicida y factores de riesgo en pacientes del Hospital Isidro Ayora de Loja, 2022.

Además, manifiesto que:

- He sido informado sobre el procedimiento de la recolección de datos
- Comprendo el estricto control de confidencialidad que se manejará dentro de la investigación.

\_\_\_\_\_

Firma del representante legal

C.I.:

\_\_\_\_\_

Firma de la investigadora

C.I.:

## Anexo 6. Tabla de contenido.

**Tabla 21**

*Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y edades.*

	15 a 22 años		23 a 29 años		30 a 36 años		37 a 43 años		44 a 50 años		51 a 57 años		58 a 64 años		Total	
	fi	%	fi	%												
Bajo	9	34,6%	5	25,0%	0	0,0%	1	20,0%	5	50,0%	2	33,3%	2	66,7%	24	33,8%
Medio	9	34,6%	10	50,0%	1	100,0%	3	60,0%	4	40,0%	4	66,7%	1	33,3%	32	45,1%
Alto	8	30,8%	5	25,0%	0	0,0%	1	20,0%	1	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	15	21,1%
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,0%</b>	<b>20</b>	<b>100,0%</b>	<b>1</b>	<b>100,0%</b>	<b>5</b>	<b>100,0%</b>	<b>10</b>	<b>100,0%</b>	<b>6</b>	<b>100,0%</b>	<b>3</b>	<b>100,0%</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** El 33,8% de los participantes presentan ideación suicida baja. Este porcentaje es mayor en las personas del grupo de edad de 58 a 64 años (66,7% de los que pertenecen a este rango de edad cuentan con ideación suicida baja, frente al 0,0% de los que tienen entre 30 a 36 años de edad). Se observa que el 45,1% de las personas tienen ideación suicida media, y este porcentaje es mayor en los participantes de 51 a 57 años. Finalmente, el 21,1% de la población manifestó ideación suicida alta, siendo este porcentaje mayor en el grupo de edad de 15 a 22 años.

**Tabla 22**

*Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida, riesgo suicida e intentos anteriores de suicidio y sector de procedencia*

Ideación Suicida	Urbano		Rural		Total		Riesgo Suicida	Urbano		Rural		Total		Intentos anteriores de Suicidio	Urbano		Rural		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%		fi	%	fi	%	fi	%		fi	%	fi	%	fi	%
Bajo	20	34,5%	4	30,8%	24	33,8%	Leve	3	5,2%	2	15,4%	5	7,0%	Si	33	56,9%	6	46,2%	39	54,9%
Medio	24	41,4%	8	61,5%	32	45,1%	Moderado	29	50,0%	7	53,8%	36	50,7%	No	25	43,1%	7	53,8%	32	45,1%
Alto	14	24,1%	1	7,7%	15	21,1%	Alto	26	44,8%	4	30,8%	30	42,3%							
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>		<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>		<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** Según el sector de procedencia de la población de estudio, el 33,8% tenían ideación suicida en un nivel bajo, siendo este porcentaje casi igual para personas del sector urbano y rural (34,5% y 30,8% respectivamente). Con ideación suicida en un nivel medio con el 45,1% de los participantes, de los cuales el porcentaje es mayor en personas del sector rural (61,5% frente al 41,4% de las personas del sector urbano). Finalmente, el 21,1% presentó ideación suicida alta, siendo este porcentaje mayor en personas del sector urbano, un 24,1% en comparación de las personas del sector rural. En lo que respecta al riesgo suicida; el 7,0% de los participantes según se observa presentó riesgo bajo, siendo el 15,4% del sector rural y 5,2% del urbano. El 50,7% con riesgo moderado, la diferencia de porcentajes es bastante pequeña siendo un 53,8% para el sector rural y 50,0% para el urbano. Además, el 42,3% de las personas presentaron riesgo suicida alto, existiendo un predominio del sector urbano (44,8% en comparación del sector rural). Para finalizar el 54,9% de las personas con intentos anteriores de suicidio manifestaron haber tenido un intento anterior de suicidio, este porcentaje es mayor en las personas del sector urbano (56,9% frente al 46,2% del sector rural). El 45,1% de la población confesaron no tener ningún intento de suicidio, siendo este porcentaje levemente mayor en personas del sector rural (53,8% frente al 43,1% de personas del sector urbano).

**Tabla 23**

*Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y nivel de instrucción.*

	Primaria		Secundaria		Superior		Total	
	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Bajo	3	33,3%	11	42,3%	10	27,8%	24	33,8%
Medio	5	55,6%	10	38,5%	17	47,2%	32	45,1%
Alto	1	11,1%	5	19,2%	9	25,0%	15	21,1%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** Según la Tabla 23 podemos observar que el 33,8% de los participantes presentan ideación suicida baja, existiendo un mayor porcentaje en personas con un nivel de instrucción primaria (42,3% en comparación de personas con un nivel de primaria y superior donde las diferencias estadísticas son pequeñas). En el resto de categorías de la ideación suicida, las diferencias entre el nivel de instrucción son pequeñas.

**Tabla 24**

*Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y nivel de instrucción.*

	Primaria		Secundaria		Superior		Total	
	Fi	%	Fi	%	fi	%	Fi	%
Leve	1	11,1%	2	7,7%	2	5,6%	5	7,0%
Moderado	5	55,6%	15	57,7%	16	44,4%	36	50,7%
Alto	3	33,3%	9	34,6%	18	50,0%	30	42,3%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** El 42,3 de la población presentó riesgo suicida alto, donde el mayor porcentaje se encuentra en personas con un nivel de instrucción superior (50% en comparación del resto de categorías donde los porcentajes son casi iguales).

**Tabla 25**

*Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y nivel de instrucción.*

	Primaria		Secundaria		Superior		Total	
	Fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Si	3	33,3%	16	61,5%	20	55,6%	39	54,9%
No	6	66,7%	10	38,5%	16	44,4%	32	45,1%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** Según la Tabla 25 podemos observar que el 54,9% de participantes confesaron haber tenido un intento anterior de suicidio, este porcentaje es mayor en las personas con un nivel de instrucción secundaria, frente al 55,6% de los que tienen un nivel superior. Por otro lado, el 45,1% de la población no tuvieron ningún intento de suicidio, donde el 66,7% contaban con un nivel de instrucción primaria.

**Tabla 26**

*Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y estado civil*

	Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		Total	
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si	28	63,6%	3	42,9%	6	50,0%	2	25,0%	39	54,9%
No	16	36,4%	4	57,1%	6	50,0%	6	75,0%	32	45,1%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** El 54,9% de los participantes manifestaron haber tenido intentos anteriores de suicidio, este porcentaje es mayor en las personas solteras. Dijeron no haber tenido ningún intento anterior de suicidio el 45,1% de la población, y este porcentaje es mayor en personas viudas.

**Tabla 27**

*Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y nivel socioeconómico*

	Bajo		Medio Bajo		Medio Alto		Alto		Total	
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Bajo	2	50,0%	11	24,4%	11	50,00%	0	0,0%	24	33,8%

Medio	2	50,0%	23	51,1%	7	31,8%	0	0,0%	32	45,1%
Alto	0	0,0%	11	24,4%	4	18,2%	0	0,0%	15	21,1%
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** Según la Tabla 27 podemos observar que 21,1% de los participantes con riesgo suicida alto tenían un nivel socioeconómico medio bajo, en el resto de categorías las diferencias entre las variables son pequeñas.

### Tabla 28

*Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y nivel socioeconómico*

	Bajo		Medio Bajo		Medio Alto		Alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Leve	0	0,0%	3	3,0%	2	9,1%	0	0,0%	5	7,0%
Moderado	3	75,0%	21	21,0%	12	54,5%	0	0,0%	36	50,7%
Alto	1	25,0%	21	21,0%	8	36,4%	0	0,0%	30	42,3%
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** Según la Tabla 28 podemos observar que el 50,7% de la población presentó riesgo suicida moderado, este porcentaje es mayor en personas con un nivel socioeconómico bajo, 75,0%. El 42,3% de los participantes con riesgo alto contaban con un nivel socioeconómico medio alto.

**Tabla 29**

*Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y nivel socioeconómico*

	<b>Bajo</b>		<b>Medio Bajo</b>		<b>Medio Alto</b>		<b>Alto</b>		<b>Total</b>	
	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Si	4	100,0%	25	55,6%	10	45,5%	0	0,0%	39	54,9%
No	0	0,0%	20	44,4%	12	54,5%	0	0,0%	32	45,1%
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** El 54,9% de los participantes confesaron haber tenido por lo menos un intento anterior de suicidio, este porcentaje es mayor en las personas con un nivel socioeconómico bajo, 100%. Por otro lado, el 45,1% no presentaron ningún intento anterior de suicidio, teniendo un mayor porcentaje (54,5%) en personas con un nivel socioeconómico medio alto.

**Tabla 30**

*Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y ocupación*

	<b>Trabajo estable a tiempo completo</b>		<b>Trabajo a medio tiempo</b>		<b>Trabajo ocasionalmente</b>		<b>En búsqueda de empleo</b>		<b>No tiene trabajo</b>		<b>Estudiante</b>		<b>Ama de casa</b>		<b>Total</b>	
	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Bajo	5	71,4%	1	33,3%	4	36,4%	1	16,7%	2	25,0%	9	30,0%	2	33,3%	24	33,8%
Medio	2	28,6%	2	66,7%	3	27,3%	5	83,3%	5	62,5%	11	36,7%	4	66,7%	32	45,1%
Alto	0	0,0%	0	0,0%	4	36,4%	0	0,0%	1	12,5%	10	33,3%	0	0,0%	15	21,1%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** Según la Tabla 30 podemos observar que el 33,8% de los participantes con ideación suicida baja cuentan con trabajo estable a tiempo completo. El 45,1% de personas con ideación suicida media se encontraban en búsqueda de empleo y finalmente el 21,1% de la población con ideación suicida alta presentó porcentajes casi iguales tanto para las personas que buscaban trabajo ocasionalmente y aquellos que eran estudiantes (36,4% y 33,3% respectivamente).

**Tabla 31**

*Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y ocupación*

	Trabajo estable a tiempo completo		Trabajo a medio tiempo		Trabajo ocasionalmente		En búsqueda de empleo		No tiene trabajo		Estudiante		Ama de casa		Total	
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Leve	1	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	16,7%	1	12,5%	1	3,3%	1	16,7%	5	7,0%
Moderado	6	85,7%	1	33,3%	6	54,5%	3	50,0%	3	37,5%	13	43,3%	4	66,7%	36	50,7%
Alto	0	0,0%	2	66,7%	5	45,4%	2	33,3%	4	50,0%	16	53,3%	1	16,7%	30	42,3%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** El 50,7% de los participantes reveló contar con riesgo moderado. Este porcentaje es mayor en las personas que tienen trabajo estable a tiempo completo y; el 42,3% con riesgo alto fueron aquellas personas que contaban con trabajo a medio tiempo. En el resto de categorías las diferencias eran pequeñas.

**Tabla 32***Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y ocupación*

	Trabajo estable a tiempo completo		Trabajo a medio tiempo		Trabajo ocasionalmente		En búsqueda de empleo		No tiene trabajo		Estudiante		Ama de casa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si	4	57,1%	2	66,7%	2	18,2%	2	33,3%	5	62,5%	21	70,0%	3	50,0%	39	54,9%
No	3	42,9%	1	33,3%	9	81,8%	4	66,7%	3	37,5%	9	30,0%	3	50,0%	32	45,1%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS**Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** Según lo que se observa en la Tabla 32, el 45,1 de participantes confesó no haber tenido intentos anteriores de suicidio y tener trabajo ocasionalmente, mientras que aquellas personas que contaban con intentos anteriores de suicidio no presentaron diferencias significativas entre sus categorías.

**Tabla 33**

*Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y trastornos afectivos*

	Depresión mayor		Ciclotimia		Distimia		No presenta		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Bajo	11	32,4%	0	0,0%	4	44,4%	9	33,3%	24	33,9%
Medio	17	50,0%	1	100,0%	3	33,3%	11	40,7%	32	45,1%
Alto	6	17,6%	0	0,0%	2	22,2%	7	25,9%	15	21,2%
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** El 33,9% de la población con ideación suicida baja presentó Distimia, seguidamente el 45,1% tenía ideación suicida media; siendo este porcentaje mayor en personas con ciclotimia. El resto de categorías no cuenta con diferencias significativas.

**Tabla 34**

*Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y trastornos afectivos*

	Depresión mayor		Ciclotimia		Distimia		No presenta		Total	
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Leve	3	8,8%	0	0,0%	0	0,0%	2	7,4%	5	7,0%
Moderado	16	47,1%	1	100,0%	5	55,6%	14	52,9%	36	50,7%
Alto	15	44,1%	0	0,0%	4	44,4%	11	40,7%	30	42,3%
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** El 50,7% de los participantes manifestaron riesgo suicida moderado. Este porcentaje es mayor en personas con ciclotimia. En el resto de categorías de riesgo suicida, las diferencias entre los trastornos afectivos, son pequeñas .

**Tabla 35**

*Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y trastornos de personalidad*

	Trastorno límite		Trastorno antisocial		No presenta		Total	
	fi	%	Fi	%	Fi	%	fi	%
Bajo	3	25,0%	0	0,0%	21	36,2%	24	33,8%
Medio	3	25,0%	1	100,0%	28	48,3%	32	45,1%
Alto	6	50,0%	0	0,0%	9	15,5%	15	21,1%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** Según lo que se observa en la Tabla 35 el 33,8% de personas con ideación suicida baja, el 36,2% no presentó ningún trastorno de personalidad, seguido de personas con personalidad límite. El 45,1% de la población con ideación suicida media presentó trastorno antisocial. Finalmente, el 21,1% de participantes con ideación suicida alta, el 50% de participantes manifestó tener personalidad límite.

**Tabla 36**

*Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y trastornos de personalidad*

	Trastorno límite		Trastorno antisocial		No presenta		Total	
	fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Leve	0	0,0%	0	0,0%	5	8,6%	5	7,0%
Moderado	4	33,4%	0	0,0%	32	55,2%	36	50,7%
Alto	8	66,7%	1	100,0%	21	36,2%	30	42,3%

<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>
--------------	-----------	-------------	----------	-------------	-----------	-------------	-----------	--------------

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** Según lo observado en la Tabla 36 el 42,3% de las personas con riesgo suicida alto, el 100,0% presentó trastorno antisocial. En el resto de categorías de riesgo suicida, las diferencias entre trastornos de personalidad son pequeñas.

### Tabla 37

*Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y trastornos de personalidad*

	Trastorno límite		Trastorno antisocial		No presenta		Total	
	Fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Si	8	66,7%	1	100,0%	30	41,7%	39	54,9%
No	4	33,3%	0	0,0%	28	48,3%	32	45,1%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** Del 54,9% de los participantes que confesaron tener intentos anteriores de suicidio el 100,0% presentó trastorno antisocial, mientras que el 45,1% sin intentos anteriores no presentó ningún trastorno de personalidad.

### Tabla 38

*Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y trastornos de ansiedad*

	Ansiedad		Trastorno de pánico		No presenta		Total	
	Fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Bajo	6	35,3%	4	36,4%	14	32,6%	24	33,8%
Medio	6	35,3%	4	36,4%	22	51,2%	32	45,1%

Alto	5	29,4%	3	27,3%	7	16,3%	15	21,1%
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** El 45,1% de personas con ideación suicida media, el 51,2% no presentó ningún trastorno de ansiedad y en el resto de categorías no se evidenció diferencias significativas.

### Tabla 39

*Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y trastornos de ansiedad*

	Ansiedad		Trastorno de pánico		No presenta		Total	
	fi	%	Fi	%	Fi	%	fi	%
Leve	0	0,0%	1	9,1%	4	9,3%	5	7,0%
Moderado	9	52,9%	2	18,2%	25	58,1%	36	60,7%
Alto	8	47,1%	8	72,7%	14	32,6%	30	42,3%
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** El 42,3% de población con riesgo suicida alto, el 47,1% presentó un trastorno de ansiedad, mientras que el resto de categorías no evidenció ninguna diferencia significativa.

**Tabla 40**

*Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y trastornos de ansiedad*

	Ansiedad		Trastorno de pánico		No presenta		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si	7	41,2%	7	63,6%	25	58,1%	39	54,9%
No	10	58,8%	4	36,4%	18	41,9%	32	45,1%
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** El 54,9% de los participantes si cuentan con un intento anterior de suicidio. Este porcentaje es mayor en personas con trastorno de pánico. Dijeron no tener ningún intento anterior de suicidio, el 45,1%, y este porcentaje es mayor en personas con ansiedad.

**Tabla 41**

*Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida, riesgo suicida e intentos anteriores de suicidio y otros trastornos mentales.*

Ideación Suicida	Consumo de alcohol		No presenta		Total		Riesgo Suicida	Consumo de alcohol		No presenta		Total		Intentos anteriores de Suicidio	Consumo de alcohol		No presenta		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%		fi	%	fi	%	fi	%		fi	%	fi	%	fi	%
Bajo	13	29,5%	11	40,7%	24	33,8%	Leve	3	6,8%	2	7,4%	5	7,0%	Si	26	59,1%	13	48,1%	39	54,9%
Medio	19	43,2%	13	48,1%	32	45,1%	Moderado	17	38,6%	19	70,4%	36	50,7%	No	18	40,9%	14	51,9%	32	45,1%
Alto	12	27,3%	3	11,1%	15	21,1%	Alto	24	54,5%	6	22,2%	30	42,3%							
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>		<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>		<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** El 33,8% de participantes presentó ideación suicida baja. Este porcentaje es mayor en personas que no presenta ningún trastorno mental. El 21,1% de la población con ideación suicida alta, el 27,3% manifestó consumir alcohol. El 50,7% de personas con riesgo

moderado no cuenta con ningún trastorno mental y el 42,3% de participantes con riesgo alto tenía una comorbilidad con el consumo de alcohol. Mientras que entre trastornos mentales e intentos anteriores de suicidio no se observa diferencias estadísticas significativas.

**Tabla 42**

*Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y número de veces que trataron de quitarse la vida*

	Una		Dos		Tres o más		Ninguno		Total	
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Bajo	4	33,3%	5	26,3%	3	37,5%	12	37,5%	24	33,8%
Medio	6	50,0%	10	52,6%	1	12,5%	15	46,9%	32	45,1%
Alto	2	16,7%	4	21,1%	4	50,0%	5	15,6%	15	21,1%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** El 21,1% de los participantes presentó ideación suicida alta, este porcentaje es mayor en personas que trataron de quitarse la vida tres veces o más.

**Tabla 43**

*Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y número de veces que trataron de quitarse la vida*

	Una		Dos		Tres o más		Ninguno		Total	
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Leve	0	0,0%	2	10,5%	1	12,5%	2	6,3%	5	7,0%
Moderado	8	66,7%	8	42,1%	1	12,5%	19	59,4%	36	50,7%
Alto	4	33,3%	9	47,4%	6	75,0%	11	34,4%	30	42,3%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** El 50,7% de población con riesgo moderado, presentó en un 66,7% un intento anterior de suicidio.

**Tabla 44**

*Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida, riesgo suicida e intentos anteriores de suicidio y consulta psicológica y psiquiátrica previa*

Ideación Suicida	Si		No		Total		Riesgo Suicida	Si		No		Total		Intentos anteriores de Suicidio	Si		No		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%		fi	%	fi	%	fi	%		Fi	%	fi	%	fi	%
Bajo	12	31,6%	12	36,4%	24	33,8%	Leve	1	2,6%	4	12,1%	5	7,0%	Si	23	60,5%	16	48,5%	39	54,9%
Medio	17	44,7%	15	45,5%	32	45,1%	Moderado	18	47,4%	18	54,5%	36	50,7%	No	15	39,5%	17	51,5%	32	45,1
Alto	9	23,7%	6	18,2%	15	21,1%	Alto	19	50,0%	11	33,3%	30	42,3%							
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>		<b>38</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>		<b>38</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** Según lo que se observa en la Tabla 44 el 42,3% de los participantes reportó riesgo suicida alto, siendo más prevalente en personas que tuvieron consulta psicológica o psiquiátrica previa, además el 54,9% de personas que participaron en la investigación reportaron haber tenido un intento previo de suicidio, siendo el porcentaje mayor en personas que acudieron al psicólogo o psiquiatra con anterioridad.

**Tabla 45**

*Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida, riesgo suicida e intentos anteriores de suicidio y existencia de alguna enfermedad física.*

Ideación Suicida	Si		No		Total		Riesgo Suicida	Si		No		Total		Intentos anteriores de Suicidio	Si		No		Total	
	fi	%	fi	%	Fi	%		fi	%	fi	%	fi	%		fi	%	fi	%	fi	%
			15							3							26			
Bajo	9	37,5%		31,9%	24	33,8%	Leve	2	8,3%		6,4%	5	7,0%	Si	13	54,2%		55,3%	39	54,9%
			22								24									
Medio	10	41,7%		46,8%	32	45,1%	Moderado	12	50,0%		51,1%	36	50,7%							
			10								20			No	11	45,8%	21	44,7%	32	45,1%
Alto	5	20,8%		21,3%	15	21,1%	Alto	10	41,7%		42,6%	30	42,3%							
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>		<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>		<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** Según lo que se observa en la Tabla 45 no existen diferencias estadísticas significativas entre ideación, riesgo o intentos anteriores de suicidio y la existencia de alguna enfermedad física, éstas son pequeñas o inexistentes.

**Tabla 46***Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y enfermedad física*

	Insuficiencia renal		Cáncer		SIDA		Cefaleas incoercibles		Ninguna		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Bajo	1	100,0%	1	50,0%	1	50,0%	6	31,6%	15	31,6%	24	33,8%
Medio	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	9	47,4%	22	47,4%	32	45,1%
Alto	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	4	21,1%	10	21,1%	15	21,1%
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS**Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** El 33,8% de los participantes evidenció ideación suicida baja. Este porcentaje es mayor en personas con insuficiencia renal. El resto de categorías no cuenta con diferencias significativas.

**Tabla 47***Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y enfermedad física*

	Insuficiencia renal		Cáncer		SIDA		Cefaleas incoercibles		Ninguna		Total	
	Fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%	Fi	%	fi	%
Leve	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	5,3%	3	6,4%	5	7,0%
Moderado	0	0,0%	1	50,0%	2	100,0%	9	47,4%	24	51,1%	36	50,7%
Alto	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	9	47,4%	20	42,6%	30	42,3%
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS**Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** A través de la Tabla 47 no existen diferencias estadísticas significativas entre ideación, riesgo o intentos anteriores de suicidio y la existencia de alguna enfermedad física, éstas son pequeñas o inexistentes.

**Tabla 48**

*Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y enfermedad física*

	Insuficiencia renal		Cáncer		SIDA		Cefaleas incoercibles		Ninguna		Total	
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Si	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	12	63,2%	26	55,3%	39	54,9%
No	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	7	36,8%	21	44,7%	32	45,1%
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** En la Tabla 48 se puede observar que no existen diferencias estadísticas significativas entre ideación, riesgo o intentos anteriores de suicidio y la existencia de alguna enfermedad física, éstas son pequeñas o inexistentes.

**Tabla 49**

*Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y estructura familiar*

	Nuclear		Monoparental		Unipersonal		Compuesta		Ampliada		Polinucleares		Total	
	fi	%	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Bajo	12	40,0%	3	18,8%	7	33,3%	1	100,0%	0	0,0%	1	50,0%	24	33,8%
Medio	11	36,7%	9	56,3%	11	52,4%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	32	45,1%
Alto	7	23,3%	4	25,0%	3	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	15	21,1%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** El 33,8% de la población objeto de estudio reveló ideación suicida baja. Este porcentaje es mayor en personas con una estructura familiar compuesta (100%). El 45,1% con ideación suicida en un nivel medio el 100% presentó una familia ampliada. Y el 21,1% con ideación suicida alta, el 50,0% evidenció una familia polinuclear.

**Tabla 50**

*Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y estructura familiar*

	Nuclear		Monoparental		Unipersonal		Compuesta		Ampliada		Polinucleares		Total	
	fi	%	fi	%	Fi	%	Fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Leve	2	6,7%	0	0,0%	3	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	7,0%
Moderado	15	50,0%	6	37,5%	12	57,1%	1	100,0%	1	100,0%	1	50,0%	36	50,7%
Alto	13	43,3%	10	62,5%	6	28,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	30	42,3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** Del 7,07% de personas con riesgo suicida leve, el 14,3% tuvo una familia unipersonal; el 50,7% presentó riesgo moderado. Este porcentaje fue mayor en personas con familia compuesta. Y el 42,3% de personas con riesgo alto, el 62,5% reveló tener una familia monoparental.

**Tabla 51**

*Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y estructura familiar*

	Nuclear		Monoparental		Unipersonal		Compuesta		Ampliada		Polinucleares		Total	
	fi	%	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%
Si	17	56,7%	10	62,5%	10	47,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	39	54,9%
No	13	43,3%	6	37,5%	11	52,4%	1	100,0%	1	100,0%	0	0,0%	32	45,1%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** Del 54,9% de personas que confesaron haber tenido un intento anterior de suicidio, el 62,5% presentó una estructura familiar monoparental.

**Tabla 52**

*Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida e intento de suicidio de un familiar cercano*

	Si		No		No sabe		Total	
	Fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%
Bajo	4	40,0%	7	33,3%	13	32,5%	24	33,8%
Medio	2	20,0%	10	47,6%	20	50,0%	32	45,1%
Alto	4	40,0%	4	19,0%	7	17,5%	15	21,1%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** El 33,8% de participantes con ideación suicida baja, el 40% tenía un familiar que trato de quitarse la vida. El 45,1% de población con ideación suicida media, el porcentaje de 50% no sabía si algún familiar trato de acabar con su vida. Y el 21,1% que manifestó una ideación suicida alta, el 40% si contaba con que un familiar suyo trato de quitarse la vida en alguna ocasión.

**Tabla 53**

*Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida e intento de suicidio de un familiar cercano*

	Si		No		No sabe		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%
Leve	0	0,0%	2	9,5%	3	7,5%	5	7,0%
Moderado	3	30,0%	10	47,6%	23	57,5%	36	50,7%
Alto	7	70,0%	9	42,9%	14	35,0%	30	42,3%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** El 50,7% de personas con riesgo moderado de suicidio, el porcentaje de 57,5% reveló no saber si algún familiar suyo trato de quitarse la vida. Mientras que del 42,3% de participantes con riesgo alto, el 70% mencionó que algún familiar suyo trato de quitarse la vida en alguna ocasión.

**Tabla 54**

*Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio e intento de suicidio de un familiar cercano*

	Si		No		No sabe		Total	
	Fi	%	Fi	%	fi	%	Fi	%
Si	3	30,0%	13	61,9%	23	57,5%	39	54,9%
No	7	70,0%	8	38,1%	17	42,5%	32	45,1%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** El 54,9% de las personas que manifestaron haber tenido un intento anterior de suicidio, el 61,9% no sabía si algún familiar suyo trato de acabar con su vida en alguna ocasión, mientras que del 45,1% de personas que no trataron de quitarse la vida, el 70,0% contaban con el antecedente de que algún familiar suyo había tenido un intento autolítico previo.

**Tabla 55**

*Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y conflictos familiares*

	Discusiones verbales		Divorcio de los padres		Maltrato físico entre los padres		Muerte de un familiar cercano		Formación de una nueva familia		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Bajo	14	35,0%	1	16,7%	5	33,3%	0	0,0%	4	66,7%	24	33,8%
Medio	18	45,0%	3	50,0%	7	46,7%	3	75,0%	1	16,7%	32	45,1%
Alto	8	20,0%	2	33,3%	3	20,0%	1	25,0%	1	16,7%	15	21,1%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** El 33,8% de participantes con ideación suicida baja, el 66,% presentó haber experimentado la formación de una nueva familia. Del 45,1% de personas con ideación suicida media, el 75% atravesó la muerte de un familiar cercano. Y finalmente el 21,1% de población con ideación alta, el 33% le hizo frente al divorcio de sus padres.

**Tabla 56***Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y conflictos familiares*

	Discusiones verbales		Divorcio de los padres		Maltrato físico entre los padres		Muerte de un familiar cercano		Formación de una nueva familia		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Leve	2	5,0%	0	0,0%	3	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	7,0%
Moderado	23	57,5%	1	16,7%	7	46,7%	2	50,0%	3	50,0%	36	50,7%
Alto	15	37,5%	5	83,3%	5	33,3%	2	50,0%	3	50,0%	30	42,3%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS**Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** Del 7,0% de población con riesgo leve, el 20% experimentó el maltrato físico entre sus padres. El 50,7 que contó con riesgo moderado, su 57,5% fue testigo de discusiones verbales de sus familiares y el 42,3% de personas con riesgo alto de suicidio, el 83,3% le hizo frente al divorcio de sus padres.

**Tabla 57***Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y conflictos familiares*

	Discusiones verbales		Divorcio de los padres		Maltrato físico entre los padres		Muerte de un familiar cercano		Formación de una nueva familia		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si	22	55,0%	5	83,3%	6	40,0%	3	75,0%	3	50,0%	39	54,9%
No	18	45,0%	1	16,7%	9	60,0%	1	25,0%	3	50,0%	32	45,1%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** Del 54,9% de personas con un intento previo de suicidio, el 83,3% a través del divorcio de sus padres, mientras que aquellas personas que nunca tuvieron un intento anterior de suicidio (45,1%), el 60% fue testigo del maltrato físico entre los padres.

**Tabla 58**

*Distribución de los participantes según nivel de ideación suicida y antecedentes de enfermedades mentales dentro de la familia*

	No		Si, Padre		Si, Madre		Si, Ambos		Si, Otros		Total	
	fi	%										
Bajo	13	30,2%	3	30,0%	3	25,0%	1	50,0%	4	100,0%	24	33,8%
Medio	23	53,5%	4	40,0%	5	41,7%	0	0,0%	0	0,0%	32	45,1%
Alto	7	16,3%	3	30,0%	4	33,3%	1	50,0%	0	0,0%	15	21,1%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.

**Análisis:** El 33,8% de los participantes presentó ideación suicida leve. Este porcentaje fue mayor en haber presentado enfermedades mentales dentro de la familia a excepción de padres (con un 100%). Con un 45,1% la población evidenció ideación suicida media, con mayor prevalencia en no contar con enfermedades mentales dentro de la familia en un 53,5%. Y finalmente el 21,1 de personas presentó ideación suicida alta, con un porcentaje más alto en personas donde ambos padres tenían enfermedades mentales.

**Tabla 59**

*Distribución de los participantes según nivel de riesgo suicida y antecedentes de enfermedades mentales dentro de la familia*

	No		Si, Padre		Si, Madre		Si, Ambos		Si, Otros		Total	
	fi	%										
Leve	5	11,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	7,0%
Moderado	22	51,2%	5	50,0%	6	50,0%	0	0,0%	3	75,0%	36	50,7%
Alto	16	37,2%	5	50,0%	6	50,0%	2	100,0%	1	25,0%	30	42,3%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** El 7,0% de personas que participaron en la investigación presentó riesgo leve de suicidio. Este porcentaje fue mayor en personas donde no existió enfermedades mentales dentro de su familia. El 50,7% de los participantes con riesgo suicida moderado, el 75% presentó otros miembros de su familia con enfermedades mentales. Finalmente, del 42,3% de personas con riesgo alto de suicidio el 100% contó con ambos padres con antecedentes de enfermedades mentales.

**Tabla 60**

*Distribución de los participantes según intentos anteriores de suicidio y antecedentes de enfermedades mentales dentro de la familia*

	No		Si, Padre		Si, Madre		Si, Ambos		Si, Otros		Total	
	fi	%										
Si	21	70,0%	7	70,0%	7	58,3%	1	50,0%	3	75,0%	39	54,9%
No	22	30,0%	3	30,0%	5	41,7%	1	50,0%	1	25,0%	32	45,1%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente: Base de datos SPSS*

*Elaborado por: Cinthya Nicole Espinosa Castillo.*

**Análisis:** A través de la Tabla 60 no existen diferencias estadísticas significativas entre intentos anteriores de suicidio y antecedentes de enfermedades dentro de la familia.

## Anexo 7. Escala de Ideación Suicida.

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

1

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

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

## Anexo 8. 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:

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

#### **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.

## Anexo 9. Encuesta socioeconómica y demográfica.

### SECCIÓN A: Factores demográficos y sociales

- Sector de procedencia                      Urbano ( )                      Rural ( )
- Edad .....
- Sexo:    Femenino ( )                      Masculino ( )
- Nivel de instrucción
  - Analfabeto                      ( )
  - Primaria                      ( )
  - Secundaria                      ( )
  - Superior                      ( )
- Estado civil
  - Soltero                      ( )
  - Casado                      ( )
  - Divorciado                      ( )
  - Viudo                      ( )
- Nivel socioeconómico
  - Bajo                      ( )
  - Medio bajo                      ( )
  - Medio alto                      ( )
  - Alto                      ( )
- Ocupación
  - Trabajo estable a tiempo completo                      ( )
  - Trabajo a medio tiempo                      ( )
  - Trabajo ocasionalmente                      ( )

- En búsqueda de empleo ( )
- No tiene trabajo ( )
- Estudiante ( )
- Ama de casa ( )
- Otros (Especifique): .....

**SECCIÓN B:** *Factores psicológicos y psiquiátricos*

➤ Antecedentes personales de:

**Esta sección será completada  
por la investigadora**

➤ Trastornos afectivos

- Depresión mayor ( )
- Trastorno Bipolar I ( )
- Trastorno Bipolar II ( )
- Ciclotimia ( )
- Distimia ( )

➤ Trastornos de personalidad

- Trastorno límite ( )
- Trastorno antisocial ( )

➤ Trastornos de ansiedad

- Ansiedad ( )
- Trastorno de pánico ( )

➤ Otros trastornos mentales

- Consumo de licor o alcohol hasta sentirse embriagado

( ) SI ( ) NO

Coloque el número de veces por semana ( )

Edad de inicio ( )

▪ Esquizofrenia ( )

▪ Delirium, demencia u otro trastorno cognitivo ( )

➤ Intentos anteriores de suicidio

( ) SI ( ) NO

Número de veces

( ) Una

( ) Dos

( ) Tres o más

Método utilizado

.....

➤ Consulta psicológica o psiquiátrica previa

( ) SI ( ) NO

Motivo.....

### **SECCIÓN C: Factores de enfermedades médicas no psiquiátricas**

➤ Existencia de alguna enfermedad física

( ) SI ( ) NO

➤ Especifique:

▪ Insuficiencia renal ( )

▪ Cáncer ( )

▪ SIDA ( )

▪ Neuralgia de trigémino ( )

▪ Cefaleas incoercibles ( )

### **SECCIÓN D: Antecedentes familiares**

➤ Estructura familiar

○ Nuclear ( )

○ Monoparental ( )

- Unipersonal ( )
- Compuesta ( )
- Ampliada ( )
- Polinucleares ( )

➤ Intento de suicidio de un familiar cercano

- SI                      ¿Quién?.....
- NO                      ( ) NO SABE

➤ Conflictos familiares

- Discusiones verbales ( )
- Divorcio de los padres ( )
- Maltrato físico entre los padres ( )
- Muerte de un familiar cercano ( )
- Formación de una nueva familia ( )
- Ninguno ( )
- Otros.....

➤ Antecedentes de enfermedades mentales dentro de la familia

- No ( )
- Sí, Padre ( )
- Sí, Madre ( )
- Sí, ambos ( )
- No sabe ( )
- Otros (especificar) .....

## Anexo 10. Protocolo de intervención para conducta suicida.

### PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PARA CONDUCTA SUICIDA EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA.

## CONDUCTA SUICIDA

### Protocolo

Cuando hablamos de suicidio hacemos referencia al acto deliberado de quitarse la vida. La conducta suicida es toda conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, que puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e incluso llevar a la persona a la muerte.

**El presente protocolo de actuación diseñado y ajustado para la presente investigación desarrollada en el Hospital Isidro Ayora será puesto en acción en uno de los siguientes casos:**

**1** Existe riesgo suicida

**2** Conducta suicida latente

## PROTOCOLOS ACCIÓN

Las preguntas que indagan sobre el suicidio NO provocan actos de autolesión. A menudo reducen la ansiedad asociada a pensamientos o actos y ayudan a que la persona se sienta comprendido

### Riesgo inminente de autolesión/suicidio

- Inicie trámite de internamiento hospitalario
- Active el apoyo psicosocial y familiar
- Atender el estado mental y alteración emocional
- Comuníquese con el contacto de emergencia del paciente
- Cree un entorno seguro y propicio; si es posible, ofrezca PAP en un área tranquila y separada hasta que llegue su contacto de emergencia.
- Asignar un miembro del personal para asegurar la seguridad de la persona

### Riesgo de autolesión/suicidio

- Elimine medios de autolesión/suicidio
- NO deje sola a la persona
- Proporcione psicoeducación a la persona y a sus cuidadores.
- Active el apoyo psicosocial y familiar
- Ofrezcales apoyo a los cuidadores.
- Mantenga contacto regular y seguimiento periódico

## EVALUACIÓN

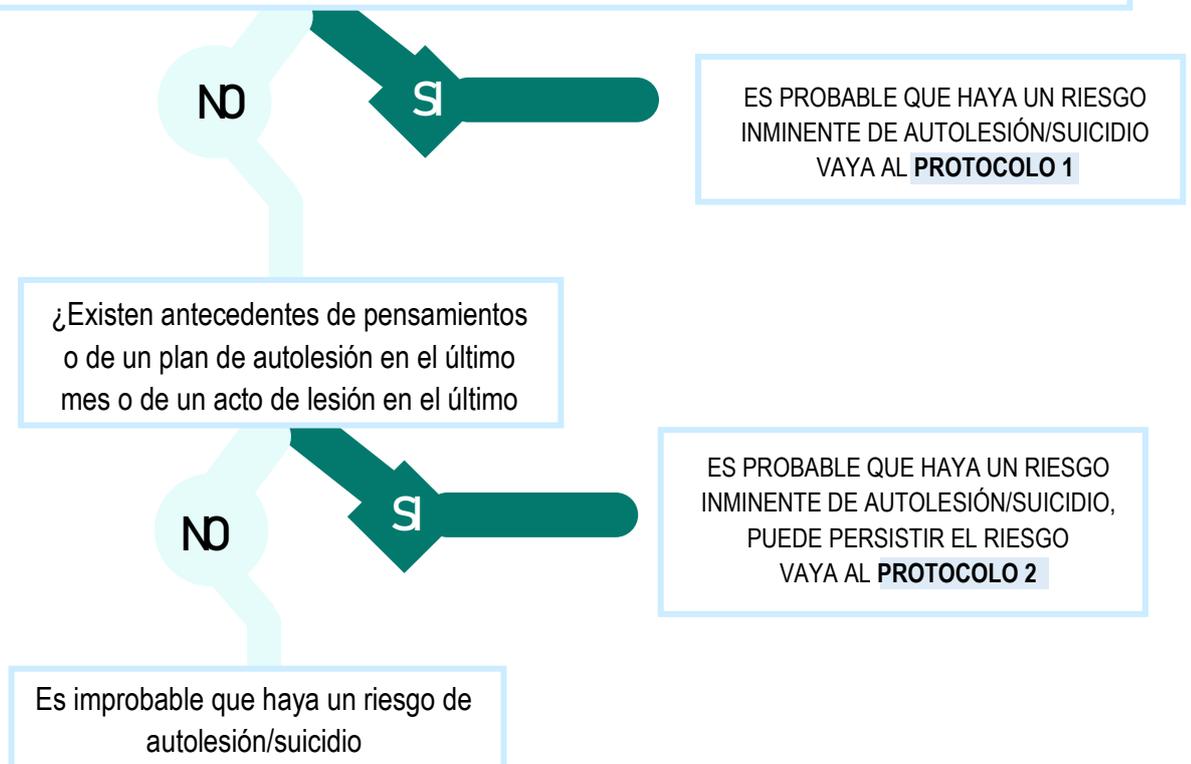
Si la persona presenta alguno de los siguientes signos y síntomas aplique el protocolo:

*Desesperanza y desesperación extremas, pensamientos/planes/actos del presente de autolesión o suicidio.*

### ¿Existe riesgo inminente de autolesión/suicidio?

Pregunta 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 de un plan de autolesión en el último mes, o de un acto de autolesión en el último, en una persona que ahora está extremadamente agitada, violenta, afligida o no se comunica.



Anexo 11. Hoja de autorregistro de pensamiento.



NOMBRE

\_\_\_\_\_

FECHA

\_\_\_\_\_

*Nabla  
prevención*

A	B	C	D	D
SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	PENSAMIENTO ALTERNATIVO	EMOCIÓN ALTERNATIVA

## Anexo 12. Lista de actividades positivas.

### LISTA DE ACTIVIDADES POSITIVAS.

1. Planear algo agradable
2. Salir (de paseo, de compras, al campo)
3. Ir a ver un espectáculo
4. Salir de viaje
5. Ir a una reunión, clase o conferencia
6. Asistir a una reunión social
7. Hacer deporte o jugar solo
8. Pasar tiempo con un hobby o un proyecto
9. Entretenerse en casa (leyendo, escuchando música, con videojuegos, viendo TV)
10. Hacer algo para uno mismo (comprarse algo, cocinarse, vestirse bien)
11. Pasar tiempo relajándose
12. Arreglarse, asearse
13. Insistir en una tarea difícil
14. Termina una tarea desagradable
15. Hacer bien un trabajo
16. Cooperar con alguien en una tarea común
17. Hacer algo especial para alguien, ser generoso
18. Buscar la compañía de otras personas
19. Iniciar una conversación
20. Discutir un tema divertido o interesante
21. Expresarse de manera franca, clara, abierta
22. Jugar con animales o niños
23. Premiar o alabar a alguien
24. Demostrar amor
25. Recibir cumplidos, premios o atención

*Planear  
prevenir*



### Anexo 13. Escala de satisfacción del programa.

(Feixas et al., 2012)



#### Escala de satisfacción del programa



	<b>En general, ¿Qué tan satisfecho/a está con programa en el que participó?</b>	<input type="checkbox"/>
0	Completamente insatisfecho/a	<input type="checkbox"/>
1	Muy insatisfecho/a	<input type="checkbox"/>
2	Algo insatisfecho/a	<input type="checkbox"/>
3	Bastante satisfecho/a	<input type="checkbox"/>
4	Muy satisfecho/a	<input type="checkbox"/>
5	Completamente satisfecho/a	<input type="checkbox"/>
	<b>¿En que medida le ha ayudado el programa en relación al problema que presentaba?</b>	<input type="checkbox"/>
0	No estoy seguro/a	<input type="checkbox"/>
1	Hizo que las cosas empeoraran bastante	<input type="checkbox"/>
2	Hizo que las cosas empeorasen un poco	<input type="checkbox"/>
3	No ha habido cambios	<input type="checkbox"/>
4	Hizo que las cosas mejorasen algo	<input type="checkbox"/>
5	Hizo que las cosas mejorasen mucho	<input type="checkbox"/>



## Escala de satisfacción del programa



	<b>¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el programa?</b>	<input type="checkbox"/>
0	Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas	<input type="checkbox"/>
1	Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura	<input type="checkbox"/>
2	Regular, tenía mis altibajos	<input type="checkbox"/>
3	Estaba bastante bien, no tenía problemas graves	<input type="checkbox"/>
4	Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba	<input type="checkbox"/>
	<b>¿Cuál es su estado emocional general en este momento?</b>	<input type="checkbox"/>
0	Estoy muy mal, apenas logro hacer frente las cosas	<input type="checkbox"/>
1	Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mí	<input type="checkbox"/>
2	Regular, tengo mis altibajos	<input type="checkbox"/>
3	Estoy bastante bien, no tengo problemas graves	<input type="checkbox"/>
4	Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>



UNL

Universidad  
Nacional  
de Loja

Facultad  
de la Salud  
Humana

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 17 de noviembre de 2022

En calidad del Tribunal calificador del Trabajo de Titulación de Grado titulado: **CONDUCTA SUICIDA Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, 2022**, de la autoría de la Srta. **Cintha Nicole Espinosa Castillo** portadora de la cédula de identidad Nro., **1103986806** previo a la obtención del título de **Psicóloga Clínica**, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del Tribunal o por la Director Trabajo de Titulación, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del Trabajo de Titulación de Grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y Sustentación Pública.

**APROBADO**

Dra. Ana Puertas Azanza, Mgs  
**PRESIDENTA DEL TRIBUNAL**

Psic. María Paula Torres Pozo, Mgs  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

Psic. Cl. Mónica Elizabeth Carrión Reyes, Mgs  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

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