



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

**Ideación Suicida e Inteligencia Emocional en
pacientes que acuden a consulta psicológica al
Centro de Salud N°3 de Loja, periodo 2022.**

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

AUTORA:

Noelia Elizabeth Veintimilla Conde

1859

DIRECTORA:

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

Loja-Ecuador

2022

Certificación de directora del trabajo de Titulación



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Sa
Human

CERTIFICACIÓN

Loja, 15 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: **“Ideación Suicida e Inteligencia Emocional en pacientes que acuden a consulta psicológica al Centro de Salud N°3 de Loja, periodo 2022.”** de autoría de la estudiante **Noelia Elizabeth Veintimilla Conde** con c.i. **1150760476**; 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

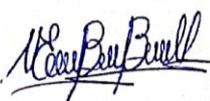
PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL 1 DE LA UNL

DIRECTORA DEL TT.

c.c.: Archivo

Autoría

Yo, Noelia Elizabeth Veintimilla Conde, declaro ser autora del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi trabajo de titulación en el Repositorio Digital Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma: 

Cédula de Identidad: 1150760476

Fecha: 06 de diciembre del 2022

Correo Electrónico: noelia.veintimilla@unl.edu.ec

Celular: 0988142732

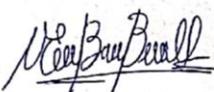
Carta de Autorización por parte de la autora, para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del trabajo de Titulación.

Yo, Noelia Elizabeth Veintimilla Conde, declaro ser autora del trabajo de titulación titulado **Ideación Suicida e Inteligencia Emocional en pacientes que acuden a consulta psicológica al Centro de Salud N°3 de Loja, periodo 2022**, como requisito para optar el 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 Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

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

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

Firma: 

Autora: Noelia Elizabeth Veintimilla Conde

Cédula: 1150760476

Dirección: Loja/ Barrio "La Argelia", Alexander Von Humboldt y Luis Renault.

Correo electrónico: noelia.veintimilla@unl.edu.ec

Celular: 0988142732

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora del Trabajo de Titulación: Psi. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas, Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Presidenta: Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc

Vocal: Psic. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mg. Sc.

Vocal: Psic. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez, Mg. Sc.

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo de titulación a mi madre Sandra, por estar conmigo en cada etapa y cada decisión, por creer en mí desde el momento en que me dio la vida y por apoyarme de manera incondicional en todo el trayecto de mis estudios; a mi abuela Olga, quien ha sido el pilar de mi vida, mi compañía y la razón por la que he seguido adelante en cada momento, gracias a su apoyo y su amor por la vida me he motivado constantemente para poder lograr mis aspiraciones. Este trabajo es para ustedes, con mucho amor y agradecimiento, por todos los años de educación, amor, paciencia y esfuerzo brindados.

A mis mejores amigas, quienes han estado presente más veces de las que pensé, ofreciéndome un hombro en donde apoyarme, consejos que he necesitado y palabras de aliento junto con la motivación para hacerle frente a las adversidades.

A mis hermanos, mi familia; y, finalmente a mí misma, por toda la constancia y el esfuerzo puesto en este trabajo y en toda mi formación universitaria.

Con amor y agradecimiento.

Noelia Elizabeth Veintimilla Conde

Agradecimiento

Agradezco a Dios y a la vida, que me permitieron culminar una de las más grandes metas, por regalarme sabiduría, fortaleza y perseverancia en todos estos años.

A la Universidad Nacional de Loja por abrirme sus puertas para tener la oportunidad de estudiar y obtener conocimientos a lo largo de cada ciclo académico.

De la misma manera, agradezco a mis docentes, quienes han logrado formarme como profesional, de manera especial, agradezco a mi tutora de tesis Psi. Cli. Vanessa Pineda Rojas. Por haber entregado su tiempo y sus conocimientos para dirigir el desarrollo del presente trabajo, desde la elaboración del proyecto hasta la ejecución y finalización del mismo; permitiéndome demostrar mi formación como persona y como psicóloga clínica.

Finalmente, a todos los que colaboraron para el desarrollo de esta tesis y todos aquellos quienes de una forma u otra me han ayudado y apoyado a lo largo de mi viaje universitario.

Noelia Elizabeth Veintimilla Conde

Índice de contenidos

Certificación de directora del trabajo de Titulación.....	ii
Autoría	iii
Carta de Autorización del estudiante.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenidos.....	vii
Índice de tablas	x
Índice de figuras	xi
Índice de anexos	xii
1. Título	1
2. Resumen	2
Abstract.....	3
3. Introducción	4
4. Marco teórico	6
4.1. Capítulo 1: Suicidio.....	6
4.1.1. Definición de suicidio.....	6
4.1.2. Antecedentes históricos.....	7
4.1.3. Fases del suicidio.	7
4.1.4. Modelos teóricos de suicidio.	8
4.1.5. Definición de ideación suicida.....	8
4.1.6. Teorías de la ideación suicida.	10
4.1.7. Etiopatogenia.	12
4.2. Capítulo 2: Inteligencia emocional	13
4.2.1. Antecedentes.	13
4.2.2. Definición de Inteligencia y emoción.....	14
4.2.3. Definición de inteligencia emocional.....	16
4.2.4. Modelos teóricos.	16
4.3. Capítulo 3: Terapias psicológicas	21
4.3.1. Terapia cognitiva de Beck.	21
4.3.2. Terapia Racional Emotiva.	22
4.3.3. Psicoterapia analítico funcional.	22
4.3.4. Terapia dialéctico-conductual.....	23
4.3.5. Activación conductual.....	23

4.3.6. Terapia cognitiva basada en mindfulness.....	24
5. Metodología.....	25
Enfoque.....	25
Tipo de Diseño de investigación.....	25
Unidad de estudio.....	26
Universo.....	26
Muestra.....	26
Criterios de inclusión.....	28
Criterios de exclusión.....	28
Técnicas.....	29
Instrumentos de recolección de datos.....	29
Procedimiento.....	31
Primera fase.....	31
Segunda fase.....	31
Tercera fase.....	31
Cuarta fase.....	32
Equipo y Materiales.....	32
Análisis estadístico.....	32
6. Resultados.....	34
Primer objetivo específico:.....	34
Segundo objetivo específico.....	35
Objetivo general.....	36
Tercer objetivo específico.....	37
PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA ENFOCADO A LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS AUTOLÍTICAS EN PACIENTES CON RIESGO SUICIDA.....	38
Presentación.....	38
Justificación.....	38
Objetivos.....	38
Objetivo General.....	38
Objetivos específicos.....	39
Metodología.....	39
Fases en la elaboración del programa.....	39
Descripción del programa-Matrices operativas.....	41
Desarrollo del programa.....	47
Fase 1: Selección, convocatoria y encuadre con los participantes.....	48

Fase 2: Aplicación-Inicio.....	49
Fase 3: Cierre.	55
Fase 4: Evaluación de la intervención.....	56
Fase 5: Seguimiento	56
7. Discusión	58
8. Conclusiones	62
9. Recomendaciones.....	63
10. Bibliografía	64
11. Anexos	70

Índice de tablas

Tabla 1. Muestra dividida según el sexo.....	26
Tabla 2. Muestra dividida según la edad	27
Tabla 3. Muestra dividida según el sector de procedencia	27
Tabla 4. Muestra dividida según el diagnóstico de los pacientes.....	27
Tabla 5. Muestra dividida según el tratamiento farmacológico	28
Tabla 6. Distribución de Ideación Suicida en los pacientes.....	34
Tabla 7. Distribución de Inteligencia Emocional de acuerdo a subescalas	34
Tabla 8. Distribución de Ideación Suicida e Inteligencia Emocional, en relación a subescalas	35
Tabla 9. Relación entre IS e IE de acuerdo a subescalas	36
Tabla 10. Fases del programa de intervención psicológica	40
Tabla 11. Matrices operativas del programa.....	41

Índice de figuras

Figura 1. Ubicación de Centro de Salud N°3..... 25

Índice de anexos

Anexo 1. Consentimiento informado	70
Anexo 2. Encuesta sociodemográfica	71
Anexo 3. Protocolo de Actuación del suicidio.....	72
Anexo 4. Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI).....	74
Anexo 5. Escala Rasgo Metaconocimientos de Estados Emocionales (TMMS-24)	76
Anexo 6. Análisis de Conducta.....	77
Anexo 7. Registro de pensamientos	78
Anexo 8. ABC-D Terapia Racional Emotiva	79
Anexo 9. Registro Experiencia Emocional.....	80
Anexo 10. Ficha de Solución de problemas (5 pasos)	81
Anexo 11. Registro Mindfulness	82
Anexo 12. Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4).....	83
Anexo 13. Tabla de Contenido	84
Anexo 14. Oficio de designación de director del Trabajo de Titulación	85
Anexo 15. Oficio del Informe de Estructura y Coherencia del Trabajo de Titulación	86
Anexo 16. Oficio de autorización para recolección de datos dirigido al Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja.....	87
Anexo 17. Certificación del resumen traducido al idioma inglés	88
Anexo 18. Certificación del Tribunal de Grado.....	89

1. Título

Ideación suicida e Inteligencia Emocional en pacientes que acuden a consulta psicológica al Centro de Salud N°3 de Loja.

2. Resumen

El suicidio es una problemática que puede afectar a cualquier persona sin distinción de raza, sexo o estatus social, el espectro del suicidio inicia en la mayoría de los casos con deseos suicidas que se identifican como una señal de alerta para identificar el riesgo. La escasa regulación y atención emocional constituyen un factor de riesgo para la presencia de ideación suicida considerada como primera etapa del suicidio. El presente estudio tiene como objetivo general determinar la relación entre ideación suicida e inteligencia emocional en pacientes del servicio de psicología del Centro de Salud N°3, se llevó a cabo bajo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, mediante un diseño no experimental, transversal y un alcance de tipo correlacional. En cuanto a selección de la muestra, se tomó en cuenta criterios inclusivos y exclusivos, dejando una cantidad de 68 pacientes a quienes se aplicaron la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) y Escala Rasgo de Meta-conocimiento de Estados Emocionales (TMMS-24). Respecto a los resultados obtenidos, se encontró que la mayoría de los participantes presentaron ideación suicida en niveles medios seguido de algunos pacientes que presentaron ideación en un nivel bajo, Por otro lado, la presencia de ideación suicida está relacionada con niveles de atención elevados y niveles escasos de regulación emocional, estableciendo correlaciones positivas y negativas respectivamente. De todo lo anterior se desprende que las dimensiones de inteligencia emocional pueden influir en la ideación suicida; sin embargo, no son el único factor a considerar para determinar surgimiento de la misma.

Palabras clave: inteligencia emocional, ideación suicida, suicidio, regulación emocional.

Abstract

Suicide is a problem that can affect any person regardless of race, sex or social status, the spectrum of suicide begins in most cases with suicidal desires that are identified as a warning sign to identify the risk. Poor emotional regulation and attention constitute a risk factor for the presence of suicidal ideation considered as the first stage of suicide. The general objective of the present study was to determine the relationship between suicidal ideation and emotional intelligence in patients of the psychology service of the Health Center N°3, it was carried out under a quantitative, descriptive approach, using a non-experimental, cross-sectional design and a correlational scope. As for the selection of the sample, inclusive and exclusive criteria were taken into account, leaving 68 patients to whom the Beck Scale for Suicide Ideation (SSI) was applied and Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24). Regarding the results obtained, it was found that most of the participants presented suicidal ideation at medium levels, followed by some patients who presented ideation at a low level. On the other hand, the presence of suicidal ideation is related to high levels of attention and low levels of emotional repair, establishing positive and negative correlations respectively. It is clear that the dimensions of emotional intelligence may influence suicidal ideation; however, they are not the only factor to consider to determine its emergence.

Key words: Emotional intelligence, suicidal ideation, suicide, emotional regulation.

3. Introducción

El suicidio actualmente tiene un peso importante en la sociedad, y al día de hoy constituye un problema de salud pública llegando a tener más relevancia dentro de las causas de mortalidad en la población. Estadísticas a nivel mundial calculan cerca de un millón de decesos al año, lo que equivale a un deceso cada 40 segundos. En Colombia, hasta agosto del 2020 se presentaron un total de 1531 suicidios respecto a lo cual se mantiene la tendencia de edad entre los 15 y 29 años (Agudelo et al., 2020).

En nuestro país según datos obtenidos por el Ministerio de Salud Pública se menciona que en el 2018 se registraron 1228 suicidios, de los cuales el 47% corresponde a menores de 30 años (MSP, 2021). Respecto a datos de la localidad, en la ciudad de Loja, se estima que la tasa de mortalidad por suicidio es de 8 por cada 100 000 habitantes en el sector urbano y de 5 por cada 100 000 habitantes en el sector rural (MSP, 2021).

A la luz de los datos arrojados, se ha considerado importante investigar sobre esta temática, puesto que, el suicidio es un problema social que se encuentra al alcance de cualquier persona que vea éste como su único recurso de escape, del mismo modo, pese a ser un acto que cada vez ocurre con más frecuencia, aún se encuentra estigmatizado y no se habla mucho del mismo, por razones que van desde el miedo, el desconocimiento, hasta la creencia de que abordar este tema es impulsar a la población a realizarlo.

En relación a lo anterior, resulta fundamental delimitar que el suicidio consumado pasa por una serie de fases, entre ellas, la ideación suicida, planeación e intento suicida, siendo el primero la ideación, la cual se define como “pensamientos sobre autolesiones, con la consideración deliberada o la planificación de las posibles técnicas para causar la propia muerte” (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014, p. 825).

Por ello, el suicidio constituye un problema global, en el cual además de factores externos, se ven involucrados factores como la salud mental, resiliencia, y la inteligencia emocional, siendo esta última desde mi perspectiva un aspecto fundamental a considerar en el desenvolviendo de los individuos, debido a que actuamos muchas veces de acuerdo a lo que sentimos, las emociones influyen nuestros pensamientos y conductas, como también nuestros pensamientos dan paso a la vivencia de ciertas emociones. Esto se explica bajo la idea que las emociones tienen la fuerza suficiente para manejar el modo en que nos desenvolvemos, así mismo afecta la manera en la que tomamos decisiones. Ortega (2018), afirma que: “Las emociones desempeñan un papel fundamental en las teorías suicidas, pues en la gran mayoría de estas, señalan como responsables del comportamiento suicida a los diferentes aspectos emocionales” (p. 91).

En cuanto a la inteligencia emocional, según Agudelo (2020)

Este concepto fue utilizado por primera vez por Salovey y Mayer como un tipo de un tipo de inteligencia social, que involucra la habilidad de controlar las propias emociones y las de los demás, lo mismo que discriminar entre ellas y orientar el pensamiento hacia acciones del valor mutuo. (p. 405)

Algunas investigaciones demuestran que la inteligencia emocional funciona como un factor protector para la conducta suicida, sin embargo, actualmente no se brinda la importancia que merece el estudio de ambas variables y la relación que pueda existir entre las mismas; es por ello, que el hecho de realizar esta investigación, partió principalmente de la escasez de estudios y el interés de enfocar este estudio en la primera fase del suicidio, misma que es, la ideación suicida.

Con la finalidad de aportar investigativamente, responder a las preguntas de investigación planteadas previamente y plantear un plan que ayude a prevenir esta problemática, se dio inicio al trabajo de investigación titulado “Ideación Suicida e Inteligencia emocional en pacientes que acuden a consulta psicológica en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja, periodo 2022, el cual estuvo principalmente encaminado a determinar la relación entre ideación suicida e inteligencia emocional y a su vez identificar los niveles de ideación suicida e inteligencia emocional en la población en que se llevó a cabo, además, proponer un plan de intervención psicológica, dirigido a los pacientes con riesgo suicida.

Así pues, a su vez se realizó una revisión de literatura, la cual se dividió en tres capítulos; en el primero se incluyó información, definiciones, teorías y aspectos relevantes sobre el suicidio e ideación suicida, en el segundo, se realiza la revisión teórica de inteligencia emocional, antecedentes, definiciones, componentes y modelos propuestos con el paso del tiempo; y un tercer capítulo donde se abordó las técnicas y terapias que se tomaron en cuenta para llevar a cabo el plan de intervención psicológica planteado en esta investigación.

4. Marco teórico

4.1. Capítulo 1: Suicidio

4.1.1. Definición de suicidio. El suicidio en la actualidad se ha considerado un fenómeno que engloba diversos factores y conceptos, por tal motivo es importante esclarecer cada uno de los términos que engloban y competen al suicidio, puesto que existen bastantes discrepancias al momento de denominar aquellos aspectos que se encuentran relacionados con el suicidio.

Considerando lo antes mencionado, desde el punto de vista de García et al., (2020), el suicidio es “una problemática subjetiva, personalmente íntima, es el resultado de una interacción particular con el contexto vital de una persona” (p. 41).

En estas mismas líneas, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIHM, 2021), describe al suicidio como el hecho de quitarse la vida luego de algún o algunos intentos en los que la persona logra hacerse daño a sí mismo, considerando factores que involucran a la decisión de acabar con la propia vida. (p.2).

Schneidman por su parte, quien es el pionero de la suicidología moderna, define al suicidio como “un acto consciente de autoaniquilación percibido como la mejor solución por un sujeto que sufre un malestar pluridimensional, producto de un dolor psicológico, psíquico o mental, experimentado, cuando éste es percibido como intolerable, inescapable e interminable”. (Schneidman, 1996, como se citó en Gómez, 2021, p. 121).

Un común denominador que encontramos es emplear los términos de comportamiento suicida mortal y no mortal, cuando hablamos del primero hacemos referencia a cuando el acto suicida es letal mientras que para el segundo termino hace alusión a todas aquellas acciones llevadas a cabo donde la consecuencia no es la muerte de la persona (Aguirre y Auquilla, 2018).

Además, como se mencionó en un principio, el suicidio engloba diversos factores y al igual que muchas problemáticas actuales, no surgen sin un antecedente previo, es por ello que dentro de lo que comprende el suicidio tenemos a la ideación, planeación y el intento suicida, los cuales en conjunto se tratan de comportamientos y actos bien definidos que surgen previos a la realización del suicidio, siendo la ideación suicida, el primer eslabón del mismo. (De la Cruz y Zúñiga, 2017).

En base a lo citado previamente, puedo extraer que el suicidio se trata de una acción deliberada, la cual surge como única solución a diversos acontecimientos o sucesos, respecto a los cuales la persona involucrada, los percibe como situaciones de difícil manejo y tolerancia, de acuerdo a factores individuales y sociales; como consecuencia, dirige al hecho de acabar con

la propia vida, como respuesta a la constante búsqueda, motivación o el deseo de escapar y detener el estado en el que se encuentra el individuo.

4.1.2. Antecedentes históricos. Al realizar una revisión retrospectiva del suicidio en cada etapa o época del ser humano nos encontramos ante el inherente hecho que los motivos que impulsan al hombre a cometer suicidio son los mismos que hace 400 años (Guerrero, 2019).

El comprender el fenómeno del suicidio desde su dimensión histórica contribuye a su comprensión holística (Papageno, 2021). Y es que el suicidio no es de ninguna manera: “un tema nuevo del que debemos sorprendernos, por el contrario, es algo que ocurre todos los días” (Ortega, 2018, p. 19).

Es la Grecia Antigua una de las primeras culturas que pone principal énfasis al problema del suicidio, en esta cultura se cuenta con una visión menos prohibitiva y castigadora del acto de suicidarse, de hecho, traía consigo honor puesto que lo realizaban para que la aldea pueda sobrevivir, es así que un enfermo o anciano optaban por dejar su hogar e ir a la intemperie sin comida o agua, para garantizar que los recursos de supervivencia servirían para los miembros sanos y jóvenes (Amador, 2015).

En la gran mayoría de las civilizaciones antiguas el suicidio era aceptado, debido a la concepción que se tenía sobre la muerte, esta no era considerada el fin de nuestra existencia si no que existía el supuesto que a través de la misma se daba paso de una vida a otra, por lo que llevar a cabo el suicidio era solo una forma de transitar la dimensión inmortal (Guerrero, 2019).

Autores como Aristóteles y Platón durante años fueron fieles detractores del suicidio, se oponían a que esta práctica sea llevada a cabo y aceptada por la sociedad, pero es Platón quien media para que comiencen a estudiar este problema, es así que comienzan a dar variaciones en lo que respecta a su concepción y penalización (Amador, 2015).

Aproximadamente contamos con cuarenta siglos de historia del suicidio, pero solamente en los dos últimos ha existido un verdadero interés por su estudio. El concepto y la imagen del suicidio no ha sido la misma a lo largo de la historia: “consolidándose como un constructo social modificable, expuesto a variaciones, sujeto a influencias sociales y culturales de cada tiempo histórico del hombre” (Papageno, 2021, p. 1).

Es por todo esto que la comprensión de este fenómeno social e histórico se vuelve imperativo, abordándolo más allá de una patología psiquiátrica y estudiándolo desde una perspectiva multifactorial con un abordaje integral (Guerrero, 2019).

4.1.3. Fases del suicidio. Mosquera (2016) nos menciona que:

Las conductas suicidas presentan una escala de menor a mayor gravedad, iniciando con la ideación suicida, la cual se plantea como pensamientos fugaces acerca del rechazo a

la vida, el poco valor de la vida, con planificación para la muerte y una serie de fantasías autolesivas y autodestructivas; el intento de suicidio se trata de una acción realizada deliberadamente por el propio individuo en contra de sí mismo, sin alcanzar la muerte; finalmente el suicidio consumado es la acción ejecutada por la propia persona de manera intencional que le provoca la muerte. (p.14).

4.1.4. Modelos teóricos de suicidio. Entre algunos modelos teóricos del suicidio tenemos:

Modelo categorial. El modelo categorial del suicidio se centra en hablar sobre las diferencias existentes entre normalidad y anormalidad de forma cualitativa. De acuerdo a (Rocamora, 2013) “Su preocupación fundamental son la descripción y observación de los síntomas y su abordaje” (p. 31).

Este modelo tiene como finalidad denominar y abordar las manifestaciones del suicidio como son las ideas, gestos, crisis suicidas, intentos autolíticos y suicidio consumado (Rocamora, 2013).

Modelo dimensional. En este modelo, igual que el anterior, se centra en la diferencia de lo sano y patológico, pero en esta ocasión de forma cuantitativa, es decir depende del grado de salud mental de la persona.

En este contexto, comprende clasificaciones más complejas, pues según Rocamora (2013) “Se trata de un corte longitudinal, pues se tienen no solamente los síntomas sino también su etiología, desarrollo biográfico y el contexto actual de la persona” (p. 33).

De esta forma, en relación al suicidio se debe tomar en cuenta cuatro grandes aspectos, los mismos que son: etiología de las conductas suicida, clínica, aspectos biográficos y contexto actual (Rocamora, 2013).

4.1.5. Definición de ideación suicida. Existen varias definiciones sobre ideación suicida, entre ellas tenemos la planteada por Ortega, (2018) quien la define como: “cualquier pensamiento recurrente y reportado por la persona con intención de suicidarse, por ejemplo, la planeación específica del suicidio “(p. 48).

De acuerdo con Beck (1979, como se citó en Loaiza, 2018) manifiesta que “La ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas, no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento, conducta, que están interrelacionados” (p. 20).

Otra definición que se ha tomado en cuenta es la propuesta por Velázquez et al., (2020) quienes definen a la ideación suicida como:

Una serie de discursos verbales abiertos o encubiertos que pueden involucrar deseos y/o planes de autoeliminación, a veces exhaustivamente detallados y a veces simplemente formulados a manera de queja. Si bien el rango de expresión de tales discursos es susceptible de variar entre una real intención de acabar con la muerte o solo de amenazar con hacerlo. (p. 7)

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 una conducta suicida es 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.

Hay que tener presente que los suicidas cuentan con un estilo cognoscitivo peculiar, que difiere con el de las personas que no presentan alteraciones a nivel emocional y comportamental, también la ideación suicida se compone de actitudes, planes y conductas (Chuquicahua y Córdova, 2020).

Morón (1980, como se citó en Chuquicahua y Córdova, 2020) reconocen dentro de la ideación suicida cuatro aspectos distintos:

- El acto suicida específico de quitarse la vida, sancionado por la muerte
- El intento suicida como acto incompleto
- La veleidad del suicida como acto apenas esbozado
- La idea del suicidio como simple representación mental del acto

También dentro de la ideación suicida se llega a incluir los pensamientos que le restan valor a vivir, los deseos de quitarse la vida y las fantasías que giran en torno a la muerte (Varengo, 2016).

En base a lo antes mencionado se puede considerar a la ideación suicida como todos aquellos pensamientos fugaces o persistentes, relacionados con el poco deseo de vivir, la búsqueda de la muerte, o el deseo por realizar actos autodestructivos; los cuales constituyen un primer peldaño y dan pautas para tomar acción o considerar si una persona puede o no llegar a cometer un intento autolítico o suicidio consumado.

Llegado a este punto es importante esclarecer entre ideación y acto suicida, ya que el acto como tal, tiene como resultado final la eliminación de la vida, mientras que cuando hablamos de ideación hacemos alusión a la tentativa de suicidio sin resultado de muerte.

4.1.6. Teorías de la ideación suicida. Dentro de algunas teorías de ideación suicida se ha considerado:

Teoría del riesgo suicida. Inicialmente fue una de las teorías que mayor predominó sobre las investigaciones del suicidio, brindando aportes desde una comprensión cualitativa entre la asociación de enfermedades mentales y conductas suicidas, pese a esto, con el pasar de los años y los nuevos aportes y avances en este campo la perspectiva para el entendimiento de este fenómeno se transformó en cualitativo, centrándose en efectos dañinos o protectores del individuo, experiencias y factores contextuales (Hausmann, 2019).

Teoría Cognitiva de Beck. Para Beck el suicidio era un constructo mucho más amplio que limitar su comprensión a hablar únicamente de depresión. Él realizó sus postulados desde la corriente cognitiva, dentro de sus aportes más relevantes se encuentra el hecho de que los individuos elaboraban categorías mentales en función de las experiencias vividas, estas categorías ayudaban a que la persona perciba, estructure e interprete su realidad; es así que si una categoría se encontraba distorsionada provocaría depresión lo que a su vez llevaría al suicidio como respuesta a la elaboración deformada de la realidad (Ortega, 2018).

En este sentido, Beck manifiesta que tanto los pensamientos como la manera de interpretar los sucesos o eventos de la vida juegan un rol crucial en las respuestas emocionales y conductuales del individuo a tales eventos, de esta forma las cogniciones desempeñan un rol importante en el desarrollo de ideación y posteriores conductas suicidas (García y Bahamón, 2017).

Finalmente, para Beck, Weissman y Kovacs, existen ciertos indicadores que deben ser considerados al evaluar la ideación suicida, basándose en la premisa de que “las personas suicidas mantienen una perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, así como un estilo atribucional depresivo (que establece una causa interna, estable y global sobre los eventos negativos)” (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, p.5).

Entre estos indicadores tenemos:

- Actitud hacia la vida/muerte
- Pensamientos/deseos suicidas
- Proyecto de intento suicida
- Desesperanza

Teoría de Kelly y sus constructos personales. Según Ortega (2018) la teoría de Kelly parte desde el supuesto que: "la realidad es independiente de la interpretación que cada individuo hace de ella, y es esta interpretación del individuo respecto a la realidad la que orienta y condiciona su propio comportamiento" (p.46).

Kelly, al igual que Beck postula que el suicidio nace como respuesta a un estado de depresión extrema y a un sistema de construcción de la realidad distorsionado (Ortega, 2018).

Teoría del comportamiento suicida de Linehan. La autora de la presente teoría se desenvuelve como terapeuta e investigadora, oriunda de Estados Unidos, profesora de la Universidad de Washington en Seattle, es una de las mayores exponentes en la actualidad en lo que respecta a prevención de suicidio y abordaje de paciente con trastorno límite de la personalidad (Sehinkman, 2018).

Linehan sostiene que la conducta suicida es un proceso que se adopta para combatir el sufrimiento emocional, concibe al comportamiento suicida como un déficit de habilidades para solucionar problemas que presenten en la cotidianidad del individuo y que además pueden llegar a acarrear otras problemáticas; percibe a la persona suicida como un ente que la única salida que tiene para detener su sufrimiento es a la muerte, atribuye principalmente a la cognición como principal causa de los suicidios consumados como a los intentos, incluso a la ideación suicida (Ortega, 2018).

Teoría de la Separación. Es propuesta por Robert Firestone quien señala que los pensamientos negativos en el ser humano forman parte del proceso de ideación suicida, brinda además dos conceptos claves, por un lado, self y por otro el antiself; donde en el suicida el antiself predomina sobre el self, esto quiere decir que el aspecto destructivo absorbe a la persona (Becerra y Delgado, 2021).

Las dos fuerzas (self y antiself) se encuentran dentro de los individuos y se encuentran en constante oposición y dinamismo, el principal objetivo terapéutico desde esta perspectiva inicia con la correcta identificación de conductas para lograr discriminar en que parte de la división de la mente corresponde dicho comportamiento (Ortega, 2018).

Teoría psicoanalítica. El enfoque psicodinámico o psicoanalítico se basa principalmente en el concepto de depresión y el instinto de muerte que propone Freud, además según Shekel ve el suicidio como un homicidio frustrado o agresividad interiorizada, alegando que nadie atenta contra su propia vida sin tener el impulso de matar a otra persona e incluso se discutió la ausencia de amor como una posible explicación a los intentos autolíticos, posterior a los aportes de Freud nos encontramos con Menninger quien señala que el fenómeno del suicidio se encuentra compuesto por el deseo de morir, de matar y ser matado (Rocamora, 2013).

Las propuestas posteriores a Freud, explican al suicidio como la lucha interna de fuerzas donde termina ganando las destructivas, pese a esto las interpretaciones de la corriente psicoanalítica han ido cambiando y evolucionando acorde a como transcurrieron los años,

percibiendo al fenómeno como una vía para reencontrarse con “la madre”; del mismo modo se ha desarrollado terminología más representativa del suicidio, la que mayoritariamente importa en el presente trabajo es la que abaja a la ideación suicida, la cual llega a considerarse como una fase inicial que da paso o apertura a intentos o incluso a suicidios consumados (Ortega, 2018).

Teoría sociológica. La teoría sociológica nace del sociólogo francés Durkheim a través de su libro denominado “El Suicidio” publicado en 1897, sus postulados se centran principalmente en las necesidades emocionales y mentales, donde percibe al ser humano como un ente social, que siente la necesidad de pertenecer al grupo o comunidad, por tanto, debe acatar normas, reglas y consideraciones éticas para sentirse integrado, es decir, la satisfacción de sus necesidades dependerá de las condiciones sociales (Dalila y Calero, 2021).

De esta forma: “las características de las instituciones, las costumbres, la ideología, la propia cultura y la estructura económica, es donde hay que encontrar las explicaciones a la conducta suicida de cada individuo” (Rocamora, 2013, p. 36).

En base a todo lo antes expuesto, para fines de esta investigación se ha considerado la teoría cognitiva propuesta por Beck, en función de que sus aportes resultan imprescindibles para tener una definición clara de ideación suicida, gracias a su modelo cognitivo de la depresión; en donde da a conocer la tríada cognitiva, esquemas negativos y las distorsiones cognitivas, que se activan ante situaciones estresantes, logrando establecer la relación entre las ideas suicidas con trastornos como la depresión. Del mismo modo, De la Cruz y Zúñiga (2017) expresan que este modelo cognitivo tiene similitud con el modelo ABC propuesto por Ellis, en donde se hace énfasis en las interpretaciones internas o externas que podemos presentar, las cuales determinan nuestra experiencia emocional (p.32).

Por lo tanto, para lograr determinar la relación con la conducta suicida (en sus distintas formas), tenemos que: “primero se presenta una situación que genera malestar, luego un pensamiento que desencadena una emoción negativa, y posteriormente la conducta que sería el acto suicida” (De la Cruz y Zúñiga, 2017, p. 32).

4.1.7. Etiopatogenia. Cuando tratamos de explicar la presencia de ideación suicida desde su perspectiva etiopatogénica hay que tener presente que es un fenómeno multicausal y depende principalmente desde la perspectiva de la cual se analiza, pudiendo ser esta cultural, social, psicológica o biológica.

El surgimiento de una idea suicida puede llegar a ocurrir cuando en la persona se genera el sentir de que ya no es capaz de hacerle frente a una situación que es altamente abrumadora para él, yendo las situaciones desde un grado leve como problemas financieros, el fallecimiento

de un ser querido, ponerle fin a una relación o enfermedad, a un grado más grave, tal como el abuso sexual, remordimiento, rechazo y desempleo (Litner, 2021).

Las personas con ideas suicidas mantienen: “una perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, así como un estilo depresivo, que establece una causa interna, estable y global sobre los eventos negativos” (Tandazo, 2017, p. 18).

Por último, Moutier (2021) nos brinda otras causas que llevaría al individuo a tener ideas suicidas:

- Depresión
- Trastornos médicos
- Experiencias traumáticas durante la infancia
- Consumo de alcohol
- Comorbilidad con enfermedades de la salud mental, especialmente con trastornos límites de la personalidad o trastornos de personalidad antisocial
- Genética
- Heredabilidad
- Aislamiento

Con todos los antecedentes se puede determinar que la ideación suicida se trata de un proceso de alta complejidad, producto de la interacción de varias variables como genes, factores sociales, familiares, personales, ambientales, entre otros. Y que señalar una sola causa para explicar la inmensidad del fenómeno es ilógico e innecesario, existiendo actualmente tantos estudios que respaldan la etiopatogenia compleja del suicidio y en especial de la ideación.

4.2. Capítulo 2: Inteligencia emocional

4.2.1. Antecedentes. La palabra inteligencia emocional comienza a ser usada a partir de los años noventa. Sin embargo, ya desde la época de Platón se inicia a hablar de las emociones, a las cuales se las divide en dolor y placer, las mismas deben contar con un equilibrio ya que en caso de existir un desbalance la salud del hombre se vería gravemente afectada, en la misma línea Aristóteles llega a definirla: “como una condición que transforma al individuo, afecta su juicio y viene acompañado de placer y dolor” (Jiménez, 2017, p.55).

Las emociones y las implicaciones que tiene sobre la conducta del ser humano datan desde épocas muy lejanas, cada una de ellas con aportes y sustentaciones de grandes autores o corrientes.

A mediados del siglo XX a partir de la psicología humanista de Abraham Maslow y Carl Rogers se enfatiza en las emociones desde una perspectiva psicológica, años más tarde Albert

Ellis plantea la psicoterapia relacional-emotiva mientras que Beck la terapia cognitiva que toma como base los desórdenes emocionales (Bisquerra, 2019).

William James en 1884 menciona que “primeramente se daba la percepción, esta desencadenaba cambios corporales, y la sensación que se tenía de esos cambios era la emoción” (Jiménez, 2017, p.56).

Es hasta 1995 que Goleman con su Best Seller “Emotional Intelligence” pone un precedente importante y de gran interés para otros pensadores y la comunidad científica en general, el éxito de su libro es atribuido a: “factores sociales, culturales y educativos del momento y que resultan esclarecedores de reconocer” (Bisquerra, 2019).

Palmero en 1997 le atribuye un papel importante a la actividad cognitiva tomando en cuenta su valor para el desarrollo de la emoción, debido a que: “para experimentar una emoción la persona debe saber que su bienestar puede verse afectado positiva o negativamente” (Jiménez, 2017, p. 60).

El modelo Bar-On retomado en los 2000 propone la primera versión del test Emotional Quotient Inventory que se encuentra destinado a medir el coeficiente emocional (Bisquerra, 2019).

Como podemos darnos cuenta en la pequeña revisión de antecedentes, es que a través de la interacción de emoción, pensamiento y acción podemos encontrarnos ante la inteligencia emocional.

4.2.2. Definición de Inteligencia y emoción. Previo a la definición de inteligencia emocional resulta importante poder identificar ambos términos que la conforman.

4.2.2.1. *Inteligencia.* La inteligencia viene siendo estudiada desde hace varios años; es en este continuo de estudio que Gardner la llega a definir como:

Un conjunto de habilidades de solución de problemas -que permiten al individuo resolver problemas o dificultades genuinas que encuentran y, cuando es pertinente, crear un producto efectivo... el potencial para encontrar o crear problemas – poniendo de ese modo el trabajo preliminar para la adquisición del nuevo conocimiento” (Rodríguez, 2015, pp.17-18).

El constructo de inteligencia no representa una sola cualidad, es a través de varias que se puede llegar a conformar la capacidad intelectual (Rodríguez, 2015). Howard Gardner quien es un gran exponente de la inteligencia emocional llegó a dividir la inteligencia en siete dimensiones (Güell, 2013):

- *Inteligencia lógico-matemática.* Habilidad para usar el razonamiento.
- *Inteligencia lingüística.* Habilidad para entender y usar las palabras.

- *Inteligencia visual-espacial*. Capacidad de reconocimiento y reproducción de formas geométricas y de orientación en el espacio.
- *Inteligencia interpersonal*. Habilidad para comprender los estados de ánimo de las personas que nos rodean y la capacidad de modelarlos.
- *Inteligencia intrapersonal*. Habilidad para conocer y entender los propios sentimientos y emociones, y para usarlos como guía de nuestro comportamiento.
- *Inteligencia físico-cenestésica*. Habilidad para realizar movimientos físicos con gracia y precisión.
- *Inteligencia musical*. Habilidad para reconocer, reproducir y componer melodías musicales.

En este contexto, Güell (2013) describe que la inteligencia nos permite distinguir: “estados de ánimo, motivaciones, temperamento de los otros y el autoconocimiento, o sea, el acceso a la propia vida emocional, a los sentimientos, a aprender a discriminarlos y a utilizarlos como elementos para orientar la conducta” (p. 12).

4.2.2.2. Emoción. Reeve llega a definir la emoción como:

Un fenómeno multidimensional que engloba elementos subjetivos, fisiológicos, funcionales y sociales, definiendo así a la emoción como, un estado caracterizado por experiencias subjetivas, activación fisiológica con la función de preparar para reaccionar y dar respuesta a las demandas del ambiente y permite al individuo comunicar sus estados interno (Rodríguez, 2015, p.18).

El estudio de las emociones cuenta con una larga historia, inicialmente solo los filósofos se tomaron a cargo dicha labor, no es hasta el siglo XX que se añade la ciencia a su estudio, en el año de 1960 la psicología cognitiva se comienza a interesar por las emociones, justamente a la par de los descubrimientos sobre su fisiología, dicho estudios demostraron que: “los cambios fisiológicos y bioquímicos que se producen con las emociones y desde este punto se ha podido analizar de manera objetiva el concepto de emoción” (Güell, 2013, p.13).

Actualmente se emplea el termino de emoción de manera más habitual, pese a esto en la comunidad psicológica aún no existe un consenso claro de los tipos de emociones y sus clasificaciones.

4.2.3. Definición de inteligencia emocional. Es imperativo definir a la inteligencia emocional, es por esto que en los últimos años varios investigadores han tratado de establecer una concepción general sobre este término, de esta forma tenemos una primera definición, la cual nos dice que es “el conjunto de factores emocionales, sociales y personas que influyen en la adaptación de los individuos frente a las demandas y presiones del ambiente” (Mamani et al., 2018, p. 50).

La inteligencia emocional es en la actualidad uno de los temas más sonados, podemos tomar como fundamento la concepción que da Goleman en 1996, el cual nos dice que es la: “capacidad para controlar y regular los sentimientos, para posteriormente comprenderlos con efectividad y transparencia de manera que se logre hacer una coordinación de nuestras acciones” (Bonet, 2020, p.36).

Cuando escuchamos el término de inteligencia emocional lo relacionamos directamente con Goleman y sus aportes, si bien es cierto que fue uno de los autores que mayor relevancia e importancia le dio a este tema, antes de él existieron autores como John Mayer y Peter Salovey, quienes son los primeros que dieron una definición sobre el término de inteligencia emocional, ellos dice que: “se trataba de la habilidad para supervisar los sentimientos y emociones propias y ajenas, con el fin de lograr discriminarlos y utilizar esta información en la orientación del pensamiento y el comportamiento propio” (Jiménez, 2017, p.67-68).

El contar con una aproximación conceptual aumenta su popularidad entre la comunidad científica, lo cual contribuye a que año tras año se proponga como tema de investigación por el impacto e importancia que cobra en el campo de la salud mental.

Considerando lo antes citado, se puede extraer que la inteligencia emocional corresponde a la habilidad para reconocer, discernir y controlar nuestras propias emociones, dicha habilidad influye de manera directa en nuestros pensamientos, o incluso nuestros pensamientos son el resultado de cómo procesamos las emociones, es por ello que esta capacidad bien desarrollada y manejada en una persona constituye una herramienta que nos favorece a un mejor desenvolvimiento, personal, social y laboral.

4.2.4. Modelos teóricos.

4.2.4.1. Modelo de Goleman. El Dr. Daniel Goleman propone el modelo de las competencias emocionales que se encuentra basado en: “la cognición, personalidad, motivación, emoción, inteligencia y neurociencia; es decir, incluye procesos psicológicos cognitivos y no cognitivos” (Rodríguez, 2015, p. 34)

Se encuentra compuesto por:

El conocimiento de uno mismo: Capacidad para entender señales internas y poder reconocer las consecuencias de los propios sentimientos, además de hablar abiertamente de las emociones (Bustos y Álvarez, 2018). Parece absurdo pensar que no podamos reconocer los propios sentimientos, sin embargo, esta primera fase hace referencia a la atención que el sujeto puede tener de sus propios estados internos (Rodríguez, 2015).

La autorregulación: Consiste en como la persona maneja su mundo interno para beneficio propio y de los demás (Bustos y Álvarez, 2018). El objetivo de esta habilidad no consiste en la supresión o eliminación de las emociones, al contrario, lo que se busca es un equilibrio, para tener bajo control aquellas emociones que pueden llegar a perturbar al individuo (Rodríguez, 2015).

La conciencia social: Las competencias que se lleguen a desarrollar son empleadas para poder mantener buenas relaciones interpersonales (Bustos y Álvarez, 2018).

La regulación de relaciones interpersonales: Basado en la influencia sobre otros, como liderazgo, manejo de conflicto, trabajo en equipo y colaboración (Bustos y Álvarez, 2018). La forma de intuir los sentimientos de otros radica en: “la habilidad para interpretar la comunicación no verbal, como el tono de voz, los ademanes y la expresión facial” (Rodríguez, 2015, p. 38).

Las habilidades de cada persona que han sido mencionadas anteriormente varían dependiendo de las características individuales y el contexto en el cual se desarrollan, se considera que: “la inadecuación en cualquiera de estas puede ser modificado hacia un mejoramiento de las habilidades personales que contribuyan a un nivel adecuado de inteligencia emocional” (Rodríguez, 2015, p.38-39).

4.2.4.2. Modelo de Bar-On. De acuerdo con el trabajo de Rodríguez (2015), el modelo del Dr. Reuven Bar-On se encuentra fundamentado por: “las competencias, las cuales intentan explicar cómo un individuo se relaciona con las personas que le rodean y con su medio ambiente” (p.29). Este modelo se encuentra compuesto por cinco elementos que a su vez se subdividen en conceptos o subescalas.

En primer lugar, tenemos el componente intrapersonal, el cual consiste en: “tener conciencia de las propias emociones, así como de su autoexpresión, las habilidades y competencias que la conforman son: auto reconocimiento, autoconciencia emocional, asertividad, independencia y autoactualización” (Bustos y Álvarez, 2018, p.14).

De esta forma podemos darnos cuenta que el componente intrapersonal está destinado a la habilidad para entender y expresar las emociones, y de acuerdo con los trabajos de Gómez (2018) y Rodríguez (2015), dentro de sus subdivisiones tenemos:

Autoconocimiento emocional: El cual se entiende como “la competencia para comprender nuestros sentimientos y emociones y entender el porqué de los mismos”.

Autoestima: Es la: “facultad de comprender, aceptar y respetarse a uno mismo, asumiendo los aspectos positivos y negativos, así como las limitaciones”.

Independencia emocional: Es la capacidad que tienen las personas para: “sentirse seguro en las acciones y decisiones que tomamos”.

Autodesarrollo: Al hablar de autorrealización hacemos referencia a la: “Habilidad para realizar lo que realmente podemos y deseamos”. Implica: “la adquisición de nuevas habilidades y la repetición de acciones para mejorar los hábitos y las competencias personales”.

Asertividad: menciona que este componente contribuye a una adecuada expresión de las emociones, ideas, necesidades, deseos y defender nuestros derechos de forma constructiva (Rodríguez, 2015, p. 31; Gómez, 2018, p. 20).

De la misma forma nos encontramos con los componentes interpersonales que se: “explica como la habilidad para entender las emociones y los sentimientos de los demás y para relacionarse con otras personas” (Rodríguez, 2015, p. 31). Este componente, de acuerdo a los trabajos antes mencionados, se divide en:

Empatía: Es una habilidad destinada a: “sentir, comprender y apreciar los sentimientos de los demás”.

Responsabilidad social: Se considera que la persona debe: “ser consciente de sí mismo como un miembro constructivo del grupo social al que pertenece, ya sea dentro del núcleo familiar o a nivel macro sistémico, el sujeto es capaz de afrontar la responsabilidad de sus actos”.

Relaciones interpersonales: Es la: “Habilidad para mostrarse como una persona cooperante, que contribuya al grupo social” (Rodríguez, 2015, p. 31-32; Gómez, 2018, p. 20).

Posteriormente nos encontramos con el componente de adaptabilidad, que es la: “habilidad para gestionar el cambio y resolver problemas de naturaleza intrapersonal o interpersonal” se divide en:

Solución de problemas: Esta estrategia permite principalmente delimitar los problemas para posterior mente actuar en base a la búsqueda de respuestas eficaces para el sujeto.

Flexibilidad: Esta habilidad nos permite: “realizar un ajuste adecuado a nuestras emociones, pensamientos y conductas a situaciones cambiantes”.

Realismo: consiste en: “la capacidad que se tiene para discernir entre lo que se piensa y se es de manera subjetiva, y aquella realidad externa que permanece objetivamente” (Rodríguez, 2015, p. 32; Gómez, 2018, p. 21).

Los autores previos también señalan el cuarto componente, mismo que es el manejo del estrés, el cual ayuda a manejar y controlar las propias emociones y se encuentra compuesto por:

Tolerancia al estrés: Es la: “Destreza para soportar situaciones adversas, estresantes y emociones fuertes”.

Control de impulsos: Hace referencia a: “la capacidad de los individuos de resistir o demorar un impulso o tentación a actuar, de manera que puede controlar sus emociones más intensas de forma efectiva, independientemente de la emoción que se trate”.

Por último, tenemos a los componentes del estado de ánimo general, que es: “aquella habilidad para generar actitudes positivas y para automotivarse” donde la subdivisión de la misma es:

Optimismo: Se entiende como la: “Disposición para sentir satisfacción con nuestra vida”.

Felicidad: Hace referencia a la: “Aptitud para ver el aspecto más positivo de la vida” (Rodríguez, 2015, p. 33; Gómez, 2018, p. 21).

4.2.4.3. Modelo de Salovey Mayer. Este modelo llega a concebir a la inteligencia emocional como: “una inteligencia relacionada con el procesamiento de información emocional, a través de la manipulación cognitiva y conducida sobre la base de una tradición psicomotriz” (Rodríguez, 2015, p.22).

El modelo de Salovey y Mayer es jerárquico, cuyas habilidades según Sumari y Vaca (2017) a desarrollar son:

- Apreciación, valoración y expresión de las emociones.
- Identificar las emociones de sí mismo y otras personas, expresadas de manera verbal o gestual.
- Emoción como facilitadora del pensamiento.

Se han realizado investigaciones en los últimos 30 años para estudiar el rigor y validez de la propuesta de ambos autores, es importante mencionar dicho modelo puesto que es una guía clara y precisa destinada a entrenar y mejorar las capacidades de las personas (Fernández y Cabello, 2021).

El modelo se encuentra compuesto por cuatro etapas de capacidades emocionales, basadas sobre habilidades logradas en fases anteriores, las más básicas son percepción e identificación emocional (Rodríguez, 2015).

Hay que tener en cuenta que las emociones positivas sirven para resolver problemas de manera creativa, a través de un razonamiento inductivo, mientras que las emociones de tristeza

emplean razonamiento deductivo, solucionar problemas a través de la lógica (Sumari y Vaca, 2017).

Si hablamos de fases dentro de un modelo, se entiende como un continuo o proceso, es así que:

La construcción emocional empieza con la percepción de la demanda emocional de los infantes. A medida que el individuo madura, esta habilidad se refina y aumenta el rango de las emociones que pueden ser percibidas. Posteriormente, las emociones son asimiladas en el pensamiento e incluso, pueden ser comparadas con otras sensaciones o representaciones (Rodríguez, 2015, p. 23).

Si bien la regulación emocional recibe la información de anteriores dimensiones, para dar una solución óptima se debe plantear una retroalimentación entre habilidades del continuo procesal, de esta forma la eficacia de la respuesta emocional:

Tanto como de los nuevos elementos incluidos en la situación inicial, son evaluados de nuevo por la habilidad para percibir y expresar emociones, cerrando el círculo y generando la retroalimentación necesaria al proceso para que no se detenga y se mantenga en continua evolución si es necesario (Fernández y Cabello, 2021, p.34).

4.2.4.3.1. *Componentes de la IE según Salovey y Mayer.* A continuación, se va a describir de manera detallada cada una de las cuatro dimensiones:

En primer lugar, tenemos a la percepción y expresión emocional: Esta dimensión: “considera la capacidad con la que las personas identifican emociones en uno mismo, a través de los correspondientes correlatos fisiológicos, conductuales y cognitivos que éstas provocan” (Fernández y Cabello, 2021, p.35).

En otras palabras, se basa en: “la disposición para expresar las emociones adecuadamente frente a sí mismos y a los demás” (Acuña y Gamarra, 2020, p.37).

La segunda fase es la facilitación emocional, la cual: “implica la habilidad para tener en cuenta los sentimientos cuando se razona o se solucionan los problemas” (Rodríguez, 2015, p.25). Una vez que la emoción es percibida es: “capaz de facilitar los niveles más básicos del procesamiento cognitivo, ya que dirigen la atención hacia la información relevante” (Fernández y Cabello, 2021, p. 36).

A través de la facilitación emocional del pensamiento y comportamiento se va a conseguir el logro satisfactorio de procesos como: “atención, autocontrol y automotivación” (Acuña y Gamarra, 2020, p.37). Como podemos darnos cuenta esta habilidad ayuda a priorizar los procesos cognitivos básicos, además: “las emociones actúan de forma positiva sobre el propio razonamiento y la forma de procesar la información” (Rodríguez, 2015, p.25).

Continuamente tenemos la comprensión emocional, la cual: “nos permite comprender y razonar sobre la información emocional, entendiendo la relación existente entre las emociones, el contexto, las transiciones de unas u otras y la simultaneidad de sentimientos” (Fernández y Cabello, 2021, p. 36).

Implica una actividad anticipatoria o retrospectiva, la comprensión emocional implica conocer la forma en cómo se combina los estados emocionales, originando las emociones secundarias descritas con anterioridad (Rodríguez, 2015).

Por último, tenemos a la regulación emocional, que llega a comprender: “la habilidad para interrelacionarse y adaptarse al entorno social de manera que permite experimentar emociones tanto agradables como desagradables” (Acuña y Gamarra, 2020, p. 37). Esta última dimensión del modelo incluye: “la habilidad para moderar las emociones desagradables y aumentar las agradables, sin reprimir ni exagerar la información que ellas conllevan, a nivel intrapersonal e interpersonal” (Fernández y Cabello, 2021, p. 37).

4.3. Capítulo 3: Terapias psicológicas

Existen diversas corrientes psicológicas, de las cuales se llegan a derivar diversas terapias de segunda o tercera generación, dedicadas principalmente al tratamiento de múltiples enfermedades o patologías, en la actualidad el enfoque más popular es el cognitivo-conductual, centrandose su estudio e intervención en los procesos mentales y su relación con la conducta, del mismo modo, existen enfoques que incluyen terapias de tercera generación centradas en el plano contextual del paciente. Por ello, en este capítulo se explicará de manera breve algunas terapias que se han empleado para el desarrollo del plan de intervención propuesto en este trabajo de investigación.

4.3.1. Terapia cognitiva de Beck. Esta terapia surge en el año de 1967 tiene como idea principal “los trastornos de la mente son el producto de los pensamientos erróneos que la persona tiene acerca de la realidad, no de la realidad en sí misma” (Escudero, 2020, párr. 3).

En base a los postulados de dicha terapia Beck diseñó una terapia que consistía en erradicar los pensamientos negativos que la persona generaba sobre alguna situación, para posteriormente consolidar una nueva concepción acerca de las ideas automáticas que el paciente ha identificado, en primera instancia esta terapia estaba diseñada para la depresión, sin embargo, se extendió a otros trastornos (Escudero, 2020).

4.3.2. Terapia Racional Emotiva. Propuesta por Albert Ellis en 1950, se sitúa en el modelo de las teorías cognitivas, según Pastells (2020) esta teoría define a la cognición como “conjunto de operaciones intelectuales que realiza una persona en elaboración de un conocimiento sobre el mundo o sobre su propio mundo” (p. 152).

En esta terapia se destaca el modelo ABC en donde A hace referencia a los acontecimientos, mientras que B serían las creencias o interpretaciones asociadas a los mismos y finalmente, C corresponde a las consecuencias emocionales o conductuales, haciendo de este un modelo interactivo, en donde las emociones y acciones no son únicamente el resultado de creencias, sino que también una emoción puede dirigir a una creencia, en otras palabras, no corresponde a un modelo lineal (Pastells, 2020).

4.3.3. Psicoterapia analítico funcional. La psicoterapia analítico funcional es un tratamiento psicoterapéutico que se enfoca en el desarrollo de patrones de conducta, funcionalidad y abordaje a partir del establecimiento de una relación positiva entre terapeuta y paciente con el fin de promover el cambio conductual (Castillero, 2017).

Este tipo de psicoterapia se encuentra basado en el conductismo radical, fue descrita inicialmente en el año 1991, busca evaluar el efecto directo de la relación terapéutica en el comportamiento del individuo el cual se extiende a la vida cotidiana, se encuentra catalogada como una psicoterapia contextual de tercera generación (Genise, 2019).

Según Castillero (2017): “Se busca tratar no los síntomas, sino la causa de que éstos aparezcan. Si bien forma parte de la corriente cognitivo-conductual se aproxima e integra conceptos e ideas de otras corrientes como la psicodinámica o la sistémica” (párr. 4).

A través de la FAP se busca identificar las conductas clínicamente relevantes para poder trabajarlas en sesión, de esta forma se pueden mencionar las siguientes: conductas que se desea disminuir, que ocurren en sesión; conductas que se desea aumentar, que ocurren en sesión; interpretaciones funcionales del propio comportamiento; conductas que se desea disminuir, en el ambiente natural; conductas que se desea aumentar, en el ambiente natural; conductas del terapeuta, que refuerzan las tres primeras conductas y evocan la cuarta; y finalmente conductas del terapeuta que refuerzan la primera y tercera conducta, evocan la cuarta conducta y pretende extinguir o castigar la conducta dos, tres y cinco (Genise, 2019).

La aplicación de la psicoterapia analítico funcional tiene su eje de acción en problemas psicológicos de diversos índole y trastornos, resulta grandemente efectivo para tratar alteraciones del estado del ánimo, autoestima, traumas, relaciones interpersonales y trastornos de la personalidad (Castillero, 2017).

4.3.4. Terapia dialéctico-conductual. La terapia dialéctica conductual es un tipo de terapia cognitiva conductual que hace uso de la terapia individual y la grupal para capacitar a las personas a adquirir y utilizar habilidad para desarrollar una vida digna de vivir (Equipo de Expertos en Ciencias de la Salud de la Universidad Internacional de Valencia, 2018).

Cuando una persona experimenta impulsos y emociones intensas pueden acarrear consigo conductas exageradamente impulsivas, incluyendo la autolesión e intento autolítico; esta terapia es propuesta por Marsha Linehan como una de las técnicas aplicables en la búsqueda de cambio de conducta o modificación conductual, “se trata de un tratamiento cognitivo conductual centrado en el adiestramiento de habilidades psicosociales, mismo que se ha utilizado fundamentalmente para el manejo de personas con trastorno límite de la personalidad (TLP)” (De la Fuente y Heinze, 2018, p 399). Dicha terapia involucra técnicas de regulación emocional y prueba de realidad, por medio de la aplicación de tolerancia al malestar, aceptación y la conciencia plena.

Cuenta con cinco objetivos claros, entre los cuales se encuentran el aumentar las capacidades, generalizar las habilidades, mejorar la motivación y reducir las conductas disfuncionales, mejorar y mantener las capacidades y motivación del terapeuta; y estructurar el ambiente (Equipo de Expertos en Ciencias de la Salud de la Universidad Internacional de Valencia, 2018).

La terapia cuenta con una serie de componentes básicos que se basan primordialmente en el hecho de provocar en el paciente ganas de continuar adelante y motivarle a la adherencia del tratamiento; entrenar al paciente en habilidades específicas tales como la regulación emocional y aumentar la tolerancia al malestar para combatir la tendencia a realizar conductas impulsivas (Castillero, 2017).

4.3.5. Activación conductual. Es otra de las terapias de tercera generación que lleva años aportando una nueva visión sobre como a partir de la psicología se puede afrontar los problemas de la mente humana, propone la realización de actividades o la exposición a situaciones que generen placer lo que lleva a la toma de contacto con refuerzos positivos (UNIR, 2021).

Según Garrido (2019): “es un tratamiento específico para la depresión que sustenta su intervención en que son las experiencias vitales y no los factores internos (como las cogniciones) la explicación más eficaz para la depresión, y por tanto la variable más eficaz sobre la que intervenir” (párr.1).

El principal objetivo de la activación conductual es: “conseguir que la persona inicie un cambio comportamental. Para ello, es importante que las conductas realizadas estén dirigidas a

conseguir objetivos valiosos y que haya una alta probabilidad de que puedan ser reforzadas por el contexto” (UNIR, 2021, párr. 3).

Ahora bien, es importante tener en cuenta que cuando una persona se enfrenta a acontecimientos vitales como traumas o pérdidas hace que el individuo experimente niveles bajos de refuerzo positivo, Garrido (2019) menciona que la principal diferencia entre esa terapia y otras radica en que: “la atención se centra en los problemas que está experimentando el paciente en su vida y no en sus esquemas cognitivos o en su predisposición biológica” (secc. ¿en qué difiere la activación conductual de otras terapias?).

4.3.6. Terapia cognitiva basada en mindfulness. Cuando escuchamos acerca del mindfulness lo primero que se viene a nuestra cabeza son las estereotipas sociales ligadas al término de mindfulness, provocando rechazo y adversidad, pero, al fin y al cabo, lo que se busca con esta terapia es brindar los cuidados necesarios para cuidar la salud mental, reforzar autoestima y resolver conflictos (Martos, 2020).

Un estudio reciente sugiere que: “la terapia cognitiva basada en Mindfulness puede ayudar a mejorar la percepción que los pacientes con depresión tienen de sí mismos” (López, 2021, párr. 1).

Como las terapias anteriores se encuentra dentro de las llamadas terapias de tercera generación, es uno de los enfoques más novedosos y contemporáneos en el tratamiento de problemas o trastornos psicológicos tales como depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, anorexia, bulimia o fobia social (Martos, 2020).

Según López (2021) la terapia cognitiva basada en mindfulness combina:

las técnicas de la terapia cognitivo-conductual y las técnicas como la meditación y la atención plena, es decir, el mindfulness. La primera busca educar al paciente sobre la depresión con el fin de que tome conciencia sobre sus pensamientos negativos, sus causas y efectos. La segunda se enfoca en hacer que el paciente se enfoque y sea consciente de sus pensamientos y sentimientos sin la necesidad de reaccionar o aferrarse a ellos (párr. 6).

En esta clase de terapia se instruye al paciente en una serie de técnicas de atención plena y en meditación guiada, que busca no huir de las emociones que resultan desagradables para que sea la propia persona quien se encuentre libre de juicios y con total poderío y control sobre las emociones (Martos, 2020).

Finalmente, cabe recalcar que esta terapia es vista como una herramienta de apoyo o alternativa en casos especialmente depresivos, donde varias investigaciones han arrojado que se tiene mayor efectividad en personas con al menos tres episodios depresivos (López, 2021).

5. Metodología

La investigación tuvo lugar en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja, institución ubicada al sur del Ecuador en la Ciudad de Loja, cantón Loja, 3°58'59. 79°12'12., 5, Parroquia el Valle, en la calle Santo Domingo, entre las calles Riobamba y Quevedo, junto a la Coordinación Zonal 7 de Salud. La institución es un centro de Salud tipo B, correspondiente al primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública, en donde se realizan actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de enfermedades en la población en relación a los diferentes grupos de edad. El horario de atención de esta unidad de salud es a partir de las 07h00 hasta las 16h00. De manera general el tiempo que se empleó para esta investigación comprende los meses desde mayo hasta julio, los días lunes y miércoles.

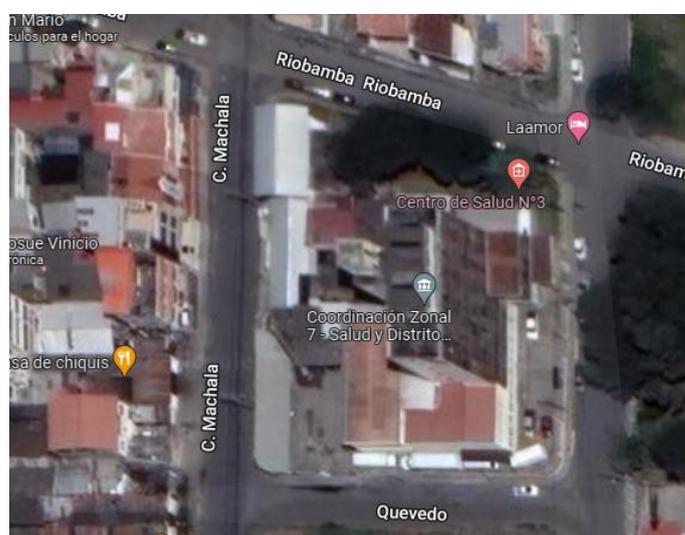


Figura 1. Ubicación de Centro de Salud N°3

Enfoque

Del mismo modo el presente trabajo tuvo un enfoque de tipo cuantitativo, para lo cual se realizó la recolección de datos de ambas variables objeto de estudio, a través de instrumentos estandarizados, siendo así las variables: ideación suicida e inteligencia emocional, del mismo modo se realizó el análisis estadístico por medio de la tabulación de los datos obtenidos.

Tipo de Diseño de investigación

Por sus características, el presente trabajo de investigación fue de tipo no experimental debido a que se describieron las variables sin manipulación alguna del investigador, además, tuvo un corte de tipo transversal puesto que la información recogida que se dio a través de instrumentos de evaluación, se realizó en un periodo de tiempo específico, en este caso el periodo 2022.

En cuanto al alcance de la investigación, fue de tipo correlacional; exploratorio porque se tomaron en consideración las variables de estudio para determinar la relación entre ellas.

Unidad de estudio

La unidad de estudio son los pacientes que acuden al servicio de psicología clínica del Centro de Salud N°3, ubicado en la ciudad de Loja; a esta unidad de salud, asisten pacientes de todas las edades, de ambos sexos y de diferentes niveles socioeconómicos, únicamente, se considera la dirección domiciliaria, para que los pacientes sean asignados en los distintos centros de salud de la ciudad con el fin de solicitar atención médica.

Universo

La población total estuvo conformada por 184 pacientes de diferentes grupos de edad y ambos sexos, que acudieron al servicio de psicología en el Centro de Salud N°3 en el periodo en que se realizó la recolección de datos.

Muestra

De la población total; para la obtención de la muestra, se descartó a aquellas personas que no desearon ser partícipes de la investigación, quienes eran menores a 18 años y quienes acudieron por el servicio de calificación/recalificación de discapacidad que se realiza en la respectiva Unidad de Salud, dejando una muestra total de 68 participantes; los mismos que cumplían con los criterios de inclusión y de igual manera con los criterios de exclusión. Como principales características de la muestra tenemos que el 58,8% fueron mujeres y el 41,2% fueron varones, así mismo, sus edades estuvieron comprendidas entre los 18 a 59 años.

De manera complementaria, en las tablas presentadas a continuación se encuentran los datos sociodemográficos de los pacientes que se han considerado útiles para esta investigación.

Tabla 1

Muestra dividida según el sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	28	41,2%
Mujer	40	58,8%
TOTAL	68	100,00%

Fuente: Ficha sociodemográfica

Elaboración: Noelia Elizabeth Veintimilla Conde

De acuerdo a la tabla 1, se puede establecer que, en relación al sexo, predominan las pacientes mujeres con una frecuencia de 40 pacientes, lo que equivale al 58,8% de la población total, mientras que la frecuencia de hombres es de 28 que representa el 41,2% de la población total.

Tabla 2

Muestra dividida según la edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-28 años	45	66,2%
29-37 años	6	8,8%
38-47 años	11	16,2%
48-57 años	5	7,4%
58-59 años	1	1,5%
TOTAL	68	100,00%

Fuente: Ficha sociodemográfica

Elaboración: Noelia Elizabeth Veintimilla Conde

En la tabla 2, la cual muestra a los pacientes según rangos de edades, tenemos que, de acuerdo a la edad de los participantes, aquellos que cursaban los 18 a 28 años, representaron el 66,2% del total, luego personas de 28 a 37 años representaron 8,8%, continuamente aquellos con edades comprendidas entre los 38 a 47 años representaron 16,2% de la muestra, seguidamente participantes de 48 a 57 años 7,4% y finalmente personas de entre 58 a 59 años que correspondían al 1,5%.

Tabla 3

Muestra dividida según el sector de procedencia

Sector de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	57	83,8%
Rural	11	16,2%
TOTAL	68	100,00%

Fuente: Ficha sociodemográfica

Elaboración: Noelia Elizabeth Veintimilla Conde

De acuerdo a la tabla 3, el 83,8% de los pacientes atendidos en la Unidad de Salud que acudieron al servicio de psicología clínica pertenecen al sector urbano, mientras que el 16,2% de los pacientes son pertenecientes al sector rural.

Tabla 4

Muestra dividida según el diagnóstico de los pacientes

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno de ansiedad	14	20,6%
Trastorno depresivo	25	36,8%
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad	8	11,8%
Trastorno mixto ansioso-depresivo	8	11,8%
Trastornos debido al consumo de sustancias	5	7,4%

Otros	8	11,8%
TOTAL	68	100,00%

Fuente: Plataforma de registro de atención en salud (PRAS).

Elaboración: Noelia Elizabeth Veintimilla Conde

En la tabla 4, la mayor parte de los pacientes, el 36,8% tiene un diagnóstico de trastorno depresivo, el 20,6% presentan trastornos de ansiedad, el 11,8% trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad, de igual manera, el 11,8% tiene un diagnóstico trastorno mixto, el 7,4% presentan trastornos debido al consumo de sustancias, finalmente el 11,8% de la población presentan otros trastornos (ya sea problemas relacionados al seno familiar, cónyuge, hechos estresantes, entre otros).

Tabla 5

Muestra dividida según el tratamiento farmacológico.

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	10,3%
No	61	89,7%
Total	68	100%

Fuente: Ficha sociodemográfica

Elaboración: Noelia Elizabeth Veintimilla Conde

En la tabla 5 se dio a conocer si las personas contaban con tratamiento farmacológico en el momento de la investigación, obteniendo que el 89,7% de los casos no se encontraban en tratamiento actual, mientras que el 10,3% de los casos sí mantenían un tratamiento de tipo farmacológico.

Criterios de inclusión

- Personas de ambos sexos que acudieron al servicio de psicología ya sea por derivaciones, pacientes subsecuentes y primeras consultas.
- Mayores a 18 años.
- Personas que accedieron a participar del estudio y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no desearon participar de la investigación.
- Menores de edad y mayores a 65 años.
- Pacientes que acudieron por servicio de calificación/recalificación de discapacidades.
- Participantes que no respondieron correctamente los instrumentos de evaluación.

Técnicas

Dentro de las técnicas que se usaron en esta investigación tenemos: la aplicación de instrumentos psicológicos (SSI y TMMS-24), encuesta, revisión de información en plataforma de registro de atención en salud

Instrumentos de recolección de datos

Para la ejecución de esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos que favorecieron a la recolección de datos:

- **Consentimiento Informado.** Para llevar a cabo la investigación se requirió de un consentimiento informado, que otorgó el permiso para poder ser partícipe de la investigación, dicho consentimiento garantizó a los participantes la confidencialidad de los datos recogidos, dejando constancia que la información recabada será utilizada estrictamente para fines académicos. De esta manera, este consentimiento constó de los datos que se solicitan del participante, su voluntad para participar a través de una firma y la finalidad que tendrá la investigación. Por lo tanto, el consentimiento informado de esta investigación estuvo diseñado para los pacientes que acudieron a consulta psicológica en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja y estuvo basado en los principios éticos de confidencialidad, autonomía y beneficencia, el mismo que se detalla en el Anexo 1.

- **Plataforma de Registro de Atención en Salud.** Este sistema de acceso a la información “permite la recolección lógica y ordenada de los datos de la atención integral de salud, en tiempo real, para su síntesis con fines de optimización de la calidad de atención del paciente, análisis estadístico e investigación científica” (MSP, 2017, p. 3).

En esta investigación, el PRAS fue empleado para obtener acceso a los diagnósticos establecidos para cada paciente, en el caso de pacientes subsecuentes.

- **Encuesta sociodemográfica.** Este instrumento de recolección de información, permitió obtener información individual como el sexo, la edad, ocupación, dicha información fue útil para realizar los respectivos análisis que permitieron dar cumplimiento a los distintos objetivos. Se adjunta la ficha sociodemográfica en el Anexo 2.

- **Protocolo de Actuación ante la detección de ideación suicida.** El protocolo que se presentó fue utilizado en casos donde se detectó la presencia de ideación suicida en niveles medio y altos, en relación a los pacientes que acudieron al primer nivel de atención de salud mental, en este caso al centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja, su uso estuvo establecido para actuar de manera inmediata en casos de ideación o riesgo suicida inminente, con el objetivo de activar el protocolo y sean atendidos en su brevedad, de esta manera, la finalidad del mismo fue

salvaguardar la vida de las personas que se encuentren presentando ideas suicidas y aquellas que corran el riesgo de atentar contra su propia vida. Se adjunta el protocolo en el Anexo 3.

- **Escala de ideación suicida de Beck (SSI).** Elaborada por A.T. Beck, M. Kovacs y A. Weissman (2004). Es una escala heteroaplicada, con una duración de 10 minutos, que sirve para evaluar la intencionalidad suicida o el grado de seriedad con el que una persona esté pensando suicidarse. La escala de ideación suicida consta de 19 ítems en donde se recogen datos acerca de: Actitud hacia la vida o muerte (desde la pregunta 1 hasta la 5), pensamientos o deseos suicidas (desde la pregunta 6 hasta la 9), proyecto interno de suicidio (desde la pregunta 10 hasta la 14) y realización del intento proyectado (desde la pregunta 15 hasta la 19).

Cada pregunta contiene tres opciones de respuesta entre 0 puntos, 1 punto y 2 puntos de acuerdo a escala Likert, obteniendo la puntuación total de la escala a través de la sumatoria de todas las preguntas, dando un resultado que va desde 0 a 36 puntos. En cuanto a sus propiedades psicométricas, posee una confiabilidad inter examinador de 0.83 y Confiabilidad en alfa de Cronbach de 0.89. Otros estudios demuestran la validez de constructo, validez concurrente y capacidad discriminativa de la escala. Se detalla el instrumento en el Anexo 4.

- **Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24).** Elaborada por Fernández-Berrocal et al. (2004). Corresponde a la adaptación española y reducida del Train Meta Mood-Scale (TMMS-48) originalmente creado por Salovey et al. (1995), se trata de un instrumento de evaluación psicológico, basado en el modelo de inteligencia emocional propuesto por Salovey y Mayer en 1990, que evalúa el metaconocimiento emocional, en otras palabras: evalúa los recursos con los que los individuos podemos ser conscientes de nuestras propias emociones y también, de la regulación de las mismas.

La escala está compuesta por 24 ítems con 5 opciones de respuesta por cada uno, que equivalen al grado en el que una persona está de acuerdo a la pregunta planteada, siendo 1 “Totalmente en desacuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”, estos ítems evalúan las dimensiones de: atención emocional, claridad emocional y reparación emocional, con 8 preguntas por cada dimensión. Respecto a su validez Gonzáles et al., (2020), plantean: “Posee una consistencia interna adecuada, observándose coeficientes de alfa de Cronbach entre .82 y .85” (p.1). En este sentido, tiene la validez y confiabilidad necesaria para su uso en investigaciones posteriores. Se adjunta el instrumento en el Anexo 5.

Procedimiento

El desarrollo de la investigación quedó estructurado en cuatro fases las cuales se describen a continuación:

Primera fase.

En primera instancia se acudió al Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja, para solicitar autorización de llevar a cabo la investigación en dicha Unidad de Salud, indicando previamente los fines que tendrá la misma.

Se realizó un oficio solicitando permiso desde la Carrera de Psicología Clínica dirigido a la autoridad responsable de la institución donde se llevará a cabo, de esta manera se obtuvo autorización formal para iniciar con la investigación.

Posteriormente se realizó un acercamiento a los pacientes que acuden a consulta psicológica, ya sea por vez primera o con turno subsecuente, informándoles de la intención y finalidad de la investigación, solicitando su participación y aprobación de manera voluntaria a través del consentimiento informado.

Segunda fase.

En esta fase se realizó la recolección de datos, se obtuvieron los datos sociodemográficos por medio de la aplicación de la encuesta, así como también se aplicaron los dos instrumentos, el SSI y TMMS-24. Para la recolección de datos, se realizó en la Unidad de Salud previamente designada como área de estudio, en los meses de mayo a julio, los días lunes, martes y miércoles en jornadas matutinas, con una duración de aproximadamente 20 minutos por paciente; ya sean estos subsecuentes o que acudieron por vez primera al servicio de psicología, los diagnósticos eran obtenidos al finalizar la entrevista y registrados en el PRAS en el caso de pacientes que acudieron por primera vez, y en el caso de pacientes subsecuentes los diagnósticos se constataban en la misma plataforma.

Tercera fase.

Una vez recolectada la información se procedió a la calificación e interpretación de las escalas aplicadas, en relación al método de calificación de cada una. Luego de haber culminado con la valoración de los test aplicados, se procedió a activar el protocolo para el suicidio en casos que se consideraron necesarios, tomando en cuenta criterios por parte de la profesional a cargo del servicio de psicología y los lineamientos respectivos que se manejan en el Centro de Salud N°3 para la realización de derivaciones a Servicio Ambulatorio Intensivo (SAI).

Posteriormente se dio inicio a la tabulación de datos, que se realizó a través de la plataforma Excel 2019, y se organizó a través de categorías de acuerdo a variables como: sexo,

edad, ocupación; dichos datos conformaron la matriz general, la misma que fue trasladada al programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.

De esta manera, los datos obtenidos a través de la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI), Escala Rasgo Metaconocimiento de Estados Emocionales de Fernández y Berrocal (TMMS-24), ficha sociodemográfica, e información obtenida a través de Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS), se utilizaron para conformar la base de datos de esta investigación, la misma que consta de 9 variables que son: sexo, edad, sector de procedencia, SSI, Atención, Claridad, Reparación, diagnóstico y tratamiento. Estos datos se realizaron en Excel 2016, y posteriormente fueron trasladados al programa estadístico SPSS, en donde, de manera general, se realizaron las pruebas estadísticas de normalidad pertinente a la variable dependiente.

Cuarta fase.

Concluida la recolección de información y el análisis e interpretación de resultados y como cumplimiento del tercer objetivo específico, se procedió a realizar un programa de intervención psicológica dirigido a los pacientes que presentaron riesgo suicida.

Equipo y Materiales

Para la presente investigación se necesitó de algunos equipos entre ellos una computadora, programa estadístico SPSS, instrumentos psicológicos (hojas), material de escritorio, entre otros.

Análisis estadístico

Una vez recolectada toda la información de los pacientes con los respectivos test, tanto la Escala de Ideación Suicida como la Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales, se procedió a realizar el registro, clasificación y tabulación de la información, conformando la base de datos, misma que constó con un total de 9 variables y se trasladó en primera instancia al programa Excel para posteriormente ser ubicados en el programa estadístico informático SPSS, en donde a través de las respectivas pruebas de correlación, explicadas a continuación se obtuvieron los resultados y conclusiones del trabajo de investigación que se explicarán en los apartados siguientes.

En estas mismas líneas, para dar cumplimiento al objetivo general: Determinar la relación entre ideación suicida y la inteligencia emocional en los pacientes que acuden a consulta psicológica en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja.

En primer lugar, se necesitó aplicar pruebas de normalidad a la variable dependiente, con el fin de establecer estadística paramétrica y no paramétrica, para ello fue importante tomar

en cuenta que al tratarse de datos con un nivel de medición de tipo ordinal, se trata de pruebas no paramétricas, por lo tanto, se tomó como referencia la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, con un nivel de confianza de 95% puesto que esta se emplea en investigaciones con muestras mayores a 50, siendo en este caso la muestra de 68 pacientes.

En relación a estos datos no paramétricos, se determinó utilizar pruebas de correlación Tau-b de Kendall y Tau-c de Kendall según sea el caso, debido a que ambas variables son de tipo cualitativo y ordinal. Por ello, para identificar la correlación entre ideación suicida y atención emocional se utilizó el coeficiente de correlación Tau-c de Kendall, debido a que cumplía con los criterios de tipo ordinal, sin embargo, no se empatan los datos, por lo tanto, se consideró necesario utilizar una tabla 3x2.

Posteriormente, para identificar la correlación entre ideación suicida y claridad emocional, del mismo modo, se utilizó la prueba de correlación Tau-b de Kendall, pues se trataba de una tabla no cuadrada, en donde los datos estadísticos se empatan por tanto corresponde una tabla de tipo 2x2.

Al final se procedió a identificar la correlación entre ideación suicida y reparación emocional se utilizó el coeficiente de correlación Tau-b de Kendall, puesto que correspondía a una tabla con categorías idénticas, en este caso, tabla cuadrada de tipo 2x2.

En cuanto a los objetivos específicos tenemos:

Primer objetivo específico: Determinar la presencia de ideación suicida y niveles de inteligencia emocional en los pacientes que acuden a consulta psicológica en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja. Se utilizó la estadística descriptiva en el programa SPSS, en este caso distribución de frecuencias para cada variable, en este caso, ideación suicida e inteligencia emocional, que a su vez se divide en tres subcategorías: atención, claridad y reparación. La finalidad del uso de distribución de frecuencias fue el hecho de poder describir la muestra en relación a las variables de interés, complementándose con los porcentajes correspondientes y de esta manera facilitar la síntesis de todos los datos obtenidos en la matriz general.

En cuanto al segundo objetivo específico: Analizar la relación entre ideación suicida y la inteligencia emocional en los pacientes que acuden a consulta psicológica en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja, se realizó a través de tablas de contingencia en el programa estadístico SPSS, para determinar en qué medida existió o no una influencia de la inteligencia emocional de los pacientes en sus tres subcategorías sobre la presencia de ideación suicida.

Finalmente, respecto al tercer objetivo específico de la investigación y para dar resultado al mismo, se procedió a realizar un programa de intervención psicológica, dirigido a pacientes que presentan riesgo suicida, independientemente del nivel del riesgo.

6. Resultados

Se procederá a explicar este apartado según el orden en que se fueron cumpliendo los objetivos planteados.

Primer objetivo específico:

Determinar la presencia de ideación suicida y niveles de inteligencia emocional en los pacientes que acuden a consulta psicológica en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja.

Tabla 6.

Distribución de ideación suicida en los pacientes.

Variable		fi	%
Ideación Suicida	Bajo	40	58,8%
	Medio	28	41,2%
	Alto	0	0,0%
Total		68	100,0%

Fuente: IBM SPSS Statistics

Elaboración: Noelia Elizabeth Veintimilla Conde

Análisis e interpretación: En la tabla 6 se determina que el 58,8% de los casos, correspondiente a una cantidad de 40 pacientes, presentaron ideación suicida en un nivel bajo, mientras que el 41,2% que corresponde a 28 pacientes del total, presentaron ideación suicida en un nivel medio.

Tabla 7

Distribución de inteligencia emocional de acuerdo a subescalas

Subescalas IE		fi	%
Atención	Escasa	28	41,2%
	Adecuada	35	51,5%
	Excesiva	5	7,3%
Total		68	100,0%
Claridad	Escasa	58	85,3%
	Adecuada	10	14,7%
	Excesiva	0	0,0%
Total		68	100,0%
Reparación	Escasa	59	86,8%
	Adecuada	9	13,2%
	Excesiva	0	0,0%
Total		68	100,0%

Fuente: IBM SPSS Statistics

Elaboración: Noelia Elizabeth Veintimilla Conde

Análisis e interpretación: En la tabla 7 se presentan las distribuciones por frecuencia de cada subescala de inteligencia emocional, por lo tanto, respecto a la subescala atención el 51,5% de los pacientes mostraron una adecuada atención, seguido del 41,2% de la muestra que mostraron una atención escasa y finalmente el 7,3% de los pacientes demostraron una atención

excesiva. Posteriormente, de acuerdo a la subescala claridad se evidenció que el 85,3% de los pacientes evaluados presentaron una claridad escasa, mientras que el 14,7% presentaron una claridad adecuada. Para finalizar con la distribución, tenemos que en la subescala reparación emocional, el 86,8% de los pacientes evaluados mostraron una escasa reparación emocional y el 13,2% de los pacientes presentaron una adecuada reparación emocional.

Segundo objetivo específico

Analizar la relación entre ideación suicida y la inteligencia emocional en los pacientes que acuden a consulta psicológica en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja.

Tabla 8

Distribución de ideación suicida e inteligencia emocional, en relación a subescalas

		Ideación Suicida					
		Baja		Media		Total	
Inteligencia emocional	Atención	Escasa	29,4%	20	11,8%	8	41,2%
		Adecuada	27,9%	19	23,5%	16	51,4%
		Excesiva	1,5%	1	5,9%	4	7,4%
			58,8%	40	41,2%	28	100,0%
	Claridad	Escasa	47,1%	32	38,2%	26	85,3%
		Adecuada	11,8%	8	2,9%	2	14,7%
				58,8%	40	41,2%	28
	Reparación	Escasa	45,6%	31	41,2%	28	86,8%
		Adecuada	13,2%	9	0,0%	0	13,2%
			58,8%	40	41,2%	28	100,0%

Fuente: IBM SPSS Statistics

Elaboración: Noelia Elizabeth Veintimilla Conde

Análisis e interpretación: En la tabla 8, se observa que en relación a la dimensión atención emocional e ideación suicida, el 58,8% presentaron ideación en un nivel bajo, de este porcentaje el 29,4% corresponde a personas con escasa atención, el 27,9% a personas con adecuada atención y el 1,5% a personas con excesiva atención emocional, después el 41,2% restante de la población, presentaron ideación suicida en un nivel medio, del cual el 11,8% eran personas con escasa atención, el 23,5% eran personas con adecuada atención y el 5,9 corresponde a personas con excesiva atención.

Continuando con el análisis respecto a la dimensión claridad emocional, se determina que del 58,8% de los pacientes que presentaron ideación suicida en un nivel bajo, el 47,1% presentaron claridad escasa mientras que el 11,8% presentaron claridad adecuada, así mismo del 41,2% restante de los pacientes que presentaron ideación suicida en un nivel medio, el 38,2% mostraron escasa claridad y el 2,9% mostraron adecuada claridad.

Finalmente, en relación a la dimensión reparación emocional se puede constatar que del 58,8% de la población que presentó ideación suicida en un nivel bajo, es más prevalente en aquella población con reparación escasa con el 45,6% frente al 13,2% de personas con reparación adecuada; y, por último, el 41,2% de los casos que cuentan con ideación suicida en un nivel medio, como en el caso anterior este porcentaje es mayor en personas con reparación escasa, con el 41,2%.

Objetivo general

Determinar la relación entre ideación suicida y la inteligencia emocional en los pacientes que acuden a consulta psicológica en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja.

Para el cumplimiento de este objetivo en primera instancia se realizó pruebas de normalidad a la variable dependiente, por tanto, se dio uso a la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov (ver tabla-anexo 13), misma que fue realizada con un nivel de confianza del 95%, para lo cual se plantearon las siguientes hipótesis:

- Hipótesis nula (Ho): Los datos siguen una distribución normal
- Hipótesis alternativa (Ha): Los datos no siguen una distribución normal.

Una vez aplicada la prueba se determinó que, para la variable dependiente se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto, los datos no siguen una distribución normal. En consecuencia, se tomó la decisión de aplicar una prueba no paramétrica, Tau de Kendall puesto que ambas variables de estudio son cualitativas, ordinales, además de acuerdo al número de categorías se aplicará Tau-b o Tau-c, según corresponda, lo mismo que se detalla a continuación:

Tabla 9

Relación entre ideación suicida y e inteligencia emocional de acuerdo a subescalas

	Atención		Claridad		Reparación	
	$\tau - c$	<i>P</i>	$\tau - c$	<i>P</i>	$\tau - b$	<i>P</i>
Ideación Suicida	,260	,028	-,179	,108	-,327	,001

Fuente: IBM SPSS Statistics

Elaboración: Noelia Elizabeth Veintimilla Conde

Análisis e interpretación: En la tabla 9 se puede observar que en la subescala atención el *p* valor es de ,028; el cual es menor a 0,05, correspondiente al nivel de significancia de referencia, por tanto, se estableció que existe una relación estadísticamente significativa. Además, se cuenta con un valor de $\tau - c$ (Tau-c de Kendall) de ,260; que, según la escala de correlación de Sampieri, indica una *correlación positiva débil*; es decir, el crecimiento de una variable es directamente proporcional a la otra; en otros términos, a mayor atención, mayor ideación suicida.

De igual manera se evidencia que en la subescala claridad el valor p correspondiente al valor de significancia $\tau - b$ de Kendall es de ,108, esto indica que es superior a 0,05, por consiguiente, en este *no existe* una correlación entre ambas variables.

Finalmente, en la subescala reparación emocional de acuerdo a los resultados obtenidos a partir de la prueba de correlación de Tau-b de Kendall; se encontró con un valor p de 0,001; el mismo que al ser un valor menor a 0,05 establece una relación estadísticamente significativa, en donde valor presentado de $\tau - b$ es -,327; lo cual, según la escala de correlación, indica que se tiene una *correlación negativa media*; es decir, el crecimiento de una variable significa la disminución de la otra, de esta forma, a mayor ideación suicida menor reparación.

Tercer objetivo específico

Desarrollar un programa de intervención psicológica en los pacientes con riesgo suicida que acuden a consulta psicológica en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA ENFOCADO A LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS AUTOLÍTICAS EN PACIENTES CON RIESGO SUICIDA

“Tomémonos tiempo, salvemos vidas”.

Presentación

El presente plan de intervención psicológica está basado en diversos enfoques que incluyen técnicas de terapia cognitivo conductual, terapia dialéctica conductual abarcando técnicas de regulación emocional y afrontamiento, entre otras técnicas de tercera generación, que desde mi perspectiva he considerado pertinente incluir para la intervención a nivel psicológico en los pacientes que presentan riesgo suicida. Por lo tanto, el plan presentado tiene la finalidad de reducir y manejar el riesgo de suicidio en los pacientes, para lo cual es necesaria la formulación de objetivos, los mismos que serán resueltos a través de las respectivas sesiones y técnicas que se llevarán a cabo para apoyar a esta intervención psicológica.

Justificación

El presente plan de intervención constituye una propuesta de intervención psicológica enfocado a la prevención del suicidio en pacientes que presenten riesgo suicida en cualquier nivel, además, el presente plan se ha diseñado a partir de los resultados y las necesidades encontradas durante el desarrollo de este trabajo de investigación, en consideración a ello, con la aplicación de este plan se espera conseguir una disminución y un adecuado manejo del riesgo suicida en los pacientes, tomando en cuenta el uso de herramientas de regulación emocional, afrontamiento, resolución de problemas, habilidades sociales, entre otras, con el fin de prevenir cualquier intento suicida o suicidio consumado.

En base a lo antes mencionado, la importancia de este plan radica en que, al tratarse de población con un nivel de riesgo incluso si se trata de un riesgo bajo, se requiere actuar de manera eficaz, brindando a los pacientes la respectiva información, herramientas y estrategias, que les ayude a manejar su impulsividad, acontecimientos estresantes y la intensidad de emociones desagradables, que puedan propiciar o detonar un intento autolítico o un suicidio.

Objetivos

Objetivo General

Disminuir y manejar el riesgo suicida en los pacientes de edades comprendidas entre los 18-35 años, a través de la obtención y manejo de recursos psicológicos con la finalidad de prevenir y hacer frente a cualquier sintomatología que pudiera desencadenar en una conducta autolítica o suicidio consumado.

Objetivos específicos

En cuanto a los objetivos específicos del programa de intervención psicológica se detallan los siguientes:

1. Proponer e incentivar en los pacientes la adherencia y compromiso con la intervención psicológica.
2. Sensibilizar al paciente a través de información clara sobre el suicidio abordando mitos, creencias, situaciones o signos de alerta para que puedan tomar consciencia de las situaciones que rodean a esta problemática.
3. Identificar en los pacientes los factores de vulnerabilidad y situaciones generadoras de estrés o desregulación emocional que mantienen la conducta problema.
4. Enseñar y desarrollar en el paciente herramientas de regulación emocional, estrategias de afrontamiento y habilidades sociales a través de estrategias cognitivas, conductuales y afectivas, que ayuden a dirigir la impulsividad y el control del estrés de la vida cotidiana; con la finalidad de evitar la realización de conductas autolíticas como medida única de solución a los problemas que enfrenta.
5. Evaluar el nivel de riesgo suicida al final de la intervención para conocer la eficacia del plan de intervención psicológica.
6. Realizar seguimiento al paciente para comprobar resultados o intervenir en caso de posible retroceso dentro del proceso psicoterapéutico.

Metodología

El plan de intervención denominado “Tomémonos tiempo, salvemos vidas” se trata de un programa de intervención a nivel secundario puesto que involucra el tratamiento y la intervención en pacientes con riesgo suicida, el mismo que se realizará de manera individual, en sesiones semanales de 45 minutos con cada paciente. Consiste en diferentes sesiones en las que se abordarán técnicas con diferentes enfoques, entre los cuales tenemos, cognitivo-conductual (Terapia Racional Emotiva), terapias de tercera generación (Dialéctica Conductual, regulación emocional, terapias basadas en Mindfulness, Activación Conductual), entre otras.

De la misma manera el presente plan consta de las siguientes fases:

Fases en la elaboración del programa.

Se describe una tabla con las fases que se precisan para el desarrollo del programa de intervención psicológica:

Tabla 10

Fases del programa de intervención psicológica

Primera fase (Selección, convocatoria y encuadre)	<ul style="list-style-type: none"> • Selección de participantes con riesgo suicida • Convocar a los participantes seleccionados • Establecimiento de alianza terapéutica (sesión 1) • Sesión de encuadre del plan de intervención (sesión 2)
Segunda fase (Aplicación-inicio)	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo las sesiones del plan de intervención con sus respectivas actividades y sesiones (sesión 3 hasta sesión 10)
Tercera fase (Cierre)	<ul style="list-style-type: none"> • Cierre parcial del programa (sesión 11)
Cuarta fase (Evaluación de satisfacción)	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la eficacia del programa por parte del paciente tras la culminación del mismo (sesión 12)
Quinta fase (Seguimiento)	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de pacientes (sesión 13)

Descripción del programa-Matrices operativas

Tabla 11

N° de sesión	Actividad	Temáticas abordadas	Objetivos	Técnicas y recursos (material)	Desarrollo	Tiempo	Responsable
Fase 1: Selección, convocatoria y encuadre con los participantes							
Sesión 1	Establecimiento de alianza terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> • Vínculo interpersonal Psicólogo-Paciente • Confianza • Comprensión 	Establecer el vínculo basado en la confianza, comodidad y el entendimiento con el paciente integrando las necesidades del mismo junto con las técnicas, conocimiento y empatía del terapeuta	Entrevista Escucha activa Empatía	Se inicia con la convocatoria del paciente previamente identificado con riesgo suicida a la primera sesión en donde se construirá la alianza terapéutica tomando en consideración los puntos de vista del paciente, brindándole escucha activa ante su problemática y otorgándole un ambiente de confianza y comodidad para esta y las próximas sesiones.	45 min	Psicólogo clínico/a
Sesión 2	Adherencia del paciente a las sesiones semanales	<ul style="list-style-type: none"> • Encuadre de la terapia • Objetivos a obtener de la terapia • Conceptualización sobre el suicidio • Promoción de la vida más allá de la prevención del suicidio 	<p>Proponer e incentivar a los pacientes la adherencia y compromiso con la intervención</p> <p>Sensibilizar al paciente a través de información clara sobre el suicidio</p>	<p>Rapport, Empatía</p> <p>Escucha activa</p> <p>Psicoeducación</p> <p>Consentimiento informado</p> <p>Uso de tiempos futuros</p> <p>Feedback</p>	En esta segunda sesión se brindará psicoeducación sobre el caso del paciente, se trabajará en generar esperanza a través de la utilización de tiempos futuros, finalmente se fijarán acuerdos, metas individuales a obtener de la terapia, número de sesiones, tiempo, límites y reglas.	45 min	Psicólogo clínico/a

Fase 2: Aplicación-Inicio

Sesión 3	Formulación conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilidad del paciente • Eventos estresantes y expresiones conductuales • Antecedente-conducta-consecuencias 	Identificar en el paciente los factores de vulnerabilidad y situaciones generadoras de estrés o desregulación emocional que mantengan la conducta problema.	<p>Escucha activa</p> <p>Análisis funcional conductual → análisis en cadena</p> <p>Contención emocional</p> <p>Psicoeducación</p> <p>Feedback</p>	Se realizará el análisis funcional en cadena para determinar las vulnerabilidades, situaciones disparadoras, enlaces (emociones, sentimientos, pensamientos) y la conducta que agrava el problema base.	45 min	Psicólogo clínico/a
Sesión 4	Reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Control de pensamientos • Distorsiones cognitivas • Diálogo interno 	Identificar y cuestionar en el paciente la importancia de los pensamientos automáticos ante la interpretación de situaciones y por consiguiente en el patrón conductual, con la finalidad de cambiar dichos pensamientos negativos por ideas más aceptables para el individuo.	<p>Psicoeducación de las distorsiones cognitivas</p> <p>Técnica de parada de pensamiento</p> <p>Diálogo socrático</p> <p>Registro de pensamientos</p> <p>Feedback</p>	Se inicia con un registro de pensamientos automáticos con el paciente a fin de que estos sean identificados, evaluados y confrontados con su respectivo pensamiento (desafío) lógico, para reducir la presencia y el malestar que causan los mismos, además se proveerá al paciente de técnicas cognitivas que favorecerán a la disminución de dichas distorsiones y consolidación de un nuevo sistema de creencias.	45 min	Psicólogo clínico/a
Sesión 5	TREC de Albert Ellis	<ul style="list-style-type: none"> • Vínculo entre pensamiento-emoción • Perturbación emocional • Creencias irracionales: 	Detectar en el paciente las evaluaciones erróneas que tiene de la realidad, mismas que dan origen a sentimientos	<p>Psicoeducación del modelo ABC de Albert Ellis</p> <p>Técnica ABC-D (Autorregistros)</p>	Se inicia la sesión con la identificación de un problema que el paciente quiera tratar durante la sesión, luego se lleva a cabo el proceso de la técnica ABC y las relaciones entre dichas variables, iniciando con psicoeducación del modelo propuesto por Ellis, se da	45 min	Psicólogo clínico/a

		<ul style="list-style-type: none"> Primarias y secundarias Exigencias absolutistas 	<p>perturbados, que darán paso a distintas reacciones conductuales.</p>	<p>Discusión o debate de creencias (estilo socrático)</p> <p>Entrenamiento en auto instrucciones</p> <p>Inversión del rol racional</p> <p>Imaginación racional emotiva</p>	<p>paso a D (disputar, debatir). Posteriormente se entrenará al paciente en algunas técnicas de tipo cognitivo (discusión de creencias, entrenamiento en auto instrucciones) tipo conductual (inversión de rol racional), emotivas (imaginación racional emotiva). Se brinda el Feedback correspondiente para determinar si hubo errores de comprensión en el terapeuta o paciente.</p>		
Sesión 6	Regulación emocional y afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> Estrategias de Afrontamiento Emociones Regulación emocional Afrontamiento afectivo 	<p>Desarrollar en el paciente el reconocimiento, aceptación y manejo de sus emociones a través de técnicas de regulación emocional, así como la práctica de estrategias de afrontamiento, que ayuden a dirigir la impulsividad y tolerancia a la frustración hacia respuestas más adaptativas.</p>	<p>Técnica “Identificar y etiquetar emociones”</p> <p>Registro experiencia emocional</p> <p>Descarga emocional (catarsis)</p> <p>Técnica de relajación</p> <p>Feedback</p>	<p>Al iniciar la sesión se realizará una actividad de identificación de emociones en la última semana, la intensidad de las mismas y la relación que tienen con el plano conductual para establecer la relación: emoción-pensamiento y conducta; de la misma manera se gestionarán algunas habilidades de afrontamiento en presencia de emociones intensas, entre ellas la descarga emocional con alguna persona de apoyo o permitiendo la expresión adecuada de las emociones.</p>	45 min	Psicólogo clínico/a
Sesión 7	Afrontamiento y resolución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> Estrategias de afrontamiento Solución de problemas 	<p>Desarrollar y entrenar en el paciente estrategias de afrontamiento</p>	<p>Técnicas:</p> <p>Aceptación</p> <p>Anticipación e inmunización</p> <p>Autoanálisis</p>	<p>Se realizará la sesión con un breve recuento de la sesión anterior, posteriormente se socializará con el paciente sobre aquellas estrategias de afrontamiento de las que puede hacer uso en diferentes contextos. Finalmente se trabajará</p>	45 min	Psicólogo clínico/a

		<ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento cognitivo • Afrontamiento conductual 	centradas en disminuir el malestar asociado a las diversas situaciones problemáticas.	<p>Reevaluación positiva</p> <p>Entrenamiento en auto instrucciones</p> <p>Resolución de problemas (5 pasos)</p>	con la técnica de resolución de problemas.		
Sesión 8	Terapia basada en Mindfulness	<ul style="list-style-type: none"> • Concentración del aquí y del ahora • Autoconocimiento y conectar con uno mismo • Reducción de malestar 	Aumentar en el paciente su capacidad de darse cuenta de sus propios comportamientos, sentimientos y enseñarle a gestionar los mismos con la finalidad de que aprenda a relacionarse de manera directa con todo lo que surge en su vida diaria.	<p>Ejercicios de estiramiento</p> <p>Observación de emociones</p> <p>Psicoeducación</p> <p>Meditación guiada (5 minutos)</p> <p>Conciencia corporal: Body Scan</p> <p>Feedback</p>	En esta sesión se iniciará con un pequeño ejercicio de estiramiento que pueda dar inicio a obtener la concentración del paciente, luego, se hará un breve repaso de emociones que haya experimentado en la última semana, sin justificarlas, ni rechazarlas. Seguido se realizará una pequeña psicoeducación de la importancia de estar conectado con uno mismo y con todo lo que surge aquí y ahora, para que se entienda el objetivo del mindfulness. Finalmente se llevarán a cabo dos técnicas adicionales de mindfulness (meditación guiada y body scan).	45 min	Psicólogo clínico/a
Sesión 9	Activación conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades placenteras • Programación de actividades • Actividades agradables a su disposición 	Identificar y enseñar al paciente la utilidad e importancia de la participación sobre su propia vida y cómo se obtiene un estado de ánimo diferente a raíz de la realización de un plan de acción.	<p>Psicoeducación</p> <p>Escucha activa</p> <p>Registro de actividades placenteras</p> <p>Registro de planificación con variables</p>	Se realizará un breve resumen de la sesión que tuvo lugar la semana pasada, se continuará con un diálogo sobre actividades que han realizado y aquellas que han dejado de hacer en todo este tiempo. Se brindará psicoeducación sobre la importancia de realizar un plan de acción. Finalmente se trabajará en un registro de actividades placenteras que le ayuden a	45 min	Psicólogo clínico/a

				Feedback	potenciar su bienestar psicológico, social y físico.		
Sesión 10	Entrenamiento en Habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación-Estilos Asertividad 	Mejorar el desenvolvimiento en las relaciones interpersonales del paciente a fin de que pueda interactuar de forma efectiva y satisfactoria	Psicoeducación Escucha activa Role-playing Generalización de habilidades sociales Feedback	Se iniciará la sesión con un repaso breve de los contenidos y técnicas abordadas en la sesión anterior; posteriormente se enseñará al paciente sobre comunicación y los estilos pasivo, agresivo y asertivo, del mismo modo se trabajará con la técnica del Role-playing para ejemplificar diversas situaciones y evidenciar las habilidades aprendidas del paciente con la finalidad de que estas puedan ser generalizadas a diferentes contextos distintos a los aprendidos, potenciando un estilo asertivo.	45 min	Psicólogo clínico/a
Fase 3-Cierre							
Sesión 11	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> Retroalimentación general Agradecimiento Despedida parcial 	Evaluar el riesgo suicida en el paciente tras la finalización de las sesiones y las temáticas abordadas Retroalimentar sobre contenidos abordados a lo largo de todas las sesiones, resolviendo dudas del paciente.	Escala de SSI Feedback Escucha activa	En esta sesión se realizará un cierre parcial de la terapia, puesto que se han abordado y enseñado al paciente todas las estrategias y técnicas necesarias para su bienestar, para evaluar la eficacia del programa se volverá a aplicar la Escala de Ideación Suicida de Beck.	45 min	Psicólogo clínico/a
Fase 4-Evaluación de la intervención							

Sesión 12	Evaluación del programa de intervención	<ul style="list-style-type: none"> Eficacia del programa 	Determinar la eficacia del plan de intervención psicológica a través de una encuesta de satisfacción en los pacientes	<p>Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4)</p> <p>Escucha activa</p> <p>Empatía</p>	<p>Se iniciará con la socialización de los avances obtenidos gracias a la terapia, posteriormente se aplicará al paciente la Escala de Satisfacción (CRES-4) para determinar la eficacia del tratamiento según la consideración del paciente. Se le solicitará su asistencia en un mes para la última sesión.</p>	45 min	Psicólogo clínico/a
Fase 5-Seguimiento							
Sesión 13	Feedback y sesión de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Retroalimentación Opiniones sobre la intervención realizada Retrocesos (en caso de existir) 	Identificar la mejoría en el paciente tras la culminación de la intervención psicológica.	<p>Escucha activa</p> <p>Empatía</p> <p>Feedback</p>	<p>Esta última sesión se realizará después de un mes de la sesión previa en donde se realizó el cierre (parcial). Se iniciará con una charla en donde el paciente pueda expresar cómo ha funcionado la terapia y su progreso en la misma. Finalmente, se explicará al paciente que existirán algunas sesiones de seguimiento (que no forman parte del programa de intervención) las cuales se realizaran de manera trimestral, semestral y anual, hasta dar el alta definitiva del proceso terapéutico.</p>	45 min	Psicólogo clínico/a

Desarrollo del programa

El presente programa de intervención psicológica está conformado por 13 sesiones que se realizarán de forma individual con el paciente

Antes de poner en marcha el programa se realizará una convocatoria de aquellos participantes quienes presenten riesgo suicida. En dicha convocatoria se informará del procedimiento de selección y el programa que se llevará a cabo; posteriormente, con quienes deseen formar parte de la intervención se dará inicio al mismo a través del agendamiento de turnos prioritarios semanales.

De manera general, en la primera sesión se realizará el establecimiento de una alianza terapéutica la misma que dará lugar a un ambiente de comodidad, tranquilidad y confianza con el paciente, en la segunda sesión se realizará el respectivo encuadre y se pedirá autorización (consentimiento) al paciente para que en la sesión 11 se le aplique un instrumento de evaluación (SSI) para comprobar si el riesgo suicida ha disminuido o en el mejor de las cosas ya no se encuentre presente. Cada sesión se realizará con una frecuencia semanal, con una duración de 45 minutos, los días martes o viernes en turnos prioritarios según se organice el psicólogo responsable, a excepción de la última (sesión 13), la misma que será realizada después de un mes debido a que forma parte del Feedback necesario para comprobar la efectividad del programa; en cada sesión se abordarán diferentes temáticas necesarias para el individuo de las que deberá obtener herramientas terapéuticas, dichas temáticas son: análisis funcional de la conducta, reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva, regulación emocional, estrategias de afrontamiento, resolución de problemas, mindfulness, activación conductual, habilidades sociales, entre otras, además de psicoeducación en relación a la temática principal (Suicidio) en la segunda sesión.

Por otro lado, en la última sesión se otorgará un alta parcial en función de que se debe realizar el respectivo seguimiento en los meses siguientes, por lo que se convocará de manera trimestral, semestral y anual antes de dar el alta definitiva del proceso terapéutico. Las sesiones posteriores a la sesión 13, no constan dentro del programa de intervención; sin embargo, al ser necesarias, como en cualquier tipo de terapia, es importante llevarlas a cabo y cumplirlas en los tiempos establecidos (puede variar según el criterio del profesional responsable), con la finalidad de identificar de manera más objetiva la efectividad del programa y asegurar el bienestar total del paciente.

En relación a lo anterior, el planteamiento que se va a seguir para el programa de intervención psicológica será el siguiente:

Fase 1: Selección, convocatoria y encuadre con los participantes.

En esta fase se pone en marcha la primera sesión que consiste la convocatoria y establecimiento del vínculo terapéutico y segunda sesión que consiste en el encuadre del programa de intervención con los participantes, de manera individual. A continuación, se presenta la descripción de la primera y segunda sesión.

Sesión 1.

Actividad: Alianza Terapéutica.

Objetivo: Establecer el vínculo necesario basado en la confianza, comodidad y el entendimiento con el paciente, integrando las necesidades del mismo, junto con las técnicas, conocimiento y empatía del terapeuta.

Duración: 45 minutos

Materiales: Material de escritorio

Técnicas a utilizar: Entrevista, escucha activa, rapport, empatía.

Descripción y metodología de la actividad

Se convocará a los pacientes, que previamente fueron identificados con riesgo suicida, en base a test aplicado (Escala de Ideación Suicida de Beck) a la primera sesión en el consultorio del responsable (psicólogo/a clínico) de la unidad de salud. Al iniciar la sesión se procederá desde el primer contacto, establecer la alianza con el paciente, para lo cual se requiere ser atento, mostrar calma y tranquilidad, además, proporcionar al paciente un ambiente privado y seguro, para que el paciente se pueda sentir seguro y tomado en cuenta según sus miedos o necesidades. Para esta sesión es muy necesario dejar en claro que el psicólogo responsable, no juzgará las creencias y opiniones del paciente, sino que se encargará de acompañar al paciente y guiarlo en todo el proceso de terapia.

Sesión 2.

Actividad: Adherencia del paciente al tratamiento.

Objetivo: Proponer e incentivar a los pacientes la adherencia y compromiso con la intervención psicológica.

-Sensibilizar al paciente a través de información clara sobre el suicidio abordando mitos, creencias, situaciones o signos de alerta para que puedan tomar consciencia de las situaciones que rodean a esta problemática.

Duración: 45 minutos

Materiales: Material de escritorio (hojas, lápiz, esferos), consentimiento informado.

Técnicas a utilizar: Rapport, empatía, escucha activa, psicoeducación, consentimiento informado, utilización de tiempos futuros.

Descripción y metodología de la actividad

Al iniciar la sesión se explicará a detalle y de manera clara toda la información sobre el programa de intervención psicológica que se llevará a cabo. Posteriormente, se brindará psicoeducación en relación al suicidio, logrando sensibilizar al paciente a través del abordaje de ciertos aspectos que se consideran importantes en relación a esta temática. Se continuará generando esperanza, esto, principalmente como herramienta para ganar tiempo a favor de la terapia y del paciente, finalmente después de haber socializado toda la información y aplicado todas las técnicas, se solicitará al individuo que firme un consentimiento en el que acepta ser parte de la primera aplicación del programa y de su valoración al final del mismo; en base a ello, se procederá a realizar el encuadre de cada sesión, duración, frecuencia, acuerdos, objetivos a obtener de la intervención, establecimiento de límites y reglas.

Responsable:

Profesional de Salud Mental (Psicólogo/a clínica del Centro de Salud).

Descripción de la primera sesión

Fase 2: Aplicación-Inicio.

La segunda fase comprende desde la tercera hasta la décima sesión, fase en la que se inicia terapéuticamente con cada temática a trabajar, por ende, se realizará cada sesión con sus respectivas actividades. A continuación, se presenta la descripción de las sesiones correspondientes.

Sesión 3.

Actividad: Formulación conductual, relaciones causales en el paciente.

Objetivo: Identificar en el paciente los factores de vulnerabilidad y situaciones generadoras de estrés o desregulación emocional que mantengan la conducta problema.

Duración: 45 minutos

Materiales: Material de escritorio (hojas, lápiz, esferos). Recurso para realización de análisis funcional conductual (Anexo 6).

Técnicas a utilizar: Escucha activa, análisis conductual en cadena, contención emocional, psicoeducación, feedback.

Descripción y metodología de la actividad

En esta sesión se indaga por medio de entrevista semiestructurada y escucha activa sobre las situaciones estresantes actuales o pasadas y antecedentes personales que estén descompensando al paciente, se trabajará a través del análisis funcional conductual (análisis en cadena) con las situaciones abordadas, con la finalidad de identificar en el paciente las

vulnerabilidades presentes, situaciones disparadoras, enlaces asociados a la situación tales como emociones, sentimientos y pensamientos y por último la conducta que surge y alimenta el problema de base. Se realizará la contención emocional a través de intervención paradójica. Al finalizar la sesión el paciente habrá reconocido cuáles son sus respuestas ante las diversas situaciones que atraviesa y se procederá a trabajar en relación a cada componente que favorezca a la estabilidad y bienestar del paciente.

Tarea extrasesión: Realizar una visión del futuro sobre: situaciones que generan problema y posibles soluciones a futuro.

Responsable: Profesional de Salud Mental (Psicólogo/a clínica del Centro de Salud).

Sesión 4.

Actividad: Reestructuración cognitiva.

Objetivo: Identificar y cuestionar en el paciente la importancia de los pensamientos automáticos en percepción de situaciones y por consiguiente en el patrón conductual, con la finalidad de cambiar dichos pensamientos negativos por ideas más aceptables para el individuo.

Duración: 45 minutos

Materiales: Material de escritorio (hojas, lápiz, esferos). Tarjetas de apoyo sobre distorsiones cognitivas, cartilla de registro de pensamientos (Anexo 7).

Técnicas a utilizar: Psicoeducación, técnica de *Stop* (parada) del pensamiento, diálogo socrático, registro de pensamientos, feedback.

Descripción y metodología de la actividad

En esta sesión se realizará una retroalimentación de lo que se socializó en la sesión previa de modo que sirva de base para poder trabajar en estrategias de reestructuración cognitiva, en primer lugar, se realizará una psicoeducación a través de las distorsiones cognitivas que existen en el paciente, para lo cual se empleará tarjetas de apoyo que le ayuden a reconocer cómo son dichas distorsiones. Del mismo modo, una vez reconocidos estos pensamientos negativos, se brindarán herramientas terapéuticas con su respectiva psicoeducación, para que pueda poner en práctica de inmediato cuando surjan dichas distorsiones, algunas de estas herramientas son: técnica de parada del pensamiento, diálogo socrático, registro de pensamientos. Se trabajará en la sesión sobre cómo y cuándo usar dichas técnicas, con la finalidad de que puedan ser puestas en práctica por el paciente, para lograr la disminución de distorsiones cognitivas y la consolidación de un nuevo sistema de creencias más saludable para el paciente.

Tarea extra sesión: Realizar registro de pensamientos.

Responsable: Profesional de Salud Mental (Psicólogo/a clínica del Centro de Salud).

Sesión 5.

Actividad: TREC de Albert Ellis.

Objetivo: Detectar en el paciente las evaluaciones erróneas que tiene de la realidad, mismas que dan origen a sentimientos perturbados, que darán paso a distintas reacciones conductuales.

Duración: 45 minutos

Materiales: Material de escritorio (hojas, lápiz, esferos), tarjetas de debate socrático, cartilla de autorregistro ABCD.

Técnicas a utilizar: Psicoeducación del modelo ABC de Albert Ellis, técnica ABC-D, discusión o debate de creencias (estilo socrático), entrenamiento en auto instrucciones, inversión del rol racional, imaginación racional emotiva, autorregistros ABCD (Anexo 8).

Descripción y metodología de la actividad

En esta quinta sesión se iniciará con un recuento de lo que se abordó en la sesión anterior con la finalidad de asociar los pensamientos previamente identificados, a las emociones y por consiguiente a las conductas. Además, se trabajará con un problema que el paciente quiera manifestar, reconociendo y enseñando al paciente, la técnica de la terapia racional emotiva de Albert Ellis; seguido de ello, se entrenará al paciente en el manejo de algunas técnicas de tipo cognitivo como es el entrenamiento en auto instrucciones, discusión de creencias, la cual se hará con un estilo socrático, en el cual el terapeuta realizará preguntas abiertas hacia el paciente, también el uso de técnicas de tipo conductual como es la inversión de rol racional, así mismo técnicas de tipo emotivo como: imaginación racional emotiva, al final se dará el feedback necesario de esta sesión aclarando dudas y respondiendo preguntas del paciente, y se enviará una tarea extrasesión.

Tarea extrasesión: Autorregistros ABCD que deberá llenar el paciente en base a acontecimientos que considere, y que surjan en los días posteriores hasta la próxima sesión en donde se socializará la tarea.

Responsable: Profesional de Salud Mental (Psicólogo/a clínica del Centro de Salud).

Sesión 6.

Actividad: Regulación emocional y estrategias de afrontamiento.

Objetivo: Desarrollar en el paciente el reconocimiento, aceptación y manejo de sus emociones a través de técnicas de regulación emocional, así como la práctica de estrategias de afrontamiento, que ayuden a dirigir la impulsividad y tolerancia a la frustración hacia respuestas más adaptativas.

Duración: 45 minutos

Materiales: Material de escritorio (hojas, lápiz, esferos). Tarjetas de emociones, cartilla de registro de experiencia emocional (Anexo 9).

Técnicas a utilizar: Técnica “Identificar y etiquetar emociones”, psicoeducación, registro experiencia emocional, tarjetas de emociones, descarga emocional (catarsis), técnica de respiración (observar la respiración), feedback.

Descripción y metodología de la actividad

En esta sexta sesión se iniciará con una socialización de la tarea enviada en el encuentro anterior, de ello se hará el análisis respectivo y nos enfocaremos en las emociones con la actividad de identificación de emociones en la última semana, para lo cual se requiere que el paciente recuerde su experiencia emocional, así como también la intensidad de las mismas; en una escala del 1-10, donde 1 es el nivel más bajo de dicha emoción y 10 corresponde al nivel más alto de la misma emoción; a través de esto se podrá establecer la relación emoción-pensamiento-conducta. En segundo lugar, se psicoeducará al paciente sobre las diferentes emociones en donde se usaremos las tarjetas de emociones para que identifique cuáles son las emociones que experimenta con más frecuencia. Así mismo, se brindará información sobre estrategias de afrontamiento afectivo y técnicas de regulación emocional de las que podrá hacer uso, por ejemplo, la descarga emocional (catarsis) con alguna persona de confianza o apoyo permitiendo la expresión adecuada de las emociones, acompañado del empleo de una técnica sencilla de respiración “Observar la respiración” (deberá ser explicada por el terapeuta). Al finalizar esta sesión se enviará una tarea al paciente.

Tarea extrasesión: Realizar un registro de experiencia emocional con la intensidad de las emociones vividas en los días posteriores.

Responsable: Profesional de Salud Mental (Psicólogo/a clínica del Centro de Salud).

Sesión 7.

Actividad: Afrontamiento y resolución de problemas.

Objetivo: Desarrollar y entrenar en el paciente estrategias de afrontamiento centradas en disminuir el malestar asociado a las diversas situaciones problemáticas.

Duración: 45 minutos

Materiales: Material de escritorio (hojas, lápiz, esferos). Material didáctico, Cartilla de resolución de problemas (Anexo 10).

Técnicas a utilizar: Psicoeducación, aceptación, anticipación e inmunización, autoanálisis, reevaluación positiva, entrenamiento en auto instrucciones, resolución de problemas (5 pasos), feedback.

Descripción y metodología de la actividad

En esta sesión se iniciará con un breve recuento de lo que se llevó a cabo en la sesión anterior, además se preguntará al paciente si ha podido aplicar las técnicas que se le ha enseñado, en cuanto al control de pensamientos y manejo de emociones, después se abordará con el paciente cuáles son las estrategias de afrontamiento que suele poner en práctica y se brindará información sobre algunas técnicas de afrontamiento cognitivo que es importante conocer, entre ellas autoanálisis, aceptación, reevaluación positiva, las mismas que serán explicadas con material didáctico y ejemplos prácticos, del mismo modo se trabajará con el paciente con algunas estrategias de afrontamiento conductual como el entrenamiento en autoinstrucciones y finalmente la resolución de problemas, a través de 5 pasos: orientación hacia el problema, formulación del problema, búsqueda de alternativas de solución, evaluación de todas las alternativas y toma de decisión y finalmente la puesta en práctica y comprobación de la solución.

Tarea extrasesión: El paciente debe escribir en la cartilla de resolución de problemas un problema acompañado de los 5 pasos que empleará para resolverlo.

Responsable: Profesional de Salud Mental (Psicólogo/a clínica del Centro de Salud).

Sesión 8.

Actividad: Terapia basada en Mindfulness.

Objetivo: Aumentar en el paciente su capacidad de “darse cuenta” de sus propios comportamientos, sentimientos y enseñarle a gestionar los mismos con la finalidad de que aprenda a relacionarse de manera directa con todo lo que surge en su vida diaria.

Duración: 45 minutos

Materiales: Material de escritorio (hojas, lápiz, esferos). Material didáctico, registros de Body Scan y Meditación guiada (Anexo 11).

Técnicas a utilizar: Ejercicios de estiramiento, observación de emociones, psicoeducación, meditación guiada, conciencia corporal (body scan), feedback.

Descripción y metodología de la actividad

En la presente sesión se iniciará con un ejercicio de estiramiento sencillo, la finalidad del mismo es lograr captar la atención y concentración del paciente, luego se hará la técnica de observación de emociones, la cual comprende un breve repaso de las emociones experimentadas recientemente, sin justificarlas, ni cuestionar las mismas. A continuación, se brindará psicoeducación al paciente, sobre la importancia de estar conectado con uno mismo y con todo lo que sucede en el aquí y ahora, de esta manera se dará a conocer el objetivo de aplicar mindfulness en esta sesión; finalmente, se enseñará al paciente dos técnicas adicionales las

cuales son: meditación guiada y mindfulness con sus respectivos registros, a fin de que el paciente realice en su casa con el mayor compromiso posible.

Tarea extrasesión: Realizar técnica de meditación guiada (5 minutos) y body scan, alternar entre las mismas, y llenar los respectivos registros.

Responsable: Profesional de Salud Mental (Psicólogo/a clínica del Centro de Salud).

Sesión 9.

Actividad: Activación Conductual

Objetivo: Identificar y enseñar al paciente la utilidad e importancia de la participación sobre su propia vida y cómo se obtiene un estado de ánimo diferente a raíz de la realización de un plan de acción.

Duración: 45 minutos

Materiales: Material de escritorio (hojas, lápiz, esferos). Material didáctico, tabla de registro de actividades placenteras, tabla de planificación de actividades con variables.

Técnicas a utilizar: Psicoeducación, escucha activa, registro de actividades placenteras, registro de planificación con variables, feedback.

Descripción y metodología de la actividad

En esta sesión se iniciará con un resumen de la sesión que tuvo lugar la semana pasada y se dará paso a un diálogo sobre actividades que son del agrado del paciente y aquellas que ha dejado de realizar. Es importante psicoeducar al paciente sobre la importancia de realizar un plan de acción, el beneficio que se obtiene de las actividades placenteras y como estimulan a mejorar la calidad de vida de las personas, luego de ello se pedirá al paciente que recuerde que actividades le generan bienestar y cuales son aquellas que tiene a su disposición para que puedan ser realizadas; finalmente, se solicitará que pueda volver a retomar dichas actividades, considerando la motivación para las mismas, para lo cual es necesario trabajar con un registro de actividades placenteras que le ayuden a potenciar el bienestar mental, físico y social del paciente. En esta sesión se pedirá al paciente que trabaje en un recurso extra-sesión “Tabla de planificación de actividades con variables” para que pueda ir registrando aquellas actividades que le interese realizar y las pueda cumplir a manera de objetivos cortos.

Tarea extrasesión: Planificación con variables.

Responsable: Profesional de Salud Mental (Psicólogo/a clínica del Centro de Salud).

Sesión 10.

Actividad: Entrenamiento en habilidades sociales.

Objetivo: Mejorar el desenvolvimiento en las relaciones interpersonales del paciente a fin de que pueda interactuar de forma efectiva y satisfactoria.

Duración: 45 minutos

Materiales: Material de escritorio (hojas, lápiz, esferos). Material didáctico, tarjetas de estilos de comunicación.

Técnicas a utilizar: Psicoeducación, escucha activa, role-playing, generalización de habilidades sociales, feedback.

Descripción y metodología de la actividad

En esta sesión se dará inicio con un repaso breve de los contenidos y técnicas abordadas en la sesión anterior (retroalimentación). En esta sesión se ha considerado importante trabajar con habilidades sociales partiendo de la comunicación y los estilos pasivo, agresivo y asertivo que dan lugar a las relaciones interpersonales, se brindará información al paciente de manera dinámica, para que pueda identificar qué estilo está presente en su manera de comunicarse, además, se trabajará con *Role-playing* para ejemplificar distintas situaciones y evidenciar las habilidades aprendidas para que estas puedan ser generalizadas a los diferentes contextos más allá de los aprendidos, potenciando principalmente un estilo asertivo.

Responsable: Profesional de Salud Mental (Psicólogo/a clínica del Centro de Salud).

Fase 3: Cierre.

En la tercera fase se realizará el cierre parcial del programa de intervención en una sesión, A continuación, se presenta la descripción de la sesión correspondiente:

Sesión 11.

Actividad: Cierre parcial del plan de intervención.

Objetivo: Evaluar el riesgo suicida existente en el paciente tras la finalización de las sesiones y las temáticas abordadas. Retroalimentar sobre contenidos abordados a lo largo de todas las sesiones, resolviendo dudas del paciente.

Duración: 45 minutos

Materiales: Material de escritorio (hojas, lápiz, esferos). Instrumento de evaluación SSI.

Técnicas a utilizar: Psicoeducación, escucha activa, feedback.

Descripción y metodología de la actividad

En esta sesión se realizará un cierre parcial de la terapia, se han culminado todas las sesiones y se han cumplido los objetivos en cada una, gracias a las estrategias y herramientas brindadas al paciente. En relación a la eficacia del plan de intervención psicológica y cómo se acordó en un principio del mismo, se volverá a aplicar la escala de Ideación Suicida de Beck.

Responsable: Profesional de Salud Mental (Psicólogo/a clínica del Centro de Salud).

Fase 4: Evaluación de la intervención.

En la presente fase se evaluará la eficacia del plan de intervención psicológica que se llevó con los pacientes, para lo cual se requiere de la aplicación de un instrumento de evaluación, que se llevará a cabo en una sesión, la misma que se detalla a continuación.

Sesión 12.

Actividad: Evaluación del programa de intervención.

Objetivo: Determinar la eficacia del plan de intervención psicológica a través de una encuesta de satisfacción en los pacientes.

Duración: 45 minutos

Materiales: Material de escritorio (hojas, lápiz, esferos). Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4) (Anexo 12).

Técnicas a utilizar: Escucha activa, feedback, empatía.

Descripción y metodología de la actividad

En la doceava sesión del presente plan de intervención, se iniciará con la socialización de los avances obtenidos gracias a la terapia realizada, posteriormente se aplicará al sujeto la Escala de Satisfacción (CRES-4) para determinar la eficacia del tratamiento según la consideración del paciente. Se convocará al paciente dentro de un mes para la sesión final.

Responsable: Profesional de Salud Mental (Psicólogo/a clínica del Centro de Salud).

Fase 5: Seguimiento

La quinta y última fase del programa involucra el respectivo seguimiento que se realizará con el paciente, el cual se llevará a cabo en una sesión (décima sesión) y algunas sesiones posteriores que se asignarán trimestral, semestral y anualmente. A continuación, se detalla la respectiva sesión.

Sesión 13.

Actividad: Feedback y sesión de seguimiento.

Objetivo: Identificar la mejoría del paciente tras la culminación de la intervención psicológica.

Duración: 45 minutos

Materiales: Material de escritorio (hojas, lápiz, esferos). Material didáctico.

Técnicas a utilizar: Escucha activa, feedback.

Descripción y metodología de la actividad

Transcurrido el mes desde la última sesión, se solicitará la asistencia del paciente para la sesión número trece, en dicha sesión se iniciará con una charla en donde el paciente pueda expresar su opinión y sus resultados de la intervención realizada a lo largo de estas sesiones. Se responderán las dudas presentes en el paciente, finalmente, se explicará que habrá un par de

sesiones las cuales no constan dentro del programa de intervención ya que se consideran de seguimiento, hasta dar el alta definitiva del proceso psicoterapéutico, sin embargo, se brindará al paciente la oportunidad de que pueda contactar con el psicólogo/a, en caso de emergencia o retroceso en su terapia, para actuar de manera inmediata en función a las necesidades del paciente.

Responsable: Profesional de Salud Mental (Psicólogo/a clínica del Centro de Salud).

7. Discusión

En la presente investigación se realizó un trabajo de tipo descriptivo y correlacional, la intención de la misma fue determinar y describir los niveles existentes de ideación suicida e inteligencia emocional en la población con la que se llevó a cabo el estudio, además de poder determinar y analizar la relación entre las variables propuestas.

Para favorecer a la realización de la discusión de esta investigación se utilizaron como recurso las siguientes bases de datos nombradas a continuación: Hinari, Scielo, Repositorios Institucionales, Revistas médicas, Dialnet, Pubmed, Elsevier, Google académico.

De este modo los resultados que se obtuvieron en el objetivo general, indicaron que existe una relación positiva débil entre ideación suicida y la subescala atención de inteligencia emocional, lo que quiere decir que a mayor atención emocional mayor presencia de ideación suicida, en concordancia con esta investigación, Agudelo et al., (2020). en su investigación sobre riesgo suicida e inteligencia emocional en estudiantes universitarios, reportaron que existen correlaciones positivas entre riesgo suicida y atención emocional, determinando que el componente de la inteligencia emocional denominado atención, constituye un factor de riesgo para el suicidio, en otras palabras, una excesiva atención emocional conlleva a la presencia de ideación suicida, y, por lo tanto, constituye un riesgo para el surgimiento de pensamientos autolíticos (p. 410).

En cuanto a la correlación entre ideación suicida y la subescala claridad de inteligencia emocional, en esta investigación no se encontró una correlación existente entre estas variables, esto contrasta con lo establecido por Alvarado (2020) quien establece en su investigación sobre ideación suicida e inteligencia emocional en instituciones educativas, que existe una relación positiva de grado medio entre las dimensiones de la ideación suicida y la confusión emocional (p. 43) lo que corresponde a la dificultad en claridad emocional, expresando que “las personas que tienen dificultades para comprender sus emociones de forma clara tienen una mayor probabilidad de tener pensamientos relacionados con la tentativa suicida” (Alvarado, 2020, p. 48).

Por otro lado, otro estudio realizado en universitarios colombianos, que se realizó con estadística de Pearson, demuestra que, existe correlación negativa significativa entre claridad emocional e ideación suicida, indicando mientras mayor sea la claridad emocional, menor será la ideación suicida (Suárez, et al., 2018).

Concluyendo con las correlaciones, se establece que existe una correlación negativa media entre ideación suicida y la subescala reparación emocional, esto quiere decir que a medida que exista menor reparación emocional, aumentará el nivel de ideación suicida, como

se mencionó anteriormente la disminución de una variable significa el aumento de la otra. Esto a su vez coincide con una revisión bibliográfica denominada Inteligencia emocional y su relación con ideación suicida, la cual manifiesta que la reparación emocional que se consigue con niveles adecuados y elevados de inteligencia emocional, juega una estrecha relación y un papel de protección ante el comportamiento suicida (Garmendia, 2021).

En base a estos resultados se puede establecer, que similar a otras investigaciones la desregulación emocional funciona como un predictor de la ideación suicida (Neacsiu, 2018).

Finalmente, en relación al objetivo general, se puede extraer que la inteligencia emocional está ligada a la aparición o reducción de conductas e ideas suicidas, según Mamani et al., (2018), “la inteligencia emocional está en la capacidad de no solo reducir el nivel de ideación suicida sino de influir contra los efectos nocivos de la misma” (p. 41).

Continuando con los objetivos específicos de la investigación, en el primer objetivo específico, en base a los resultados obtenidos por medio de la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) se determinó que, el 58,8% de los casos presentaron ideación suicida en un nivel bajo, mientras que el 41,2% de los casos presentaron ideación suicida en un nivel medio. Estos datos concuerdan con una investigación realizada por Loaiza (2018) en poblaciones estudiantiles de Ecuador, en donde se encontró que la mayor parte de la muestra 91,1%, presentó un nivel bajo de ideación suicida, mientras que el 8,9% presentó un nivel medio, además en la investigación expuesta no se evidenciaron niveles de ideación suicida alto, similar a la presente investigación.

Con estos mismos datos se consideró pertinente confrontar con los aportes de Acuña de la Cruz y Gamarra (2020) quienes realizaron una investigación sobre inteligencia emocional e ideación suicida en un contexto educativo, en donde, a través de los instrumentos de evaluación encontraron que el 68,5% de su población mostraron un nivel de ideación suicida medio, mientras que el 34,2% mostraron un nivel alto (p. 62-63).

Continuando con la variable Inteligencia Emocional, respecto a los resultados obtenidos en la presente investigación por medio de la Escala Rasgo Metaconocimiento de Estados Emocionales (TMMS-24), se destaca que en la subescala atención el 51,5% de la muestra presentan una adecuada atención, seguido del 41,2% que mostraron una escasa atención frente al 7,3% que presentan una excesiva atención. Estos resultados se relacionan con lo propuesto por De la Cruz y Zúñiga (2017) quienes en su trabajo de investigación dirigido a adolescentes de un municipio de Barranquilla, identificaron a través de la escala de dificultades en la regulación emocional (DERS) que, en la dimensión de conciencia emocional correspondiente a la atención el 49,5% de los participantes mostraron un nivel medio-adecuado de conciencia

emocional, seguido del 33% quienes presentaron niveles bajos, mientras que el 17,4% presentaron niveles exagerados en conciencia emocional (p. 72).

En la subescala claridad emocional los resultados de la presente investigación muestran que la mayor parte de los participantes, el 83,8% presentan una escasa atención, seguidamente el 14,7% con una adecuada claridad y finalmente el 1,5% de los pacientes posee una claridad excesiva. En contraposición a ello, los resultados de un estudio realizado en Trujillo, Perú con una muestra de 132 personas a quienes se aplicó el TMMS-24, se evidencia que: el 65,2% de los participantes tuvo una claridad adecuada, seguido del 28,8% que presentaron una claridad emocional escasa (Lupa, 2020).

Por último, en cuanto a la subescala reparación emocional el 86,8% de la muestra presentó escasa reparación emocional y el 13,2% presentó adecuada reparación emocional este resultado es similar a la investigación que tiene como título Ideación Suicida y Autorregulación emocional realizada en Barranquilla en el año de 2017, en donde el 59,9% de los participantes presentaron niveles bajos de regulación emocional y el 22,2% presentaron un nivel adecuado de regulación emocional (De la Cruz y Zúñiga, 2017).

De acuerdo al segundo objetivo específico, analizando la relación de variables se determinó, que respecto a la presencia de ideación suicida e inteligencia emocional en la subescala atención, se encontró que el 41,2% de la población presentaron ideación suicida en un nivel medio; del cual, se dio con más frecuencia en aquellos pacientes que mostraron una atención adecuada, de igual manera el 58,8% se trataba de personas con un nivel de ideación suicida bajo, quienes correspondieron mayormente a una escasa atención emocional 29,4%. De esta manera se puede disponer que a mayor atención emocional mayores niveles de ideación suicida, complementariamente, niveles escasos de atención emocional se relacionan con los niveles bajos de ideación suicida, estableciendo así una correlación positiva entre ambas variables.

En contraparte con los resultados obtenidos, en otro estudio como el que se realiza en dos institutos de educación superior de Perú, se dio a conocer que del 65,9% de personas con una adecuada atención emocional el 54% tenía niveles de ideación suicida bajos (Lupa, 2020).

Por otro lado, al analizar la relación entre ideación suicida e inteligencia emocional en su dimensión de claridad tenemos que del 58,8% que presentaron ideación suicida baja, el porcentaje es mayor en personas con escasa claridad emocional 47,1%, esto se compara con lo que explica (Alvarado, 2020) en su investigación realizada en instituciones educativas, manifestando que las ideaciones suicidas surgen por lo general en aquellas personas que encuentran dificultades en la comprensión y expresión de emociones (p.46).

Para concluir se analizó la relación entre ideación suicida e inteligencia emocional en su dimensión reparación, para lo cual tenemos que el 41,2% corresponde a las personas que presentan ideación suicida en un nivel medio, de estas personas, todas poseen una escasa reparación emocional, lo que quiere decir que a menor o escasa reparación emocional, mayor será la ideación suicida, esto tiene similitud a lo evidenciado por (Lupa, 2020) quien determina que existe una estrecha relación entre la ideación suicida y la capacidad para regularse emocionalmente, identificándose que la mayor parte de personas con niveles medios y altos de ideación suicida, poseen una escasa regulación emocional (p. 27).

8. Conclusiones

Una vez finalizado el trabajo de investigación y tomando en cuenta los objetivos planteados en la misma, se ha logrado concluir lo siguiente:

- Respecto a la presencia de ideación suicida, se evidenció que la mayoría de los pacientes presentaron ideas suicidas en niveles medios y bajos.
- En relación a las dimensiones de inteligencia emocional fueron más notables la presencia de niveles de reparación emocional por bajo del promedio y niveles de atención emocional adecuados y excesivos.
- La presencia de ideación suicida en la población de estudio, fue más probable en personas con niveles superiores de atención emocional, estableciendo que, un nivel excesivo de atención emocional está ligado a mayores niveles de ideación suicida.
- De igual manera se concluye que los niveles los niveles de reparación emocional bajos influyeron de manera significativa en la presencia de ideación suicida, en otras palabras, a menor o escasa reparación emocional mayor fue el nivel de ideación suicida que existió en la población estudiada.

9. Recomendaciones

En base a los resultados obtenidos en el presente proyecto de investigación se exponen las siguientes recomendaciones:

- Ahondar en la investigación y determinar otros factores que puedan incidir en la presencia de ideación suicida, para que sean tomados en cuenta al momento de plantear programas de intervención en la población.
- Fomentar otras investigaciones similares con poblaciones más grandes, para determinar relaciones más significativas, del mismo modo dirigir esta investigación a otros contextos y poblaciones como instituciones de educación superior, profesionales de la salud, adultos mayores y adolescentes.
- Se recomienda a futuras investigaciones relacionar ideación suicida o inteligencia emocional con otras variables de estudio como: trastorno límite de personalidad, depresión o estrategias de afrontamiento, con el fin de identificar si existen mayores correlaciones y a la vez expandir el campo de investigación.
- Se sugiere a la facultad de Salud y a la Universidad Nacional de Loja crear convenios con distintas unidades de salud en la ciudad, para que los estudiantes puedan desarrollar talleres, con el objetivo de sensibilizar a la población sobre el suicidio y dar a conocer la importancia de la inteligencia emocional en la prevención del mismo.
- Finalmente, solicitar a autoridades el diseño de planes estratégicos y eficaces que ayuden a contribuir con la prevención del suicidio, en contextos comunitarios y escolares, abordando diversos componentes o factores que influyen en esta problemática y dando paso al conocimiento y enseñanza de estrategias de regulación emocional, afrontamiento y resolución de problemas, que permita a las personas hacer frente a situaciones que generen estrés y desgaste emocional.

10. Bibliografía

- Acuña, Y. y Gamarra, A. (2020). Inteligencia emocional e ideación suicida en estudiantes de educación secundaria de un colegio estatal de Cajamarca, 2019. [Trabajo final de grado para obtener el título de licenciada en Psicología, Universitat Ramon Llull]. Ri URL. <https://bit.ly/37HDrgl>
- Agudelo Osorio, M., Gómez Tabares, A. S., Núñez, C., & Caballo, V. E. (2020). Riesgo suicida y su relación con la inteligencia emocional y la autoestima en estudiantes universitarios. *Terapia Psicológica*, 38(3), 403-426. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082020000300403>
- Aguirre, A., y Auquilla, I. (2018). Detección temprana de ideación suicida e identificación de los factores de riesgo asociados, en adolescente de dos unidades educativas del sur de la ciudad de Quito en el período septiembre 2017 a febrero 2018. [Disertación previa a la obtención del título de especialista en pediatría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Institucional Ri UCE. <https://bit.ly/3sxBMSd>
- Alvarado, M. E. (2020). *Ideación suicida y regulación emocional en adolescentes de instituciones educativas estatales de Trujillo* [Tesis de licenciatura. Repositorio de la Universidad Privada del Norte]. Ri UPN <http://hdl.handle.net/11537/23963>
- Amador, G. (7 de octubre de 2015). Suicidio: Consideraciones históricas. *Revista Med La Paz*. 21(2). <https://bit.ly/3C88xZq>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Becerra, E., y Delgado, C. (2021). *Ideación suicida en adolescentes y adultos: Una revisión sistemática*. [Tesis previa para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://bit.ly/3QtDbTn>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Bisquerra, R. (2019). *Modelos de inteligencia emocional*. Barcelona: RIEEB. <https://bit.ly/3MIYqEc>

- Bonet, C. (15 de diciembre de 2020). *Riesgo de suicidio e inteligencia emocional de los adolescentes acogimiento residencial*. [Trabajo final de grado para obtener el título de licenciada en Psicología, Universitat Ramon Llull]. Ri URL. <https://bit.ly/3OwanZV>
- Botella, L., y Feixas, G. (2022). *La teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Bustos, M., y Álvarez, S. (2018). Manejo de las emociones negativas desde el aula: un reto para el equilibrio, salud y conocimiento. *Revista electrónica de Humanidades, Educación y Comunicación Social*. 13(25), 180-196. <https://bit.ly/3Pp1GzF>
- Castillero, O. (2 de agosto de 2017). *Psicoterapia analítico-funcional: características y usos*. Psicología y Mente. <https://bit.ly/3PqMGS2>
- Castillero, O. (5 de marzo de 2017). *Terapia Dialéctica Conductual: teoría, fases y efectos*. Psicología y Mente. <https://bit.ly/3ApFUyD>
- Chuquicahua, A., y Córdova, M. (2020). *Estilos de afrontamiento e ideación suicida en estudiantes de secundaria de las Instituciones Educativas de Chiclayo, 2020*. [Tesis para obtener el Título Profesional de Psicólogo, Universidad Peruana Unión]. Repositorio Institucional Ri UPeU.
- Dalila, A., y Calero, G. (2021). *Calidad de vida y riesgo suicida en adolescentes*. [Trabajo de fin de grado, Universidad Nacional de Chimborazo]. Repositorio Institucional Ri UNACH. <https://bit.ly/3w5Ufa0>
- De La Cruz R., L y Zúñiga, T. (2017). *Ideación suicida y regulación emocional en adolescentes del municipio de Soledad, Atlántico*. [Tesis de pregrado para obtener el título profesional de Psicólogo, Universidad de la Costa Colombia]. Archivo digital <http://hdl.handle.net/11323/163>
- De la Fuente, J & Heinze, G. (2018). *Salud Mental y Medicina Psicológica*.
- Escudero, M. (30 de diciembre de 2020). *Terapia Cognitiva de Beck ¿Qué es y en qué consiste?*. Centro Manuel Escudero. <https://www.manuelescudero.com/terapia-cognitiva-beck/>
- Fernández, P., y Cabello, R. (20 de mayo de 2020). La inteligencia emocional como fundamento de la educación emocional. *Revista Internacional de Educación Emocional y Bienestar*. 1(1), 31-46. <https://bit.ly/3xRK0aS>

- Garmendia, P. (2021). *La inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida*. [Trabajo de fin de grado de enfermería, Universidad de les Illes Balears]. Repositorio Institucional Ri Uib <https://bit.ly/3CCQAEE>
- García, C., y Bahamón, M. (2017). Teoría cognitiva y teoría interpersonal psicológica del comportamiento suicida. *Debates emergentes en Psicología*. 43-53. <https://bit.ly/3ds0a2B>
- García Peña, J. J. (2020). *El suicidio. Una mirada integral e integradora*. Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó. <https://bit.ly/3PXHXrd>
- Garrido, J. (2019). *Activación conductual para enfrentar la depresión*. Psicopedia. <https://bit.ly/3JYOXTb>
- Genise, G. (08 de noviembre de 2019). *Una aproximación a la psicoterapia analítico funcional (FAP) y su posible articulación en la clínica infantojuvenil*. PSYCIENCIA. <https://bit.ly/3wuojuj>
- Gómez, C, A. (25 de junio de 2021). La conducta suicida como proceso. *Revista Internacional de Filosofía*. 16. 119-128. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5205199>
- Gómez, E. (2018). Inteligencia emocional e intensidad emocional en el juego motor. REGIÓN DE MURCIA. <https://bit.ly/3k55Gs3>
- González, F. (julio de 2016). Aspectos fundamentales del comportamiento suicida y su prevención. [Trabajo de fin de grado, Escuela Universitaria de enfermería Casa de Salud Valdecilla]. Repositorio Institucional Ri UC.
- Guerrero, M. (2019). Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica. Pisevidencias. <https://bit.ly/3IDnsgJ>
- Güell, M. (2013). ¿Tengo inteligencia emocional? PAIDÓS.
- Hausmann, C. (1 de febrero de 2019). Teorías que explican conductas suicidas. YSRC. <https://bit.ly/3JWKNLG>
- Jiménez, I. (2017). Curso-Taller de Inteligencia emocional como apoyo en el tratamiento de la depresión [Trabajo final de grado para obtener el título de licenciada en Psicología, Universidad Autónoma de México]. Repositorio Institucional Ri UNAM. <https://bit.ly/3MIYqEc>

- Litner, J. (21 de agosto de 2021). Pensamientos suicidas: Síntomas, causas, prevención y recursos. *MedicalNewsToday*. <https://bit.ly/3HCRBv9>
- Loaiza, T. (2018). *Estrategias de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes entre 14 y 16 años del colegio de Bachillerato "Beatriz Cueva de Ayora" del cantón Loja*. [Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica. Universidad Nacional de Loja]. Repositorio Institucional. Ri. UNL. <https://bit.ly/3e8w7gR>
- López, V. (09 de enero de 2021). *¿Qué es la terapia cognitiva basada en mindfulness?*. Latinoamérica. <https://bit.ly/3PrmKFK>
- Lupa, V. (2020). *Ideación suicida y su correlación con inteligencia emocional en estudiantes de dos Institutos de Educación Superior. Región Puno*. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional. Ri. UCV. <https://bit.ly/3KwQ2SB>
- Mamani O, Brousett M, Ccori D, Villasante K. (2018) La inteligencia emocional como factor protector en adolescentes con ideación suicida. *Duazary*. 15 (1), 39-50. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2142>
- Martos, L. (28 de octubre de 2020). *¿Qué es la terapia cognitiva basada en Mindfulness?*. MensActiva. <https://bit.ly/3dy11i6>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o Intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador <https://bit.ly/3K6tQgm>
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 3(1), 9-18. <https://bit.ly/3Mi7WsY>
- Moutier, C. (julio de 2021). *Conducta suicida*. Manual MSD Versión para público general. <https://msdmnls.co/3sud319>
- National Institute of Mental Health. (2021). *Preguntas frecuentes sobre el suicidio*. <https://bit.ly/3EHrsvA>
- Neacsiu, A. D., Fang, C. M., Rodriguez, M., & Rosenthal, M. Z. (2018). *Suicidal behavior and problems with emotion regulation*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), 52–74. <https://doi.org/10.1111/sltb.12335>

- Ortega, M. (2018). *Comportamiento suicida. Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico*. QARTUPPI. <http://doi.org/10.29410/QTP.18.05>
- Papageno. (29 de julio de 2021). El suicidio desde la mirada histórica; orígenes del estigma y el tabú. <https://bit.ly/3IGP5FM>
- Pastells, S. (2020). La Terapia Racional Emotivo-Comportamental de Albert Ellis en el trabajo social. *Revista de trabajo social y salud*. 63. 147-175.
- Rocamora, A. (2013). Intervención en crisis en las conductas suicidas. Editorial DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
- Rodríguez, A. (6 de marzo de 2015). Inteligencia emocional y su relación con la dependencia afectiva en estudiantes de Psicología de la Universidad Don Vasco [Trabajo final de grado para obtener el título de licenciada en Psicología, Universidad Don Vasco]. Repositorio Institucional Ri AC. <https://bit.ly/3rMnJYg>
- Sehinkman, D. (12 de junio de 2018). *Como evitar el suicidio, según una de las máximas especialistas en el tema*. La Nación. <https://bit.ly/3w6mGEA>
- Suárez YP, Restrepo DE, Caballero CC. Ideación suicida y su relación con la inteligencia emocional en universitarios colombianos. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2018; 48(4): 470-478. DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n4-2016005>
- Sumari, W., & Vaca, L. (2017). Inteligencia emocional y riesgo suicida en estudiantes de quinto año de la Institución Educativa Secundaria Comercial N° 45 Emilio Romero Padilla, Puno - 2017 [Trabajo final de grado para obtener el título de licenciados en Psicología, Universidad Peruana Unión]. Repositorio Institucional UPE. <https://bit.ly/392ihdb>
- Tandazo, S. (2017). Ideación suicida en los estudiantes de bachillerato sección matutina de la Unidad Educativa del Milenio Bernardo Valdivieso. [Tesis para obtener el Título de Médico General, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio Institucional Ri UNL. <https://bit.ly/3vtcarE>
- TEA EDICIONES. (2020). *Test de Inteligencia Emocional*. Teaediciones. <https://bit.ly/36FaD7L>
- UNIR. (2021). *¿Qué es la activación conductual?*. Ciencias de la Salud. <https://bit.ly/3JWcpg1>

- Universidad Internacional de Valencia. (21 de marzo de 2018). *¿Qué es la terapia dialéctica conductual?*. VIU. <https://bit.ly/3A0JFSC>
- Varengo, J. (2016). Ideación suicida en adolescente. [Trabajo final de grado, Universidad Siglo 21]. Repositorio Institucional Ri Siglo21. <https://bit.ly/3HAVgK8>
- Velázquez Centeno, C., Grajeda Montalvo, A., Montero López, V., Montgomery Urday, W. & Egusquiza Vásquez, K. (12 de junio de 2020). Desregulación emocional, rumiación e ideación suicida en estudiantes que cursan estudios generales en una universidad pública de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*. 23(1), 5-22. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v23i1.18090>

11. Anexos

11.1. Anexo 1. Consentimiento informado



Carrera de
Psicología
Clínica

Consentimiento Informado

(para adultos)

Yo, _____ declaro que he sido informado e invitado a participar en la investigación titulada **“IDEACIÓN SUICIDA E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA PSICOLÓGICA AL CENTRO DE SALUD N°3 DE LOJA, PERIODO 2022”**, a cargo de **Noelia Elizabeth Veintimilla Conde** en calidad de tesista de la carrera de **Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja**, durante el periodo abril – septiembre 2022.

Mi participación en el estudio no acredita retribución de ningún tipo y consiste en dar respuesta a la escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) y el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24). Estoy en pleno conocimiento que toda la información registrada será confidencial, no se revelarán datos personales, y que los resultados se usarán para fines estrictamente académicos y de divulgación científica.

En base a lo expuesto, declaro que **acepto** participar voluntariamente en este estudio, pudiendo retirarme del mismo en cualquier fase, sin perjuicio personal o legal; y que he recibido una copia del presente documento.

Firma participante: _____

Fecha:

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con: Noelia Elizabeth Veintimilla Conde, **Cel: 0988142732**

www.  .edu.ec



UNLoficial



UNLoficial



@UNLoficial



Universidad Nacional
de Loja-UNL

11.2. Anexo 2. Encuesta sociodemográfica

Ficha sociodemográfica

Universidad Nacional de Loja

Carrera de Psicología Clínica

Nombre: _____

Sexo: Masculino () Femenino ()

1. Edad-Etapa de ciclo de vida:

Juventud (18-24 años) ()

Adulto joven (25 a 44 años) ()

Adulto maduro (45 a 59 años) ()

2. ¿Con quién vive

Padres ()

Solo/a. ()

Cónyuge ()

Otros (Tíos, abuelos, hermanos) ()

3. ¿A qué se dedica?

Estudiante ()

Trabaja ()

Actualmente no trabaja ()

4. La casa donde vive es:

Propia ()

Arrendada ()

Prestada ()

5. Su vivienda está ubicada en el sector:

Urbano ()

Rural ()

6. Señale los servicios con los que cuenta

Agua potable ()

Internet ()

Energía Eléctrica ()

Servicio de televisión por cable ()

Alcantarillado ()

7. Diagnóstico corroborado en el PRAS

-Trastornos depresivos ()

-Trastornos de ansiedad ()

-Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad ()

-Trastorno mixto ()

-Trastornos debido al uso de sustancias ()

8. Tratamiento psiquiátrico

Si ()

No ()

11.3. Anexo 3. Protocolo de Actuación del suicidio

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL SUICIDIO (IDEACIÓN/RIESGO) EN NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA-CENTRO DE SALUD N°3

PRESENTACIÓN

El protocolo presentado a continuación será utilizado en casos donde se detecte la presencia de ideación suicida en los pacientes que acuden al primer nivel de atención de salud mental, en este caso al centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja, su uso estará establecido para actuar de manera inmediata en casos de ideación o riesgo suicida inminente, de esta manera, la finalidad del mismo es salvaguardar la vida de las personas que se encuentren presentando ideas suicidas y aquellas que corran el riesgo de atentar contra su propia vida.

POBLACIÓN OBJETIVO

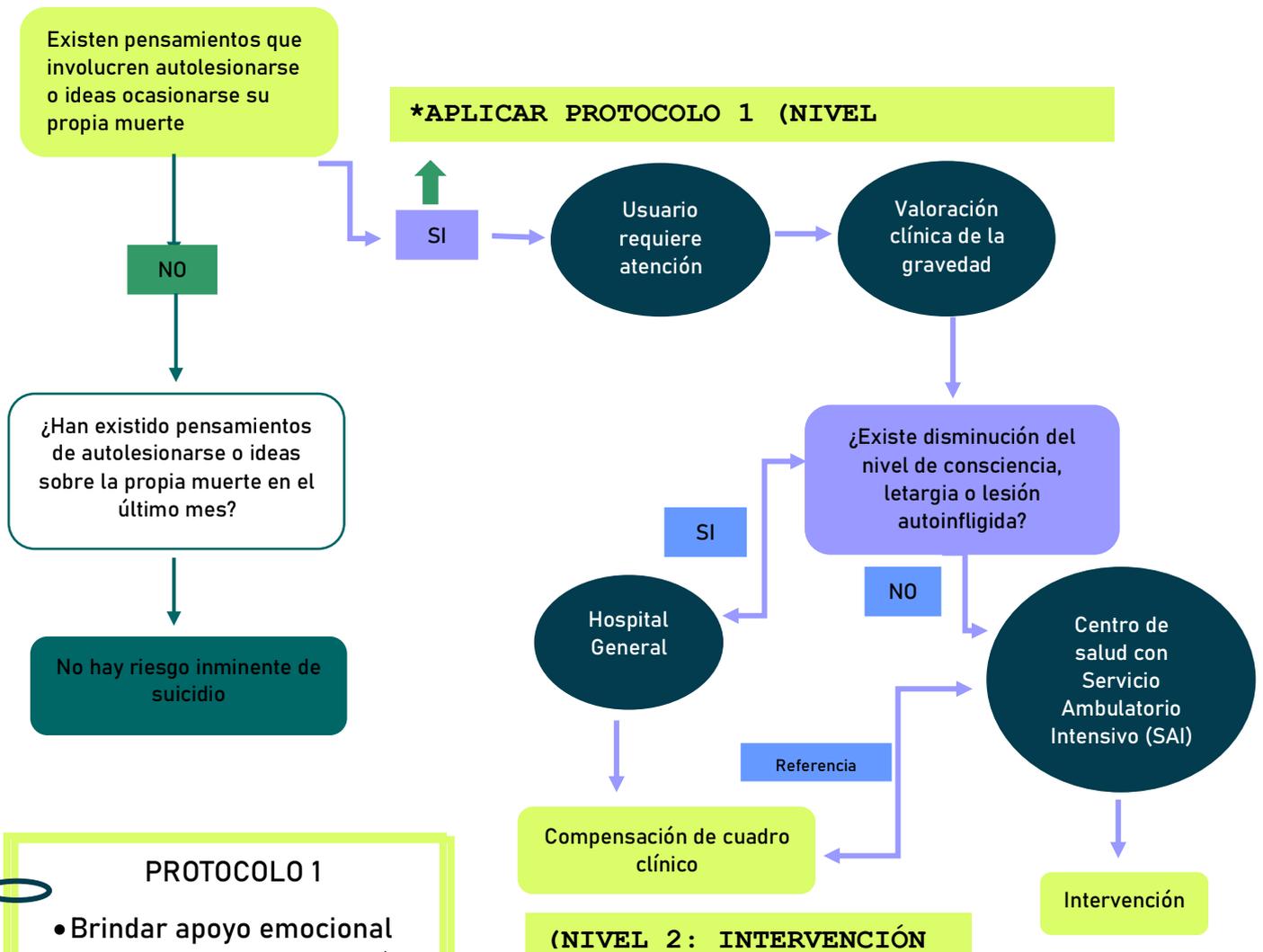
Se encuentra dirigido a la población en general, personas con ideas suicidas que estén asociadas o no a trastornos diagnosticados previamente.

CONSIDERACIONES

El centro de Salud N°3, al pertenecer al primer nivel de atención, se enfoca en el nivel de la prevención; por lo tanto, el protocolo está encaminado a detectar en primer lugar la valoración clínica de la gravedad de la ideación o el intento autolítico y por consiguiente hacer las referencias al nivel de atención pertinente según sea el caso. Al tratarse de prevención se incluyen herramientas y acciones de promoción y protección. Además, es importante recalcar, que las actividades involucradas como preguntar sobre la presencia de ideación o la realización de uno o más intentos autolíticos, no dirigen a una persona a cometer autolesiones, más bien, pueden favorecer a que la persona se encuentre en un entorno donde pueda expresarse para facilitar la comprensión de la situación y los motivos que pueden estar detrás de la ideación y el riesgo suicida (MSP, 2016).

Gráfico:

Proceso de Atención



PROTOCOLO 1

- Brindar apoyo emocional
- Trabajar sobre la ideación suicida (lograr que la persona hable abiertamente → disminución de la confusión)
- Centrarse en las fortalezas de la persona
- Ambivalencia como recurso (aumentará de manera gradual el deseo de vivir)
- Contactar con familia

(NIVEL 2: INTERVENCIÓN)

11.4. Anexo 4. Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (SCALE FOR SUICIDE IDEATION, SSI)

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

2. Método y oportunidad accesibles

14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento

0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente

1. Inseguridad sobre su valor

2. Seguro de su valor, capacidad

15. Expectativas/espera del intento actual

0. No

1. Incierto

2. Sí

16. Preparación actual para el intento contemplado

0. Ninguna

1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)

2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)

17. Nota suicida

0. Ninguna

1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada

2. Nota terminada

18. Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)

0. Ninguno

1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos

2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales

19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado

0. Reveló las ideas abiertamente

1. Frenó lo que estaba expresando

2. Intentó engañar, ocultar, mentir

11.5. Anexo 5. Escala Rasgo Metaconocimientos de Estados Emocionales (TMMS-24)

TRAIN META-MOOD SCALE (TMMS-24)

Nombre: _____

Fecha de aplicación: _____ Edad: _____

Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo que usted tenga respecto a las mismas.

Señale con una (X) la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

	1	2	3	4	5				
	Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo				
1.	Presto mucha atención a los sentimientos.				1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.				1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.				1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.				1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.				1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.				1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.				1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.				1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.				1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.				1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.				1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.				1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.				1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.				1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.				1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.				1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.				1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.				1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.				1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal.				1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.				1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.				1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.				1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.				1	2	3	4	5

11.6. Anexo 6. Análisis de Conducta

ANÁLISIS DE CONDUCTA



Nombre: _____

Para empezar a resolver problemas es importante reconocer la secuencia de un acontecimiento problemático

Antecedente o vulnerabilidad	Evento	Conducta	Consecuencia

11.7. Anexo 7. Registro de pensamientos

REGISTRO

PENSAMIENTOS

Nombre _____

Detectar los pensamientos automáticos que surgen ante cada situación y refutarlos con la flexibilización de los mismos.

Situación	Pensamiento inicial	Emoción	Desafío lógico



11.8. Anexo 8. ABC-D Terapia Racional Emotiva

ABC-D TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Nombre _____

:

Detectar evaluaciones erróneas que se presentan ante diferentes situaciones e identificar el resultado o reacción

Situación	Creencias (pensamiento)	Resultado (Conducta, emoción)	Debate



11.9. Anexo 9. Registro Experiencia Emocional

REGISTRO

EXPERIENCIA EMOCIONAL

Name: _____

Identificar mis emociones y la intensidad de las mismas

Situación ¿Qué pasó?	Emoción ¿Qué sentí?	Intensidad ¿en qué nivel lo sentí?	¿Qué hice?



11.10. Anexo 10. Ficha de Solución de problemas (5 pasos)

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (5 PASOS)

Name _____

Identificar un problema y plantear alternativas.

Orientarse hacia el problema

Definir el problema

Alternativas de solución

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Evaluar todas las alternativas

PROS Y CONTRAS

Implementar y verificar



11.11. Anexo 11. Registro Mindfulness

REGISTRO

MINDFULNESS

Name: _____

¿Qué ejercicios he practicado en cada día?, Señalar con una "x"

Técnica	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Body Scan							
Meditación Guiada							
Observar mis emociones							
Otros							



11.12. Anexo 12. Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4)

Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4)

- En general, ¿Qué tan satisfecho/a está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

0. Completamente insatisfecho/a

1. Muy insatisfecho/a

2. Algo insatisfecho/a

3. Bastante satisfecho/a

4. Muy satisfecho/a

5. Completamente satisfecho/a

- ¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consulta?

0. No estoy seguro/a

1. Hizo que las cosas empeorasen bastante

2. Hizo que las cosas empeorasen un poco

3. No ha habido cambios

4. Hizo que las cosas mejorasen algo

5. Hizo que las cosas mejorasen mucho

- ¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?

0. Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas

1. Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura

2. Regular, tenía mis altibajos

3. Estaba bastante bien, no tenía problemas graves

4. Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba

¿Cuál es su estado emocional general en este momento?

0. Estoy muy mal, apenas logro hacer frente a las cosas

1. Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mí

2. Regular, tengo mis altibajos

3. Estoy bastante bien, no tengo problemas graves

4. Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo

© Guillem Feixas y Olga Pucurull

11.13. Anexo 13. Tabla de Contenido

Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov

Kolmogorov-Smirnov^a			
	Estadístico	gl	Sig.
Ideación Suicida	,385	68	,000

Fuente: IBM SPSS Statistics

Elaboración: Noelia Elizabeth Veintimilla Conde

Análisis e interpretación: Se observa que para la variable dependiente la misma que es Ideación Suicida el valor de significancia (Sig.) es menor a 0,05, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H₀), es decir los datos no siguen una distribución normal. Por ello, se tomó la decisión de aplicar una prueba no paramétrica, Tau de Kendall puesto que ambas variables de estudio son cualitativas, ordinales, además de acuerdo al número de categorías se aplicará Tau-b o Tau-c, según corresponda.

11.14. Anexo 14. 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.343- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 21 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: **“IDEACIÓN SUICIDA E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA PSICOLÓGICA AL CENTRO DE SALUD N°3 DE LOJA, PERIODO 2022”**, autoría de la Srta. Noelia Elizabeth Veintimilla Conde, con C.I 1150760476, 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
AZANZA**

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

C/c. Noelia Veintimilla Conde
Expediente estudiantil
Archivo

11.15. Anexo 15. Oficio del Informe de Estructura y Coherencia del Trabajo de Titulación



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Loja, 20 de mayo del 2022

Dra. Ana Puertas Asanza Mgs.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA – UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Quien suscribe la presente, Psc. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas Mgs. Docente de la Carrera de Psicología Clínica y en atención Oficio. No. 239- C.PS.CL- FSH-UNL con fecha 16 de mayo de 2022, suscrito por la Directora de la Carrera de Psicología Clínica; me permito dirigir a usted, para hacerle llegar, el informe **“IDEACIÓN SUICIDA E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA PSICOLÓGICA AL CENTRO DE SALUD N°3 DE LOJA, PERIODO 2022”**, autoría de la estudiante **Noelia Elizabeth Veintimilla Conde**, informe que lo concreto en los siguientes términos:

1. La postulante ha corregido todas las observaciones que se le hicieron en las diferentes lecturas del proyecto en mención.
2. Se ha procedido a la constatación de los elementos que exige el reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, en lo que a la estructura y normas de redacción científica se refiere, por lo que se determina, con absoluta objetividad, que el documento está estructurado de acuerdo a la normatividad vigente.

Por lo puntualizado, el proyecto en tratamiento **ESTÁ BIEN ESTRUCTURADO Y EN COHERENCIA CON LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN PROPUESTAS POR LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**. En razón de lo cual, sugiero que la interesada debe seguir con su proceso de graduación, salvando vuestro más ilustrado criterio.

Es lo que puedo informar respecto de lo solicitado por su autoridad. Con sentimientos de consideración y estima personales.

Atentamente,



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

Psc. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas. Mgs. Sc.
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

11.16. Anexo 16. Oficio de autorización para recolección de datos dirigido al Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. 337- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 27 de junio de 2022

Psicóloga Clínica
Sara Paulina Ayora Cevallos Mgs
PSICÓLOGA CLÍNICA DEL CENTRO DE SALUD N°3.
Ciudad -

De mi consideración:

Por medio del presente reciba un cordial y atento saludo, de quienes conformamos la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, el motivo es solicitarle comedidamente la autorización para que la Señorita: Noelia Elizabeth Veintimilla Conde, CI. 1150760476, estudiante del X de la Carrera de Psicología Clínica pueda desarrollar su Trabajo de Investigación en El Departamento que acertadamente dirige; con el tema **"IDEACIÓN SUICIDA E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA PSICOLÓGICA EN EL CENTRO DE SALUD N°3 DE LOJA, PERIODO 2022."**. Previo a obtener el Título de Psicóloga Clínica, con la tutoría de la Psic CL Vanessa Romina Pineda Rojas. Mgs

Aprovecho la ocasión para expresarle a usted mis sentimientos de consideración.

C.P.J.C
Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL**



Recibido: 28/06/2022
10:00 AM.

Sara Paulina Ayora Cevallos
Sara Paulina Ayora Cevallos
PSICÓLOGA CLÍNICA
REG. 1193487721

Archivo
APA/tsc

11.17. Anexo 17. Certificación del resumen traducido al idioma inglés

CERTIFICACIÓN DE TRADUCCIÓN

Larry Bryan Palacio Armijos

Licenciado en Ciencias de la Educación: Mención Inglés

CERTIFICO:

Que he realizado la traducción de español al idioma inglés del resumen derivado de la tesis denominada "IDEACIÓN SUICIDA E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA PSICOLÓGICA AL CENTRO DE SALUD N°3 DE LOJA, PERÍODO 2022" de autoría de NOELIA ELIZABETH VEINTIMILLA CONDE, portadora de la cédula de identidad: 1150760476, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, la misma que se encuentra bajo la dirección de la Psi. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas Mgs., previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando a la interesada hacer uso del presente en lo que considere conveniente.

Loja, 13 de septiembre de 2022



Larry Bryan Palacio Armijos

Licenciado en Ciencias de la Educación: Mención Inglés

Registro de Senescyt: 1008-2020-2216911

*Lic. Larry Palacio. Registro de Senescyt: 1008-2020-2216911. Telf: 0985349373
Email: larrypalacio30@gmail.com*

11.18. Anexo 18. Certificación del Tribunal de Grado



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 21 de noviembre de 2022

En calidad del Tribunal calificador del Trabajo de Titulación de Grado titulado **IDEACIÓN SUICIDA E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA PSICOLÓGICA AL CENTRO DE SALUD N°3 DE LOJA, PERIODO 2022**, de la autoría de la Srta. **NOELIA ELIZABETH VEINTIMILLA CONDE** portadora de la cédula de identidad Nro. **1150760476** previo a la obtención del título de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por el miembro del Tribunal o por la Directora del 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. Anabel Elsa Larriva Borrero, Mg. Sc
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Psic. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mgs.
VOCAL PRINCIPAL

Psic. Cl. Cindy Estefanía Cúenca Sánchez, Mgs
VOCAL PRINCIPAL

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