



Facultad de Filosofía, Letras y Ciencia de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

**“DESARROLLO DE UNA PROPUESTA DE PROTOCOLO PARA FORTALECER LA
RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE EL SUICIDIO CONSUMADO Y NO
CONSUMADO EN DIVERSAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE LA CIUDAD DE
CUENCA”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica.

AUTORAS:

Contreras Álvarez Dayanna Lucrecia.

Neira León Carla Lissette.

DIRECTOR:

Mgst. Rene Zalamea Vallejo.

Cuenca, Ecuador

2019

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación principalmente a Dios por haberme bendecido con salud y darme de personas queridas, del mismo modo, por darme la fortaleza y valentía suficiente para seguir adelante.

A mis padres, Alberto y Bertha, por su amor, paciencia, confianza, motivación y por no dejarme sola en momentos difíciles de mi vida tanto en lo personal como en lo académico.

A mis hermanos, Paul, Ruth, Jheimy, Juan, Luis Alberto, Daniela, Vanessa, Joel, Juan Diego, Martina y Benjamín, por transmitirme alegría, sobre todo por ser mi guía, inspiración y ejemplo de perseverancia para cumplir mis metas.

A Paúl Cuesta, por su constante motivación, lealtad, paciencia, confianza y apoyo permanente e incondicional en cada paso que doy.

Dayanna Contreras Álvarez.

DEDICATORIA

Este trabajo investigativo se lo dedico en primer lugar, a Dios, por ser mi fortaleza y lugar seguro ante las adversidades que la vida me ha ido colocando en el camino.

Mis padres, Jaime y Elvira y sus parejas, Alexandra y Jorge Guido, porque a pesar de cualquier situación han estado y están a mi lado, brindándome apoyo y amor incondicional.

A mi hermana, por ser mi amiga, por darme la mano cuando la necesito y estar conmigo en los buenos, pero sobre todo en los malos momentos.

A mi amigo, mi compañero de vida, padre de mi hijo y futuro esposo, por estar día y noche pendiente de este trabajo y sobre todo de mí, por querer que crezca como ser humano y profesional. Por sus esfuerzos para que pueda alcanzar esta meta. Te amo Andrés Cárdenas.

A mi hijo, que es el motor de esta tesis desde el día que me entere de su existencia. Eres el compañero de trabajo con el mejor comportamiento del mundo.

Por último y no por eso menos importantes, deseo agradecer a la Sra. Sarita y Don Pepe, quienes me abrieron las puertas de su hogar y me acogieron cuando tome la decisión de estudiar lejos de mi casa y mi familia. Ustedes me brindaron una gran oportunidad.

Carla Neira León.

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a la Universidad del Azuay, principalmente a los docentes de la Escuela de Psicología Clínica por su orientación y por brindarnos los conocimientos necesarios para alcanzar con éxito nuestra meta académica

A nuestro director de tesis, Mgst. Rene Zalamea, por la confianza puesta en nosotras e incentivarnos durante todo el proceso investigativo de nuestra tesis.

Al Ing. Omar Delgado, Director Ejecutivo del Instituto de Estudios de Régimen Seccional del Ecuador (IERSE), a la Ing. Vanessa Contreras y al Ing. Paul Bravo, Técnicos investigadores, por su apoyo incondicional y contribución para el desarrollo de esta investigación.

Y finalmente a las instituciones públicas, quienes nos abrieron sus puertas y estuvieron prestas a proporcionar la información adecuada para esta tesis.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	2
DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO.....	4
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: Suicidio, intento de suicidio, enfoque cognitivo-conductual y sistémico.....	13
1.1. Suicidio consumado e intento de suicidio.....	13
1.1.1. Epidemiología.....	14
1.1.2. Historia.....	17
1.1.3. Factores de riesgo.....	21
1.1.4. Factores protectores.....	26
1.1.5. Factores sociodemográficos.....	27
1.2. Enfoque cognitivo-conductual.....	28
1.2.1. Conceptos fundamentales.....	29
1.2.2. La terapia cognitiva y la conducta suicida.....	31
1.3. Enfoque sistémico- estructural.....	34
1.3.1. La ideación suicida y el suicidio: Desde el enfoque sistémico estructural.....	34
1.3.2. La familia y el suicidio.....	37
1.3.3. Ciclo vital familiar- patologías que pueden influir en el suicidio.....	40
1.3.4. El duelo en el sistema familiar.....	42
1.3.5. Sistema familiar y solución de problemas.....	43
CAPITULO II: Metodología.....	45
2.1. Descripción de Objetivos.....	45
2.1.1. Objetivo General.....	45
2.1.2. Objetivos Específicos.....	45
2.2. Muestra:.....	45
2.3. Criterios de inclusión y exclusión:.....	46
2.4. Instrumentos:.....	46
2.5. Procedimiento:.....	46

2.6. Alcance	47
CAPITULO III: Análisis	48
3.1. Análisis Estadístico.....	48
3.1.1. Datos de la Institución Pública 1. (DINASED).....	48
3.1.2. Datos de la Institución Pública 2. (Consejo de Seguridad Ciudadana).....	51
3.1.3. Datos de la Institución Pública 3.....	54
3.2. Proceso de levantamiento de información de acuerdo con las diferentes instituciones- Necesidad Institucional.....	57
3.2.1. Institución Publica 3.....	57
3.2.2. Institución pública 1. (Dirección Nacional de Delitos Contra la Vida, Muertes Violentas, Desapariciones, Extorsión y Secuestro – DINASED).....	57
3.2.3. Institución pública 2. (Consejo de Seguridad Ciudadana)	58
3.3. Establecimiento de Brechas.....	58
3.4. Protocolo.....	61
1. Introducción	64
2. Objetivos del protocolo.....	65
2.1. Objetivo General.....	65
2.2. Objetivos específicos.....	65
3. Conceptualización.....	65
4. Operalización de Variables	67
5. Secreto profesional y Confidencialidad	69
6. Sistema de emergencia.....	71
6.1. ¿Qué es?.....	71
6.2. En el Ecuador.....	71
6.3. Formación.....	72
6.4. Prevención.	72
6.5. Otras Entidades.....	72
7. Necesidades o dificultades manifestadas por los profesionales.....	73
8. Primeros auxilios psicológicos- Intervención en crisis.....	74
9. Anexo	77
9.1. Plantilla de recolección de datos manual.....	77
9.2. Plantilla de recolección de datos digital	79
3.5. Criterio de las instituciones respecto a la propuesta de protocolo.....	80

3.5.1. Institución Pública 1. (DINASED).....	80
3.5.2. Institución Pública 2. (Consejo de Seguridad Ciudadana).....	80
3.5.3. Institución Pública 3.....	81
DISCUSIÓN.....	83
CONCLUSIONES	87
RECOMENDACIONES	89
BIBLIOGRAFÍA.....	90
ANEXOS.....	97

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1 Factores de Riesgo.	24
Tabla 2 Descripción de sucesos (n=84).....	49
Tabla 3 Descripción de las víctimas.....	50
Tabla 4 Características ocupacionales de las víctimas.....	51
Tabla 5 Características de las víctimas N=39	52
Tabla 6 Característica del Área N=39	52
Tabla 7 Características del suceso N=39.....	53
Tabla 8 Reportes de la Institución pública 3. N=62	55
Tabla 9 Descripción de parroquias N=62.....	56
Tabla 10 Fecha de llamadas (Acontecimientos).....	56
Tabla 11 Variables consideradas en cada institución.....	59
Tabla 12 Tipos de Variables.....	61
Tabla 13 Operalización de Variables	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Proceso de recolección de información de la 3ra Institución.	57
Figura 2: Proceso de recolección de información DINASED.....	57
Figura 3: Proceso de recolección de información CSC.....	58

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Oficio Variables.....	97
Anexo B. Oficio prueba piloto	98
Anexo C. Datos proporcionados por la institución 2.	99
Anexo D. Informe de la Institución pública 1. Sobre la propuesta de protocolo.	103
Anexo E. Informe de la Institución pública 2. Sobre la propuesta de protocolo.....	105
Anexo F. Presentación PowerPoint a la Institución pública 3. Sobre la propuesta de protocolo.	107

RESUMEN

La presente investigación mixta tiene como objetivo desarrollar una propuesta de protocolo para fortalecer la recolección de datos, sobre el suicidio consumado y no consumado, en diversas instituciones públicas.

Se realizó un análisis estadístico de estas variables relacionadas con factores sociodemográficos efectuadas con el universo de casos consignados durante el año 2017 por tres instituciones de la ciudad de Cuenca. Se estableció las necesidades de información psicológica, las brechas existentes entre los diferentes bancos de datos, y se elaboró la propuesta de protocolo con el propósito de estandarizar dicha información.

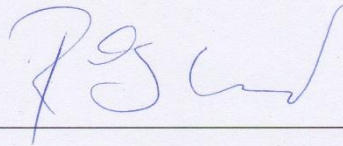
Finalmente, las tres instituciones concordaron en la viabilidad de este diseño señalando que contribuye de manera significativa para conocer la problemática desde la realidad local e incentiva el desarrollo de programas preventivos.

Palabras Claves: Suicidio, Intento de suicidio, Factores sociodemográficos, Factores de riesgo, Enfoque cognitivo, Enfoque sistémico, Protocolo.

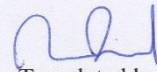
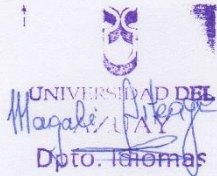
ABSTRACT

The purpose of this mixed research was to develop a proposal for a protocol to strengthen the collection of data on completed and non-completed suicide in several public institutions. A statistical analysis of the variables related to sociodemographic factors was performed with the entire number of cases during 2017 in three institutions from Cuenca. The study established the psychological information needs and the existing gaps between the different data banks. The protocol proposal was elaborated with the purpose of standardizing this information. Finally, the three institutions agreed on the viability of this design. They indicated that it contributed significantly to know this problem from the local perspective and that it encouraged the development of preventive programs.

Keywords: Suicide, suicide attempt, sociodemographic factors, risk factors, cognitive approach, systemic approach, protocol.



Mgt. René Zalamea Vallejo
Thesis Director



Translated by
Ing. Paul Arpi

INTRODUCCIÓN

Este proyecto surge a partir de la necesidad de diferentes entidades públicas de organizar e interpretar la información acerca de las características sociodemográficas en relación con el suicidio consumado y no consumado de la ciudad de Cuenca. Además, de establecer las brechas que existen en el recojo de información oficial que sirva de insumo para la definición de políticas públicas o para el tratamiento científico de la problemática. Por otra parte, constituye una temática que ha llamado la atención de las investigadoras debido a que han vivido sucesos de este tipo en contextos sociales cercanos y ha sido un tópico abordado en el marco del ejercicio de las prácticas pre-profesionales.

La recopilación de los datos consignados por tres instituciones públicas de la ciudad de Cuenca permitió la descripción de variables socio-demográficas que pueden ser interpretadas como factores de riesgo. Posterior al análisis de este trabajo de investigación se identifican las brechas en la recolección de datos que están relacionados con sucesos de suicidio e intentos de suicidio en la ciudad.

La tasa de suicidio en el Ecuador ha aumentado considerablemente, sin embargo, aún no se ha desarrollado un análisis psicológico de datos recogidos por las distintas instancias de seguridad que ayuden a establecer un perfil más cercano a la realidad local.

Con el fin de atender esta problemática dentro de la provincia del Azuay, y el afán de realizar una acción integral entre varias instituciones públicas, se dio a conocer el requerimiento de dichas entidades de la implementación de una plantilla de recolección de información más

detallada para efectuar intervención en la prevención, atención, acompañamiento e investigación de este tema.

Por esto, el objetivo principal de este trabajo investigativo es el desarrollo una propuesta de protocolo para fortalecer la recolección de datos sobre el suicidio consumado y no consumado en diversas instituciones públicas de la ciudad de Cuenca. Para ello es necesario conocer la relación entre esta problemática y los factores socio-demográficos consignados en sistemas de las diversas instituciones públicas en la ciudad de Cuenca del año 2017. Del mismo modo, analizar las necesidades en la recogida de información y establecer las brechas existentes entre los diferentes establecimientos públicos.

El desarrollo de dicho protocolo se realizó a partir del enfoque psicológico del modelo sistémico- estructural y cognitivo-conductual que atiende las necesidades de los usuarios. Del mismo modo, el documento se puso a consideración de los funcionarios de dichas instituciones para comprobar la utilidad del mismo, sistematizar el número de casos de acción auto-lítica, además, motivar y aportar al desarrollo de nuevas investigaciones.

CAPÍTULO I: Suicidio, Intento de suicidio, Enfoque cognitivo-conductual y sistémico.

Este capítulo presenta las nociones fundamentales que aportarán a una mejor comprensión del tema principal, “Suicidio”. Es así como se esclarecerá su etimología y conceptualización; además, se hará referencia a distintas nociones de la nomenclatura en suicidología, para posteriormente realizar una reseña histórica de cómo ha sido tanto juzgado y a su vez apreciado por la humanidad haciendo hincapié en la visión que cada cultura tiene sobre él. Por otro lado, se indicará la importancia de los factores que lo envuelven, tanto los que constituyen un elemento de riesgo como aquellos que son considerados como agentes protectores y se aclarará con mayor énfasis los factores sociodemográficos. Por último, se expondrá la conducta suicida a la luz de los enfoques cognitivo-conductual y sistémico-estructural.

1.1. Suicidio consumado e intento de suicidio.

Etimológicamente la palabra suicidio proviene de los vocablos latinos *sui* (sí mismo) *cidium* (acto de matar, que proviene del verbo *caedere*: matar o cortar), desde este sentido se constituye como la acción de matarse a sí mismo (Carrasco , 2018).

Al ser la concepción etimológica muy precisa es necesario ampliar el concepto de suicidio, siendo toda conducta autolesiva voluntaria e intencional encaminada a la propia destrucción del sujeto y cuyo objetivo último es la muerte (Valdivia Pareja , 2015). A su vez está relacionado con otros conceptos importantes de la nomenclatura en suicidología, entre ellos:

- 1) El intento suicida, se lo entiende como una conducta potencialmente dañina sin consumación fatal a pesar de la intención de morir, es también llamado suicidio no consumado.

- 2) Ideación suicida, es el pensamiento y planeación de terminar con la propia vida, se considera como un puente previo a la intención suicida o el suicidio consumado, sin embargo, no necesariamente se debe pasar por esta para consumir el acto suicida (Valdivia Pareja , 2015).
- 3) Conducta suicida, comportamiento eventualmente pernicioso y autoaplicado para lo cual debe existir una prueba sobreentendida o manifiesta de que: a) El individuo ansía el propósito de acabar con su vida con cierto objetivo. b) El individuo exhibe cierto nivel de intencionalidad de terminar con su vida. No necesariamente presenta lesiones explícitas ya que estas pueden ser de diferente gravedad, no obstante, también puede llegar a la muerte (Aguilar Sanchez , 2014).

1.1.1. Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (2018) el suicidio es un problema de salud pública de primer orden, así como un fenómeno humano universal que afecta a todos, pues, por cada suicidio crece el número de intentos de suicidio cada año.

La Unidad Digital de EcuadorTV (2018) refiere que la académica, antropóloga, psicóloga clínica, especialista en derechos humanos y máster en estudios de la cultura, Lorena Campos Aráuz, explicó que al computar las cifras de los intentos de suicidio constituiría la eliminación de este tema como un tabú, ya que al contar con un número específico de casos se puede concebir una idea clara del problema.

Puesto que contar con datos estadísticos resulta de suma importancia para poder visualizar los hechos de forma precisa, cabe retratar el problema a partir de los datos epidemiológicos del suicidio, por lo que a continuación se irán detallando:

- Más de 800.000 personas mueren cada año por suicidio siendo ésta la segunda causa de muerte en personas de entre 15 a 29 años de edad (Organización Mundial de la Salud , 2018).
- La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2016) señalan que cada 40 segundos muere una persona por suicidio; la mortandad por suicidio es mayor en proporción al número de muertes por guerras u homicidios, específicamente se habla de un 57% de suicidios.
- Hay indicios de que por cada suicidio otras 10 a 20 personas intentaron suicidarse (OMS, 2018).
- De acuerdo con la misma OMS (2018) no solo afecta a países de ingresos altos. En el año 2016, más del 79% de suicidios surgieron en países de bajos y de medianos ingresos.
- Del mismo modo, la OMS (2013) en América se dio cerca de 65.000 muertes por suicidio cada año, es decir 7,3 por cada 100.000 habitantes entre el 2005 y 2009.
- Históricamente, corresponde a América del Norte tasas intermedias de suicidio mientras América Latina posee valores inferiores al promedio mundial. Según la subregión comprendía el 19,5% en Norte América y 7,9% en Sur América (Organización Panamericana de la Salud, 2014).
- En el ámbito local, el diario el Universo (2014) afirma que “Al 2012 la tasa de suicidio en Ecuador, respecto al año 2000, aumentó un 3,4 %” (pág.2).
- De acuerdo con información de la DINASED, recogida por la Unidad Digital del EcuadorTV (2018) los primeros 8 meses de este año existe un archivo de 754 casos de suicidio en el país. La información demuestra que en el primer semestre

267 de las defunciones por esta causa representan a hombres. En los años 2015, 2016 y 2017, un aproximado de 2.078 varones cometieron suicidio.

- Las provincias de Azuay y Manabí están contando con el mayor índice a nivel nacional de suicidios. El diario El Mercurio (2018) menciona que “En los 3 primeros meses del 2018, 22 personas se suicidaron en la provincia del Azuay, en el 2017 un total de 79 personas se quitaron la vida, y la mayoría de las muertes bajo esta circunstancia ocurrieron en Cuenca” (pág. 4). Sin embargo, no se ha desarrollado un análisis psicológico de los datos recogidos por las distintas instancias de seguridad que ayuden a establecer un perfil del problema más cercano a la realidad local.
- Bertolote y Fleischman (2002) consideran que las cifras de mortandad de Sudamérica en comparación de las europeas son “irregulares”.

Son múltiples los inconvenientes para contar con datos más certeros, entre ellos podemos nombrar:

- El retraso en el reporte de la información, los contrastes de las tasas de suicidio entre los países, inclusive de aquellos que mantienen un progreso parecido (Liu , 2009). El informe preliminar de los casos que hayan sido especificados inexactamente, la influencia de factores culturales, religiosos, legales y la estigmatización (Wasserman, Cheng, & Jiang, 2005).
- Es primordial considerar que estas cifras pueden estar infravaloradas (Phillips , 2004) ya que en su mayoría no se cuenta con datos válidos y fiables, por la carencia de una conveniente red de protección.

1.1.2. Historia

Universalmente el suicidio se ha presentado desde el principio y a lo largo de la historia (Jiménez Triviño, 2003), por lo que posee una valoración diferente dependiendo de las culturas y tiempo en el cual se desarrolle, razón por la cual las actitudes hacia el mismo se tornan diversas, en relación a los fundamentos ideológicos (Corpas Nogales, 2011). Sin embargo, se considera usual la actitud de desaprobación hacia dicho proceder en la mayoría de las culturas.

Dentro de un contexto **filosófico** ha sido juzgado como un insulto hacia la sociedad. Según Vega, Blasco, Baca & Díaz (2002) de esta manera lo veía el gran filósofo Platón, en esta época de todos modos se distinguían algunas salvedades ante sucesos en extremo delicados. Igualmente, Aristóteles lo despreciaba tajantemente al contemplarlo como un mero acto de cobardía. Fue reconocido como digno al ser cometido por gobernantes y sabios dentro de la **Roma Imperial**. Ante amenazas de violación fue aceptado para defender el honor de a quienes se trataba de mancillar en la **edad media**, aun así, la postura fuera de esta particularidad fue siempre de repelo prohibiendo que se enterrara el cuerpo de quienes se suicidaban en los cementerios y expropiando los bienes como forma de indemnizar al estado por la privación de uno de sus ciudadanos.

Se ha creído que la tasa de suicidio aumentó durante el **renacimiento**, aunque no existen hasta la fecha datos que demuestren aquello. A lo largo del **siglo XVII** se volvió un fondo común en las tramas que envolvían la literatura inglesa en donde las principales causas por las que los personajes cometían suicidio eran el sentimiento de culpabilidad y el desamor. Esto quedaría confirmado en las obras shakesperianas, donde se pueden apreciar en ocasiones más de un suicidio por libro (Salman Rocha, 2011).

El clérigo, humanista y erudito inglés, Robert Burton, después de años batallando con la melancolía se dispuso a redactar un texto que acerque a las causas y prevención de la misma, así es como “anatomía de la melancolía” libro publicado en 1621, contribuyó a la psiquiatría de la época con la perspectiva del suicidio como consecuencia de la depresión (melancolía). Afirmaba que de las desconformidades de la razón nacen el egoísmo, las ansias de reconocimiento, la confusión, la dignidad, el deseo de poseer más. Parte de su texto supone una explicación y justificación del suicidio debido a la flaqueza del hombre y los obstáculos con los que a lo largo de la vida se va topando. Para estos años la penalización del acto era inflexible por lo que intentó perseguir alegatos para que aquel que cometa suicidio no sea humillado ni se incite al olvido de su memoria (Aguilar Sanchez , 2014).

Durante la **Ilustración**, a mediados del **siglo XVIII** se comenzó a luchar a favor de la despenalización del suicidio, aunque tanto la milicia como la iglesia seguían siendo los mayores y principales detractores. A finales del mismo siglo quienes respaldaban el suicidio como una elección propia del individuo, admitían la relación existente entre civilización y suicidio. El criterio refería que entre más civilizada la sociedad había a su vez un aumento de los casos de suicidio. Las causas eran positivas y negativas. Entre las primeras se encuentran la libertad del hombre de las ideologías impuestas y su derecho a elegir; en el segundo existía una renuencia al desarrollo de la sociedad por lo cual el individuo buscaba su muerte. Se considera que las actuales sociedades estimularían acontecimientos determinantes o una especie de desasosiego severo que conlleven al suicidio. Cuevas Cervera (2006) indica que Locke hace hincapié en que el ambiente en el que se desenvuelve el hombre consecuentemente será el encargado de la línea de ideas y conductas que este vaya a tener.

Wolfgang Von **Goethe**, literato alemán, escribió “Las Desventuras del Joven Werther” en el año 1774. Vega Piñero, Blasco Fontecilla, Baca García, & Díaz Sastre (2002) mencionan que dicha publicación tuvo como consecuencia una proliferación de actos autolesivos consumados con un tinte de romanticismo desde finales de este siglo y principios del siglo XIX en el continente europeo en especial su propia Alemania, por lo que en algunos países y ciudades su lectura fue censurada.

Durante el **siglo XIX** se estimó que los suicidios de la época se originaban principalmente debido a enfermedades mentales. A finales del siglo se desarrollaron gran número de disertaciones, escritos e investigaciones llevadas a cabo dentro del campo sociológico y médico (Reynoso, 2017).

La teoría sociocultural, tiene como exponente más importante a **Durkheim** (1982), quien considera que el suicidio es causado por un desajuste entre el individuo y la sociedad. Ejemplifica cuatro formas de suicidio: 1) *suicidio egoísta*: en este existe un exceso de individualización de la persona y la disgregación de este con la sociedad, 2) *suicidio altruista*: el yo, no se pertenece, se encuentra fuera de sí, 3) *suicidio anómico*: se da por un sentimiento de falta de significación de la vida, 4) *suicidio fatalista*: se da en sujetos de porvenir limitado por exceso de reglas. Y de la misma manera proponía la relación entre crisis económica-suicidio y enfermedades mentales-suicidio (Blandón Cuesta, Andrade Salazar, Quintero Núñez, García Peña, & Layne Bernal, 2015).

Las **culturas orientales** ven al suicidio como un acto de respeto y tradición un tipo de castigo autoinfligido para mantener el orden social, así es como en Japón feudal, se conoce la figura del “Harakiri” (corte del vientre) o el “Seppuku” de los samurái, utilizado para mantener su honra

ante los enemigos sin permitirles vencer, así como también es una costumbre que tiene como fundamento desagraviar el honor de la persona que cometió un error o fue desleal a su palabra insertándose una daga que lo desentrañaría (Galindo, 2017). De la misma manera los pilotos japoneses llamados “kamikazes”, que lucharon en la II Guerra Mundial, creían que el estrellar sus naves contra sus enemigos era un acto de distinción y lealtad (Axell & Kase, 2002).

Respecto a la **figura legal** del suicidio, particularmente si a países occidentales nos referimos la mayoría de estos no reconocen el suicidio como un delito que deba ser penado o sancionado, no así el hecho de influir en una persona para que tome dicha decisión o no auxiliar a alguien que vaya a realizar o haya realizado el acto (Corpas Nogales, 2011). Es importante recalcar que nuestro Código Orgánico Integral Penal actualmente no contempla la penalización sobre la instigación o ayuda al suicida, el art. 454 que condenaba de 1 a 4 años de prisión a terceros que hubiesen participado de cualquiera de estas formas legales en el intento de suicidio o suicidio consumado el cual fue derogado en el año 2014 (Almeida Falcón, 2015), esto se debe a que muchos juristas no consideran a tal como un delito sino como una conducta independiente la cual forma parte del libre albedrío del ser humano. Sin embargo, en una investigación realizada por Cárdenas Báez (2015) en la ciudad de Tulcán la mayoría de los abogados en libre ejercicio desean que sea penalizado el suicidio frustrado (intento de suicidio) ya que se está vulnerando el derecho a la vida que contempla y protege la constitución.

Finalmente, hay que entender el suicidio desde la **religión**. Las religiones como: cristiana, católica, judaísmo, islam e incluso el budismo mantienen una postura en contra del suicidio. Las cuatro primeras ven el suicidio como un pecado que va en contra de los designios de su Dios, quien es el ser que decide sobre su tiempo de vida en la tierra. Sin embargo, no lo consideran así si la persona se sacrifica por los demás como una especie de partida virtuosa de este mundo.

Mientras el budismo expresa que no se debe alterar el periodo de vida en la tierra puesto que esta refiere la desazón que el hombre debe padecer para poder depurar de sí las faltas de su existencia pasada (Vega Piñero, Blasco Fontecilla, Baca Garcia , & Díaz Sastre, 2002). De manera distinta, el hinduismo consciente la “Sati” acto suicida por inmolación, así la mujer que pierde a su esposo debe lanzarse a la pira de fuego para quemarse junto con el cuerpo de él, ya que de esa manera purga las faltas de su pareja y honra a sus hijos (Rojas, 2007).

1.1.3. Factores de riesgo

La conducta suicida puede ser evidenciada debido a las diferentes características que la acompañan y que se interrelacionan entre sí (Baca García & Aroca, 2014). Es ahí donde radica la importancia de reconocerlas para posteriormente, tras la realización de una adecuada observación, valorar el grado de riesgo autolesivo al que podrían conllevar (Mejía Luchinger, Sanhueza Ojeda, & González, 2011).

Según expresa Valdivia Pareja (2015) son múltiples los factores que pueden influir en la conducta suicida, estos pueden ser:

1. Factores personales: psicológicos, tales como; la desesperanza, vulnerabilidad al estrés y sucesos vitales negativos, dificultad para solucionar problemas; y psiquiátricos como los trastornos de personalidad, del estado de ánimo, ansiedad, psicóticos, trastornos alimenticios y adicciones.
2. Factores biológicos, los que constituyen los niveles bajos de serotonina, elevada cortisol y niveles muy bajos de colesterol (Delattibodier Rosales, Reyes-Ticas, & Padgett, 2000). En el último caso, se relaciona la hipocolesterolemia con el intento suicida lo que refiere a que el nivel sérico de colesterol (colesterol total que se halla en

la sangre), debe estar por debajo de 175 mg/dl (miligramos por decilitros), lo que provocaría un descenso de la concentración de serotonina. Señalan que de acuerdo a Engelbert H. (1992), un nivel muy bajo de colesterol sería el motivo por el cual habría una alteración en la función de recaptura de serotonina debido a variaciones presentes en la mucosidad lípida del revestimiento de las neuronas.

3. Factores de riesgo somático que refiere a enfermedades sistémicas tales como: cáncer, sida, infarto, esclerosis múltiple, entre otros.

Por otro lado, Corona Miranda, Hernández Sánchez, & García Pérez (2016) proponen pensar los factores de riesgo desde el punto de vista *ideográfico* y amplía a *factores psicosociales*: enfermedades crónicas, graves, trastornos mentales, maltrato, aislamiento, divorcio, entre otros; pueden clasificarse también de acuerdo a diferentes aspectos como el *familiar*: familia disfuncional, violencia, abuso sexual, padres ausentes; *comunitario*: barrios inseguros, guerras, conducta suicida aceptada, niveles altos de consumo de alcohol; *instituciones estatales*: centros de rehabilitación, penitenciarios y educativos con un clima violento, violación de los derechos, en todos estos a su vez incide el *elemento socioeconómico*.

De la misma manera, García Rábago, Sahagún Flores, Ruiz Gómez, Sánchez Ureña, Tirado Vargas y González Gámez (2010) exponen que las causas más habituales son principalmente los trastornos mentales, en especial la depresión y trastornos del estado de ánimo, así como el consumo de sustancias, primordialmente de alcohol, ya que esta sustancia ha sido descubierta en el 33% de las autopsias de individuos suicidas. También señalan como elemento de riesgo los antecedentes familiares de suicidio o intento de suicidio sobre todo si refieren a la figura materna; y los intentos de suicidio previos que el sujeto haya cometido aumentan la posibilidad de que intente repetir la conducta autolesiva de una manera más eficaz.

La Dirección General de la Salud (2006) de Uruguay, propone tomar en cuenta en el ámbito social el cambio radical de la situación socioeconómica, además de las dificultades que se encuentren en las redes de apoyo, así como las pérdidas de empleo, las catástrofes, la violencia de género y tensión social. En lo que refiere a las circunstancias biológicas, va más allá e insiste en estar pendiente de los factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad, las personas en edad avanzada o durante la adolescencia, enfermedades con dolor crónico y deterioro cognitivo.

Mejía Luchinger, Sanhueza Ojeda y González (2011) postulan que un se mantiene la idea equivoca de que hacer preguntas referentes a la conducta suicida podría desencadenar en la ideación del acto o reforzar los pensamientos existentes sobre el suicidio. Al contrario, el screening en individuos con depresión sobre ideas de suicidio funciona como una evaluación preventiva si se plantea apropiadamente.

La tabla 1 describe:

1. Factores de riesgo Psicopatológicos.
2. Factores de riesgo Biológicos.
3. Factores de riesgo por eventos vitales estresantes.

Tabla 1
Factores de Riesgo.

Factores Psicopatológicos	Factores Biológico	Eventos Vitales Estresantes
Trastornos mentales (90-95 fallecidos por suicidio)	Heredabilidad 50%	Problemas familiares
Trastornos afectivos	Hipofunción serotoninérgica	Problemas conyugales
Alcohol/drogas		Problemas legales
Trastornos de personalidad		Profesiones (militares, médicos, policías)
Desesperanza		Maltrato perinatal
Anhedonia		Enfermedad terminal
Impulsividad		
Alta reactividad emocional		
Historia personal de intentos de suicidio		

Nota. Factores de riesgo psicopatológicos, biológicos y vitales estresantes.

En otro orden de ideas, la Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2012) de Galicia, estima que los factores de riesgo referentes al suicidio consumado e intento de suicidio se dividen en dos categorías: factores modificables (trastornos psiquiátricos) y factores inmodificables (heredabilidad, la edad).

En cuanto al factor hereditario existen varios estudios que sustentan la teoría de que los familiares de primer grado de consanguinidad de personas que han consumado el suicidio tienen mayor riesgo de presentar conductas suicidas, aun sin presentar trastornos psiquiátricos (Baldessarini & Hennen, 2004). Asimismo, se han realizado diferentes investigaciones en hermanos gemelos y adopción para confirmar dicha hipótesis. Roy (1993) indica que existe un nivel más alto en las tasas de suicidio de hermanos gemelos homocigóticos que en heterocigóticos. De la misma manera, es notable el número de intentos suicidas en la familia biológica de personas adoptadas que se suicidaron.

Respecto a la edad, hay un mayor índice en suicidios adolescentes, por lo que Rich, Warstadt, & Nemiroff (1991) afirman que previo al desenlace existió un suceso vital estresante. Se observa también en el mismo grupo de edad el efecto Werther, ante la presencia de un suicidio se produce una serie de actos autolíticos en poblaciones con un rango de edad entre 15 y 19 años (Bobes García, Giner Ubago, & Saiz Ruiz, 2011).

Debido a la abundante literatura que refiere al tema de los factores de riesgo, se puede entender que no existe un total acuerdo entre los diferentes teóricos sobre los mismos. Pero se observa la relevancia de unos sobre otros, por ejemplo, establecer de acuerdo a la revisión bibliográfica que el factor biológico entendido como la presencia de psicopatología (Depresión Mayor, Esquizofrenia, Personalidad Límite) constituye el factor de riesgo de mayor influencia en

el suicidio, así como también las tentativas previas. Finalmente se pueden clasificar de la siguiente manera:

1. Factores Individuales: Psicopatológicos y Biológicos
2. Factores Contextuales familiares
3. Factores Sociales y Culturales
4. Factores Económicos

Como se puede apreciar en los párrafos anteriores, es innegable la presencia de ciertos elementos: psicológicos, biológicos o sociales los cuales actúan sobre el individuo elevando la probabilidad para ejecución del acto suicida, estos son mejor conocidos como factores de riesgo; no obstante, también existen variables que disminuyen dicha posibilidad, considerados factores protectores. A continuación, se detallará acerca de los mismos:

1.1.4. Factores protectores

Llamamos factores protectores a todos aquellos elementos que permiten que se reduzca la posibilidad de realizar conductas de riesgo.

Entre estos encontramos: hábitos saludables, relaciones estables, buena autoestima, adecuado manejo del estrés, adaptabilidad, apropiado nivel de educativo, establecimiento de metas, estabilidad familiar, estimular y reforzar las conductas positivas, oportunidades educativas y profesionales, espacios públicos seguros, redes de apoyo, entrenamiento del personal de atención en salud e instituciones que brinden ayuda a minorías (Corona Miranda, Hernández Sánchez, & García Pérez, 2016).

Mientras para Nock, Borges, Bromet, & Cha (2008) el sistema de creencias religiosas, el embarazo y tener hijos es tan importante como el soporte social.

Por otra parte, el Center for Disease Control and Prevention (2010) y Suicide Prevention Resource Center (2010) señalan que los factores protectores para evitar el intento suicida y suicidio consumado se pueden clasificar en individuales y sociales. En otras palabras, el primer grupo estaría compuesto por las estimaciones y actitudes a favor de la vida, estrategias como el manejo de la ira, resolución de conflictos, la alta resiliencia; así como, la preocupación por la salud mental y física. Mientras que el segundo grupo conlleva la participación social, la existencia de redes de apoyo en que todos los miembros compartan responsabilidad, entornos estables y condiciones normativas para la obtención de las herramientas como armas o sustancias que podrían resultar contraproducentes para el bienestar de las personas (Bobes García, Giner Ubago, & Saiz Ruiz, 2011).

1.1.5. Factores sociodemográficos

Los aspectos sociodemográficos, tales como; edad, sexo, estado civil, religión, nivel educativo, nivel socioeconómico, etc. establecen categorías significativas de la incidencia y el proceso de transformación de determinados hechos. Las particularidades sociodemográficas son ineludibles y obligatorias para poder definir, identificar y diferenciar con un perfil más preciso ciertas poblaciones.

Mediante diferentes estudios se han podido establecer diversos determinantes sociodemográficos como factores de riesgo relacionados con las variables de suicidio e intento de suicidio. Así como: ser hombre, mayor de 40 años o tener entre 15 y 24 años, ser extranjero, soltero, divorciado o viudo, estar desempleado y tener bajo nivel de educación, falta de redes de apoyo, patrones familiares destructivos (García-Resa et al., 2002).

Según, García de Jalón & Peralta (2002) en cuanto al sexo se puede observar en la mayoría de los países que las mujeres tienen las más altas tasas de intento e ideación suicida, pero los hombres tienen mayor número de casos de suicidios consumados. Esto se debe a que, de acuerdo con su sexo, el hombre tiende a métodos más impulsivos y agresivos mientras las mujeres suelen tener actitud más reflexiva y optar por envenenamiento o cutting.

De acuerdo con la edad estudios reafirman que al aumentar la edad también la posibilidad de cometer suicidio. La OMS, en el 2015 consideró que a nivel mundial la segunda causa de muerte entre el grupo de edad que bordea los 15 a 29 años.

Otros estudios concuerdan con que la emigración junto con el aislamiento incrementa el comportamiento suicida. En cuanto al estado civil de la persona el World Health Organization European (2012) (WHO/EURO) concretó que tiene mayor posibilidad de consumir el suicidio el individuo soltero, divorciado o viudo.

Se puede establecer entonces un perfil que consolida los factores sociodemográficos y de acuerdo con esto para el suicidio consumado, existe un mayor riesgo al ser varón, ser adolescente o de la tercera edad, estar soltero, encontrarse en una posición económica baja y desempleado.

Mientras que para el intento de suicidio hay mayor número de mujeres las mismas que son jóvenes, solteras, con un nivel educativo y cultural bajo, además de estar desempleadas.

1.2.Enfoque cognitivo-conductual

Es importante señalar el significado de cognición y términos que hacen referencia al mismo proceso, pues esto contribuirá a comprender de mejor manera su relación con la ideación suicida y el suicidio desde este enfoque.

Etimológicamente la palabra “Cognición” se deriva del término griego “gnome cuyo significado es la facultad de conocer, así como; entendimiento, razón y juicio. Del mismo modo, la Psicología Cognitiva es el estudio y comprensión de las facultades del entendimiento humano, y abarcará los diferentes procesos de la adquisición de conocimiento” (Camacho, 2003).

Los modelos cognitivos se centran, principalmente, en los pensamientos, los mismos que son de vital importancia en los procesos humanos, siendo estos: las ideas, creencias, significados, imágenes, etc. Del mismo modo, como se cita en Barragan (2009) el estado de ánimo y la conducta de las personas se ven influidas por las distorsiones de pensamiento que a su vez es el resultado de alguna perturbación psicológica.

1.2.1. Conceptos fundamentales

La terapia cognitiva destaca que las emociones y las conductas están dirigidas por la cognición, las mismas que se da en tres niveles: esquemas, creencias y pensamientos automáticos.

Según Segal (1988) los esquemas “Son elementos organizados de experiencias y conductas pasadas que a su vez conforman un conjunto de conocimientos influyendo en nuestra manera de percibir e interpretar el mundo y a nosotros mismos” (pág. 147-162).

Las creencias se encuentran dentro de los esquemas, pues, son mapas internos que se construyen a través de la experiencia y nos permiten dar sentido al mundo (Camacho, 2003). Las “creencias irracionales” son validadas, pero no son probadas por la persona y según la cultura las hemos asumido como verdades absolutas.

Los pensamientos automáticos aparecen de manera involuntaria, son fugaces, conscientes y por lo general el mismo individuo los valida. Se pueden clasificar en: positivos (producen

sentimientos agradables) y negativos (tienen contenido irrealista con consecuencias autodestructivas). Los pensamientos automáticos negativos, según Gómez (2007) se pueden definir como “Aquellas frases o imágenes que se nos pasan por la mente que están relacionados con estados emocionales intensos como la depresión, la ansiedad o la ira”.

Los Estilos cognitivos, según Valdivia Pareja (2015), existen 2 tipos de patrones de pensamiento:

1. Patrones de pensamiento rígidos: las personas con estos esquemas cognitivos suelen experimentar ansiedad cuando pretenden cambiar su manera de pensar habitual, por lo que les resulta más seguro y sencillo apoyarse en conocimientos anteriores y tradicionales. Pero a su vez, tal rigidez no es saludable; Beck a establecido que existen patrones no saludables en personas suicidas, pues, se podría evidenciar algunos trastornos psiquiátricos y psicológicos más serios al no existir cambios en sus patrones rígidos.
2. Patrones de pensamiento flexibles: estos patrones son saludables ya que permite examinar y conocer una variedad de opciones, diversos puntos de vista, actitudes, enfoques y explicaciones ante cualquier situación.

Por otro lado, las distorsiones cognitivas son inferencias erróneas que se vinculan más a errores de pensamiento respecto a una realidad objetiva consensuada; para Riso (2006) estas son:

- Inferencia arbitraria: son suposiciones o conclusiones sin evidencia que la sustente.
- Maximización: tendencia a aumentar algunos aspectos o cualidades. En pacientes suicidas suelen maximizar errores, defectos, carencias, etc.
- Minimización: disminuye o reduce algunos aspectos o cualidades, por ejemplo: se minimiza éxitos, logros, virtudes, etc.

- **Abstracción selectiva:** proceso en el que la persona valora el contexto en función a un solo detalle y a partir de allí elabora conclusiones. Las personas depresivas destacan únicamente aspectos negativos demostrando su poca valía personal.
- **Generalización:** consiste en sacar una conclusión general a partir de uno o varios hechos o situaciones aisladas. Por ejemplo: Terminar con una relación sentimental y concluir que nunca va a encontrar el amor ni poder encontrar una nueva pareja.
- **Personalización:** pensamientos que van hacia lo patológico, es una tendencia a atribuirse hechos externos a sí mismo sin que exista evidencia que los relacione. Por ejemplo: “tengo la culpa de...”
- **Pensamiento dicotómico:** tendencia a ver las cosas únicamente en polos opuestos, blanco-negro, santo-pecador, guapo-feo, justo-injusto, etc. Los depresivos suelen atribuirse categorías del extremo negativo.

1.2.2. La terapia cognitiva y la conducta suicida

La Terapia Cognitiva se fundamenta principalmente en la idea de que la gente no se enferma por las cosas sino por la opinión que tienen de ellas, es decir; la manera de cómo la gente piensa es la manera de cómo se siente y actúa. Dando como resultado que la depresión, no es un problema de sentimiento sino de pensamiento.

En tal caso, la conducta suicida según Rush & Beck (1978) es una “Expresión extrema del deseo de escape de lo que parece ser un problema irresoluble o una situación insoportable”, componiendo la Triada cognitiva determinada por tres elementos: visión negativa de sí mismo (yo inútil, torpe, imperfecto, defectuoso, tiende a desestimarse constantemente), visión negativa de sus experiencias (observa su relación con el mundo como agresivo, la persona se siente derrotado

ante los requerimientos de la vida) y visión negativa del futuro (desesperanza en el futuro, se aproximarán peores cosas).

La triada cognitiva negativa junto con las distorsiones cognitivas dominantes y las creencias crean en la persona esquemas disfuncionales, por tanto, el principal objetivo de la terapia cognitiva es reconocer las distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos y creencias dadas en el individuo antes del intento de suicidio (Toro, 2013).

En consecuencia, es importante señalar que la ideación suicida son pensamientos inadaptados que se pueden producir por varios factores, sin embargo, la presencia de estos pensamientos no necesariamente desemboca en suicidio, pero si la persona se encuentra en una constante lucha con tales pensamientos sin obtener algún cambio o ajuste, puede aumentar la probabilidad de realizarlos.

La ideación suicida puede ser manifestada de diversas maneras:

1. Ideación sin intención de ponerlas en práctica, donde la persona expresa sus deseos de quitarse la vida, pero no tiene claro cómo hacerlo,
2. La persona tiene ideas suicidas, mencionando su deseo de morir, pero con un plan todavía inconsistente.
3. La persona tiene ideaciones suicidas, con un plan específico, sin embargo, no sabe cuándo y dónde efectuarlo.
4. El más peligroso, cuando la persona tiene un plan suicida, expresa sus deseos de morir, tiene un método, un lugar y todas las consideraciones claras para el momento de hacerlo.

Varias personas que han tenido ideaciones o conductas suicidas en alguna ocasión han comunicado sus pensamientos a familiares, amigos o a algún profesional, sin embargo,

lamentablemente el apoyo no siempre ha sido el mejor, dando lugar a sentimientos de vergüenza, culpa, etc. en el individuo y dentro del grupo familiar (Valdivia Pareja , 2015).

Por esto, se debe tener cautela en la exploración de estas ideaciones cuando son manifestadas, siendo necesario que se tomen medidas eficaces para identificarlas y trabajar en estas, así como, comprender de qué manera la aparición de ideas suicidas se encuentra relacionada con limitaciones en las habilidades emocionales.

Por lo mencionado anteriormente, es necesario el planteamiento de otros objetivos importantes de la terapia cognitiva para disminuir la conducta suicida: 1. Crear adhesión al tratamiento para evitar la deserción del paciente hacia la misma; 2. Desarrollar y emplear diversos métodos eficaces para combatir la conducta suicida y la desesperanza; 3. Incitar al paciente a la asistencia de servicios de salud; 4. Incentivar a los pacientes a pertenecer y conformar una red de apoyo (Toro, 2013).

Otro de los aportes importantes en el modelo cognitivo se dio gracias a Albert Ellis quien desarrolló la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en la cual establece el origen de las distorsiones cognitivas mediante la teoría de “A-B-C” siendo; “A” los antecedentes o acontecimientos activadores, “B” las creencias y “C” la consecuencia emocionales, conductuales y cognitivas.

A-B-C

En la actualidad, se ha modificado el modelo de Ellis puesto que se ha considerado que la relación entre A-B-C no es necesariamente lineal, sino más bien, todas se relacionan entre sí. Es decir; “A” (acontecimientos) es percibido subjetivamente por la persona de acuerdo con “B” (creencias, metas, valores, etc.). Del mismo modo; “C” (emoción-conducta /consecuencia) va a

modular a “B” (esquemas-distorsiones cognitivas) cuando se construye “A” (acontecimiento). Por otro lado; “B” (emociones-conducta) puede cambiar nuestra visión de “A” (acontecimiento). Y en algunas ocasiones; “A” (acontecimientos) pueden producir “C” (una respuesta instantánea aprendida) y después pasar por “B” (sistema cognitivo) (Silván, 2016).

En general, a pesar de que la terapia cognitiva en un principio se desarrolló para tratar la depresión, actualmente también es utilizada para intervenir en diversas problemáticas. Pues el tratamiento se cimienta en que la conducta y los afectos de una persona se encuentran determinados por su forma de estructurar el mundo (Camacho, 2003).

1.3.Enfoque sistémico- estructural.

1.3.1. La ideación suicida y el suicidio: Desde el enfoque sistémico estructural

Al tomar la ideación suicida y el suicidio consumado desde un enfoque sistémico estructural, se pretende indicar como las relaciones que existen dentro de la familia del individuo se involucran como un posible detonante para esta problemática.

Para ello, es importante conocer que el enfoque sistémico originalmente tiene sus bases en: 1. La teoría general de los sistemas, el mismo que indica que “el universo está compuesto por elementos que se relacionan entre sí”. 2. La cibernética- retroalimentación. 3. La teoría de la comunicación conformada por 3 elementos: semántica (significado), sintáctica (codificación-interpretación), pragmática (toda conducta es comunicación).

La palabra Sistema hace referencia a “un organismo en su conjunto”, la teoría de la Gestalt de los Sistemas propuso a la “familia” como un sistema vivo, siendo este abierto. Es decir; para Barbado Alonso, y otros (2004) define al sistema abierto “Como una entidad que tiene un conjunto de reglas y que intercambia información y energía con el mundo exterior. Los

sistemas abiertos no son entidades estáticas, sino dinámicas, mantenidas por la interacción entre la HOMEOSTASIS (persistencia) y el CAMBIO (evolución)” (pág. 91-94).

Del mismo modo, es importante señalar el significado de familia, pues, para Gómez (2013) proviene del latín *Famulus* que se refiere “al grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens”, mientras que para Vela (2015) este término se deriva de la palabra *fames* que significa “Hambre” haciendo referencia al “grupo de individuos que se alimentan juntos en la misma mesa independientemente de los lazos de sangre”.

Según Loredo (1994) se entiende por familia “Al conjunto de personas de la misma sangre, que viven bajo un mismo techo y que particularmente está integrado por padre, madre e hijos, aunque también se puede incluir a los abuelos, tíos, primos”.

Asimismo, Saucedo & Maldonado (2003) mencionan que la familia es la parte central de nuestra sociedad, siendo un sistema conformado por la totalidad de sus miembros, desde los más pequeños hasta los más viejos, mismo que influyen de manera significativa entre sí y para comprender su funcionamiento es necesario conocer las relaciones interpersonales y fuerzas positivas como negativas que la determinan”. Este sistema se subdivide en subsistemas tales como conyugal, parental y fraternal (Saucedo & Maldonado, 2003).

Por tanto, el término “Familia” presenta diversos conceptos, sin embargo, en la actualidad, esta puede ser nombrada dependiendo de cómo se encuentra conformada, como lo menciona Eroles (2004) podemos clasificarlas en:

- ✓ **Familia nuclear:** constituida por padres e hijos.
- ✓ **Familia ampliada o extensa:** donde conviven parientes de tres generaciones y/o otros familiares.

- ✓ **Familia monoparental:** constituida solo por uno de los progenitores (padre o madre) ejerciendo como cabeza de hogar sin pareja y al menos con un hijo a su cuidado. Reconocida antes como familia incompleta.
- ✓ **Familia ensamblada o reconstituida:** sistema familiar constituido por una pareja donde uno o ambos han tenido experiencias matrimoniales anteriores y con o sin convivencia con hijos de sus distintas uniones.

Otra clasificación frecuente es: familia de pas de deux (dos miembros), familia de acogimiento, familia con soporte, familia acordeón, familia cambiante, familias huéspedes, familia con un fantasma, familias descontroladas y familias maltratantes.

Finalmente, el modelo estructural en el cual se fundamenta esta investigación fue propuesto por Minuchin (2004), que lo indica como el “conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que los miembros interactúan entre sí”. Pues, la organización de la familia se encuentra regido por una serie de jerarquías, roles, normas, límites, fronteras, alianzas, entre otros, que regulan las formas de interacción entre sus integrantes y su funcionamiento familiar. Pues, para mayor conocimiento y entendimiento de la psicodinámica familiar, se define a estos términos de la siguiente manera:

- ✓ **Jerarquías:** siempre debe existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos poseen niveles de autoridad diferente, así como, tanto el padre como la madre operen como equipo.
- ✓ **Roles:** es el papel que cada uno de los integrantes tiene dentro de la familia
- ✓ **Fronteras y límites:** son aquellas que delimitan la participación de sus integrantes.
- ✓ **Alianzas:** es la relación estable que se conforma entre los miembros, estas son frecuentes, cambiantes y necesarias.

- ✓ **Control del comportamiento:** son reglas establecidas por los padres con el fin de controlar el comportamiento de los hijos.

Por tanto, es importante que cada uno de sus miembros identifique el papel que cumplen dentro de este sistema abierto. Del mismo modo, las reglas y límites de conducta en los subsistemas pueden variar de acuerdo con su permeabilidad, sin embargo, estos deben ser completamente claros ya que definirán la adaptación funcional de la familia. Por el contrario, si estas son rígidas, difusas o inexistentes, las deficiencias en la interacción y en su estructura dará como resultado el mal funcionamiento familiar (Valladarez Gonzáles, 2008).

1.3.2. La familia y el suicidio

Uno de los factores causales de la conducta suicida es la familia ya que desempeña un papel fundamental en la vida del individuo, la misma que tiene influencia en la personalidad desde edades tempranas, modulando su relación con el medio.

Según Guibert Reyes & Torres Miranda (2001) “El funcionamiento familiar relacionado con intento suicida se caracterizó por la falta de unidad física y emocional ante situaciones de la vida cotidiana, incapacidad para establecer comunicaciones claras y directas entre sí y la falta de adecuadas emociones positivas-negativas”, además; “La escasa habilidad para negociar conflictos y déficits de recursos para afrontar las crisis, para dar y recibir ayuda y realizar cambios a su interior en función de las circunstancias”. Estos rasgos están relacionados con las familias “conflictivas” en las que predominan las emociones negativas hostiles y desapego afectivo.

Del mismo modo, existen otros factores de riesgo que se pueden relacionar con la conducta suicida tales como: abuso de poder dentro de la jerarquía, confusión en los roles y falta de habilidades para solucionar problemas.

Por otra parte, es común que se dé repeticiones intergeneracionales, según Cibanal (2010) “Las familias se repiten a sí mismas, lo que sucede en una generación a menudo se repetirá en la siguiente, a pesar de que la conducta pueda tomar una variedad de formas, Bowen lo denomina transmisión multi-generacional de pautas familiares”.

Esta repetición puede ser adaptada o inadaptada, sin embargo, no necesariamente significa que los hijos repetirán conductas precisamente de sus padres, más bien, esto es indistintamente como abuelos- padres- hijos- tíos- etc. En general, el problema presentado como el alcoholismo, violencia, el suicidio, entre otros, suele repetirse desde generaciones previas. Por lo que es de vital importancia que los terapeutas estudien el genograma para revelar repeticiones de la familia a través de las generaciones.

Así, el estrés dentro de la familia adquiere una gran influencia ya que afecta directamente a la salud familiar, muchas de las ocasiones los problemas externos como los laborales, económicos, entre otros, que provienen del exosistema, provocan que el cónyuge, los padres o los hijos sean víctimas de situaciones ajenas.

Además, afecta de manera distinta tanto a hombres como a mujeres dentro del hogar, mientras que el hombre se aleja, refunfuña y se encierra en sí mismo, la mujer siente agobio, reacciona a situaciones pequeñas, se enfada y se agota. La familia se ve afectada en sus relaciones que empiezan a alejarse, tienen sueños anormales e intensos, aumento de conversaciones consigo mismo y sentimientos de soledad (Jaramillo Oyervide, 2012).

Este tipo de escenarios provoca que existan conflictos entre la pareja y entre la familia generando algún tipo de conflicto e inestabilidad individual y sistémica.

Por otro lado, como lo menciona Román Vargas, Gonzáles Gacel, & Díaz Corral (1999) un tipo de estrés que afecta a la familia de gran manera se da por el intento de suicidio y el suicidio de uno de sus integrantes, generando en los demás miembros: perturbación y conflictos, debido a la continua amenaza y pretensión de ejecutar el hecho.

Dentro del sistema familiar los hábitos y patrones que estos tienen son totalmente afectados cuando existe un comportamiento suicida en uno de sus integrantes; su estilo de vida cambia centrando su preocupación y atención en la persona considerada como un suicida potencial, en el peor de los casos el sistema tiene que adaptarse al vacío de un integrante que tomo la fatal decisión de consumir este suicidio.

Según Valladarez Gonzáles (2008) “La familia aporta un sano crecimiento en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización, donde se construyen personas adultas con determinada autoestima, y sentido de sí mismas, que experimentan un cierto bienestar psicológico frente a las situaciones estresantes”.

Pues, es de suma importancia que la familia tome una posición de apoyo y sostén de sus miembros, que puedan encontrarse en situaciones de crisis ya sean emocionales, conductuales u otros, que se han visto afectados por los problemas que han generado el estrés y la ansiedad en ellos, permitiendo de esta manera se genere un entendimiento del problema como sistémico y no individual, siendo la familia en alianza quien enfrente las situaciones negativas.

1.3.3. Ciclo vital familiar- patologías que pueden influir en el suicidio

La familia es dinámica y se encuentra en un constante cambio, lo cual se denomina morfogénesis familiar. Un claro ejemplo de esta transformación es el ciclo vital donde el sistema familiar y sus subsistemas atraviesan por una evolución, la misma que está dada por etapas que pueden ser una oportunidad o una amenaza para la familia.

Como lo menciona Barbado Alonso, y otros (2004) el ciclo vital atraviesa por las siguientes etapas:

- **El adulto joven no emancipado o el periodo de galanteo:** dentro de esta etapa es importante que el individuo logre conseguir una diferenciación de la familia de origen y establecer relaciones sociales estables, además, hará la elección de un/a compañero/a. Hay que considerar que se pueden presentar dificultades para una independencia económica, el paso del tiempo, la falta de logros, posibles frustraciones y complicaciones en las primeras relaciones afectivas lo que para unos es normal, para otros esto puede afectar su autoestima y su estado anímico dando lugar a un episodio depresivo, apego familiar, aislamiento social, entre otros.
- **La formación de la pareja:** al momento de elegir una pareja y construir un sistema conyugal, inicia una adaptación de normas y pautas de relación entre ellos, en la cual es necesario flexibilidad y una adecuada comunicación puesto que se han convertido en una “nueva familia”. Además, en esta etapa suele ser común que el matrimonio se posicione como el centro de todo y como la solución a todas las necesidades, lo que conlleva a alejarse de las relaciones sociales creando una

dependencia mutua. En el caso de personas depresivas cualquier alteración en su relación sentimental posiblemente tiendan a desencadenar una ideación suicida.

- **Familia con hijos pequeños:** en el nacimiento del primer hijo se incorporan nuevos roles parentales donde en muchas ocasiones al ocurrir esto se deja de lado la relación en pareja, provocando cierto conflictos, es cierto que un hijo une a la familia, pero además puede atraparla, debido a que en muchas ocasiones las madres inician su rol de amas de casa provocando un sentimiento de frustración, por otro lado, el acercamiento de la madre con el hijo puede causar el alejamiento e inhibición del rol paterno por celos o por falta de protagonismo denotándose un deterioro en la relación conyugal. Los problemas más amenazadores son cuando surgen diferencias y discusiones produciendo tensiones familiares.
- **La familia con hijos adolescentes:** se podría decir que esta etapa inicia cuando los hijos dejan de sentirse niños y concluye cuando estos consiguen su independencia. Dentro de la adolescencia se desarrolla una identidad y se producen varios cambios tanto físicos como emocionales de gran importancia en el ciclo vital individual, como el inicio de la Universidad, el primer empleo, la primera relación sexual, entre otros. Este es un periodo contradictorio entre la dependencia y la autonomía, existen desacuerdos y fricciones en su mayoría con sus padres por la rigidez y poca tolerancia que estos tienen para sus hijos lo que provoca que entren en conflicto. Además, esta es una etapa significativa para el futuro adulto en la que puede aparecer importantes problemas psicopatológicos como el consumo de drogas, problemas de conducta alimentaria, rupturas psicóticas, trastornos del estado de ánimo, etc.

- **La emancipación de los hijos:** es un crítico periodo del ciclo vital donde se separan los hijos de los padres, lo cual puede desatar el suficiente estrés para generar alguna patología. En la presente fase existe una modificación en el subsistema parental, además de aceptar la salida de los hijos debe admitir la aparición de los yernos, nueras. También, puede presentarse dificultades en la pareja cuando el punto de unión eran sus hijos, mientras que en otras ocasiones se puede dar el “síndrome del nido vacío” donde la madre se deprime sintiéndose sola y sin expectativas al no tener que realizar las labores de cuidado de su hijo/a que antes tenía, pues la depresión es la única salida o también busca ahora el cuidado de los nietos. Otro tipo de crisis se da cuando los padres se dan cuenta de su edad y de sus objetivos no cumplidos, provocando ansiedad y estrés sobre todo el pensamiento de su propia muerte crea desesperanza en ellos siendo estas las crisis más notorias en esta etapa.
- **La jubilación y la vejez:** en esta fase el individuo se centra más en sí mismo, sin embargo, en la pareja se desarrolla una dependencia, el matrimonio se torna más cerrado y puede iniciar una armonía fructífera o un desacuerdo que finalice en divorcio. El envejecimiento puede darse de una manera adecuada o no, donde el adulto mayor patalee o solamente se siente a esperar la muerte mientras su familia lo atiende.

1.3.4. El duelo en el sistema familiar

En la familia con un miembro que se ha suicidado, surgirán sentimientos de culpabilidad, reaccionando con sufrimiento, descompensaciones tanto físicas como psicológicas y conductas negativas dentro del núcleo familiar. Por otra parte, en familias con un miembro que ha intentado

suicidarse, los allegados tenderán a estar constantemente en un estado de alerta y suspicacia, aunque en algunos casos, puede presentarse incredulidad, sobreprotección, entre otros.

El suicidio deja angustia en la familia, por lo que el duelo puede prolongarse dependiendo de los lazos afectivos que les unía con la persona fallecida. Este duelo crea en los miembros vulnerabilidad influyendo en los mecanismos afectivos dando lugar a algunos trastornos. Del mismo modo, se genera un antecedente de comportamiento suicida como una posible opción para resolver problemas en el futuro en la cual los miembros menores son los más vulnerables ya que este funcionaría como un elemento de aprendizaje (Pérez & Lorenzo, 2004).

1.3.5. Sistema familiar y solución de problemas

Dentro del sistema familiar es común que se presenten problemas o algún tipo de conflicto donde es necesario que sus miembros tengan una buena habilidad de comunicación, empatía y de negociación para adaptarse al estrés que estos puedan generar. Durante las crisis las familias pueden mostrarse rígidas e incomprensibles al no ser capaces de adaptarse a las circunstancias perjudicando sus relaciones dentro del hogar, pues suelen comportarse de manera amenazante y poco comunicativa.

Una familia funcional no quiere decir que no presente conflictos, si no que los sabe manejar de manera adecuada y con flexibilidad expresando sus pensamientos, sentimientos negativos y deseos de manera asertiva, además, demuestran interés en las necesidades de sus miembros y trabajan juntos de manera recíproca para atender a las mismas y brindar el apoyo necesario para que tomen mejores decisiones ante los problemas.

La familia cumple una función importante de apoyo y protección dentro de nuestro entorno psicosocial, pues resguarda y afianza a sus integrantes ante las disfunciones mentales que pudieran presentar permitiéndoles adaptarse a los cambios.

Finalmente, de acuerdo con Ackerman (1971) el sistema familiar cumple diferentes funciones tales como:

- Satisfacer las peticiones afectivas de sus integrantes.
- Cubrir con las necesidades físicas y de subsistencia.
- Mantener relaciones interpersonales positivas.
- Permitir la autonomía e independencia de sus integrantes.
- Incentivar la socialización.
- Brindar apoyo y estímulo en el aprendizaje y la creatividad en sus miembros.
- Mantener una educación en valores e ideología.

CAPITULO II: Metodología

La presente investigación es mixta dividida en dos fases; la primera cuantitativa y la segunda cualitativa. La fase cuantitativa busca determinar la incidencia de suicidio y sus diferentes características, además establecer relación entre variables del suicidio e intento de suicidio. La fase cualitativa pretende cotejar los datos obtenidos por las tres diferentes instituciones para buscar la estandarización de datos. A continuación, se describe la metodología del estudio.

2.1.Descripción de Objetivos

2.1.1. Objetivo General

Desarrollar una propuesta de protocolo para fortalecer la recolección de datos sobre el suicidio consumado y no consumado en diversas instituciones públicas de la ciudad de Cuenca.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Conocer la relación entre los factores socio demográficos consignados en sistemas de diversas instituciones públicas con el suicidio consumado y no consumado en la ciudad de Cuenca del año 2017.
- Analizar las necesidades en la recogida de información del suicidio e intento de suicidio de las diferentes entidades públicas en Cuenca durante el año 2017.
- Establecer las brechas existentes, en el sistema de recogida de datos e información sobre el suicidio consumado y no consumado, entre los diferentes establecimientos públicos.

2.2.Muestra:

Este trabajo de investigación considera el universo de casos consignados por las diversas entidades de atención referidas en este trabajo de investigación.

2.3. Criterios de inclusión y exclusión:

Se *incluye* en la muestra: los casos que refieren exclusivamente suicidios e intentos de suicidios consignados por las distintas instancias y que se hayan desarrollado dentro del Cantón Cuenca durante el año 2017.

Se *excluye* del muestreo: aquellos casos acaecidos fuera del cantón Cuenca y que no pertenezcan al año 2017. Así mismo, aquella información que dentro de la base de datos facilitada por dichas instituciones no representen a la población que consumó el suicidio o que tuvo intención suicida.

2.4. Instrumentos:

El procesamiento de los datos fue realizado en el programa estadístico SPSS 25, la edición de tablas y diseño de la plantilla de protocolo en Excel 2016, y finalmente la elaboración de flujogramas con el programa Lucidchart.

2.5. Procedimiento:

1. Llenar la petición formal universitaria para la entrega de documentos oficiales a las tres instituciones públicas; 1ra. Dirección Nacional de Delitos Contra la Vida, Muertes Violentas, Desapariciones, Extorsión y Secuestros (DINASED) por medio de la Policía Nacional. 2da. Consejo de seguridad ciudadana y 3ra. por medio Instituto de Estudios de Régimen Seccional del Ecuador (IERSE).
2. Se selecciona el muestreo mismo que representa los casos de suicidio consumado y no consumado que se encuentren dentro de la base de datos que nos faciliten las mismas

instituciones y que se hayan realizado durante el año 2017 en el sector Ecuador/Azuay/Cuenca.

3. Se procede a la creación de una base de datos y el análisis estadístico digital mediante tablas de frecuencia absoluta y porcentual, se emplea el estadístico exacto de Fisher, la decisión fue tomada con una significancia del 5% ($p < 0.05$).
4. Se establece diferencias entre las instituciones públicas a la hora de realizar su banco de datos.
5. Se elabora una propuesta de protocolo para la recolección de la información sobre el suicidio consumado y no consumado.
6. Finalmente, se pone a consideración dicho protocolo a las diferentes instituciones y se establece el resultado de esta investigación.

2.6.Alcance

Busca analizar y procesar la información sociodemográfica de instancias que manejan los informes del suicidio consumado e intención suicida, a su vez esto permitiría establecer las necesidades en dichas instituciones al momento de recolectar datos, con el fin de proponer un modelo de protocolo que permita a los mismos mejorar sus servicios dejando la posibilidad abierta a que posteriormente tanto ellos como nuevos investigadores, puedan desarrollar un insumo para el diseño de programas de prevención.

CAPITULO III: Análisis

En el presente capítulo se realiza el análisis y descripción de los datos sociodemográficos aportados por instituciones públicas, se especifica indicadores de riesgo, ponderando la información sobre las variables tales como: suicidio e intento de suicidio, género, edad, mes de mayor índice, día, área rural o urbana, entre otras. Consiguientemente, se identificarán las variables que permitan el establecimiento de brechas existentes, en el sistema de recogida de información sobre el suicidio consumado y no consumado, entre los diferentes establecimientos públicos.

Finalmente, se presenta una propuesta de protocolo para la recolección de información sobre el suicidio e intento de suicidio que será puesta a consideración a las instituciones interesadas poniendo a prueba su viabilidad.

3.1. Análisis Estadístico

Los resultados se muestran mediante tablas de frecuencia absoluta y porcentual, además para la comparación entre suicidio consumado y no consumado se emplearon los datos proporcionados por la tercera institución, se utilizó el estadístico exacto de Fisher debido a la diferencia de tamaño de los grupos de comparación, la decisión fue tomada con una significancia del 5% ($p < 0.05$). El procesamiento de los datos fue realizado en el programa estadístico SPSS 25 y la edición de tablas en Excel 2016.

3.1.1. Datos de la Institución Pública 1. (DINASED)

Los datos consignados por la Dirección Nacional de Delitos Contra la Vida, Muertes Violentas, Desapariciones, Extorsión y Secuestros (DINASED) en el año 2017, mostraron 84 casos de suicidio, de los cuales el 51.2% ($n=43$) sucedieron en el transcurso de la noche y

madrugada (entre las 18:01 y 5:59), además en el 70.2% de los casos (n=59) el arma usada era de tipo constrictora, el 95.2% (n=80) de los casos fueron de tipo individual y el 83.8 (n=70) eran reportes del área rural. El lugar del suceso en 72.6% (n=61) de los registros correspondieron a casas/villas y de los restantes a: bodegas, bosques, hospitales, espacios públicos, entre otros. Además, se encontró que la mayor cantidad de suicidios se dan en enero 21.4% (n=18) seguido de 11.9% (n=10). En la tabla 2 se pueden observar los detalles.

Tabla 2
Descripción de sucesos (n=84)

Característica	n	%	Característica	n	%		
Momento del día	06:00 a 12:00	21	36,2	Bodegas	1	1,2	
	12:01 a 18:00	20	34,5	Bosque y reservas ecológicas	1	1,2	
	18:01 a 00:00	28	48,3	Casa/villa	61	72,6	
	00:01 a 05:59	15	25,9	Centros de rehabilitación social	3	3,6	
Arma	Arma blanca	1	1,2	Lugar	Clínicas	1	1,2
	Arma de fuego	4	4,8		Ferreterías	1	1,2
	Constrictora	59	70,2		Hospitales	5	6,0
	Otros	15	17,9		Laguna – lago	1	1,2
	Sustancias	5	6,0		Mecánicas	1	1,2
Tipo	Individual	80	95,2	Mercados	1	1,2	
	Múltiple	4	4,8	Parques y plazas	1	1,2	
Área	Urbana	14	16,7	Terreno baldío	1	1,2	
	Rural	70	83,3	Vía publica	6	7,1	
Mes	Enero	18	21,4				
	Febrero	4	4,8				
	Marzo	2	2,4				
	Abril	8	9,5				
	Mayo	4	4,8				
	Junio	5	6,0				
	Julio	10	11,9				
	Agosto	6	7,1				
	Septiembre	7	8,3				
	Octubre	5	6,0				
	Noviembre	7	8,3				
	Diciembre	8	9,5				

Con respecto a las características de las víctimas de suicidio del año 2017 se encontró que el 82.1% (n=69) correspondía a personas de género masculino de entre 6 y 82 años con una edad media de 33,08 años (DE=17), el 46.4% (n=39) de las víctimas se encontraban en una etapa de adultez temprana; además el 95.2% (n=80) tenían una nacionalidad ecuatoriana y el 96.4% (n=81) no presentaban ningún tipo de discapacidad. Con respecto al estado civil se encontró que el 61.9% (n=52) eran solteros y el 50% (n=42) tenían una instrucción básica; los detalles de cada característica se pueden observar en la tabla 3.

Tabla 3
Descripción de las víctimas.

Característica		n	%	Característica		n	%
Género	Femenino	15	17,9	Estado civil	Soltero	52	61,9
	Masculino	69	82,1		Casado	25	29,8
	No computable	1	1,2		Divorciado	5	6,0
Edad	0 a 10	2	2,4		No computable	1	1,2
	11 a 20	19	22,6		Viudo	1	1,2
	21 a 30	25	29,8	No computable	5	6,0	
	31 a 40	14	16,7	Ninguna	5	6,0	
	41 a 50	11	13,1	Inicial	1	1,2	
	51 a 60	4	4,8	Nivel de instrucción	Educación general básica	42	50,0
61 a 90	8	9,5	Secundaria		2	2,4	
Discapacidad	Física	1	1,2		Bachillerato	22	26,2
	Ninguna	81	96,4		Superior	7	8,3
	No tipificada	1	1,2				
Nacionalidad	No computable	1	1,2				
	Ecuatoriana	80	95,2				
	Peruana	2	2,4				
	No computable	2	2,4				

La tabla 4 muestra las características ocupacionales de las víctimas registradas; el 38.1% (n=32) de los casos correspondía a estudiantes; el 14.3% habían sido trabajadores bajo

dependencia; además el 27.5% (n=23) tenían empleos informales como: carpintería, agricultura, varios, comerciante, pintor, albañil entre otros.

Tabla 4

Características ocupacionales de las víctimas.

Ocupación	n	%	Ocupación	N	%
No computable	5	6,0	Comerciante	2	2,4
Ninguna	4	4,8	Ebanista	2	2,4
Estudiante	32	38,1	Empleado	7	8,3
Abogado	2	2,4	Empleado privado	3	3,6
Agricultor	6	7,1	Empleado publico	2	2,4
Albañil	3	3,6	Guardia	1	1,2
Bachiller	1	1,2	Ing. Sistemas	1	1,2
Carpintero	1	1,2	Jornalero	1	1,2
Chofer Profesional	5	6,0	Las permitidas por la ley	2	2,4
Lic.en ciencias de la educación	1	1,2	Quehacer. Domésticos	1	1,2
Pintor	1	1,2	Radio-operador	1	1,2

3.1.2. Datos de la Institución Pública 2. (Consejo de Seguridad Ciudadana)

El propósito fundamental del Consejo de Seguridad Ciudadana (2015) es “Coordinar acciones de las instituciones ejecutoras de la seguridad y socorro, empleando estrategias y acciones dedicadas a la prevención del delito con las políticas de desarrollo humano, económico y social del cantón Cuenca, consiguiendo la participación activa de la ciudadanía”.

Así, los datos consignados por el CSC, sobre el suicidio consumado en el año 2017 del catón Cuenca determinaron 39 casos de suicidio consumado, eran 31 hombres (79.5%) y 8 mujeres (20.5%), El 43.6% (n=17) de los casos correspondían a personas en una etapa de adultez temprana y 11 casos (28.2%) eran estudiantes; la clasificación manejada por la entidad determinó que 9 víctimas tenían una categoría de “otros”, detalles en la tabla 5.

Tabla 5
Características de las víctimas N=39

Característica		n	%
Género	Hombre	31	79,5
	Mujer	8	20,5
Rango etario	0—10	1	2,6
	11—20	13	33,3
	21—30	13	33,3
	31—40	4	10,3
	41—50	2	5,1
	51—60	2	5,1
	61—70	4	10,3
Ocupación	Estudiante	11	28,2
	Jubilado	1	2,6
	Empleado del Sector Privado	2	5,1
	Desempleado	1	2,6
	Otros	9	23,1
	Trabajador informal	1	2,6
	Albañil	4	10,3
	Agricultor	3	7,7
Sin dato	7	17,9	

Se registraron 20 casos (51.3%) en el área urbana y 19 (48.7%) en el área rural; dentro del área urbana las parroquias con mayor cantidad de sucesos fueron: San Sebastián (n=4) y Cañaribamba (n=3); mientras en el sector rural las parroquias con mayor cantidad de incidentes correspondieron a: Sayausí (n=4), Ricaurte (n=3) y Baños (n=3), la tabla 6 muestra los detalles por parroquia.

Tabla 6
Característica del Área N=39

Característica		n	%
Área	Urbana	20	51,3
	Rural	19	48,7
Parroquia Urbana	Bellavista	1	2,6
	Cañaribamba	3	7,7
	El Batan	2	5,1
	El Vecino	1	2,6
	Gil Ramirez	2	5,1
	Huayna Capac	1	2,6

	Machangara	2	5,1
	Monay	1	2,6
	San Sebastian	4	10,3
	Totoracocha	1	2,6
	Yanuncay	2	5,1
Parroquia Rural	Baños	3	7,7
	Chiquintad	1	2,6
	Nulti	1	2,6
	Octavio Cordero	2	5,1
	Quingeo	2	5,1
	Ricaurte	3	7,7
	San Joaquín	1	2,6
	Sayausi	4	10,3
	Tarqui	1	2,6
	Victoria del Portete	1	2,6

La forma de muerte de este grupo de víctimas en 36 de los 39 casos fue “ahorcadura”; en 21 casos (53.8%) la causa de suceso pertenece a la clasificación de “otros” lo que podría causar indeterminaciones e impresión en el desarrollo de planes de esta entidad; además, en 6 casos las causas eran por problemas pasionales (15.4%) y 2 por violencia intrafamiliar. En la segunda parte del año (Julio – Diciembre) se registraron 26 suicidios (66.7%); además, los meses con mayor frecuencia de suicidios correspondieron a: Julio, septiembre y diciembre.

Tabla 7
Características del suceso N=39

Característica	n	%
Forma de muerte	Ahorcadura	36 92,3
	Intoxicación	2 5,1
	Otras	1 2,6
Causa de suceso	Problema pasional	6 15,4
	Violencia Intrafamiliar	2 5,1
	Otros	21 53,8
	En investigación	10 25,6
Mes	Enero	2 5,1
	Febrero	2 5,1
	Marzo	1 2,6
	Abril	4 10,3
	Mayo	1 2,6

Junio	3	7,7
Julio	7	17,9
Agosto	1	2,6
Septiembre	6	15,4
Octubre	2	5,1
Noviembre	4	10,3
Diciembre	6	15,4

3.1.3. Datos de la Institución Pública 3.

Los datos consignados por la tercera institución sobre el suicidio consumado y el intento de suicidio dentro del cantón, en el año 2017 fueron dirigidas netamente a presión en fecha, hora y lugar de acontecimiento; esto debido a su naturaleza de funcionamiento ante llamadas de emergencia. Se registraron en total 62 sucesos. 16 suicidios consumados y 46 intentos de suicidio.

Las condiciones de llamada correspondieron a: clave naranja (para suicidios) y clave roja (para intentos). La tabla 8 muestra que las características generales de acontecimiento no eran significativamente diferentes entre las características de llamadas de intentos de suicidio y suicidio en: el área; distrito; estado de semana, trimestre del año y estado del mes ($p > 0.05$) lo que implica la ausencia de relación de estas variables con la consumación y no consumación del suicidio.

Se encontró que 34 acontecimientos reportados (54.8%) pertenecían al área urbana además el 61.3% ($n=38$) de los casos eran llamadas del distrito sur. En el 56.5% ($n=35$) eran suscitados entre semana y más de la mitad ($n=34$; 54.8%) durante los dos últimos trimestres del año. La etapa del mes con mayor frecuencia de acontecimientos de este tipo correspondió a mediados de mes ($n=25$; 40.3%), es decir el periodo comprendido entre el día número 22 y 31. Los horarios más frecuentes resultaron ser por la tarde (12:01 – 18:00) y noche (18:01 – 00:00).

Tabla 8

Reportes de la Institución pública 3. N=62

Característica		Total n=62		Intento suicidio N=46		de Suicidio n=16		p
		n	%	n	%	N	%	
Área	Urbano	34	54,8	22	48,0	12	75,0	0,06
	Rural	28	45,2	24	52,0	4	25,0	
Distrito	Norte	24	38,7	16	35,0	8	50,0	0,282
	Sur	38	61,3	30	65,0	8	50,0	
Estado de semana	Entre semana (de lunes a viernes)	35	56,5	29	63,0	6	37,5	0,076
	Fin de semana (sábado y domingo)	27	43,5	17	37,0	10	62,5	
Trimestre del año	Primero (enero-marzo)	13	21,0	11	24,0	2	12,5	0,313
	Segundo (abril – junio)	15	24,2	13	28,0	2	12,5	
	Tercero (julio- septiembre)	14	22,6	9	20,0	5	31,3	
	Cuarto (octubre-diciembre)	20	32,3	13	28,0	7	43,8	
Estado de mes	Inicio de mes (1-10)	23	37,1	15	33,0	8	50,0	0,461
	Mediados de mes (11-21)	25	40,3	20	43,0	5	31,3	
	Fin de mes (22-31)	14	22,6	11	24,0	3	18,8	
Hora del día	Mañana (6:00 – 12:00)	14	22,6	4	25,0	10	21,7	0,76
	Tarde (12:01 – 18:00)	19	30,6	6	37,5	13	28,3	
	Noche (18:01 – 00:00)	21	33,9	5	31,3	16	34,8	
	Madrugada (00:01 – 5:59)	8	12,9	1	6,3	7	15,2	

La clasificación otorgada por esta institución a los intentos de suicidio correspondió a: “Traumatismos/lesiones/caídas” y se realizaba una derivación a “Gestión sanitaria” mientras que en el caso de los suicidios la clasificación de llamada era: “Delito contra la inviolabilidad de la vida” y la derivación correspondía a “Seguridad Ciudadana”. Se registraron 44 llamadas desde el celular (71%) y los 18 restantes desde teléfonos fijos (29%). En la tabla 9 se muestra que el 54.8% de los reportes estaban registrados dentro de las parroquias urbanas de Cuenca. En las Zonas aledañas (Baños, Ricaurte, San Joaquín, Turi y el Valle) se registraron 13 casos (18.9%).

Tabla 9

Descripción de parroquias N=62

Parroquia	N	%	Parroquia	N	%
Baños	2	3,2	San Joaquín	1	1,6
Chiquintad	1	1,6	Sayausí	2	3,2
Cuenca, cabecera cantonal y capital provincial.	34	54,8	Sinincay	3	4,8
Cumbe	3	4,8	Tarqui	2	3,2
Molleturo	1	1,6	Turi	4	6,5
Octavio cordero palacios (santa rosa)	1	1,6	Valle	3	4,8
Paccha	1	1,6	Victoria del Portete (irquis)	1	1,6
Ricaurte	3	4,8			

La tabla 10 muestra que el día con mayor frecuencia de reporte es el domingo (n=20; 32.3%) seguido por jueves (n=12; 19.4%). Con respecto al mes del año se encontró que el mes con mayor frecuencia de llamado era Julio (n=8: 12.9%).

Tabla 10

Fecha de llamadas (Acontecimientos)

Día de la semana	n	%	Mes del año	n	%
Lunes	6	9,7	Enero	6	9,7
Martes	6	9,7	Febrero	5	8,1
Miércoles	5	8,1	Marzo	2	3,2
Jueves	12	19,4	Abril	4	6,5
Viernes	6	9,7	Mayo	5	8,1
Sábado	7	11,3	Junio	6	9,7
Domingo	20	32,3	Julio	8	12,9
			Agosto	2	3,2
			Septiembre	4	6,5
			Octubre	5	8,1
			Noviembre	4	6,5
			Diciembre	11	17,7

3.2. Proceso de levantamiento de información de acuerdo con las diferentes instituciones- Necesidad Institucional.

El segundo objetivo de esta tesis refiere a las necesidades específicas que tiene cada una de las instituciones en el proceso de recolección de información, por tanto, los siguientes flujogramas ayudan a representar el proceso interno que desarrolla cada institución y a establecer que información les es relevante.

3.2.1. Institución Pública 3.

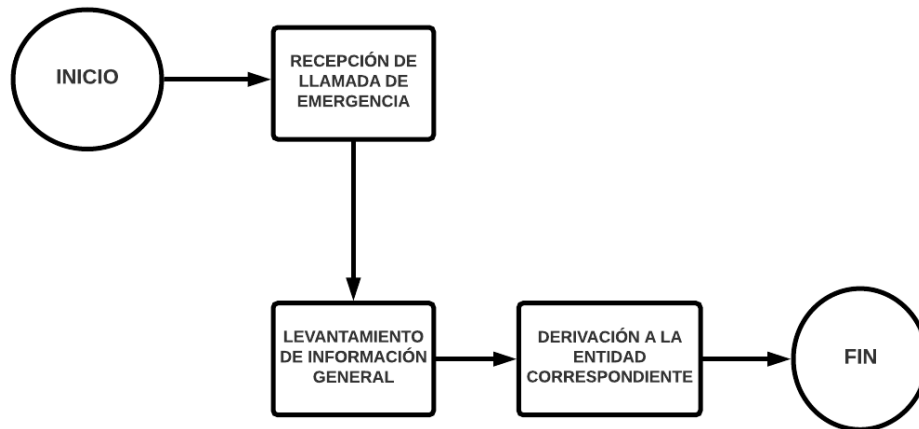


Figura 1: Proceso de recolección de información de la 3ra Institución.

3.2.2. Institución pública 1. (Dirección Nacional de Delitos Contra la Vida, Muertes Violentas, Desapariciones, Extorsión y Secuestro – DINASED)

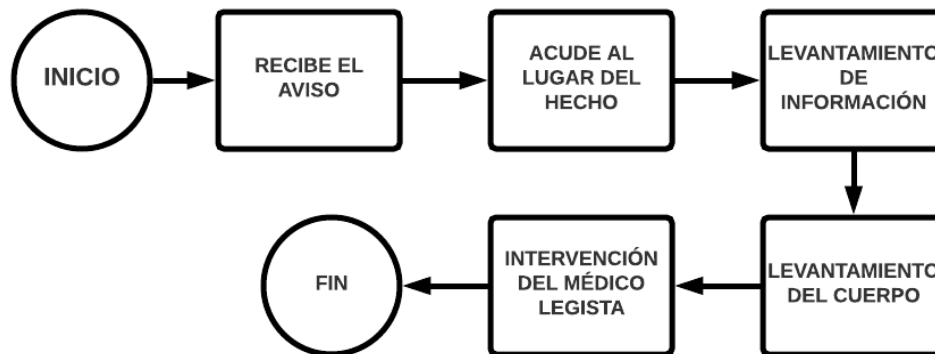


Figura 2: Proceso de recolección de información DINASED

3.2.3. Institución pública 2. (Consejo de Seguridad Ciudadana)

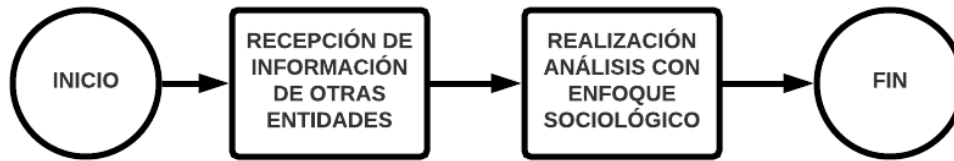


Figura 3: Proceso de recolección de información CSC

Los datos informativos que recolectan estas entidades varían de acuerdo con la competencia de cada una de ellas, razón por la cual, la institución pública 3. Hace hincapié en los datos generales que son necesarios para derivación de la emergencia al servicio correspondiente.

En el caso de la DINASED, se enfoca específicamente en hechos donde existe muertes violentas, por esta razón no acuden a situaciones de intento suicida derivando estos casos a establecimientos de salud. La recolección de información que realizan se da a través de entrevistas a los informantes en la que precisan la mayor cantidad de datos que posteriormente se consignarán en actas.

Por otro lado, el Consejo de Seguridad Ciudadana precisa de la información de las demás entidades y se basa en ellas para el estudio y realización de análisis sociales que permitan posteriormente actuar a nivel preventivo en la sociedad.

3.3. Establecimiento de Brechas

Las brechas existentes se deben a la diferente información que manejan cada una de las entidades en sus bases de datos por lo que es necesario la estandarización de estas. A continuación, se detalla cada una de ellas:

- En primer lugar, la información levantada por cada institución corresponde a la naturaleza de funcionamiento. La Institución Pública 1. (DINASED) pone un énfasis en características personales y de condiciones de las víctimas, mientras que la Institución Pública 2. (Consejo de Seguridad Ciudadana), además de datos generales de filiación, intenta conocer la presunta causa y forma de suicidio. Finalmente, la Institución Pública 3. Recoge información principalmente de ubicación y características de llamadas, con la finalidad de llegar al lugar de hecho. En la Tabla 11 se puede observar el detalle de las variables analizadas en cada entidad.

Tabla 11
Variables consideradas en cada institución.

Institución Pública 1. DINASED	Institución Pública 2. CSC	Institución Pública 3. (Suicidio e intento de suicidio)
Edad	Edad	
Sexo	Sexo	
Estado civil		
Profesión	Profesión Ocupación	
Instrucción		
Nacionalidad		
Discapacidad		
Distrito		Distrito
Circuito		Circuito
Sub-circuito		
Área	Área Parroquia	Área Parroquia
Lugar		Ubicación (longitud y latitud) Medio de Comunicación
Tipo		
Arma	Forma Causa	Categoría
Motivación	Mes	Mes Día
Fecha		Fecha
Hora		Horario

- Por otra parte, se encontró una brecha por la funcionalidad institucional, es decir, la competencia de cada entidad. El fin de cada una de estas instituciones difiere al de las demás.
- La tercera razón, es la relación independiente interinstitucional, pues, el sistema integrado de seguridad pretende ser el número único al que los ciudadanos deberían solicitar ayuda ante las emergencias. Sin embargo, esto dista de la realidad ya que en ocasiones es más fácil acudir a un UPC o timbrar el botón de pánico instalado en el barrio.
- También, la incoherencia en la categorización de las situaciones, en que el suicidio es categorizado como delito a pesar de que en el código procesal penal no se contempla de esta manera y por tanto la policía y otros establecimientos que deben hacer cumplir el orden público no lo consideran en sus actas como tal.
- Del mismo modo, la carencia de información psicológica que impide la elaboración un adecuado análisis que puede constituirse en un insumo para el diseño de programas de prevención destinados a reducir el número de casos de la acción auto-lítica en el cantón, además, de motivar y aportar al desarrollo de nuevas investigaciones.
- Por último, la falta de estandarización de los datos provoca que se desconozca si ciertos casos de los que ha recogido información el Institución Pública 2. (CSC) puedan encontrarse o no en la base de datos de la Institución Pública 1. (DINASED) o de la Institución Pública 3.

Por tanto, la tabla 12 muestra brevemente la estructura de datos a recoger de variables comunes para todas las instituciones. Dividiéndose en tres secciones importantes: Variables de filiación, Variables con enfoque Sistémico y Cognitivo y Variables del sistema institucional.

Tabla 12
Tipos de Variables.

Variables de filiación	Variables sistémicas y cognitivas	Variables del sistema institucional
Nombre	Pensamiento: Planeación suicida e Ideas de muerte.	Fecha exacta. (Día, mes, año, día de la semana, semana del año)
Género	Comportamiento: Comunicación, Intento, Acciones auto-lesivas, Suicidio consumado.	Hora de la llamada
Edad	Trastornos mentales, Trastornos afectivos, Trastorno de personalidad, Drogas y alcohol, Historia personal.	Hora del suceso
Estado civil	Ciclo familiar, Con quien vive.	Derivación
Estado de pareja	Problemas Familiares, Conyugales, Legales, Económicos, Escolares, Laborales, Enfermedad terminal, Antecedentes familiares.	Área
Instrucción	Recursos de apoyo/ soporte.	Coordenadas (Para asistencia)
Profesión		
Ocupación		
Concordancia de ocupación		
Trabajo remunerado		
Nivel socio económico (Según salario básico)		

3.4. Protocolo



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

FACULTAD DE FILOSOFIA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Propuesta de Protocolo para la Recolección de Información sobre el Suicidio Consumado y No Consumado

DOCUMENTO ELABORADO POR:

Dayanna Contreras Álvarez.

Carla Neira León.

Cuenca, Ecuador

2019

Contenido

1. Introducción	64
2. Objetivos del protocolo.....	65
2.1. Objetivo General.....	65
2.2. Objetivos específicos.....	65
3. Conceptualización.....	65
4. Operalización de Variables	67
5. Secreto profesional y Confidencialidad	69
6. Sistema de emergencia.....	71
6.1. ¿Qué es?.....	71
6.2. En el Ecuador.....	71
6.3. Formación.....	72
6.4. Prevención.....	72
6.5. Otras Entidades.....	72
7. Necesidades o dificultades manifestadas por los profesionales.....	73
8. Primeros auxilios psicológicos- Intervención en crisis.....	74
9. Anexo	77
9.1. Plantilla de recolección de datos manual.....	77
9.2. Plantilla de recolección de datos digital	79

1. **Introducción**

Por ser el suicidio reconocido como una manifestación epidémica, la misma debería demandar a las distintas jurisdicciones y funcionarios administrativos la oportuna y pertinente aproximación de la sociedad local al tema de acuerdo con su realidad.

Los estudios han demostrado que el camino al descenso de los casos de suicidio es la previsión y organización adecuada de políticas de prevención que deben incorporar desde el suministro de óptimos entornos a la sociedad, el efectivo proceso terapéutico para los problemas mentales, la adecuada intervención por parte de las autoridades y medios sociales para contrarrestar los factores de riesgo, una satisfactoria comunicación por parte de los medios sobre los datos obtenidos a través de los establecimientos pertinentes además de promover tanto en la comunidad como en el personal profesional la sensibilización respecto del tema para con el individuo con conducta suicida así como con la familia o el resto de personas con quien el mismo había tenido fuertes lazos emocionales.

Para esto es preciso la ayuda conjunta y proponer un proyecto interinstitucional que brinde el correcto servicio a sus usuarios, en cuanto a la atención de emergencia y recolección de datos que debería existir en los casos de suicidio y suicidio frustrado ya que la organización y colaboración entre los establecimientos potenciaría el dar solución a las circunstancias propias de cada individuo, lo cual también crea caminos para la prevención.

Por lo tanto, este protocolo propone una guía que oriente como proceder a la recogida de información y mejorar la capacidad de actuación del personal que brinde el respectivo servicio de emergencia.

2. **Objetivos del protocolo**

2.1. **Objetivo General**

Fortalecer la recolección de datos sobre el suicidio consumado y no consumado de diversas instituciones públicas de la ciudad de Cuenca, focalizado en la prevención, atención, acompañamiento e investigación sobre esta problemática dentro del cantón.

2.2. **Objetivos específicos**

- Analizar la situación actual del recojo de información y las teorías explicativas del fenómeno del suicidio.
- Aplicar un pilotaje con las propuestas desarrolladas a partir del análisis de la situación local y las teorías explicativas del fenómeno.
- Definir el protocolo más ajustado a las necesidades de información para la prevención, atención y acompañamiento de casos.
- Proponer la unificación de un protocolo integral para las distintas entidades públicas para la obtención de datos significativos.
- Sensibilizar al personal derivado por las instituciones para el recojo de información y primeros auxilios psicológicos.

3. **Conceptualización**

- **Conducta suicida:** son todos los pensamientos y comportamientos que tienen como fin causar la propia muerte, para Hausmann-Stabile (2018) este abarca la ideación, planificación, intento y suicidio como tal.

Del mismo modo, incluye dos dimensiones dentro de las conductas suicidas:

1. Letalidad: la acción que realiza la persona es completamente efectiva.
 2. Intencionalidad: es desenlace consiente de que el mismo individuo se está causando su propia muerte.
- **Intento de suicidio:** son acciones auto-infligidas que no tienen un desenlace fatal, pero implícita o explícitamente pretenden la muerte
 - **Ideación Suicida:** Comprende pensamientos, ideas, preocupaciones, deseos, etc. de muerte o de quitarse la vida (Muñoz M., Pinto M., Callata C., Napa D., & Perales C., 2005).
 - **Planeación suicida:** prever pasos que lleven a una acción fatal.
 - **Suicidio Consumado:** son actos autoinfligidos que provocan la muerte (Pérez Barrero, 1999).
 - **Riesgo suicida:** es la probabilidad que tiene una persona de intentar matarse (Martínez Glattli), esta pueden ser: leve (poco intensas, fugaces, sin intento suicida), moderado (Frecuentes, intensidad moderada, planes vagos), severo (Frecuentes, intenso, duradero, con un plan definido, indicadores indirectos, medio protector inseguro) o extremo (Frecuentes, intenso, duradero, con un plan definido, autocontrol deteriorado, medio protector ausente).
 - **Sobrevivientes de suicidio:** hace referencia a personas allegadas o que estaban vinculadas afectivamente con la persona que cometió por suicidio, tales como: familiares, amigos, médicos, etc. (Gijón Orozco, 2013).

4. Operalización de Variables

Tabla 13
Operalización de Variables

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicador	Ítem
Conducta suicida	Son todos los pensamientos y comportamientos que tienen como fin causar la propia muerte, para Hausmann-Stabile (2018), este abarca la ideación, planificación, intento y suicidio como tal.	Pensamiento Comportamientos	-Planeación suicida. -Ideas de muerte. -Comunicaciones de muerte. -Intento suicida. -Acciones auto-lesivas. -Suicidio consumado.	4.2
Factores de riesgo	Es la probabilidad que tiene una persona de intentar matarse (Martínez Glattli).	Psicopatológicos	-Trastornos mentales -Trastornos afectivos -Trastorno de personalidad -Drogas y alcohol -Historia personal	4.2
		Biológicos	-Bajos niveles de serotonina	4.2

		Vitales estresantes	-Problemas: Familiares, Conyugales, Legales, Económicos, Escolares, Laborales. -Enfermedad terminal -Antecedentes familiares	4.1
Factores socio- demográficos	-Son características que establecen categorías significativas de la incidencia y proceso de transformación de determinados hechos.	-Características demográficas de una sociedad.	-Edad -Genero -estado civil -Ocupación -Profesión -Nivel educativo -Topografía habitacional	1; 2.
Sobrevivientes de suicidio	Hace referencia a personas allegadas o que estaban vinculadas afectivamente con la persona que cometió suicidio, tales como: familiares, amigos,	-Familiares -Amigos -Conocidos -Médicos -Maestros	-Lazos afectivos. -Interacciones previas.	3; 5.

médicos, etc.
(Gijón Orozco,
2013).

Elaborado por: Dayanna Contreras y Carla Neira.

5. Secreto profesional y Confidencialidad

En el ejercicio de la profesión, los especialistas deben desempeñar una función fundamental, ya que son los encargados cumplir con los deberes y derechos de confidencialidad y secreto profesional. Vera Sánchez (2012) menciona que estas son importantes debido a que:

1. Permite que exista confianza por parte de los usuarios, que garantiza el acceso a información necesaria para una rápida atención sanitaria.
2. Asegura intimidad lo que contribuye a la veracidad de información y se evite daño hacia la integridad del usuario.
3. Garantiza que el usuario pueda delimitar el libre acceso y manejo de la información.
4. Genera mejor relación paciente-profesional.
5. Ayuda al profesional a acceder a información pertinente para iniciar intervenciones efectivas protegiéndolo de malas prácticas médicas.

A pesar de tener el mismo fin, es de vital importancia diferenciar que el secreto profesional tiene que ver con una obligación legal mientras que la confidencialidad tiene que ver con un principio ético.

Así, el secreto profesional es la obligación que tienen los profesionales de no revelar datos que se les es confiado en el ejercicio de su profesión, siendo de vital importancia informar a los

usuarios desde el primer contacto, sobre lo que es un consentimiento informado y sobre el mantenimiento de la confidencialidad (Sánchez, 2017).

El, el Ministerio de Salud Pública (2014), refiere que el Código Orgánico Integral Penal, en el artículo 179, dispone: “Revelación de secreto- La persona que, teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año”.

La confidencialidad por su parte, es la cualidad de información restringida que solo tiene acceso personas autorizadas para ello. Sin embargo, esta tiene responsabilidad deontológica, ya que está ligada a la ética profesional lo que incluye una adecuada práctica en el campo laboral (Polaino-Lorete, 2001).

Sin embargo, se puede crear un conflicto Ético a partir de diversas situaciones ya que se cuestiona entre los derechos del individuo y los derechos de la sociedad, es decir, se puede romper la confianza médico-paciente para evitar futuros daños dentro de la sociedad (Echeburúa, 2002).

Por tal motivo, según Londoño-McConnell & Larson (2018) se debe proteger datos referentes a salud mental, sin embargo, se puede revelar información sin que exista un consentimiento por parte del paciente únicamente cuando:

- Se protege al paciente o a terceros de daños graves. (En caso de suicidio o dañar a otra persona)
- Existe violencia doméstica, abuso o abandono.
- El profesional recibe una orden judicial para procedimientos legales.

6. Sistema de emergencia

6.1. ¿Qué es?

Se refiere a la asistencia de solución rápida y sistémica a cierta situación de emergencia, la cual se constituye como, el estado real o inminente de un acontecimiento calamitoso, el mismo que demanda una atención especial y pronta, por lo cual es necesaria la colaboración de entidades públicas de ayuda y seguridad.

6.2. En el Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador en su artículo 227 establece que la administración pública constituye un servicio a la colectividad que se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación.

Bajo esta normativa se estableció en el país la implementación de un número único para optimizar la atención de las entidades de emergencia (Policía Nacional, Fuerzas Armadas, Cuerpo de Bomberos, Comisión Nacional de Tránsito, Ministerio de Salud Pública, IESS, Secretaría de Gestión de Riesgos, Cruz Roja, entre otros), el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, el cual proporciona una vía veloz, simple y gratuita las 24 horas del día los 365 días del año a los medios de urgencia y seguridad.

El mismo se suministra por medio de un servicio telefónico que presta atención individualizada a las llamadas realizadas por los ciudadanos además de la notificación y organización de los diferentes cuerpos facultados para dar solución a la eventualidad.

6.3. Formación

Para poder fomentar de manera eficaz este servicio es necesaria la formación permanente del personal a través del desarrollo de cursos mismos que deben tener un contenido común y que a su vez sean habilitados para ajustarse a las labores de cada grupo de expertos.

El personal debe contar para el debido tratamiento de las llamadas con un manual de preguntas, además de conocer que indicaciones puede brindar a quien solicita sus servicios, de la misma manera debe estar capacitado con temas que permitan desviar a la persona de las ideas suicidas y por último sería óptimo que existiera un soporte técnico que posibilite la comunicación con un profesional idóneo en cualquier instante de la atención telefónica.

6.4. Prevención.

Ya que el sistema de emergencia tiene como particularidad el atender las mismas, se entiende que es mínimo el trabajo que se realizaría en cuanto a la prevención de la conducta suicida. Sin embargo, es posible atender este campo mediante una temprana detección por parte del personal de aquellas personas en situación de riesgo a pesar de que el motivo de la llamada sea otro distinto a la ideación, intención o suicidio. Esta detección haría posible la derivación a otros sectores idóneos para su atención personalizada, por lo que sería de vital importancia una adecuada comunicación con los distintos organismos para conseguir los resultados deseados.

6.5. Otras Entidades

En otros países se cuenta con organizaciones de iniciativa social llamadas también líneas de ayuda, helplines o lifelines, que generalmente son atendidas por voluntarios.

Estas entidades manejan el problema de la conducta suicida a partir de tres aspectos:

- Intervención en crisis.
- Promoción de la salud emocional.
- Formación.

El personal que atiende estas llamadas, por lo general son:

- Psicólogos.
- Voluntarios.

Como en el sistema de emergencia, este grupo de entidades también necesitan de la formación teórico-práctica adecuada en intervención en crisis, que debe ser impartida a todos de manera obligatoria. Algunas adoptan un enfoque humanista con ayuda de técnicas psicológicas y escucha activa.

7. Necesidades o dificultades manifestadas por los profesionales

Entre ellas tenemos:

- Necesidades técnicas: falta de instrucciones técnicas y teóricas, de instrumentos de evaluación o protocolos de intervención.
- Dificultades emocionales: angustia, personal que cuestiona su capacidad para ayudar o temor de que la persona termine con su vida.
- Dificultades de relación y comunicación: cómo abordar el fondo de la muerte y el suicidio, falta de confianza por parte de quien solicita la ayuda, sentir enfado en quien llama o rechazo hacia del personal hacia él.
- Dificultades familiares: falta de red familiar o social.

8. Primeros auxilios psicológicos- Intervención en crisis

El personal derivado por las diferentes entidades públicas está constantemente expuestos a situaciones en las que es necesario una intervención en crisis y más aún dar los primeros auxilios psicológicos. Por tanto, es necesario que sean aptos psicológicamente y estén comprometidos con su labor.

Según Nuñez (2004) se entiende por primeros auxilios a las estrategias empleadas para ayudar a personas que se encuentran en crisis, a afrontar las situaciones que le generan estrés de manera que reestablezca control sobre sus emociones para hacer frente a la realidad.

Pues, diversas situaciones pueden provocar un estado de crisis en una persona, sin embargo, la misma se ve alterada en mayor o menor intensidad dependiendo de la manera en la que cada individuo afronte el acontecimiento a nivel emocional, cognitivo y conductual.

Según, Slaikou, (1996) existe dos tipos de crisis:

1. Circunstanciales: tienen un factor ambiental (muerte, desastre natural, etc.)
2. De desarrollo: transición en el ciclo vital.

Sin embargo, pueden existir otros factores como la influencia de las experiencias previas, las creencias, cultura, valores, red de apoyo, afrontamiento, solución de problemas, relaciones interpersonales, etc.

Los síntomas más comunes que enfrenta la persona que se encuentra en crisis, sobre todo en individuos que ha intentado suicidarse o han sido sobreviviente de suicidio, son: negación, pánico, confusión, shock, sentimiento de desamparo, ira, ansiedad, angustia, depresión, síntomas físicos, entre otros.

Para esto, es necesario realizar contención emocional, pues Osorio Vigil (2017) indica pasos a seguir para ayudar, de manera más eficiente, a una persona en crisis:

- 1. Contacto psicológico:** es necesario no emitir juicios de valor, no realizar reclamos, ser empáticos, fomentar la libre expresión de sentimientos y pensamientos e identificarlos, tener una adecuada escucha activa para que la persona vaya conceptualizando la realidad, dar palabras emotivas (“no está solo/a”), comunicación no verbal para crear confianza (mirar directamente a los ojos), en algunas ocasiones es necesario el contacto físico (abrazos-palmadas, aunque es esencial no generar espacios incómodos).
- 2. Indagar sobre el problema:** se realizan preguntas: Quien, que, cuando, donde, como, porque, con el fin de realizar una intervención profunda y determinar si se debe trabajar de manera inmediata con la persona en crisis.
- 3. Enfocarse en posibles soluciones:** en el caso de personas que han intentado suicidarse, es necesario establecer alternativas para solucionar el problema, esto engloba conocer que ha intentado y no ha funcionado, que gana, que pierde, cuales son las ventajas y desventajas, cuales son los obstáculos para finalmente generar opciones adecuadas que no se han considerado anteriormente.
- 4. Poner en práctica una acción específica:** depende de la gravedad del problema y de la capacidad de afrontamiento, sin embargo, es necesario brindar información acerca de los recursos profesionales (medico, psicólogos, psiquiatras), instalaciones de salud.
- 5. Seguimiento:** derivar a profesionales para que establezcan un procedimiento psicoterapéutico adecuado que asegure el bienestar del individuo. Del mismo modo,

se puede plantear una visita futura con el profesional que le brindó los primeros auxilios psicológicos ya que reforzará el apoyo a la persona.

Finalmente es necesario recalcar que se debe evitar la re-victimización o repetición del evento en más de una etapa de la vida, ya que este puede tener efectos a nivel emocional y social volviendo a la persona más vulnerable.

9. Anexo

9.1. Plantilla de recolección de datos manual

PLANTILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS									
Suicidio Consumado e Intento de suicidio									
Día:		Mes:		Año:		Hora:		N° de ficha:	
Nombres y apellidos de quien contacta:									
Parentesco				Suceso:	Intento de Suicidio		Suicidio		
Método de autolesión:	Intoxicación			Lanzamiento al vacío			Arma de fuego		
	Arma corto-punzante			Ahorcamiento			Otro/Especifique:		
1. DATOS DE FILIACIÓN DE VICTIMA									
Nombres y apellidos:							Edad:		
Genero:	Femenino		Masculino:		Tipo de ID:	Cédula:		Pasaporte:	
Estado civil:	Solero			Divorciado			Unión libre		
	Casado			Viudo			Unión de hecho		
Nivel educativo:	Primaria incompleta			Secundaria incompleta			Superior		Ninguna
	Primaria completa			Secundaria completa			Cuarto Nivel		
Ocupación:	Estudiante			Empleado privado			Jubilado		Ninguno
	Empleado publico			Trabajador informal			Desempleado		Otro
Profesión:									
3. TIPOLOGÍA FAMILIAR DE LA VICTIMA									
N° de personas con las que habita/habitaba:									
¿Con Quién?:	Solo			Padres y hermanos			Padrastro		
	Pareja			Parientes			Madrastra		
	Pareja e hijos			Familia Extensa			Tíos		
	Hijos			Coarrendatario			Amigos		
	Otros/especifique:								
Ciclo vital familiar de la víctima	Formación de la pareja						Familia con hijos adolescentes		
	Familia con hijos en edad de crianza						Familia con jóvenes adultos		
	Familia con hijos en edad escolar						Familia anciana		
4. POSIBLES FACTORES DETONANTES									
Antecedentes Familiares de la víctima									
Problemas afectivos	Problemas reciente con la pareja				Problemas con la madre				
	Ruptura de la relación				Problemas con el padre				
	Infidelidad				Problemas entre hermanos				
	Otros/especificar:								
Violencia familiar:	Psicológica			Física			Sexual		Patrimonial
Problemas legales:	Boleta de auxilio						Repartición de Bienes		
	Orden de alejamiento						Otros/especificar		
Problemas Económicos:									
Historia familiar de suicidio/ intento:					Parentesco			¿Hace cuánto?	
Antecedentes familiares psiquiátricos/ médicos:									

Antecedentes Individuales de la víctima							
Perdidas recientes	Muerte de un ser querido			Perdida académica o laboral			
	Perdida material o económica			Ninguna			
Problemas laborales/ escolares:	Bullying			Estrés			
	Bajo rendimiento			Otros/ especifique:			
¿Ha tenido antecedentes de intento de suicidio?				¿Hace cuánto?			
¿Ha tenido comunicación de ideas suicidas?				¿Hace cuánto?			
¿Ha tenido planeación suicida?				¿Hace cuánto?			
¿Ha tenido visión negativa de sí mismo?							
¿Ha tenido visión negativa de sus experiencias o de las situaciones?							
¿Ha tenido visión negativa del futuro?							
¿Ha tenido tratamiento psicológico/psiquiátrico previo?				¿Hace cuánto?			
¿Ha sido diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico?							
Ansiedad		Tras. De personalidad			Otro/ especifique:		
Depresión		Alcohol o drogas					
¿Le han recetado medicamentos psiquiátricos? Especifique:							
¿Ha sufrido enfermedades crónicas? Especifique :							
¿Cuál es el rasgo de personalidad que más le define/ definía?							
Perfeccionista		Extrovertido		Reservado		Expresivo	
Controlador		Introvertido		Impulsivo		Dependiente	
Sensible		Irritable		Tímido		Egocentrista	
Espontaneo		Desconfiado					
5.RECURSOS DE SOPORTE DE LA VICTIMA							
Moral afectivo:	Familia		Amigos		Allegados		Otros/especifique
Económico:	Trabajo		Bono		Apoyo familiar		Otro/especifique
Comunitaria:	Vecinos		Junta parroquial		Personal de salud		Otro/ especifique
Religión:	Católica		Cristiana		Evangélica		Otro/especificar

9.2. Plantilla de recolección de datos digital

PLANTILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFÍA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Nombres y Apellidos de quien contacta: Parentesco:

Suceso: Metodo de autolesion: *Otros/especificar:

1. Datos de filiación de la víctima

Nombres y Apellidos: Edad: Genero: Estado Civil:

Tipo de ID: N° de ID: Nivel educativo: Ocupación: Profesión:

2. Topografía habitacional de la víctima

Provincia: Cantón: Area: Parroquia: *Urbana: *Rural:

Tipo de vivienda: *Otro/especificar: Ingresos Mensuales: Tenencia de:

3. Tipología familiar de la víctima

N° de personas con las que habita/habitaba: ¿Con quien? *Otros/especificar:

Ciclo vital familiar:

4. Posibles factores detonantes

4.1 Antecedentes familiares de la víctima

Problemas afectivos: *Otro/especificar: Problemas económicos:

Problemas legales: *Otros/especificar:

Violencia intrafamiliar: *Varios/especificar:

Historia familiar de suicidio o intento de suicidio: Parentesco: ¿Hace cuanto?: ¿Hace cuantos días, meses, años?(#)

Antecedentes psiquiátricos/médicos:

PLANTILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS 2

4.2 Antecedentes individuales de la víctima

Perdidas recientes:

Problemas escolares/laborales: *Si/¿Cuáles?: *Otros/Especifique:

¿Ha tenido antecedentes de intento de suicidio?: ¿Hace cuanto? ¿Hace cuantos días, meses o años? (#)

¿Ha tenido comunicación de ideas suicidas?: ¿Hace cuanto? ¿Hace cuantos días, meses o años? (#)

¿Ha tenido planeación suicida?: ¿Hace cuanto? ¿Hace cuantos días, meses o años? (#)

¿Ha tenido visión negativa sobre sí mismo? ¿Ha tenido visión negativa sobre sus experiencias o situaciones?

¿Ha tenido visión negativa sobre su futuro? ¿Ha tenido tratamiento psicológico/ psiquiátrico previo? ¿Hace cuanto?

¿Ha sido diagnosticado con trastornos psiquiátricos? ¿Cuál?: *Otro: ¿Le recetaron medicamentos?:

¿Actualmente presenta/ba sintomatología? ¿Ha sufrido enfermedades crónicas? (SI) Especifique:

¿Cual es el rasgo de personalidad que mas le define/definía?

Perfeccionista: Extrovertido: Tímido: Dependiente: Espontaneo:

Controlador: Irritable: Expresivo: Egocentrista: Desconfiado:

Sensible: Introverso: Impulsivo: Reservado:

5. Recursos de apoyo- soporte de la víctima

Moral/Afectivo:	Económicos:	Comunitario:	Religión:
Familia <input type="text"/>	Trabajo <input type="text"/>	Vecinos <input type="text"/>	Católica <input type="text"/>
Allegados <input type="text"/>	Bono <input type="text"/>	Personal de salud <input type="text"/>	Evangélica <input type="text"/>
Amigos <input type="text"/>	Ayuda familiar <input type="text"/>	Junta Parroquial <input type="text"/>	Cristiana <input type="text"/>
Otro/especifique <input type="text"/>	Otro/especifique <input type="text"/>	Otro/especifique <input type="text"/>	Otro/especifique <input type="text"/>

3.5. Criterio de las instituciones respecto a la propuesta de protocolo

3.5.1. Institución Pública 1. (DINASED)

De acuerdo con el informe emitido por la DINASED, sobre la “Propuesta de Protocolo para la recolección de Información sobre el Suicidio consumado y no consumado”, destaca que la institución trabaja únicamente con muertes violentas, es decir, solo los casos de suicidio y no con intento suicida. Sin embargo, esta es una iniciativa que agradó a sus directivos por lo que la estimaron como factible.

Por tanto, el informe refirió que, al no trabajar en casos de tentativa de suicidio, como institución, no pueden realizar mayores contribuciones a políticas de prevención, sin embargo, estas son necesarias y es notable que se haya puesto interés en promover las mismas.

De esta manera la institución sugirió que el diseño de protocolo se divida en dos esquemas; uno que sirva a entidades que recojan información sobre el suicidio consumado como ellos, y otro dirigido a instituciones que registren datos de suicidio no consumado en el caso de las llamadas de emergencia y establecimientos de salud. Finalmente, recomendaron que este documento sea entregado a niveles directivos superiores para que de esta manera la entidad aplique el diseño como una prueba piloto en la ciudad de Cuenca.

3.5.2. Institución Pública 2. (Consejo de Seguridad Ciudadana)

El Observatorio de Seguridad Ciudadana del Cantón Cuenca concluyó, en cuanto a la “Propuesta de Protocolo para la recolección de Información sobre el Suicidio consumado y no consumado” que ésta podría convertirse en una herramienta útil en el análisis social y psicosocial de este fenómeno y de los factores que lo generan. Del mismo modo, menciona que el documento

se encuentra delimitado en términos teóricos por lo que puede ser aplicado a la realidad local e incluso en una perspectiva más amplia.

Así mismo, el documento podría complementarse desde un punto de vista social como variables culturales basados en la felicidad individual y colectiva, condicionamientos sociales, realización y autodeterminación ya que de esta manera llegaría a obtener otra serie de variables causales. Sin embargo, el protocolo propuesto es un documento que contribuye a explicar un fenómeno muy sensible en la sociedad por lo cual se anima a continuar con la investigación.

Finalmente, recomendaron la revisión de bibliografía complementaria que permita establecer elementos causales y la validación dado por expertos en el campo.

3.5.3. Institución Pública 3.

Luego de realizar las debidas peticiones formales a la institución mediante el IERSE, se realizó una junta de análisis el día 6 de diciembre de 2018, donde se puso a consideración la “Propuesta de Protocolo para la recolección de Información sobre el Suicidio consumado y no consumado” en la cual asistieron; el Director de la Institución pública 3 con otros funcionarios de la misma, el Director del IERSE Ing. Omar Delgado y el técnico investigador, Ing. Paul Bravo, Profesores de la Universidad del Azuay, Mgst. René Zalamea, Mgst. Fernanda Coello, Mgst. Mónica Rodas y los tesistas.

La exposición del tema fue realizada por la tesista Dayanna Contreras, con intervenciones por parte del Mgst. René Zalamea quien destacó la importancia de realizar el estudio. Del mismo modo, después del análisis sobre la problemática, el Ing. Omar Delgado esclareció que “esta institución es la única que recoge información sobre intento de suicidio” por lo cual es necesario contar con la contribución de esta entidad.

Así mismo, a lo largo de este análisis, los funcionarios de dicha institución expresaron su completo apoyo y participación dentro del proyecto. Sin embargo, se mencionó que a pesar de que sus deberes como institución se enfocan únicamente a realizar llamadas y videos de vigilancia, ellos estarían dispuestos a utilizar dicho protocolo debido a su compromiso a contribuir con el desarrollo de la sociedad. Sin embargo, se recalcó la necesidad de crear dos etapas dentro del proyecto: la primera, una plantilla breve que recoja datos necesarios dentro del tiempo de la llamada de emergencia y la segunda, que sea utilizada por las distintas instituciones derivadas en su momento de actuar.

Finalmente, el director de la institución, reiteró el compromiso y colaboración de la institución hacia la propuesta planteada ya que esta contribuye a desarrollo de futuros programas de prevención e intervención dentro de la problemática.

DISCUSIÓN

En los siguientes párrafos se contrastará y discutirá los resultados obtenidos de la relación entre los factores sociodemográficos y el suicidio e intento de suicidio a través de la consignación de datos de distintas entidades públicas, así como del análisis de las necesidades en el levantamiento de información de dichas instituciones y del establecimiento de las brechas existentes entre las mismas. Demostrando de esta manera la necesidad de un protocolo estandarizado para el levantamiento de información sobre el suicidio consumado y no consumado.

Por otra parte, no se han encontrado estudios previos sobre el tema de titulación desarrollado, por lo tanto, es complicado hallar otros protocolos de recogida de información que tengan como objetivo principal mejorar el sistema de levantamiento de información. Sin embargo, es innegable la existencia de protocolos encaminados a la prevención que requieren información similar a la utilizada en el diseño de esta propuesta.

Entre estos se encuentra la guía para el desarrollo de un protocolo uniforme para la prevención del suicidio realizado por el Departamento de salud (2015) de Puerto Rico, esta guía cuenta en su marco teórico con temas como epidemiología, factores de riesgo y protectores; que también son tomados en cuenta en el marco teórico de esta tesis. Sin embargo, ahonda más en subtemas como mitos y evidencias, identificación del comportamiento suicida, normas, procedimientos e intervenciones. Además, hace hincapié en el marco legal y normativo del procedimiento jurídico y de salud. Por lo tanto, los formularios que plantean a pesar de que solicita varios datos que también exige este protocolo, requiere otros pertinentes a la institución que atendió el caso, la persona que documenta el informe, entre otros. De los resultados obtenidos, por el departamento de salud y la comisión para la prevención del suicidio de Puerto

Rico, respecto de esta guía no se encuentran datos que señalen su viabilidad, si ha tenido buena acogida o se han reducido los números de suicidios en la región por lo que no se puede realizar un contraste en ese aspecto de dicho protocolo con otros incluyendo el elaborado en esta tesis.

Por otro lado, los datos analizados son concordantes con otros estudios evidenciando una predominancia del suicidio en los varones 82.1% (n = 69), sin embargo, cabe recalcar que el género por sí solo no es un determinante tanto como los constructos sociales que se le conceden. (Escandón, 2018) Sociólogo perteneciente al Consejo de Seguridad Ciudadana, señala la existencia de una correspondencia causal entre suicidio y masculinidad, debido a la restricción emocional a la que está sometido y por lo que se vuelve proclive a sucumbir a actos suicidas. Por otra parte, García de Jalón & Peralta (2002) refieren que el método para terminar con la propia vida, utilizado por los varones es más violento y por ende letal.

El rango de edad más común es de 21 a 30 años en un 29,8% (n=25), de 11 a 20 años con 22,6 (19) y de 31 a 40 años con 16,7% (n=14); estos resultados corroboran con la teoría del desarrollo de Papalia & Martorell, (2016) mismo que sugiere que la juventud está llena de cambios radicales tanto físicos, biológicos, sociales, familiares y emocionales, del mismo modo, divide la edad adulta en tres tipos: adultez temprana (20 a 40 años), adultez media (40 a 65 años) y adultez tardía (de 65 en adelante). En donde la adultez temprana es la etapa en la cual la persona tiene cambios bruscos de en varios aspectos de su vida especialmente cambios personales, emocionales y sociales, se encuentran diferentes condiciones de vida, pero a la vez se presentan responsabilidades e independencia mismos que pueden generar crisis.

En cuanto al estado civil se encontró que el 61.9% eran solteros al igual que el 44,8% de casos estudiados por Blandón Cuesta, Andrade Salazar, Quintero Núñez, García Peña, & Layne Bernal, (2015) en Colombia, por tal motivo se lo considera un factor de riesgo.

Otro elemento que se debe tomar en cuenta es el día. De acuerdo con los datos consignados por la institución pública 3, el domingo es el día donde se recogieron más llamadas de emergencia de suicidio e intento de suicidio, contando en su haber con un 32.3 % (n = 20). Rodríguez Escobar, Medina Pérez, & Cardona Duque (2013) advierten que esto está relacionado con la interrupción de las diligencias diarias, dándose de así el momento para que se fortifiquen pensamientos negativos y distorsiones cognitivas.

El momento del día en el cual se registraron la mayoría de casos fue por la noche (de 18:01 a 00:00h) en un 48,3%, por el contrario, según un estudio realizado en Navarra por Azcárate, y otros (2015) se registró que el 50,6% de casos ocurrieron por la mañana.

Del mismo modo, el mes con más suicidios consumados es enero con un 21,4% (n=18) seguido de Julio con un 11,9% (n=10), lo que puede estar relacionado con la variable ocupación existiendo mayor incidencia en los estudiantes con 38,1% (n=32), ya que en esta época concluye el periodo escolar y como indica Palacios Delgado & Andrade Palos (2007) el bajo rendimiento académico, el fracaso escolar o la deserción académica son factores de riesgo para intentar suicidarse.

En cuanto a pertenecer a un área rural o urbana, hemos observado que, de acuerdo con los datos recogidos por la DINASED, que el área rural es donde más eventos de suicidio se han dado con un 83.3% (n = 70) resultados que se ajustan a los reportados por García Valencia, y otros,

(2011) los mismos que proponen que esto se debe a las pocas oportunidades laborales y conflictos para acceder a servicios de salud y educación (problemas sociales).

El 72,6% de los casos fueron ejecutados en casas/villas estableciéndose como el lugar más común en donde se consume el acto, confirmándose con varios estudios recientes donde indican a este lugar de hecho como el principal espacio de muerte por suicidio.

El análisis reveló que el arma o método más utilizado para cometer suicidio es el método constrictor en un 70,2% lo que corrobora con el estudio realizado por Cano y otros (2012) en Sevilla mismo que fue atribuido al 69%.

Del mismo modo, al igual que esta investigación, Sánchez-Teruel (2012) señala que existen varios factores de riesgo que son individuales tales como: comportamientos auto-líticos fallidos, pensamientos o planeación de un acto suicida, trastornos de personalidad, trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, enfermedades terminales, entre otros. Por tanto, estas pueden ser predictores de suicidio o incluso en algunos casos peticiones de socorro.

Finalmente, este trabajo de tesis propone un enfoque sistémico en el levantamiento de información de los datos de suicidio e intento suicida, otros estudios hacen hincapié en como el sistema familiar juega un papel preponderante en los individuos con dichas conductas. Santos Céspedes, De Armas Ferrera, González Villarrubia, Viñas González, & Mauriset Moráguez (1997) mencionan a las familias rígidas, debido a que no tienen la capacidad para cambiar las estructuras de poder y la ausencia de soporte entre sus miembros. Por otra parte, Guibert Reyes & Torres Miranda, Intento suicida y funcionamiento familiar (2001) resaltan la mala comunicación de las emociones de los integrantes, rigidez ante los roles, reglas provocarían relaciones rencorosas y la apreciación de escaso soporte social.

CONCLUSIONES

1. La propuesta de protocolo intenta superar las dificultades provocadas por la no estandarización de la información existente entre las diferentes entidades públicas sobre el tema de suicidio e intento suicida, además, se adicionaron nuevas variables identificadas como necesidades de información validadas por las instituciones participantes, a través, de informes donde emitieron su criterio respecto a la propuesta.
2. Las necesidades de levantamiento de información observadas fueron de tipo psicológico, específicamente de corte cognitivo conductual y sistémico. No se tomaba en cuenta variables como la ideación y comunicación suicida, trastornos mentales, antecedentes familiares e individuales de suicidio e intento, problemas afectivos entre los miembros de la familia, ciclo vital familiar, con quien vivía, antecedentes de violencia familiar, entre otras.
3. En cuanto a la relación de suicidio e intento de suicidio con los aspectos sociodemográficos, la entidad pública 3, registró 62 casos de los cuales 16 fueron suicidios y 46 intentos de suicidio; 34 de estos hechos se dieron en el área urbana, 38 en el distrito sur. De estos sucesos 35 ocurrieron entre semana, sobre todo entre los días 22 y 31. Por otro lado, de acuerdo con el horario se suscitaron entre las 12:01 – 18:00 de la tarde y 18:01 – 00:00 de la noche. Siendo el domingo el día con mayores acontecimientos y con respecto al mes fue Julio.
4. De acuerdo con los datos y resultados generales observados se concluye que la mayoría de quienes cometen suicidio son hombres, con un rango de edad de entre 21 a 30 años. Los sucesos resultan frecuentes los domingos mientras los meses con mayores reportes son julio y diciembre. Hay más incidencia por la noche y la forma más común es por ahorcamiento. En cuanto a ocupación se señala un mayor número entre los estudiantes.

5. La culminación de este trabajo permite la creación de insumos para un plan de prevención, atención, acompañamiento, además. de abrir nuevos espacios para la investigación de esta problemática.
6. Existe un contraste entre los datos obtenidos por la institución pública 1 (DINASED) y los datos de otras instituciones en cuanto al área del hecho, pues en esta institución se registraron mayor número de casos en las zonas rurales, debido a que en este sector las vías de comunicación son directamente con la Policía Nacional.
7. A pesar de que el 911 es considerado como número único para optimizar atención en situaciones de emergencia, la DINASED recoge mayor número de casos de *suicidio* debido a que presenta otras vías de acceso (botón de pánico, cercanía de UPC-comunicación por radio).
8. La recolección de datos sobre suicidio e intento de suicidio es una tarea compleja que presenta importantes dilemas éticos y metodológicos.
9. Debido a que el tema de las conductas suicidas aún se considera un estigma en nuestra sociedad, las diferentes entidades impiden el libre acceso a esta información.
10. La escases de datos solamente empeoran el problema ya que sin ellos no se podría realizar estudios estadísticos que permitan documentar la gravedad del mismo.

RECOMENDACIONES

1. Al personal de las diferentes entidades públicas que lean este trabajo investigativo, se les recomienda tomar en cuenta los aspectos recogidos dentro del protocolo en cuanto a la preparación determinada para poder recolectar información clave.
2. Por otra parte, se recomienda a los estudiantes que incursionen en futuras investigaciones, que amplíen el campo de investigativo y tomen en cuenta para datos de intención suicida los que refieran los establecimientos que brinden servicio de salud pública.
3. De la misma manera se puede implementar un número mayor de variables que comprendan los aspectos psicobiosociales del individuo para obtener información más completa necesaria para mejorar las políticas de prevención que se deseen asumir.
4. En relación exclusiva al área rural, los datos obtenidos no demuestran una correspondencia causal entre esta y el suicidio o intento de suicidio, debido también a que este fenómeno tiene un valor diverso dependiendo de la localidad donde se da, lo mismo que dependerá de otro tipo de elementos razón por la que se recomienda ampliar la investigación en esta área.
5. Vale la pena también incursionar en el estudio de los estereotipos de masculinidad como un factor de riesgo suicida en los hombres de nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Axell , A., & Kase, H. (2002). *Kamikazes: Los pilotos suicidas japoneses en la Segunda Guerra Mundial*. Titivillus.
- Guibert Reyes, W., & Torres Miranda, N. (2001). Intento Suicida y Funcionamiento familiar. *Scielo-Revista Cubana de Medicina General Integral*, 452-460. Recuperado el 09 de Septiembre de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500008
- Nock , M., Borges, G., Bromet , E., & Cha , C. (2008). Suicide and suicidal behavior.
- Ackerman, N. W. (1971). *Diagnostico y Tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar*. (Segunda ed.). Buenos Aires: Hormé. Recuperado el 7 de Septiembre de 2018
- Aguilar Sanchez , M. L. (2014). *Trastorno Depresivo y Suicidio*. Salamanca.
- Almeida Falcón, Z. (2015). *Repositorio*. Recuperado el 10 de 10 de 2018, de Tratamiento jurídico del suicidio asistido en el ecuador: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/9672>
- Azcárate, L., Peinado, R., Blanco, M., Goñi, A., Cuesta, M., Pradini, I., & López-Goñi, J. (2015). Características de los suicidios consumados en Navarra en función del sexo (2010-2013). *Scielo*, 9-20. Recuperado el Diciembre de 2018, de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v38n1/original1.pdf>
- Baca García, E., & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 373-380.
- Baldessarini, R., & Hennen, J. (2004). "Genetics of suicide: an overview". *Harv Rev Psychiatry*, 1-13.
- Barbado Alonso, J. A., Azpiri Diaz, J. A., Cañones Garzon, P. J., Fernandez Camacho, A., Goncalves Estella, F., Rodriguez Sendin, J. J., . . . Solla Camino , J. M. (Febrero de 2004). Individuo y Familia. *Habilidades en salud mental*, 91-94. Recuperado el 7 de Septiembre de 2018
- Barragan, C. (2009). *webcindario.com*. Obtenido de webcindario.com: <https://ismseper.webcindario.com/wordpress/wp-content/uploads/W.-RISO.pdf>
- Bertolote , J., & Fleischman , A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Sociology*, 6-8.
- Blandón Cuesta, O., Andrade Salazar, J., Quintero Núñez, H., García Peña, J., & Layne Bernal, B. (2015). *EL SUICIDIO: CUATRO PERSPECTIVAS*. Medellin: Fundación Universitaria Luis Amigó.
- Bobes García, J., Giner Ubago, J., & Saiz Ruiz, J. (2011). Suicidio y psiquiatría. *Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida* . Madrid, España: TRIACASTELA.
- Camacho, J. M. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Obtenido de El ABC de la Terapia Cognitiva: <file:///C:/Users/HP%2015/Downloads/ellis.pdf>

- Cano, F., Rico, A., Marín, R., Blanco, M., Santos, M., & Lucena, J. (2012). Suicidio en menores de 26 años en Sevilla. *Scielo*, 55-62. Recuperado el Diciembre de 2018
- Cárdenas Báez, K. (2015). Tesis de Grado previo a la obtención del Título de abogada de los Tribunales de la República . *CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL PARA LA PENALIZACIÓN DEL SUICIDIO FRUSTRADO* . Tulcán, Ecuador.
- Carrasco , D. (08 de 10 de 2018). *Diccionario Etimologico*. Recuperado el 11 de 09 de 2018, de <http://etimologias.dechile.net/?suicidio>
- Center for Disease Control and Prevention. (2010). "*Risk and Protective Factors*". Recuperado el 16 de 10 de 2018, de <http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/suicide/Suicide-risk-p-factors.htm>
- Cibanal, L. (2010). *Genograma Familiar*. Recuperado el 9 de Septiembre de 2018, de Genograma Familiar: http://www.aniorte-nic.net/apunt_terap_famil_8.htm
- Consejo de Seguridad Ciudadana. (2015). *Consejo de Seguridad Ciudadana Cuenca*. Recuperado el Noviembre de 2018, de Consejo de Seguridad Ciudadana Cuenca: <http://csc.gob.ec/CSCWeb/quienes-somos/>
- Corona Miranda, B., Hernández Sánchez, M., & García Pérez, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista habanera de ciencias médicas*.
- Corpas Nogales, J. (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. *Gazeta de Antropología*.
- Cuevas Cervera, F. (2006). UNA REVISIÓN DE LAS IDEAS EN TORNO AL SUICIDIO. *Universidad de Cádiz*.
- Delattibodier Rosales, R., Reyes-Ticas, A., & Padgett, D. (2000). Suicidio y Colesterol: Un estudio de casos y controles. *Med Hond*, 89-94.
- Departamento de salud; Comisión para la prevención del suicidio. (8 de junio de 2015). Obtenido de Guía para el desarrollo de un protocolo uniforme para la prevención del suicidio 2015: https://www.sprc.org/sites/default/files/Puerto%20Rico_PROTOCOLO.pdf
- Dirección General de la Salud. (03 de 2006). GUÍAS DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE CONDUCTAS SUICIDAS. Montevideo, Uruguay.
- Echeburúa, E. (2002). El Secreto Profesional en la práctica de la psicología clínica y forense: Alcance y límites de la Confidencialidad. *Análisis y Modificación de Conducta*. Vasco. Recuperado el 23 de Octubre de 2018
- El Mercurio. (11 de Abril de 2018). *El Mercurio- Diario Independiente del Austro*. Obtenido de El Mercurio- Diario Independiente del Austro: <https://ww2.elmercurio.com.ec/2018/04/11/los-suicidios-son-frecuentes-en-cuenca/>

- El Universo . (4 de Septiembre de 2014). *El Universo*. Obtenido de El Universo:
<https://www.eluniverso.com/vida-estilo/2014/09/04/nota/3711351/suicidios-ecuador-aumentaron-34-2000-2012-segun-oms>
- Eroles, C. (2004). *Familia y Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio. Recuperado el 7 de Septiembre de 2018
- Escandón, J. (2018). *Consejo de Seguridad Ciudadana*. Cuenca, Azuay, Ecuador. Recuperado el 3 de Diciembre de 2018
- Galindo, A. (29 de 03 de 2017). *National Geographic España*. Recuperado el 10 de 10 de 2018, de
https://www.nationalgeographic.com.es/historia/grandes-reportajes/seppuku-despedida-suicida-del-samurai_11256/3
- García de Jalón , E., & Peralta, V. (2002). Suidicio y riesgo de suicidio. *ANALES*, 87-96. Recuperado el 01 de 12 de 2018
- García Rábago, H., Sahagún Flores, J., Ruiz Gómez, A., Sánchez Ureña, G., Tirado Vargas, J., & González Gámez, J. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad . *Salud Pública* , 713-721.
- García Valencia, J., Montoya Montoya, G., López Jaramillo, C., López Tobón, M., Montoya Guerra, P., Arango Viana, J., & Palacio Acosta, C. (2011). Características de los suicidios de áreas rurales y urbanas de Antioquia, Colombia. *rev.colomb.psiqiatr.*
- Gijón Orozco, E. (2013). Sobrevivientes del Suicida. *Sobrevivientes del Suicida*. Mexico D.F., Mexico: amecyd. Recuperado el 17 de Octubre de 2018
- Gómez, O. (2013). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, X(1), 11-20. Recuperado el 5 de Septiembre de 2018, de
<https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2746/1/DEL%20CONCEPTO%20JURIDICO%20DE%20FAMILIA.pdf>
- Gómez, Y. (2007). Cognición, Emoción y Sintomatología Depresiva en Adolescentes Escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 437.
- Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida . (02 de 2012). Galicia: Agencia de evaluación tecnologías sanitarias de Galicia, avalía-t. Consellería de Sanidad.
- Guibert Reyes, W., & Torres Miranda, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Hausmann-Stabile, C. (2018). *Encuentro Científico: Conductas suicidas: Bryn Mawr College*. Recuperado el 17 de Octubre de 2018, de Encuentro Científico: Conductas suicidas: Bryn Mawr College:
<https://encuentrocientifico.tdesperanza.cl/wp-content/uploads/2018/06/Documento-Base-Conductas-Suicidas.pdf>

- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). Mexico D.F.: Mc Graw Hill Education. Recuperado el 19 de Noviembre de 2018
- Jaramillo Oyervide, J. A. (2012). *Psicología clínica*. Cuenca: Facultad de Ciencias Medicas. Recuperado el 7 de Septiembre de 2018
- Jiménez Triviño, L. (2003). *ReNEPCA (Red nacional para el estudio y prevención de conductas autolíticas)*. Recuperado el 12 de 09 de 2018, de Breve aproximación a las conductas analíticas : <http://www.renepca.com/docsl/aproximacion.htm>
- Liu , K. (2009). Suicide rates in the world: 1950-2004 39:204-213. . *Suicide Life Threat Behav*, 39:204-213.
- Londoño-McConnell, A., & Larson, S. (2018). *American Psychological Associaton*. Recuperado el 17 de Octubre de 2018, de American Psychological Associaton: <https://www.apa.org/helpcenter/confidentiality.aspx>
- Martínez Glattli, H. (s.f.). Evaluación del Riesgo de Suicidio. *Hojas Clínicas de Salud Mental*, 35-48. Recuperado el 17 de Octubre de 2018, de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psi_cofarmacologia/material/evaluacion.pdf
- Mejía Luchinger, M., Sanhueza Ojeda, P., & González, J. (2011). FACTORES DE RIESGO Y CONTEXTO DEL SUICIDIO. *Memoriza.com*, 15-25.
- Ministerio de Salud Pública. (31 de Diciembre de 2014). Ministerio de Salud Pública. *Ministerio de Salud Pública*. Quito, Picincha, Ecuador: Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 18 de Octubre de 2018
- Minuchin, S. (2004). *Familias y Terapia familiar*. Mexico: Gedisa. Recuperado el 5 de septiembre de 2018
- Muñoz M., J., Pinto M., V., Callata C., H., Napa D., N., & Perales C., A. (2005). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 239-246. Recuperado el 17 de Octubre de 2018
- Núñez, D. (2004). *Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 23 de Octubre de 2018, de <https://www.unincca.edu.co/permanencia/primerosauxilios/textos%20de%20ayuda/texto2.pdf>
- Organización Mundial de la Salud . (24 de 08 de 2018). *WHO*. Recuperado el 17 de 10 de 2018, de Suicidio: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LAS AMÉRICAS. Informe Regional*. Washington D.C.
- Organizacion Panamericana de la Salud; Organizacion Mundial de la Salud oficina regional para las Américas. (09 de 09 de 2016). *Pan American Health Organization*. Recuperado el 17 de 10 de

- 2018, de
https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1811:nueva-publicacion-de-la-ops-reune-estrategias-de-las-americas-para-la-prevencion-del-suicidio&Itemid=360
- Osorio Vigil, A. (2017). Primeros Auxilios Psicológicos. *Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología – ALFEPSI*, 5(15), 4-10. Recuperado el 24 de Octubre de 2018
- Palacios Delgado, J. R., & Andrade Palos, P. (2007). Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*, 5-16. Recuperado el Diciembre de 2018
- Papalia, D., & Martorell, G. (2016). *Desarrollo Humano* (13a Edición ed.). MCGRAW-HILL. Recuperado el Diciembre de 2018
- Pérez, V. T., & Lorenzo, Z. (2004). Repercusión familiar del comportamiento suicida. *Scielo- Revista Cubana de Medicina General Integral*, -. Recuperado el 09 de Septiembre de 2018
- Pérez Barrero, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 196-217. Recuperado el 17 de Octubre de 2018, de Scielo:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000200013&script=sci_arttext&lng=pt
- Phillips, M. (2004). Phillips Suicide prevention in developing countries: where should we start? . *World Psychiatry*, 3:156-1567.
- Polaino-Lorete, A. (2001). Principios Deontológicos en la práctica de la medicina forense. *Deontología del médico forense*. Madrid. Recuperado el 23 de Octubre de 2018
- Reynoso, A. (06 de 2017). Una patología social hereditaria: el suicidio en la Ciudad de México, 1876-1910. México.
- Rich, C., Warstadt, G., & Nemiroff, R. (1991). "Suicide, stressors, and the life cycle". *Am J Psychiatry*, 524-527.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva, Fundamentos Teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma.
- Rodríguez Escobar, J. A., Medina Pérez, Ó. A., & Cardona Duque, D. V. (2013). Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2010. *Revista de la Facultad de Medicina*.
- Rojas, A. (15 de 07 de 2007). Si tu marido muere, morirás con él. Nueva Delhi, India .
- Roman Vargas, S. M., Gonzáles Gacel, J. F., & Diaz Corral, I. (1999). Calidad de vida en sujetos comisores de intento suicida. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 40(1), 25-32. Recuperado el 7 de Septiembre de 2018

- Roy, A. (1993). "Genetic and biologic risk factors for suicide in depressive disorders". *Psychiatr Q*, 345-358.
- Rush, A., & Beck, A. (1978). Terapia Cognitiva de Depresión y Suicidio. *Revista Americana de Psicoterapia*, 201-204. Recuperado el 7 de Septiembre de 2018
- Salman Rocha, D. (2011). *FUTURO IMPERFECTO: DIMENSIÓN HERMENÉUTICO-SIMBÓLICA DEL SUICIDIO EN LA OBRA DE JORGE SEMPRÚN*. México, D.F. .
- Sánchez, C. (Agosto de 2017). Dilemas éticos relacionados con la confidencialidad. *Depósito de investigación- Universidad de Sevilla- Informacion Psicológica*, 12-27. Recuperado el 17 de Octubre de 2018, de Depósito de investigación- Universidad de Sevilla:
<https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/74070/Dilemas+%C3%A9ticos+relacionados+con+la+confidencialidad+art%C3%ADculo+personalidad.pdf?sequence%3D1&isAllowed=y>
- Sánchez-Teruel, D. (2012). Variables sociodemográficas y biopsicosociales relacionadas con la conducta. *Perspectivas en psicología aplicada*, 61-78. En J.A. Muela, A. García y A. Medina (Eds.). Recuperado el 5 de Diciembre de 2018, de Psicología Social- Universidad de Jaén:
<file:///C:/Users/HP%2015/Downloads/Suicidio.pdf>
- Santos Céspedes, B., De Armas Ferrera, A., González Villarrubia, I., Viñas González, G., & Mauriset Moráquez, R. (1997). Tentativa de suicidio y apgar familiar modificado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Sauceda, J. M., & Maldonado, J. M. (2003). *La Familia su dinamica y tratamiento*. Washington D.C: Instituto Mexicano de Seguridad Social. Recuperado el 25 de Agosto de 2018
- Segal, Z. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 147-162. Recuperado el 5 de Septiembre de 2018
- Servicio Integrado de Seguridad ECU 911. (s.f.). *Gobierno de la Republica del Ecuador*. Recuperado el Noviembre de 2018, de Gobierno de la Republica del ecuador:
<http://www.ecu911.gob.ec/mision-y-vision/>
- Silván, C. M. (2016). *Lifeder.com*. Recuperado el 7 de Septiembre de 2018, de Lifeder.com:
<https://www.lifeder.com/distorsiones-cognitivas/>
- Slaikeu, K. (1996). Intervención en crisis. *2da*. Mexico.
- Suicide Prevention Resource Center. (2010). "*Risk and Protective Factors for Suicide*". Recuperado el 16 de 10 de 2018, de <http://www.sprc.org/library/srisk>
- Toro, R. (4 de Diciembre de 2013). *Sielo*. Obtenido de Sielo:
<http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v7n1/v7n1a09.pdf>

- Unidad Digital de EcuadorTV. (10 de 09 de 2018). *ECUADORtv*. Recuperado el 17 de 10 de 2018, de <http://www.ecuadortv.ec/noticias/actualidad/9/ecuador-sucidios-2018>
- Valdivia Pareja , Á. (2015). *Suicidología: Prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*. Bogotá, Colombia: Ediciones de la U .
- Valladarez Gonzáles, A. M. (2008). La familia. Una mirada desde la psicología. *MediSur*. Recuperado el 7 de Septiembre de 2018, de <http://www.redalyc.org/html/1800/180020298002/>
- Vega Piñero, M., Blasco Fontecilla, H., Baca Garcia , E., & Díaz Sastre, C. (2002). El Suicidio . *Salud Mental Atención Primaria* , 2.
- Vela, A. (2015). *Universidad Católica de Colombia*. Recuperado el 5 de Septiembre de 2018, de <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2746/1/DEL%20CONCEPTO%20JURIDICO%20DE%20FAMILIA.pdf>
- Vera Sánchez, A. (2012). *Secreto Profesional en el ámbito Sanitario*. Recuperado el 18 de Octubre de 2018, de Surkuna- Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1016/secreto%20profesional.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wasserman, D., Cheng, Q., & Jiang, G. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, 4:114-20.

ANEXOS

Anexo A. Oficio Variables



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

Cuenca, 12 de noviembre de 2018

Coronel
Rómulo Montalvo
DIRECTOR DEL CONSEJO DE SEGURIDAD CIUDADANA

De nuestra consideración;

Nosotras, Dayanna Contreras Álvarez, con CI 010490707-6 y Carla Neira León con CI 070519009-8, estudiantes de la UNIVERSIDAD DEL AZUAY, de la facultad de Filosofía y carrera de Psicología Clínica; luego de saludarle cordialmente, nos dirigimos a usted para solicitarle la autorización correspondiente para disponer del nombre de las variables de los datos recogidos (edad, sexo, lugar de residencia, situación socioeconómica, etc.) referidos de suicidio, en la ciudad de Cuenca, que contengan los archivos de la Consejo de Seguridad Ciudadana.

Concedores de su capacidad para la gestión e inclinación por el desarrollo social le adelantamos nuestro agradecimiento por el apoyo recibido.

Atentamente,

Dayanna Contreras
Dayanna Contreras Álvarez

CI: 010490707-6

Carla Neira
Carla Neira León

CI: 070519009-8



Edición Autorizada
15 000 ejemplares
885 501 - 880 500

Nº 0877417

Anexo B. Oficio prueba piloto



UNIVERSIDAD
DEL AZUAY

Cuenca, 12 de noviembre de 2018

Coronel
Rómulo Montalvo
DIRECTOR DEL CONSEJO DE SEGURIDAD CIUDADANA

De nuestra consideración;

Nosotras, Dayanna Contreras Álvarez, con CI 010490707-6 y Carla Neira León con CI 070519009-8, estudiantes de la UNIVERSIDAD DEL AZUAY, de la facultad de Filosofía y carrera de Psicología Clínica; luego de saludarle cordialmente, nos dirigimos a usted para solicitarle la autorización correspondiente para realizar una prueba piloto de una "Propuesta de protocolo para la recolección de información sobre el suicidio consumado y no consumado adaptado desde la perspectiva psicológica", mismo que será puesto a consideración del personal encargado de dicha recolección dentro del establecimiento, con la finalidad de comprobar si se adapta a las necesidades de la institución y por tanto su viabilidad.

Conocedores de su capacidad para la gestión e inclinación por el desarrollo social le adelantamos nuestro agradecimiento por el apoyo recibido.

Atentamente,

Dayanna Contreras

Dayanna Contreras Álvarez

CI. 010490707-6

Carla Neira

Carla Neira León

CI. 070519009-8

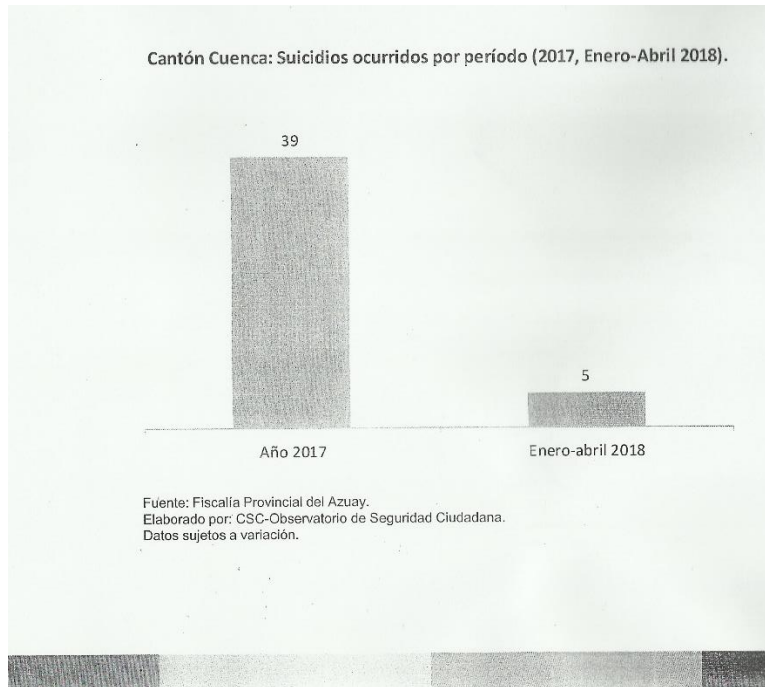


Edición Autorizada
15.000 ejemplares
865.501 - 880.500

Nº

0877418

Anexo C. Datos proporcionados por la institución 2.



Cantón Cuenca: Suicidios ocurridos por período, según edad de la víctima (2017, Enero-Abril 2018).

Edad	Año 2017	Enero-Abril 2018
10 Años	1	0
13 Años	0	1
14 Años	2	0
15 Años	1	1
16 Años	2	0
17 Años	2	0
18 Años	3	0
19 Años	2	0
20 Años	1	0
22 Años	1	1
23 Años	1	0
24 Años	3	0
25 Años	3	0
27 Años	1	0
29 Años	3	0
30 Años	1	0
31 Años	0	1
33 Años	1	0
35 Años	0	1
36 Años	1	0
37 Años	1	0
40 Años	1	0
41 Años	1	0
50 Años	1	0
57 Años	1	0
58 Años	1	0
61 Años	1	0
62 Años	1	0
63 Años	1	0
64 Años	1	0
Total	39	5

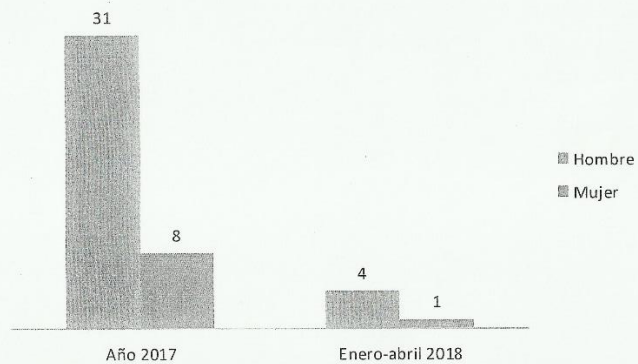
Fuente: Fiscalía Provincial del Azuay.
Elaborado por: CSC-Observatorio de Seguridad Ciudadana.
Datos sujetos a variación.

Cantón Cuenca: Suicidios ocurridos por período, según parroquia rural donde sucedió el hecho (2017, Enero-Abril 2018).

Parroquia Rural	Año 2017	Enero-Abril 2018
Baños	3	0
Chiquintad	1	0
Cumbe	0	1
Nulli	1	0
Octavio Cordero	2	0
Quingeo	2	0
Ricaurte	3	0
San Joaquín	1	0
Sayausí	4	0
Sinincay	0	3
Tarqui	1	1
Victoria del Portete	1	0
Total	19	5

Fuente: Fiscalía Provincial del Azuay.
Elaborado por: CSC-Observatorio de Seguridad Ciudadana.
Datos sujetos a variación.

Cantón Cuenca: Suicidios ocurridos por período, según sexo de la víctima (2017, Enero-Abril 2018).



Fuente: Fiscalía Provincial del Azuay.
Elaborado por: CSC-Observatorio de Seguridad Ciudadana.
Datos sujetos a variación.

Cantón Cuenca: Suicidios ocurridos por período, según ocupación de la víctima (2017, Enero-Abril 2018).

Ocupación	Año 2017	Enero-Abril 2018
Estudiante	11	1
Jubilado	1	0
Empleado del sector privado	2	0
Desempleado	1	0
Otros	9	1
Trabajador informal	1	0
Albañil	4	0
Agricultor	3	0
Sin dato	7	3
Total	39	5

Fuente: Fiscalía Provincial del Azuay.
Elaborado por: CSC-Observatorio de Seguridad Ciudadana.
Datos sujetos a variación.

Cantón Cuenca: Suicidios ocurridos por período, según causa del suceso (2017, Enero-Abril 2018).

Causa del suceso	Año 2017	Enero-Abril 2018
Problema pasional	6	0
Violencia intrafamiliar	2	0
Otros	21	1
En investigación	10	4
Total	39	5

Fuente: Fiscalía Provincial del Azuay.
Elaborado por: CSC-Observatorio de Seguridad Ciudadana.
Datos sujetos a variación.

Cantón Cuenca: Suicidios ocurridos por período, según forma de muerte de la víctima (2017, Enero-Abril 2018).

Forma de muerte	Año 2017	Enero-Abril 2018
Ahorcadura	36	5
Intoxicación	2	0
Otras	1	0
Total	39	5

Fuente: Fiscalía Provincial del Azuay.
Elaborado por: CSC-Observatorio de Seguridad Ciudadana.
Datos sujetos a variación.

Cantón Cuenca: Suicidios ocurridos por período, según parroquia urbana donde sucedió el hecho (2017, Enero-Abril 2018).

Parroquia Urbana	Año 2017	Enero-Abril 2018
Bellavista	1	0
Cañaribamba	3	0
El Batán	2	0
El Vecino	1	0
Gil Ramírez Davalos	2	0
Huayna Capac	1	0
Machangara	2	0
Monay	1	0
San Sebastián	4	0
Totoracocha	1	0
Yanuncay	2	0
Total	20	0

Fuente: Fiscalía Provincial del Azuay.
Elaborado por: CSC-Observatorio de Seguridad Ciudadana.
Datos sujetos a variación.

Anexo D. Informe de la Institución pública 1. Sobre la propuesta de protocolo.



POLICÍA NACIONAL DEL ECUADOR
DIRECCIÓN NACIONAL DE DELITOS CONTRA LA VIDA, MUERTES VIOLENTAS, DESAPARICIONES,
EXTORSIÓN Y SECUESTRO
DINASED SUBZONA AZUAY

Cuenca, 07 de diciembre del 2018

DINASED Zona 6

Informe sobre el “Desarrollo de una propuesta de protocolo para fortalecer la recolección de datos sobre suicidio consumado y no consumado en diversas instituciones públicas de la Ciudad de Cuenca”

Este informe pretende brindar un criterio por parte de la Dirección Nacional de Delitos contra la Vida, Muertes Violentas, Desapariciones, Extorsión y Secuestros (DINASED) Zona 6, como institución pública interesada en el método de levantamiento de información en los casos de suicidio, que las estudiantes de la Universidad del Azuay, Escuela de Psicología, Contreras Dayanna y Neira Carla han realizado para su trabajo de graduación.

Se ha estimado para ello la organización, la conformación de su presentación, el argumento del protocolo, así como la relevancia que este pueda tener para nuestra institución.

Resultados:

Después de revisado el documento principal expuesto por las Estudiantes, es preciso señalar que:

1. El protocolo no corresponde en su totalidad con la competencia de nuestra institución, puesto que nos centramos en el levantamiento del cuerpo de las personas que han tenido muertes violentas. Por tanto, es complicado que como tal nuestra entidad pueda aportar a medidas de prevención, se puede obtener un patrón de nuestros datos que coadyuven sin embargo no sería algo operable debido a la diversidad de los casos.
2. Como unidad de delitos violentos no podemos aportar con información específicamente para prevención en nuestros casos, pero después de recoger la información sobre el suicidio, nuestra información pueda ayudar a otros para aportar a la prevención dentro de la familia que sufrió la pérdida.
3. En el apartado que hace hincapié a los factores protectores, como el sostén familiar, comunitario, etc., hay que observar un pequeño vacío. Según nuestra experiencia, la mayoría de personas que se suicidan lo realizan de manera solitaria y la gente que brinda información sobre el individuo suelen señalar “él era una persona amable, totalmente sociable, no tenía problemas con nadie”, lo que se debe al desconocimiento del fondo de los problemas que la persona ha tenido y lo han llevado a tal situación.
4. También es necesario decir que la familia de las personas suicidas tal vez por estigma social, niegan el suceso como un suicidio percibiéndolo de manera errónea como un homicidio debido a que se dejan llevar por el dolor del momento. Manifestando que “nunca había hablado de suicidio o pensado en ello, es una persona preparada, tenía todo en la vida, tenía una vida por delante”.

5. En la revisión de los datos que pretenden recoger con el protocolo, se encuentra mucha información que como entidad la DINASED también maneja, sin embargo, la diferencia radica en la forma general en que nosotros hacemos el levantamiento de la información a partir de entrevistas para posteriormente llenar las actas, mientras que el protocolo propuesto realiza la recolección de datos de manera específica.
6. Los datos de tipología familiar, como el número de personas con quien vivía, si ha existido violencia intrafamiliar o antecedentes familiares de suicidio, son variables que la DINASED no maneja dentro de su base de datos y que refieren información necesaria que se podría preguntar al hacer el levantamiento del cadáver, para propuestas de prevención que podrían implementar otras instituciones.

Importancia y Viabilidad:

- Una vez revisado los puntos anteriores, se puede inferir que el trabajo propuesto por las estudiantes resulta factible, sobre todo en casos de prevención, ya que es importante que alguien se preocupe por este aspecto.
- Se recomienda que el documento sea dividido y aplicado en dos fases una que refiera a la competencia de quienes hacen levantamiento de información de suicidio y otra para quienes recogen información sobre intentos de suicidio. La DINASED seguirá registrando los datos que mantienen, pero como un “extra” se puede aplicar dicho protocolo para estudios de prevención, siempre y cuando la orden sea dirigida desde un nivel directivo superior.



SR. KLEVER SILVA ESCOBAR
TENIENTE DE POLICIA.
JEFE DE LA DINASED SZ AZUAY





07 de diciembre de 2018

OBSERVATORIO DE SEGURIDAD DE SEGURIDAD CIUDADANA DEL CANTON CUENCA.

Revisión de la "Propuesta de Protocolo para la recolección de Información sobre el suicidio consumado y no consumado". Aportes y observaciones respecto al trabajo de Dayana Contreras Álvarez y Carla Neira León.

Lector: Javier Escandón

Coordinador de el Observatorio de Seguridad Ciudadana del Cantón Cuenca.

Tema: "Propuesta de Protocolo para la recolección de Información sobre el suicidio consumado y no consumado".

Observaciones:

- 1) Pertinencia y oportunidad de esta investigación y tesis: La apuesta por generar un protocolo para la recolección datos sobre suicidio consumado en su aplicación practica podría convertirse en una herramienta por demás útil en el análisis social y psicosocial de este fenómeno y de los factores que lo generan.
- 2) Objeto de estudio, alcance teórico y método de investigación: En cuanto al objeto de estudio es permitente indicar que se encuentra delimitado en términos teóricos más no en términos temporales y espaciales. Se justifica dicha delimitación al convertirse en un documento y una herramienta que no solo puede ser aplicada a una realidad local sino podría utilizarse con una perspectiva mas amplia.

En cuanto al alcance teórico utilizado las imbricaciones teóricas son claras y bien utilizadas, aun cuando podrían complementarse con un punto de vista social pues se llegaría a tener cierta claridad analítica al momento de identificar los principales detonantes sean éstos de tipo interno o externo a los individuos. De esta manera, se pretende instrumentalizar una serie de variables causales - dado el caso- utilizando como fuente de análisis los registros de suicidio.

El metodo de investigación en un primer nivel parte de el analisis de una serie de variables psico biologicas que buscan describir tanto el pensamiento como comportamientos de los individuos frente al fenomeno, sin dejar de lado las variables psicopatológicas y biologicas que son pertinentes. Mas dentro de las variables sociodemograficas podrian incluirse elementos simbólicos e incluso culturales basados en elementos que den cuenta de la felicidad individual y colectiva, condicionamientos soiales que debienen de distintos tipos de incertidumbre social. Otras variables que podrian ser incluidas previas a su analisis y validacion son las que se refieren a la realizacion y autodeterminacion de los individuos en espacios globalizados y propios de una sociedad del

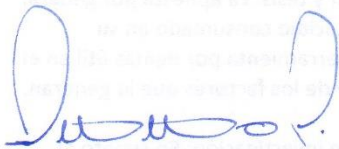
07 de diciembre de 2018

consumo. Bajo estas determinantes el estudio pasaría de lo descriptivo a lo causal.

En síntesis, el protocolo para levantar información es un documento que contribuye a explicar un fenómeno muy sensible en la sociedad

Recomendaciones: En cuanto a las recomendaciones sobre el material revisado se sugiere una revisión de cierta bibliografía complementaria que les permita a las autoras generar elementos causales. A decir de esto también se recomienda la validación del instrumento de levantamiento de información con una serie de expertos que analizan el fenómeno desde varias entradas teóricas y analíticas.

Finalmente podría decir que el trabajo de tesis propuesto contribuye a entender al suicidio como un fenómeno social. Por lo que aliento y animo a continuar con esta investigación.



Soc. Javier Escandon.

Maestro Sociólogo por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO (c)
Coordinador del Observatorio de Seguridad Ciudadana del Consejo de Seguridad Ciudadana del Cantón Cuenca.

Cel: 0987968097

Correo electrónico: tiyojavi@gmail.com / javierescandon@csc.gob.ec

Anexo F. *Presentación PowerPoint a la Institución pública 3. Sobre la propuesta de protocolo.*

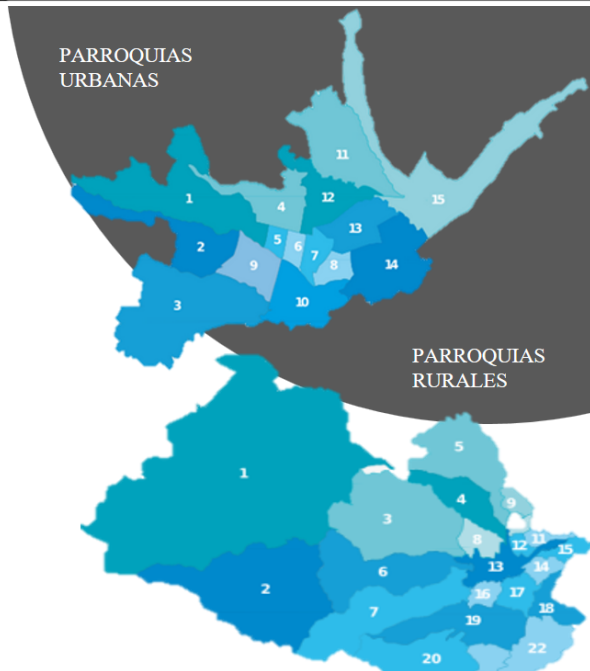


Tema:
“Desarrollo de una propuesta de protocolo para fortalecer la recolección de datos sobre el suicidio consumado y no consumado en diversas instituciones públicas de la ciudad de Cuenca”

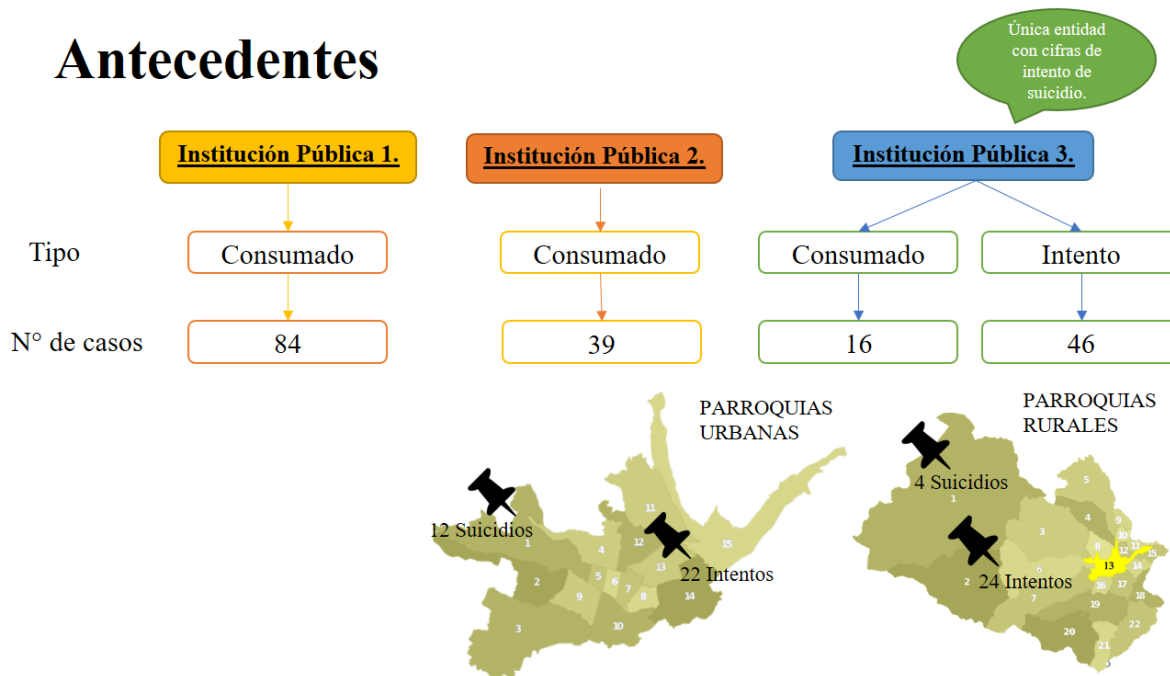
Nombre de las estudiantes:
-Contreras Álvarez Dayanna Lucrecia.
Contacto: 0993272153 / ua074489@gmail.com
-Neira León Carla Lisette
Contacto: 0979097358 / carlaneira29@gmail.com
Tutor de Tesis
Zalamea Vallejo René Magister
Contacto: 0997476265 / renezalamea@hotmail.com

- La información consignada por las instituciones refieren a datos del cantón Cuenca durante el año 2017.
- La Policía Nacional del Ecuador permitió el acceso a la base de datos sobre el suicidio consumado mediante la Dirección Nacional de Delitos Contra la Vida, Muertes Violentas, Desapariciones, Extorsión y Secuestros (DINASED).
- Los datos obtenidos de la institución pública 3. fueron consignados y analizados dentro de las oficinas del IERSE, ya que la Universidad del Azuay mantiene un convenio con esta institución.

Vale recalcar que...



Antecedentes



Variables

	Institución 1. (DINASED)	Institución 2. (CSC)	Institución 3.	
	Suicidio	Suicidio	Suicidio	Intento de Suicidio
A)	Edad, sexo, estado civil, nacionalidad, discapacidad, GLBTI, profesión según registro civil, instrucción.	Edad, sexo, profesión.		
B)	Distrito, circuito, subcircuito, área del hecho, lugar.	Área urbana o rural, parroquias.	Distrito, circuito, categoría, parroquias, áreas rural o urbana.	Distrito, categoría, área rural o urbana, parroquias.
C)	Múltiple, arma, presunta motivación, presunta motivación observable.	Forma de muerte, causa del suceso.	Comunicación del suceso.	Comunicación del suceso.
D)	Fecha de infracción, hora de infracción.	Mes.	Mes, día, fecha, horario.	Mes, día, fecha, horario.

Desarrollar una propuesta de protocolo para fortalecer la recolección de datos sobre el suicidio consumado y no consumado en diversas instituciones públicas de la ciudad de Cuenca.

Objetivo General

Objetivos Específicos

Conocer la relación entre los factores socio demográficos consignados en sistemas de diversas instituciones públicas con el suicidio consumado y no consumado del cantón de Cuenca del año 2017.

Analizar la información registrada de suicidios e intentos de suicidio de las diferentes establecimientos en Cuenca.

Identificar las variables que permitan el establecimiento de brechas existentes en el sistema de recogida de datos entre los diferentes entidades públicas.

Procedimiento

1

Se realiza la petición formal para la entrega de documentos oficiales.

2

Selección del muestreo que representa casos de suicidio e intento de suicidio que se hayan recolectado durante el año 2017 en el cantón Cuenca.

3

Se procede con la creación de una base de datos y el análisis estadístico digital que se realiza con Excel y el programa SPSS.

4

Se examina diferencias entre los bancos de datos de las instituciones públicas.

5

Se elabora una propuesta de protocolo para atención y la recolección de datos significativos desde el punto de vista psicológico.

6

Poner a consideración el diseño de protocolo y resultado de esta investigación.

Alcance

Analizar y procesar la información sociodemográfica de instancias que manejan los informes del suicidio consumado e intención suicida, esto permitiría establecer un procedimiento para obtener mejor información y que contribuya a futuros estudios.