



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela Psicología Clínica

**“RELACIÓN ENTRE ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y RIESGO
SUICIDA EN ADOLESCENTES ENTRE 14 Y 16 AÑOS EN DOS
UNIDADES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DE CUENCA”**

Trabajo de Graduación previo a la obtención de título de Psicólogas
Clínicas

AUTORAS:

Verónica Licett Merino Medina

Karol Patricia Narváez Sarmiento

DIRECTOR:

Mst. René Zalamea Vallejo

Cuenca-Ecuador

2018

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a Dios que ha sido un pilar fundamental en mi vida ya que
siempre ha guiado mi camino.

A mis padres que me han dado su apoyo y me han permitido cumplir una meta más en
el área académica.

A mis hermanos, Belén, Gustavo y Ángeles, que representan lo más preciado que tengo,
gracias por estar a mi lado tanto en los buenos como en los malos momentos y
apoyarme e incentivar me cada vez que lo necesitaba.

A Kendall, Ariel y Jonás que han sido un gran apoyo emocional en mi vida, gracias por
contenerme en los momentos más difíciles.

A mi compañera y amiga, Karol Narváez, quien me alentaba y animaba cada vez que se
presentaban obstáculos para llevar a cabo este estudio.

Verónica Licett Merino Medina

Este trabajo de titulación va dedicado a mi familia por su constante apoyo. Me han
enseñado sobre la perseverancia y paciencia permitiéndome así cumplir un logro más en
mi vida.

A mi amiga y compañera, Verónica Merino con quien he cumplido muchas metas y este
trabajo no es la diferencia.

Karol Patricia Narváez Sarmiento

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darnos la oportunidad de culminar una etapa más de nuestras vidas.

A nuestra universidad, por proporcionarnos un lugar en donde hemos podido obtener el conocimiento necesario para cumplir nuestro sueño de ser psicólogas clínicas.

A nuestros docentes, por brindarnos las herramientas necesarias para nuestra vida profesional.

A nuestro director de tesis Magíster René Zalamea, una especial gratitud ya que desde el principio nos ha motivado y guiado en la realización de este trabajo, gracias por su confianza, paciencia y amistad.

A las Unidades Educativas, por abrirnos sus puertas para poder llevar a cabo esta investigación.

RESUMEN

Este estudio cuantitativo de corte transversal y de alcance correlacional tiene como objetivo relacionar el estrato socioeconómico y riesgo suicida en adolescentes entre 14 y 16 años de dos Unidades Educativas, una particular y una fiscal, de la ciudad de Cuenca.

Se utilizó la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC, la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, y una ficha sociodemográfica. Estos instrumentos fueron aplicados a una muestra aleatoria de 264 adolescentes. Para el análisis de datos se empleó las pruebas estadísticas: Chi-Cuadrado, U-Mann Whitney, H-Kruskal Walis y Rho de Spearman.

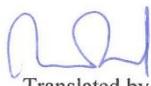
En cuanto a los resultados no se encontró correlación entre el estrato socioeconómico y el riesgo suicida, sin embargo, se halló que a mayor edad mayor riesgo suicida.

Palabras claves: adolescencia, riesgo suicida, estrato socioeconómico.

ABSTRACT

This quantitative cross-sectional and correlational-scope aimed to relate the socioeconomic stratum and the suicidal risk in adolescents between 14 and 16 years of age at both a public and a private educational unit in Cuenca. The stratification survey of the socioeconomic level of the INEC, the Plutchik Suicide Risk Scale and a sociodemographic record were used. These instruments were applied to a random sample of 264 adolescents. Chi-Square, U-Mann Whitney, H-Kruskal Walis and Spearman Rho tests were used for the data analysis. As result, no correlation was found between the socioeconomic stratum and the suicidal risk. However, it was found that the greater the age, the greater the risk of suicide.




Translated by
Ing. Paul Arpi

INTRODUCCIÓN

El suicidio no es un problema de tipo personal y subjetivo si no que se ha convertido en un problema de salud pública, es así que causa preocupación a investigadores y especialistas por lo que se debe prestar especial atención, desde la idea suicida en sus diferentes expresiones hasta la variedad de comportamientos que culminan con la consumación del suicidio. Afecta a toda la sociedad en general, pero con mayor vulnerabilidad en la adolescencia y la juventud, etapas de grandes cambios fisiológicos, emocionales y sociales (Cervantes & Melo, 2008). Esta problemática es importante debido a su incidencia a nivel mundial, regional y nacional

La OMS ha señalado que más de 800.000 personas se suicidan cada año y que por cada suicidio, hay muchas más tentativas de suicidio. Además, señala que un intento de suicidio no logrado es el factor individual de riesgo más importante, el suicidio es la segunda causa principal de defunción en la población de 15 a 29 años, la mayoría de suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2017)

Es importante recalcar, que la situación al parecer va en aumento, según datos, al 2012 la tasa de suicidio en Ecuador, respecto al año 2000, aumentó un 3,4 % (El Universo, 2016).

Entender este fenómeno de manera científica puede ayudar a prevenirlo, es así que esta investigación pretende dar a conocer de manera objetiva la información recolectada y de esta manera contribuir con datos estadísticos a las unidades educativas participantes para que puedan desarrollar programas de intervención.

En el primer capítulo se abordará las definiciones acerca del suicidio, así como sus tipos, historia, el planteamiento que tiene la teoría psicosocial sobre esta esta problemática, la relación que tiene con la adolescencia, factores de riesgo, entre otros aspectos.

En el segundo capítulo se indica la metodología utilizada en donde se señala las razones por las que se escogió un enfoque cuantitativo, además se especifican los instrumentos empleados para llevar a cabo el estudio. Se trabajó con una muestra aleatoria de 264 estudiantes pertenecientes a dos Unidades Educativas de la ciudad de Cuenca, una particular y otra fiscal.

En el tercer capítulo se muestra el análisis de datos el cual se realizó en cuatro partes: 1) caracterización de los adolescentes según variables sociodemográficas, 2) estrato socioeconómico de los participantes, 3) riesgo suicida de la muestra y 4) caracterización según variables sociodemográficas y estrato socioeconómico en estudiantes con riesgo suicida.

Finalmente, se presenta la discusión, conclusiones y recomendaciones. En cuanto a las conclusiones se puede mencionar que no se encontró correlación entre el riesgo suicida y el estrato socioeconómico, sin embargo, se evidenció que las personas a mayor edad presentaban mayor riesgo suicida. Por su parte, las mujeres manifestaron más incidencia de riesgo suicida que los hombres, asimismo, se halló que en aquellos estudiantes que pertenecían a una familia extensa el nivel de riesgo era superior que en los demás tipos de familias.

ÍNDICE DE CONTENIDO

<i>DEDICATORIA</i>	2
<i>AGRADECIMIENTO</i>	3
<i>RESUMEN</i>	4
<i>ABSTRACT</i>	5
<i>INTRODUCCIÓN</i>	6
<i>ÍNDICE DE CONTENIDO</i>	8
<i>CAPITULO I: Suicidio y Adolescencia</i>	13
1.1. Conceptualización del suicidio	13
1.1.1. Definiciones.....	13
1.1.2. Ideas suicidas	14
1.1.3. Comunicación suicida	15
1.1.4. Intento suicida	15
1.1.5. Tipos de suicidio.....	16
1.2. Historia del suicidio	17
1.3. Teoría psicosocial del suicidio	19
1.4. Suicidio como problema de salud pública	21
1.4.1. Perspectiva según la OMS	21
1.4.2. Datos estadísticos a nivel mundial	22
1.4.3. Datos estadísticos a nivel nacional	23
1.4.4. Datos estadísticos según factores sociodemográficos	23
1.5. Adolescencia	24

1.6. Aspectos clínicos y psicopatológicos del intento suicida en el adolescentes	24
1.7. Factores de riesgo en adolescentes y población en general.....	25
1.7.1. Factores de riesgo biológicos	25
1.7.2. Factores de riesgo personales	25
1.7.3. Factores de riesgo en adolescentes de acuerdo a datos demográficos.....	27
1.7.4. Factores de riesgo sociales en adolescentes	28
1.7.5. Factores protectores.....	30
1.8. Estudios similares del riesgo suicida a nivel Internacional	31
1.9. Estudios similares del riesgo suicida a nivel Nacional	33
<i>CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA</i>.....	35
2.1. Tipo de investigación.....	35
2.2. Descripción de objetivos de la investigación	35
2.3. Muestra.....	36
2.3.1. Criterios de inclusión:.....	37
2.3.2. Criterios de exclusión:	37
2.4. Instrumentos	37
2.4.1. Ficha Sociodemográfica	37
2.4.2. Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC	37
2.4.3. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)	38
2.5. Procedimiento	38
<i>CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE RESULTADOS</i>.....	41
<i>DISCUSIÓN</i>	58

CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	64
ANEXOS	73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de los participantes	42
Tabla 2. Distribución de los adolescentes según riesgo suicida	53
Tabla 3. Caracterización de personas con riesgo suicida	55
Tabla 4. Nivel de riesgo suicida según las variables sociodemográficas	56
Tabla 5. Correlaciones riesgo y variables sociodemográficas.....	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Número de participantes	43
Figura 2. Edad de la muestra	44
Figura 3. Género de los participantes	45
Figura 4. Instrucción de los estudiantes.....	46
Figura 5. Lugar de residencia	47
Figura 6 Tipos de familia	47
Figura 7. Número de Hermanos	48
Figura 8. Atención Psicológica.....	48
Figura 9. Frecuencia del estrato socioeconómico.....	49
Figura 10 Estrato socioeconómico	50
Figura 11. Puntuación estrato socioeconómico (0-1000) según Unidad Educativa	51
Figura 12. Estrato Socioeconómico según Unidad Educativa.....	52
Figura 13. Riesgo suicida	53
Figura 14. Variables sociodemográficas de adolescentes respecto a la presencia riesgo suicida.....	54

CAPITULO I: SUICIDIO Y ADOLESCENCIA

En este capítulo se desarrolla los conceptos que existen acerca del suicidio, su etimología, sus tipos y la perspectiva de la teoría psicosocial sobre este fenómeno. Además, se establece una relación entre esta problemática y la adolescencia, considerando la influencia que tiene el ambiente. Por ambiente se refiere al nivel socioeconómico, lugar de residencia, el tipo de familia entre otros.

1.1. Conceptualización del suicidio

1.1.1. Definiciones

El término suicidio proviene del latín “**sui**” que significa sí mismo y “**cidium**” que quiere decir matar, uniendo estas dos palabras se refiere a “matarse a sí mismo” (López, 2016)

La Organización Mundial de la Salud (2014) lo define como “un trastorno mental multidimensional, resultado de una interacción compleja de diversos factores; biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales” (Arcos, 2016).

Es así que se le describe como un acto deliberado por el que una persona desea provocarse su propia muerte, no es un acto natural pues todo ser vivo actúa todo el tiempo en defensa de su supervivencia, por lo que causar su propia muerte suele estar ligado a problemas mentales de diferente índole. (Arcos, 2016).

De la misma manera, según James Sadock el suicidio “es un acto letal que representa el deseo de morir de la persona. Existe una gradación entre las intenciones suicidas y su puesta en práctica. Algunas personas tienen ideas suicidas que nunca llevan a cabo; otras hacen planes durante días, semanas o incluso años antes de actuar, y otras se quitan la vida aparentemente de forma impulsiva y sin premeditación” (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2018).

Por su parte Marta Ortega Romero señala que este fenómeno “es una conducta voluntaria cuyo fin es acabar con la propia vida. Sin embargo, estas conductas no siempre están

vinculadas con el deseo de morir o hacerse daño, sino que podría ser una forma de expresar sentimientos como el desamparo, la desesperación, la ira y la frustración” (Espinosa, 2015).

Asimismo, muchas personas consideran que el suicidio es una solución a sus problemas existenciales (Gómez & Heredia, 2012)

Las definiciones citadas hacen énfasis en que el suicidio es un acto voluntario cuyo fin es acabar con la propia vida, a la vez que delimitan un proceso, el cual puede oscilar entre pensamientos, intentos y el acto en sí. Varias son las razones que los distintos autores atribuyen a la etiología del suicidio, aunque se ubica el proceso, se considera en el polo opuesto el acto como un impulso, también se asocia a desamparo, frustración, problemas emocionales o trastornos mentales.

1.1.2. Ideas suicidas

Son un conjunto de cogniciones (pensamientos, deseos, expectativas, etc.) y, a veces, verbalizaciones recurrentes de provocarse autoagresiones o quitarse la vida, las mismas pueden ser fugaces, transitorias o persistentes (Almonte & Montt, 2012). De acuerdo a Valdivia (2015) las podemos clasificar de la siguiente manera:

- ***Ideas suicidas concretas:*** el suicidio es considerado como un objetivo específico, preciso y realista. Algunas formas en que la persona expresa este tipo de ideas son “deseo morirme”, “me voy a matar”, “voy acabar con mi vida”, etc.
- ***Ideas suicidas ambiguas:*** el suicidio no es considerado de una manera directa, algunos ejemplos son “quisiera dormir para siempre y no despertar”, “no sé qué hago en este mundo”, “la vida no tiene sentido”, etc.

1.1.3. Comunicación suicida

Suele existir la comunicación suicida que es un punto intermedio entre la ideación suicida y el acto en sí (Valdivia, 2015), el individuo manifiesta sus deseos de atentar contra su propia vida o tiene intentos suicidas. Hay dos posibles expresiones:

- **Amenaza o gesto suicida:** son manifestaciones verbales o escritas del deseo de atentar contra la propia vida. Se caracteriza por comunicar algo que está por ocurrir, como el acto suicida, a las personas más allegadas del individuo que exterioriza la amenaza (Pérez, 2009)
- **Plan suicida:** en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir (Pérez, 2018)

1.1.4. Intento suicida

Se define como acciones deliberadas de la persona contra sí mismo que pueden ocasionar daños (cortes, discapacidad, problemas digestivos) pero no la muerte. (Bella, Fernández, & Willington, 2010). De acuerdo a Almonte y Montt (2012) la gravedad puede ser:

- **Leves:** no existe riesgo vital, es suficiente con el control ambulatorio.
- **Moderadas:** se da cuando se utilizan fármacos en dosis no letales, existiendo la posibilidad de intoxicación, que puede requerir lavado gástrico.
- **Graves:** existe alto riesgo de muerte, puede haberse planificado. Incluye ingerir fármacos tóxicos en dosis letales, el uso de armas de fuego, el ahorcamiento o la defenestración. La atención adecuada puede permitir que la persona continúe con vida, pero pueden producirse consecuencias como discapacidades, problemas a nivel hepático o renal, entre otras.

1.1.5. Tipos de suicidio

- **Suicidio consumado:** es un acto voluntario, intencional y autoinflingido que provoca la muerte (Bella, Fernández, & Willington, 2010)
- **Suicidio frustrado:** se refiere a un acto suicida que no se ha consumado ya sea por situaciones fortuitas o porque el método utilizado no fue lo suficientemente eficaz. Por ejemplo: cuando una persona que ha ingerido una sobredosis de fármacos, para provocarse la muerte, es encontrada por un familiar o amigo y es llevada al hospital para que le realicen un lavado gástrico (Andrade, 2012)
- **Suicidio accidental:** la persona recurre a un método del cual no conoce su verdadero efecto o utiliza un método conocido, pero que no consideró que le llevaría a la muerte, ya que esta no era deseada. Se da en los casos en los que no se consideraron las complicaciones posibles. Por ejemplo, cuando una persona privada de su libertad se introduce un alambre por la uretra para ser llevado a un centro médico y poder escaparse, sin embargo, las lesiones se agravan y termina perdiendo la vida (Pérez, 2018)
- **Suicidio asistido:** cuando la persona desea acabar con su vida pero no puede hacerlo por sí misma, ya sea por limitaciones físicas, y recurre a un asistente para llevar a cabo el acto (Valdivia, 2015)
- **Suicidio por contagio:** a esto se le conoce como “efecto de imitación”. Se refiere a que un acto suicida puede conllevar a otros intentos en un grupo (Sánchez, Gúzman, & Cáceres, 2005).

1.1.6. Mitos sobre el suicidio

Según Valdivia (2015) existen las siguientes creencias erróneas sobre el suicidio:

- Los niños nunca se suicidan.
- Todo el mundo que se suicida está deprimido.

- La gente que se suicida no intentó buscar ayuda.
- Los suicidas están enfermos, locos.
- Dialogar con una persona deprimida sobre el suicidio puede empujarlo al dicho acto.
- El suicidio es un acto de cobardía.
- Solo las personas con enfermedades terminales son más proclives a cometer suicidio.
- La mayoría de suicidios ocurren de improviso, sin ninguna advertencia previa (Organización Panamericana de la Salud, s.f.)
- La persona que atenta contra su vida está decidida a morir (Organización Panamericana de la Salud, s.f.)

Este tipo de pensamientos o expresiones son erróneas, ya que cualquier individuo que este atravesando por esta problemática requiere de ayuda (Valdivia, 2015).

1.2.Historia del suicidio

Históricamente, la conducta suicida se ha transmitido de cultura en cultura desarrollándose corrientes de opinión con aceptación y comprensión al acto, otras que consideran el suicidio como una transgresión moral, y otras fuerzas que ven la conducta suicida como manifestación de una alteración mental. (Pacheco & Peralta, 2015). Por ejemplo, en Japón el suicidio tradicionalmente es visto como una forma culturalmente apropiada de manejar los sentimientos de vergüenza (Campo, 2017)

En las culturas más antiguas reconocen al suicidio como una conducta de sobrevivencia de la aldea, en la cual los enfermos o los ancianos tenían que dejar su comunidad hacia la intemperie, sin ninguna pertenecía y de esta forma asegurar mayores cantidades de alimentos para otros miembros de la aldea (Amador, 2015).

Hace varios años en la India el suicidio se practicaba en celebraciones religiosas. Por otra parte, en Japón los nobles por honor atentaban contra su vida para alcanzar la divinidad (Moron, El Suicidio, 1987).

En la antigua Grecia el suicidio se castigaba, de tal manera que al cadáver no recibía digna sepultura, le amputaban la mano derecha y lo enterraban en otro lugar (Moron, El Suicidio, 1987).

Los renombrados filósofos Anaxágoras y Sócrates aprobaban el suicidio convirtiéndose en grandes exponentes de este. Por su parte, Aristóteles y varios filósofos pitagóricos consideran que este fenómeno era una insulto a Dios y al Estados (Villardón, 1993)

Es así que los griegos al igual que los romanos consentían el suicidio, pero, no le permitían a mujeres, esclavos y niños el derecho de culminar con su propia vida, debido a que tal acto lo consideraban un delito contra la pertenencia del amo (Córtes, 2014).

Las conceptualizaciones anti-suicidas de Aristóteles y Platón continúan en el Imperio Romano, sin embargo, su concepto y penalización tuvieron ciertas variaciones. Si bien este fenómeno era condenado, en ciertas circunstancias era elogiado, por ejemplo, en un acto heroico o por honor. Por otro lado, este fue penalizado y se tomaron medidas de prevención, tales como confiscar los bienes de la familia de la víctima y así enmendar al Estado por la pérdida de un ciudadano (Amador, 2015).

La religión consideraba al suicidio como una transgresión no solamente ante uno mismo, sino ante Dios. Es así, que en el siglo 20 la iglesia comprende al suicidio como una enfermedad mental, posteriormente, el Papa Juan Pablo II expresa su desacuerdo con respecto al suicidio, el aborto y la eutanasia manifestando que tales actos eran similares a los homicidios (Amador, 2015).

Hoy en día, en Afganistán varias mujeres recurren al suicidio para huir de un matrimonio opresivo, abuso físico, de la pobreza, entre otros factores (Córtes, 2014).

1.3. Teoría psicosocial del suicidio

La psicología social estudia la influencia que tiene el entorno, ya sea directa o indirectamente, sobre la conducta o el comportamiento de las personas (Rodríguez, 2012).

Se refiere al estudio científico de la manera en que los seres humanos piensan, influyen y se relacionan con los demás (Myers, 2005).

Dentro de la perspectiva psicosocial Durkheim establece que el suicidio es un hecho social ya que responde principalmente a causas sociales, es así, que considera que el suicidio debe ser estudiado como una realidad exterior al individuo. Es decir, no son las personas las que se suicidan, sino la misma sociedad a través de ciertas personas. Manifiesta que todos los suicidios se deben a la presencia de distorsiones en la relación entre el individuo y la sociedad (Rodríguez, Glez, García, & Montes, 1990).

Durkheim llega a esta conclusión luego de haber trabajado con la tasa anual de suicidios de varios países europeos, al analizar dicha tasa se percató que solía mantenerse constante o con leves modificaciones durante largos períodos de tiempo. Además, observó que la tasa de suicidios era distinta de unos países y de unas comunidades sociales a otras. Por ejemplo, en las comunidades católicas existían menos suicidios que en las sociedades protestantes, sin embargo, los judíos presentaban un número menor de suicidios que los católicos (Vilchez, 2017).

Durkheim (2012) planteó tres tipos de suicidio entre los cuales tenemos:

- ***El suicidio altruista:*** responde a la acción de un individuo en nombre de algo superior. Algo más allá de su persona y considerado importante para la sociedad. Es un hecho y creencia de heroicidad y que el autor está dispuesto a considerar por un bien mayor. Los sentimientos pueden ser disímiles, desde patriotismo extremo, hasta fanatismo religioso.

- ***El suicidio egoísta:*** se trata de un acto personal que no cuenta con más nada que su decisión. Este tipo de acciones se denominan egoístas porque podría perturbar o actuar negativamente en un grupo de personas con la que se convive. Para Durkheim, “el suicidio egoísta se basa en una decisión individual, en la cual no se tiene en cuenta a los otros, y que se manifiesta cuando existe una pérdida de cohesión en una sociedad y fallas en su función de sostén social”.
- ***El suicidio anómico:*** se da en las sociedades en donde existe un sistema normativo debilitado y un desmoronamiento de los valores sociales (Barrionuevo, 2009), que conducen a una confusión individual y a un sentimiento de falta de importancia de la vida (Rodríguez, Glez, García, & Montes, 1990). Esto se puede relacionar en lo individual con la ausencia de Ley y la desprotección de aquellas personas que se encontrarían entonces en total desamparo (Barrionuevo, 2009).

Según Durkheim toda sociedad tiene dos fuerzas principales, las cuales se oponen entre sí: una de cohesión y otra de expulsión, dichas fuerzas son interdependientes. Esto lo manejan muy bien los políticos, por ejemplo, cuando un presidente desea ser reelegido la mejor forma de crear unión en el pueblo es generar tensión con otro país ya que de esta manera el pueblo tiene un enemigo externo a quien dirigir su agresión colectiva. (Carmona, 2012)

Es así que una de las conclusiones más importantes a las que llegó este autor es que el suicidio progresa con la ciencia. El hombre se mata porque la sociedad de la que forma parte ha perdido su cohesión. (Rodríguez, Glez, García, & Montes, 1990).

Por su parte Carmona (2010) considera al suicidio como un “acto socialmente construido”, de la misma manera que Durkheim, manifiesta que el suicidio se puede explicar a partir de la interacción que se da entre el sujeto y el ambiente en que este se desenvuelve. Menciona que en el suicidio no solo participa el sujeto que intenta o

consume este acto, sino también todos los individuos que cumplen distintos roles en la vida de esa persona como son los padres, hermanos, tíos, primos, abuelos, profesores, parejas, amigos, compañeros de clase, entre otros (Ramírez, Castillo, Cardona, & Mosquera, 2017).

Asimismo, este autor cree en la existencia de dinámicas vinculares suicidógenas, las cuales se refieren a factores o elementos de riesgo, entre los que encajan todos los grupos o personas tales como los vínculos duales, las familias, los grupos escolares y comunitarios, las subculturas y los complejos culturales. Es así que el suicidio se ve muy vinculado a los ideales culturales proponiendo unas exigencias y demandas sociales, que requieren que la persona cambie sus formas de ser, existir y vivir y en el momento en que no se cumplen estas expectativas sociales se da origen a los juicios y críticas demandantes y es aquí donde se puede producir la desesperanza (Ramírez, Castillo, Cardona, & Mosquera, 2017).

A nivel nacional los datos de suicidios en adolescentes parecen ir en aumento. El estudio de las razones siempre es complicado, pues en la mayoría de las veces esta información solo la manejan los padres. Problemas de rechazo, hostigamiento social, bullying, ofensas de orden racial y regional pueden hacer que en un adolescente desarrolle una depresión fuerte y tome la decisión de suicidarse (El Comercio, 2018).

1.4. Suicidio como problema de salud pública

1.4.1. Perspectiva según la OMS

El suicidio conlleva un problema de salud pública muy importante, según la Organización Mundial de la Salud casi un millón de personas al año se quitan la vida. Y si bien se da en cualquier edad, para el caso de las personas entre los 15 a los 29 años es la segunda razón de fallecimiento a nivel mundial (OMS, 2018).

Este problema no es meramente del primer mundo, como antes se solía pensar. Los datos arrojan que este fenómeno se da también en países en vías de desarrollo. De hecho, un 79% de los casos ocurren en países de ingresos bajos y medios. Por otro lado, si bien los datos de suicidios se sitúan en unos 800 mil anuales, se cree que por cada caso de suicidio existe otro equivalente fallido (OMS, 2018).

La OMS indica que “a pesar de que hay muchos tabús en relación al suicidio y que no impiden discutir sobre este tema, cada vez existe más consciencia de que se trata de un grave problema de salud pública”. Si bien no se pueden prevenir todos los suicidios, se pueden evitar la mayoría, esto a través de la elaboración de estrategias y planes de prevención. Se puede disminuir el acceso a los instrumentos para suicidarse como pesticidas, medicamentos, armas de fuego, etc, proporcionar un tratamiento adecuado a las personas con trastornos mentales, especialmente a las que presentan depresión, bipolaridad, alcoholismo o esquizofrenia. Asimismo, se debe dar seguimiento a aquellos individuos que ya han intentado quitarse la vida o que manifiestan ideas suicidas. (Rodríguez, 2013)

1.4.2. Datos estadísticos a nivel mundial

Otras fuentes a nivel mundial plantean que unas 12 personas fallecen por suicidio, de cada 100000 casos anuales de muertes. En Estados Unidos unas treinta mil muertes al año están asociadas a suicidios, lo cual representa la décima causa de muerte en dicho país (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2018).

A nivel mundial, las cifras oscilan entre 25 por cada 100000 personas en países como Corea del sur, Sri Lanka, Rusia y Lituania, asimismo, hasta 10 por cada 100000 en Portugal, Australia, España, Italia y otros países (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2018).

En países en vías de desarrollo, como Chile por ejemplo, durante los años 1990 al 2011 las tasas de mortalidad por suicidio aumentaron de 2,7 hasta 6,0 por cada cien mil

habitantes en edades adolescentes y hasta los 16,0 en el grupo de 20 a 29 años (Varengo, 2016).

1.4.3. Datos estadísticos a nivel nacional

Los casos nacionales los lleva la Dinased (Dirección Nacional de Delitos contra la Vida, Muertes Violentas, desapariciones, Extorción y Secuestros) quien sostiene que 7 de cada 100000 jóvenes entre los 10 a los 17 años cometieron suicidio en el año 2017 (El Comercio, 2018).

De acuerdo al diario El Mercurio en los tres primeros meses del presente año ha habido 22 suicidios en la provincia del Azuay, de acuerdo a los registros de la Fiscalía de enero a marzo del 2018 se suicidaron 15 hombres y 7 mujeres, entre las edades de 12 hasta los 70 años de edad. De la misma manera, en el año 2017 un total de 79 personas se quitaron la vida, entre ellos 65 varones y 14 mujeres entre las edades de 10 a 65 años (El Mercurio, 2018).

1.4.4. Datos estadísticos según factores sociodemográficos

Edad y Género

El suicidio no es propio de una determinada edad o género. Los adultos mayores tienden más al suicidio en determinadas condiciones. Los datos en Estados Unidos sostienen que los hombres tienen más tendencia que las mujeres, sobre todo después de los 45 años mientras que las mujeres después de los 55 años. Igualmente un adulto mayor tiene más eficacia pero lo intenta menos (Weintraub, Brezing, Lagomasino, Perlis, & Stern, 2018).

Lugar de residencia

En Estados Unidos, las personas que residen en zonas rurales se suicidan con más frecuencia que las que viven en zonas metropolitanas. Esto puede deberse a la soledad y aislamiento que experimentan los sujetos que habitan en áreas rurales, además , de que la

posesión de armas de fuego en estos lugares es 4 veces mayor que en las grandes ciudades, la mayoría de jóvenes que se suicidan lo hacen con armas de fuego (Rodríguez, 2013)

1.5. Adolescencia

La adolescencia es una etapa de transición comprendida entre los 11 y 19 o 20 años que implica cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009). Dentro de este periodo se distinguen tres etapas: la primera adolescencia, la adolescencia media y adolescencia tardía. En la primera etapa se producen mayores cambios biológicos y crecimiento físico. La segunda etapa está caracterizada por las fluctuaciones del estado anímico, en adición, incrementa la conciencia especialmente relacionado con la autoimagen. Finalmente, en la adolescencia tardía aumenta el riesgo de conductas desadaptativas, tales como el consumo de sustancias, conductas sexuales de riesgo, entre otros (Ortega, 2016).

Consecuentemente, es un período conflictivo, “crítico”, es decir, un momento decisivo en el cual el sujeto se separa de lo familiar, juzga y decide. Asimismo, lo consideran un “purgatorio”, un tiempo en el que nuevamente se vivencia el sufrimiento del nacimiento, es decir que podría interpretarse como un “segundo nacimiento”, pero psicológico (Varengo, 2016).

Para hacer una transición adecuada a la edad adulta, los adolescentes deben tener acceso a servicios de salud de calidad, incluidos los sexuales y reproductivos; y un ambiente de apoyo tanto en casa como en comunidades y países. Por otra parte, los adolescentes también atraviesan por sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismo, presión para lograr el éxito y otros “obstáculos” mientras siguen creciendo (Laski, 2015).

1.6. Aspectos clínicos y psicopatológicos del intento suicida en los adolescentes

Las conductas suicidas son poco frecuentes en menores de 12 años, sin embargo, si se han reportado casos en niños de 5 años, dichas conductas tienen dos aspectos

fundamentales como son la conducta autodestructiva y la intención de quitarse la vida. Es importante tomar en cuenta el desarrollo cognitivo, emocional y social del adolescente ya que para presentar conductas suicidas no es necesario tener un concepto maduro acerca de la muerte (Almonte & Montt, 2012).

De acuerdo a Piaget desde los 2 a 7 años los niños poseen desarrollo cognitivo pre operacional, con una lógica limitada y egocéntrica, es así que para ellos el concepto de muerte no implica irreversibilidad y pueden presentar un comportamiento autodestructivo. Desde los 7 a 12 años de edad los niños poseen un pensamiento concreto que guiará estas conductas. Por su parte, desde los 12 años en adelante aparece el pensamiento abstracto, aquí se puede ya presentar la conducta suicida (Almonte & Montt, 2012).

Entre los factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes se ha encontrado: los intentos previos suicidas, la depresión, dificultad para confrontar la frustración, disfunción familiar, etcétera. Asimismo, está relacionado con la edad, el género, uso de sustancias, estrato socioeconómico, familias monoparentales, entre otros (Cano, Gutiérrez, & Nizama, 2009).

1.7. Factores de riesgo en adolescentes y población en general

1.7.1. Factores de riesgo biológicos

Los niveles bajos de serotonina metabolitos en el líquido cefalorraquídeo y colesterol podrían vincularse con intentos suicidas (García & Peralta, 2002)

1.7.2. Factores de riesgo personales

La desesperanza

Se lo puede definir como un deseo de escapar de un problema del cual uno no puede resolver y no tiene esperanza que este sea resultado. Pues existe menos motivación, una

percepción pesimista, falta de esperanza y metas a futuro. De la misma manera, se desarrolla distorsiones cognitivas tales como la visión de túnel (Buendía, Riquelme, & Ruíz, 2004)

Vulnerabilidad al estrés y sucesos vitales negativos.

Las personalidades más sensibles al estrés y con menor capacidad para adaptarse a los cambios suelen transformar las circunstancias ansiógenas en una problemática crónica y constante convirtiéndose en un estilo de vida. Sin embargo, cuando no se encuentran los recursos necesarios para afrontar este estilo de vida, se recurre al suicidio. De la misma manera, la dificultad para solucionar los problemas o tomar buenas decisiones llevan a las personas a percibirse como ineptas ya que no son capaces de enfrentar lo que se les presenta (Valdivia, 2015).

Trastornos de personalidad

Los trastornos de personalidad que sobresaltan: son el trastorno de personalidad límite por su impulsividad, conductas autoagresivas e intentos suicidas; el trastorno de personalidad histriónico, en donde los intentos pueden ser de manera exagerada e inadecuada para manipular las relaciones interpersonales. Asimismo, en el trastorno de personalidad psicopática, la culpa, la vergüenza no suelen estar asociados a los intentos suicidas, sino que se hacen presentes después o durante el consumo de sustancias psicoactivas (García & Peralta, 2002).

Trastornos del ánimo

Se incluye el trastorno bipolar y a la depresión. En la bipolaridad la mayoría de los intentos suicidas ocurren en el periodo de estabilidad, y no como comúnmente se piensa durante las crisis de manía o depresión (Valdivia, 2015).

Depresión

La depresión está fuertemente ligada a las conductas suicidas, pero, es de suma importancia indicar que no todos los paciente suicidas sufren de depresión. La depresión conlleva a la persona a tener una visión distorsionada del mundo, sobre sí mismo, baja autoestima, excesiva autocrítica, entre otros, circunstancias que hacen que los individuos sean más proclives para generar ideas o actos suicidas. Igualmente, los trastornos de ansiedad, psicóticos y alimenticios personales, un concepto negativo de sí mismo, la baja autoestima, un comportamiento impulsivo son factores de riesgo (Cañón Buitrago, 2011).

Problemas académicos

Esta temática también se relaciona con el suicidio, ya sea por la presión académica o por no alcanzar las expectativas (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004).

Problemas conductuales

Jóvenes con trastorno de conducta que intentaron suicidarse comúnmente niegan la sintomatología depresiva pero posteriormente presentan autolesiones. De la misma manera, las conductas de riesgo tales como la conducta sexual de riesgo, uso de sustancias, violencia, uso de armas de fuego se asocian con el intento suicida (Larraguibel, González, Martínez, & Valenzuela, 2000).

Entre otros factores de riesgo del suicidio se incluyen (Abedrabbo, 2015):

- Pérdida de seres queridos.
- Casos de suicidio en la familia.
- Ser víctima de abuso sexual o físico en la niñez.
- Ser víctima de enfermedades inhabilitantes y/o causantes de mucho dolor.

1.7.3. Factores de riesgo en adolescentes de acuerdo a datos demográficos

Género

En grupos adolescentes, como en casi cualquier otro grupo etario, los hombres predominan en cantidad de casos (Cazar, 2014). Las mujeres prestan un mayor índice de

intentos suicidas, pero los hombres un mayor número de suicidios consumados (Sauceda, Lara, & Focil, 2006). Generalmente eso se debe a que los hombres suelen ser más agresivos y por ende utilizan métodos más violentos. Por ejemplo, las armas de fuego, mientras que las mujeres usan más sustancias psicoactivas o veneno. (Larraguibel, González, Martínez, & Valenzuela, 2000).

Los casos de suicidio en hombres son 4 veces mayor que en las mujeres. La razón no está clara pero podría estar vinculado con lo que se mencionó anteriormente. Visto así, un hombre es más proclive a usos de instrumentos más letales y rápidos. Planteado todo esto, la causa principal sigue siendo, independientemente del sexo, el ahorcamiento (Weintraub, Brezing, Lagomasino, Perlis, & Stern, 2018).

Edad

El riesgo suicida incrementa con la edad. La tasa de suicidas ha aumentado en los varones entre 15-24 años (García & Peralta, 2002). Es así que desde la década de los 50 hasta la actualidad los datos de suicidio y autolesiones en general han ido en aumento en las edades que comprenden los 15 a 24 años. Siendo los hombres los que más acumulan intentos (Weintraub, Brezing, Lagomasino, Perlis, & Stern, 2018).

1.7.4. Factores de riesgo sociales en adolescentes

El Bullying

Se trata de un fenómeno muy común en la sociedad y sobre todo en el período de la adolescencia. Hace referencia a insultos y maltrato psicológico y hasta físico. Los insultos pueden ir desde lo socioeconómico, regionalismos, condición sexual, etc (Aguirre, 2018). Así surgen los sentimientos negativos como la baja autoestima, sentimientos de culpa, aislamiento social, etc. Por lo tanto, uno de cinco suicidios son detonados por una circunstancia de acoso (García, Moncada, & Quintero, 2013)

El estrato socioeconómico

Existen estudios previos que demuestran que los intentos de suicidio y los suicidios consumados son más común en la población desempleada y con menor nivel cultural (García & Peralta, 2002)

La condición socioeconómica de una adolescente le puede llevar a la idea del suicidio. Generalmente está relacionado con sectores pobres, el sentimiento de no pertenecer, de querer y no poder puede ser un detonante importante (Aguirre, 2018).

Para Jane Canning, autora de un estudio de oportunidades económicas en adolescentes en Nueva Zelanda, mientras más solvencia y oportunidades pueda observar un adolescente, menor será su probabilidad de caer en depresión y por ende menor la probabilidad de suicidio (Canning, Denny, Bullen, Clark, & Rossen, 2017).

En su estudio, se descubrió que las comunidades que ofrecen más oportunidades para los adolescentes están asociadas con un mejor bienestar de los jóvenes. Las actividades a nivel comunitario y los apoyos para los jóvenes a través de las instituciones existentes, como iglesias y clubes deportivos, son activos comunitarios importantes para ellos (Canning, Denny, Bullen, Clark, & Rossen, 2017).

Por otro lado, Anna Gassman (2014) investigó cómo los adolescentes pueden padecer depresión tras pérdidas de su trabajo y la influencia que tiene esto en actitudes suicidas. Este estudio teniendo en cuenta la teoría de Durkheim considera el estrato socioeconómico como un factor importante dentro del riesgo suicida.

El consumo de alcohol y drogas.

El consumo de sustancias comúnmente se relacionan con el suicidio, es así, que los consumidores tienen seis veces más riesgo suicida que la población en general (García & Peralta, 2002). En el año 2017, Puskari relacionó un estudio con el consumo de alcohol y

drogas. La cifra del 20% de los identificados que consumían dieron positivo por ideas suicidas (Cazar, 2014).

Disfunción familiar

Las familias están clasificadas en varios tipos según Minuchin y Fishman (2004), sin embargo, las que tiene mayor relación con este estudio son:

- Familia nuclear: constituida por los progenitores e hijo (s).
- Familia extensa: se convive con los abuelos, tíos, primos y otros parientes.
- Familia monoparental: el hijo (s) viven con un solo progenitor (madre o padre).
- Familia reconstituida: formada por una pareja en la que uno o los dos adultos tiene hijos de un matrimonio previo.

En los jóvenes, el riesgo de suicidio aumenta en los casos de familias mono-parentales y en las zonas de menor densidad de población y cobertura de servicios (Abedrabbo, 2015). Hoy en día existe una variedad de evidencia que manifiesta que las adversidades familiares contribuyen a incrementar la conducta suicida. Ya sea por la falta de unión familiar, mala comunicación y los problemas familiares hacen que el aprendizaje del individuo sea limitado y cuando tenga que afrontar problemas o la resolución de problemas este va a carecer de recursos. Algunas investigaciones han demostrado una relación entre altas tasas de separación parental o divorcio e intentos suicidas en adolescentes. Es así que el divorcio o separación puede exponer al adolescente a una vulnerabilidad temprana a la depresión, este siendo un factor de riesgo del el suicidio. (Larraguibel, González, Martínez, & Valenzuela, 2000).

1.7.5. Factores protectores (Donas Burak , 2001):

- Apoyo social (buena comunicación con la familia o más allegados).
- Sentido de la vida.
- Tener un proyecto de vida.

- Buen autoestima.
- Buen nivel de resiliencia.

1.8. Estudios del riesgo suicida a nivel Internacional

En Colombia en el 2012 se llevó a cabo una investigación sobre riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de Palestina- Caldas. Este estudio fue de corte transversal en el que se tomó una población de 354 estudiantes cuya edad promedio era 14, 28 años, a los participantes se les aplicó la escala de riesgo suicida de Plutchik. El resultado obtenido fue que el 11,8 % de los estudiantes presentaban riesgo suicida (Álvarez, y otros, 2012) .

Asimismo, en el 2013 en la ciudad de Manizales (Colombia) se hizo un estudio similar al anterior pero en tres colegios de dicha ciudad. Se utilizó una muestra de 322 adolescentes de diferentes estratos que cursaban los grados de octavo hasta primero de bachillerato. El tipo de familia nuclear fue el más frecuente con un 49,7% y el 87,6% de los participantes tenían hermanos. Se aplicó el cuestionario de Plutchik para riesgo suicida. Como resultado se obtuvo que el 16, 5 % de los estudiantes presentó riesgo suicida. (Aguirre, y otros, 2013).

En Perú en el año 2013 Luna, realizó una investigación sobre factores familiares relacionados con la idea suicida en los adolescentes de la Institución Educativa Alfonso Ugarte. La población estaba conformada por 134 adolescentes, de los cuales el 43,3% (62 estudiantes) presentaron riesgo suicida. Del total de alumnos encuestados el 33% tenía 16 años y el 20% 17 años, el 53% pertenecía al género masculino mientras que el 47% era del género femenino (Luna, 2013).

En relación a la estructura familiar de los evaluados el 52% pertenecía a una familia nuclear, el 36% a una extensa y 12% a una monoparental. En cuanto a la funcionalidad familiar tenemos que el 45% presentaba una disfunción leve, el 31% una disfunción

severa y el 24% una funcionalidad normal. Con respecto a los adolescentes que mostraron riesgo suicida el 36% eran mujeres y el 10% eran hombres. De acuerdo a esta información se llegó a la conclusión de que la funcionalidad familiar y la estructura familiar tienen relación significativa con el riesgo suicida (Luna, 2013)

En México en el año 2016 Mayer y colaboradores realizaron un estudio en adolescentes con autolesiones e ideación suicida, en una población de estudiantes de escuelas secundarias y preparatorias ubicadas al sur y al oriente de la ciudad de México. La muestra estaba conformada por 804 estudiantes entre 12 y 17 años con una edad promedio de 14,4 + 1,6 años. El 57,6% de los adolescentes se encontraban cursando la secundaria, el 60% perteneció a un nivel socioeconómico medio y el 67,6% reportó que vivía con ambos padres biológicos (Mayer , Morales, Figueroa, & Ulloa, 2016)

En Colombia en el año 2017 Forero, Siabato, y Salamanca, realizaron un estudio sobre ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia (Forero, Siabato, & Salamanca, 2017)

Participaron en el estudio 289 adolescentes (126 hombres y 163 mujeres), con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años, y escolaridad entre noveno curso y primero de bachillerato, de cuatro instituciones educativas públicas de la Ciudad de Tunja. El 43,6% eran hombres y el 56,4% eran mujeres. El 30% de los sujetos participantes reportaron riesgo suicida, de los cuales el 37% eran mujeres y el 20% hombres. El 67% de los estudiantes de la muestra percibían un buen funcionamiento de su familia. Se identificó en cuanto a la funcionalidad familiar, un mayor nivel de riesgo suicida en quienes percibían disfuncionalidad familiar grave. Se concluyó que la prevalencia de riesgo suicida está asociada con la disfuncionalidad familiar (Forero, Siabato, & Salamanca, 2017).

En Chile en el 2018, Sandoval, Atoa, y colaboradores realizaron un estudio sobre el riesgo suicida asociado al bullying y depresión en alumnos de secundaria, de escuelas públicas

y privadas, perteneciendo a escuelas públicas el 67,8% de los adolescentes. Participaron en el estudio 289 estudiantes con riesgo suicida con un promedio de edad de 14,5 años. La prevalencia de riesgo suicida fue 20.1% (Sandoval, Vilela, Mejiab, & Caballero, 2018). En Colombia en el año 2018 Constanza Cañón y colaboradores hicieron un estudio con el objetivo de realizar una intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes entre los grados sexto a octavo de un colegio de la ciudad de Manizales, en el departamento de Caldas, Colombia. Intervinieron en el estudio 103 estudiantes (Cañón, y otros, 2016).

El 37,4% de la población pertenecía a un estrato socioeconómico 2, con una edad promedio de 14,78 años. El 86,3% presentaban una práctica religiosa, de los cuales el 78,6% pertenecían a la religión católica. Dentro de los participantes el 46,1% de los estudiantes tenía un tipo de familia nuclear. El factor de riesgo suicida fue 42,7% (Cañón, y otros, 2016).

1.9. Estudios del riesgo suicida a nivel Nacional

En Ecuador en el año 2014, Iler realizó un estudio sobre la funcionalidad familiar y el riesgo suicida en los adolescentes del segundo año del Colegio de Bachillerato Unificado Victoria. La muestra estuvo integrada por 448 adolescentes de ambos sexos, y el 21% de la población evaluada presentó riesgo suicida, encontrando como factores asociados la disfuncionalidad familiar. El 47% mantenía una familia disfuncional lo cual estaba afectando su desarrollo y equilibrio biopsicosocial, siendo esto un factor de riesgo (Iler, 2014).

En el año 2015 en Cuenca, las investigadoras Chaca e Idrovo realizaron un estudio cuantitativo transversal sobre riesgo de suicidio y factores asociados con 201 estudiantes de bachillerato del colegio Benigno Malo (Chaca & Idrovo, 2015).

La edad promedio fue de 16,6 años, con predominio del sexo masculino en el 72,6% de la muestra. Se encontró en esta investigación que estudiantes con bajo rendimiento académico tenían 39 veces más riesgo de intento suicida. Otros factores asociados de presentar riesgo de intento suicida eran la disfunción familiar (7,7%), problemas de pareja (16,3%), consumo de sustancias (5,3%), y acoso escolar (0,9%). En este estudio se evidenció la desesperanza en un 17,4% y el riesgo de intento suicida en el 25,9% con un predominio del sexo masculino en el 69,2% de los adolescentes estudiados (Chaca & Idrovo, 2015).

Cepeda en el año 2018 realizó en el Ecuador un estudio sobre relaciones parentales y su influencia en el riesgo suicida en adolescentes. Participaron en el estudio una población de 180 sujetos con edades entre 14 y 17 años, se utilizó la escala de Plutchik para evaluar riesgo suicida, el 57% de la muestra eran varones y el 43% mujeres. En cuanto a la presencia de riesgo suicida el 10% correspondía al género masculino y el 20% al femenino, lo que evidencia que las mujeres están más propensas a suicidarse. Como resultado se comprobó que las relaciones parentales sí influyen en el riesgo suicida en los adolescentes (Cepeda, 2018)

CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA

En este capítulo se revisa la metodología utilizada que corresponde al enfoque cuantitativo, se describen los instrumentos empleados como ficha sociodemográfica, encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC y escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS). Se especifica la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, así como todos los procedimientos llevados a cabo.

2.1. Tipo de investigación

De acuerdo al fin que persigue este estudio es no experimental, de tipo cuantitativo de corte transversal y de alcance correlacional. Está orientado a relacionar el estrato socioeconómico con el riesgo suicida en adolescentes entre 14 y 16 años de dos Unidades Educativas de la ciudad de Cuenca.

La investigación cuantitativa se ajusta bien a las necesidades de este estudio ya que el suicidio ha sido investigado en diferentes momentos y se han logrado hacer varios análisis, por lo que ya no es un estudio que necesite solo la exploración y la descripción, es así que la metodología cuantitativa permite ratificar o contrastar datos obtenidos en otros estudios similares, dando la posibilidad de correlacionar variables.

Asimismo, esta investigación es de corte transversal ya que se describe las variables y se analiza su incidencia en dos Unidades Educativas de la ciudad de Cuenca en este periodo de tiempo (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

De la misma manera, este estudio es de alcance correlacional ya que se pretende encontrar una relación entre el estrato socioeconómico y el riesgo suicida.

2.2. Descripción de objetivos de la investigación

Con esta investigación se busca relacionar el estrato socioeconómico con el riesgo suicida en adolescentes entre 14 y 16 años de dos Unidades Educativas de la ciudad de Cuenca.

Es así que para lograr este propósito se han planteado los siguientes objetivos específicos:

- Determinar indicadores sociodemográficos como género, edad, grado de instrucción, lugar de residencia, tipo de familia, número de hermanos y atención psicológica de adolescentes entre 14 y 16 años de dos Unidades Educativas de la ciudad de Cuenca.
- Identificar el estrato socioeconómico de los adolescentes entre 14 y 16 años de dos Unidades Educativas, fiscal y particular de la ciudad de Cuenca.
- Evaluar riesgo suicida en los adolescentes entre 14 y 16 años de dos Unidades Educativas de la ciudad de Cuenca.
- Determinar el nivel de intensidad del riesgo suicida en los participantes que presentaron este.
- Relacionar el riesgo suicida con variables sociodemográficas y estrato socioeconómico en adolescentes entre 14 y 16 años de dos Unidades Educativas de la ciudad de Cuenca.

2.3. Muestra

Es una muestra aleatoria que permite probabilísticamente que las dos unidades educativas participantes sean equivalentes entre sí. La muestra sugerida inicialmente fue de 290 adolescentes pero esta fue modificada a 264 debido a que es el número de consentimientos informados obtenidos. Asimismo, la muestra está conformada por adolescentes, hombres y mujeres, de 14 a 16 años que cursan estudios en el período 2017- 2018 de dos Unidades Educativas de la ciudad de Cuenca. Las dos Unidades Educativas seleccionadas para el estudio son una fiscal y una privada; ambas instituciones son mixtas, se encuentran ubicadas en zonas urbanas de la ciudad de Cuenca, tienen varios años de funcionamiento, cuentan con un gran número de estudiantes y están dentro de los cincuenta mejores colegios de la ciudad (Vistazo, 2018) Sin embargo, la fiscal funciona en horarios

matutinos y vespertinos, mientras que la particular es solo matutina. No se pueden dar más detalles de las unidades educativas debido a que se llegó a un acuerdo de confidencialidad, pedido por las mismas, para aprobar la solicitud de realización del estudio, en donde se estableció mantener el anonimato de las instituciones participantes.

2.3.1. Criterios de inclusión:

- Todos los adolescentes entre 14 y 16 años que cursan estudios en el período 2017-2018 de las dos Unidades Educativas de la ciudad de Cuenca.
- Adolescentes entre 14 y 16 años cuyos representantes expresen su consentimiento para que el alumno participe en la investigación.

2.3.2. Criterios de exclusión:

- Estudiantes que presenten algún nivel de deterioro cognitivo que pudiera afectar los resultados de la investigación por la no comprensión de los métodos y técnicas a aplicar.

2.4. Instrumentos

2.4.1. Ficha Sociodemográfica

Ficha elaborada por las investigadoras que permite recolectar información básica necesaria para el estudio. Los datos solicitados fueron los siguientes: edad, sexo, grado de instrucción, lugar de residencia, tipo de familia, número de hermanos y atención psicológica.

2.4.2. Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC

Es un instrumento que permite identificar variables clasificatorias que ayudan a caracterizar los niveles socioeconómicos en los hogares. Se puede autoadministrar o heteroaplicar y consta de 25 preguntas que miden las características relacionadas a

vivienda, educación, económica, bienes, tecnología y hábitos de consumo, arrojando diferentes grupos socioeconómicos: A (Alto 845,1-1000), B (Medio Alto 695,1-845), C+ (Medio típico 535,1-696), C- (Medio Bajo 316,1-535), D (Bajo 0-136). Se optó por esta encuesta ya que está adaptada al medio ecuatoriano (INEC , 2011).

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

Permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas, incluye cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimiento de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. Es un instrumento autoaplicado y ha sido utilizado en varios estudios similares a nivel internacional.

Está formada por un cuestionario de 15 preguntas cerradas (Si o No) como respuesta, cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto y cada respuesta negativa 0 puntos, la puntuación total se obtiene sumando todos los ítems, esta puntuación puede oscilar entre 0 y 15. A mayor puntuación, mayor riesgo suicida siendo como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6, asimismo, presenta tres niveles: 6-9 leve, 10-12 moderado y 13-15 grave. Está validada en la población española con alfa de Cronbach de 0,89, sensibilidad y una especificidad de 88%, para discriminar entre individuos con antecedentes de tentativa de suicidio y sin antecedentes. (Castaño, y otros, 2015).

2.5. Procedimiento

Fase 1. Obtención de la muestra.

- Se entregó la solicitud de autorización a los rectores de las instituciones participantes para que aprueben la realización del estudio.
- Se elaboraron consentimientos informados dirigidos a los representantes de los estudiantes en los cuales se daba a conocer el tema, los objetivos del estudio, los

beneficios, la confidencialidad y otros aspectos. Posteriormente, se entregó dichos consentimientos a todos los estudiantes entre 14 y 16 años de edad.

- Se procedió a recolectar los consentimientos informados tanto como los que aceptaron y los que se negaron.

Fase 2. *Aplicación de los instrumentos.*

- Se llevó a cabo una explicación a los participantes acerca de algunos aspectos de la ficha sociodemográfica como los tipos de familias (nuclear, monoparental, extensa y reconstituida), lugar de residencia (zona rural o urbana), en la escala de riesgo suicida de Plutchik la pregunta ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a? se le indicó que la misma hacía referencia a una ruptura de pareja que le haya tenido un gran impacto emocional.
- La aplicación se realizó primero en la unidad educativa fiscal y después en la particular, en donde hubo una excelente colaboración por parte de los docentes como de los estudiantes.
- La secuencia en la que se procedió a aplicar los instrumentos fue: la ficha sociodemográfica, la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC y la escala de Riesgo Suicida de Plutchik; todas estas fueron codificadas antes de ser entregadas a los participantes. Las condiciones de aplicación eran adecuadas y el tiempo promedio de duración fue de 25 minutos.

Fase 3. *Análisis de datos.*

- La caracterización de los participantes se muestra mediante medidas de frecuencias absolutas y porcentuales.
- La investigación se presenta en tres etapas; inicialmente con la identificación de estratos socioeconómicos según los parámetros de la INEC los cuales se presentan mediante medidas de tendencia central y dispersión para describir las

puntuaciones y posteriormente mediante frecuencias porcentuales para expresar los estratos categorizados. En la segunda etapa se realizó la descripción del riesgo suicida, se presentaron las puntuaciones mediante medias de tendencia central y dispersión, además mediante frecuencias porcentuales se estableció la incidencia de riesgo suicida y su relación con las variables sociodemográficas mediante la prueba estadística Chi-Cuadrado.

- Para la tercera etapa correspondiente a las relaciones y comparaciones, se trabajó con aquellas personas que presentaban riesgo y se evaluó su nivel, la prueba de comprobación de normalidad Kolmogorov Smirnov reveló que el comportamiento de los datos era no normal ($p < 0.05$); por lo que se emplearon pruebas no paramétricas, para la comparación de medias entre dos grupos la prueba U-Mann Whitney y para más de dos grupos la prueba H-Kruskal Walis. . Finalmente, la Rho de Spearman para correlacionar el estrato socioeconómico y el riesgo suicida.
- El procesamiento de los datos fue realizado en el programa estadístico SPSS 25 y la edición de tablas y gráficos en Excel 2016, las decisiones se tomaron con una consideración del 5% ($p < 0.05$).

CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos, los cuales se muestran de una manera desglosada en cuatro partes: 1) caracterización de los adolescentes según variables sociodemográficas, 2) estrato socioeconómico de los participantes, 3) riesgo suicida de la muestra y 4) caracterización según variables sociodemográficas y estrato socioeconómico en estudiantes con riesgo suicida.

Caracterización De Los Adolescentes Según Variables Sociodemográficas.

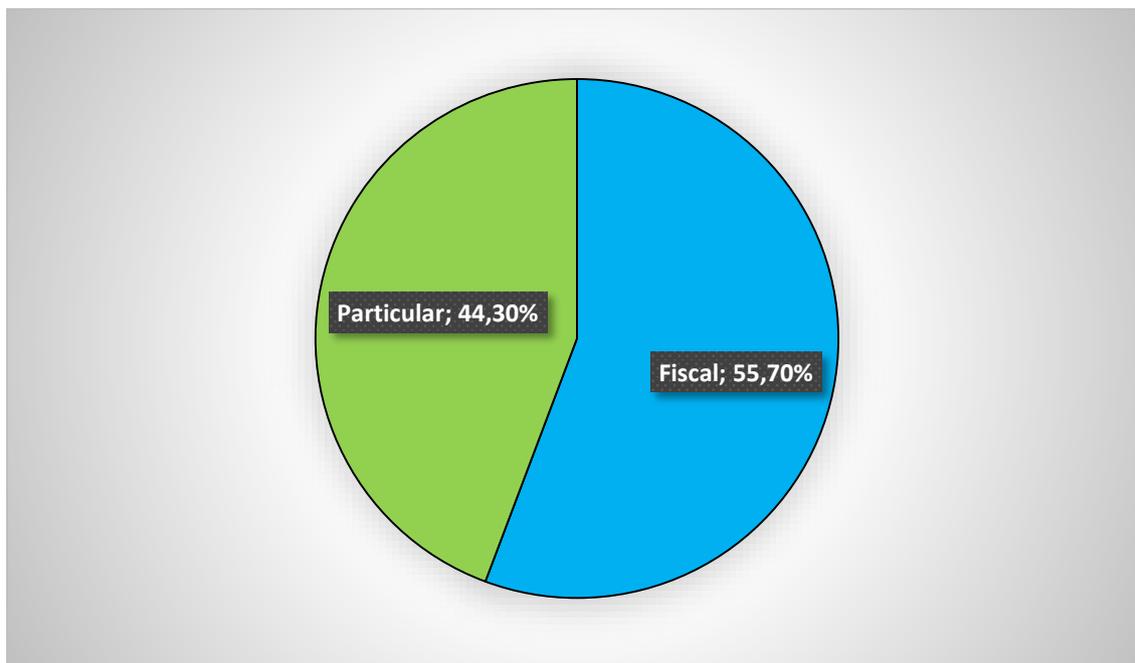
Se mostrará de manera detallada la caracterización de los estudiantes según las variables sociodemográficas ya que más adelante se establecerá una correlación con el riesgo suicida.

En esta tabla se especifica la caracterización de toda la muestra, tanto de las personas que presentan riesgo suicida como las que no, tomando en cuenta las variables de la ficha sociodemográfica (Ver tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de los participantes

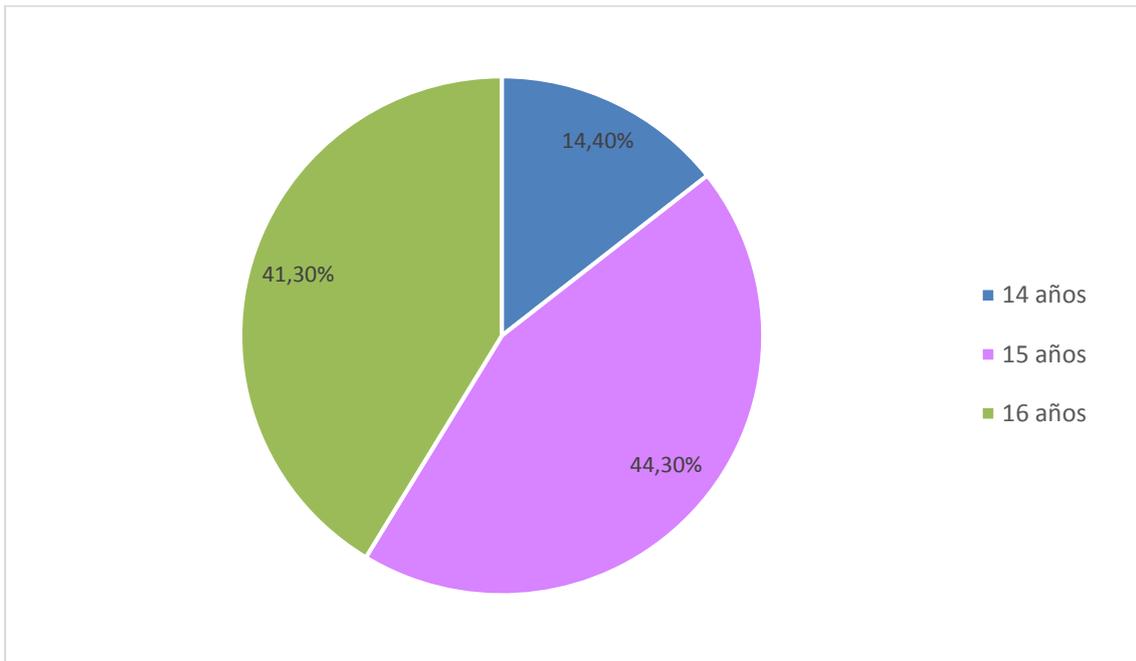
Variables sociodemográficas		Fiscal n=147		Particular n=117		Total n = 264	
		n	%	n	%	n	%
Género	Hombre	51	34,7	29	24,8	80	30,3
	Mujer	96	65,3	88	75,2	184	69,7
Edad (años)	14	2	1.4	36	30.8	38	14.4
	15	67	45.6	50	42.7	117	44.3
	16	68	53.1	41	35.04	109	41.3
Curso	Décimo de básica	-	-	65	55,6	65	24,6
	Primero de bachillerato	101	68,7	31	26,5	132	50,0
	Segundo de bachillerato	46	31,3	21	17,9	67	25,4
Lugar de residencia	Urbano	105	71,4	86	73,5	191	72,3
	Rural	42	28,6	31	26,5	73	27,7
Tipo de familia	Nuclear	76	51,7	84	71,8	160	60,6
	Monoparental	45	30,6	18	15,4	63	23,9
	Extendida	19	12,9	14	12,0	33	12,5
	Reconstituida	7	4,8	1	0,9	8	3,0
Cantidad de hermanos	Hijos únicos	12	8.2	7	6.0	19	7.2
	1-3 hermanos	112	76.2	101	86.3	213	80.6
	4-7 hermanos	21	14.3	9	7.7	30	11.4
	Más de 7 hermanos	-	-	2	1.7	2	0.8
¿Ha ido al psicólogo alguna vez?	No	93	63,3	56	47,9	149	56,4
	Si	54	36,7	60	51,3	114	43,2

Figura 1. Número de participantes



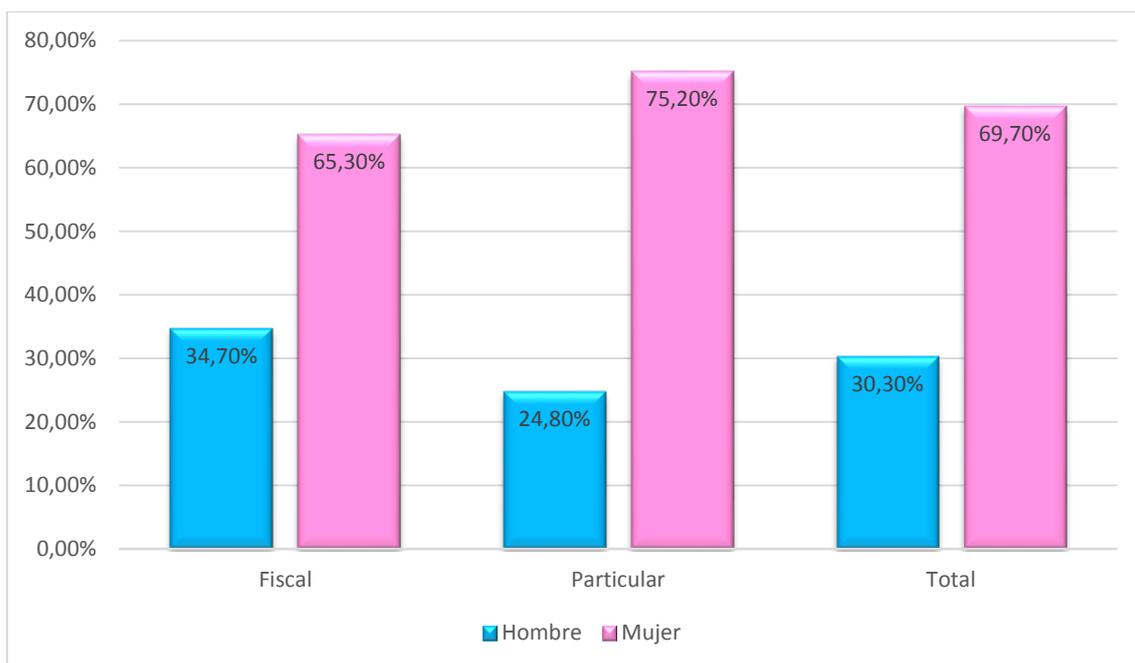
El estudio fue realizado con 264 estudiantes de colegios urbanos de la ciudad de Cuenca, perteneciendo 44,3% (n=117) al colegio particular y 55,7% (n=147) al colegio fiscal (Ver figura 1).

Figura 2. Edad de la muestra



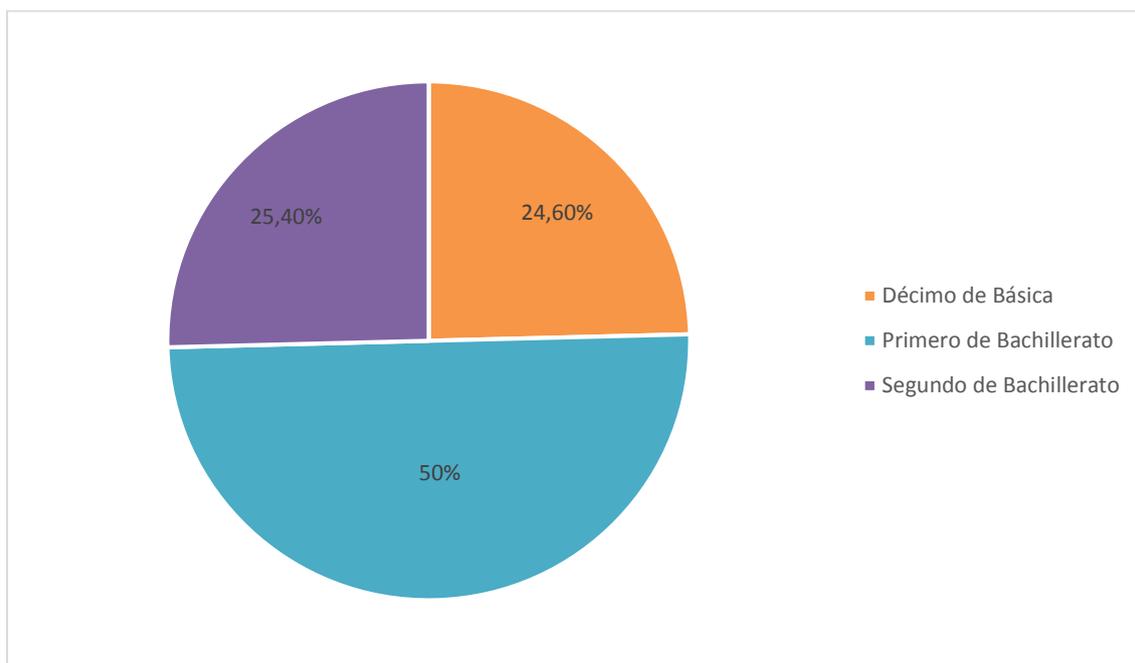
Las edades oscilaron entre 14 y 16 años con una edad media de 15,27 años ($DE=0,69$). Correspondiendo el 14,4% ($n=38$) de los participantes a la edad de 14 años, el 44,3% ($n=117$) a la edad de 15 años y el 41,3% ($n=109$) pertenece a la edad de 16 años (Ver figura 2).

Figura 3. Género de los participantes



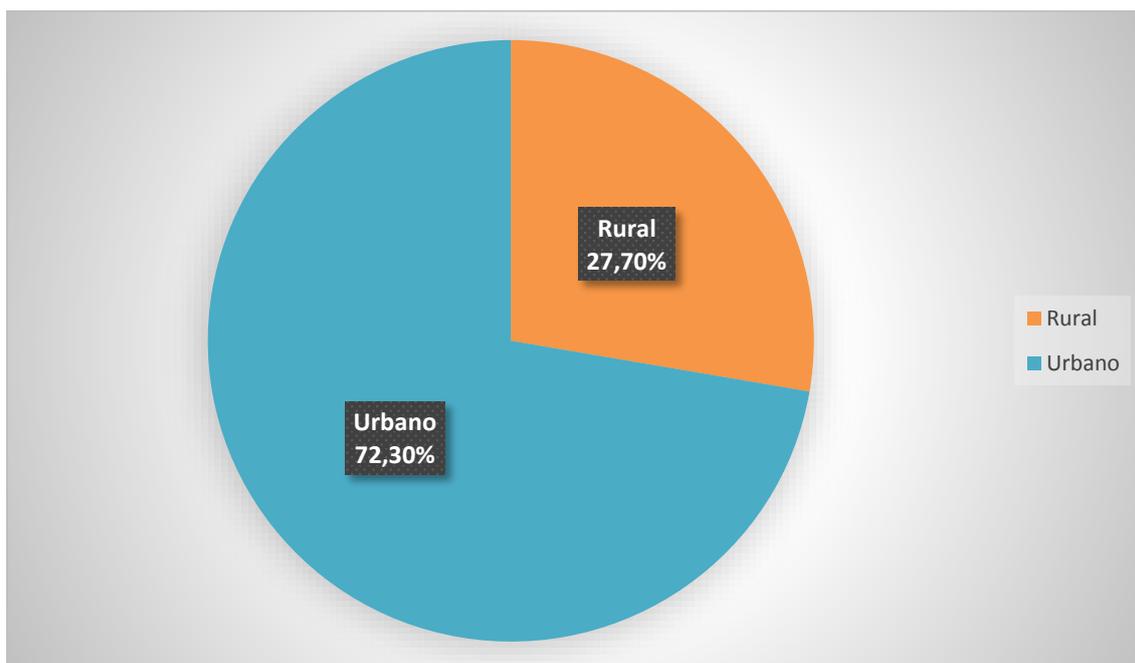
En el colegio fiscal participaron 34,7% (n=51) hombres y 65,3% (n=96) mujeres, mientras que en la unidad educativa particular el 24,8% (n=29) eran hombres y el 75,2% (n=88) eran mujeres. Existiendo una prevalencia del género femenino con un 69,7% (n=194) (Ver figura 3).

Figura 4. Instrucción de los estudiantes



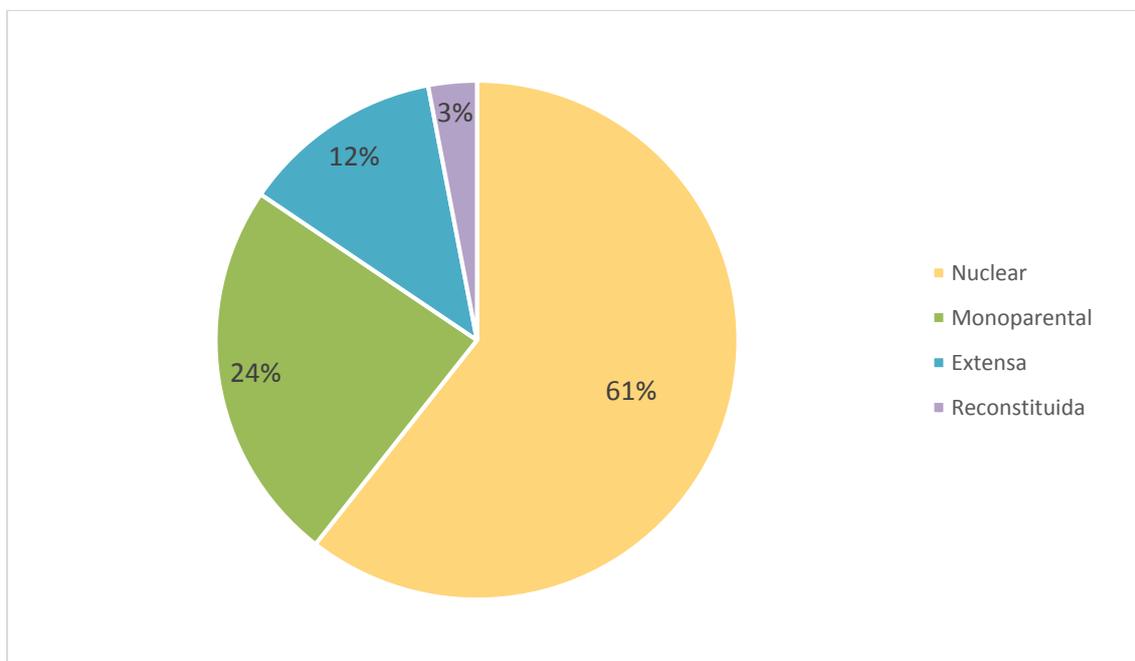
Los adolescentes en el estudio cursaban de décimo de básica a segundo de bachillerato, prevaleciendo los de primero de bachillerato con el 50% (n=132). Por su parte el 24,6% (n=65) pertenecían a décimo de básica y el 25,4% (n=67) a segundo de bachillerato (Ver figura 4).

Figura 5. Lugar de residencia



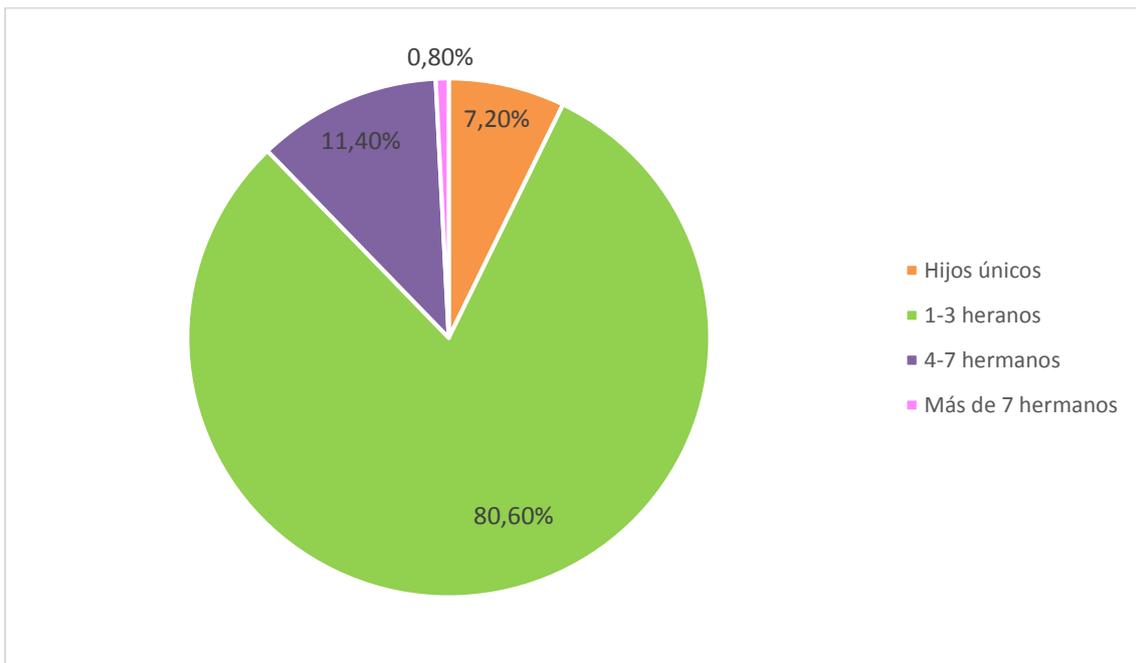
En esta figura se evidencia que el 72,3% (n=191) residían en un lugar urbano y el 27,7% (n=73) en una zona rural, mostrando una prevalencia el área urbana.

Figura 6. Tipos de familia



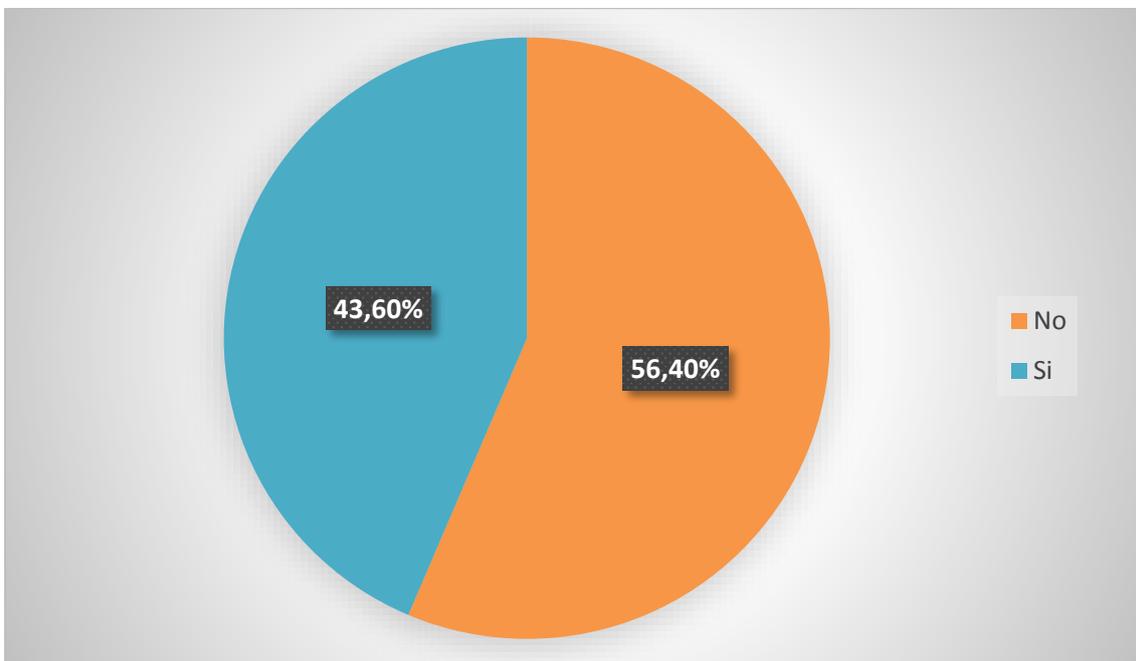
De los estudiantes participantes en la investigación el 60,6% (n=160) pertenecía a una familia nuclear, prevaleciendo este tipo de familia en ambas unidades educativas y una menor incidencia en las familias reconstituidas con el 3% (n=8) (Ver figura 6).

Figura 7. Número de Hermanos



Tal como se ilustra en la figura 7 prevalece el número de hermanos de 1-3 con el 80,6% (n=213).

Figura 8. Atención Psicológica

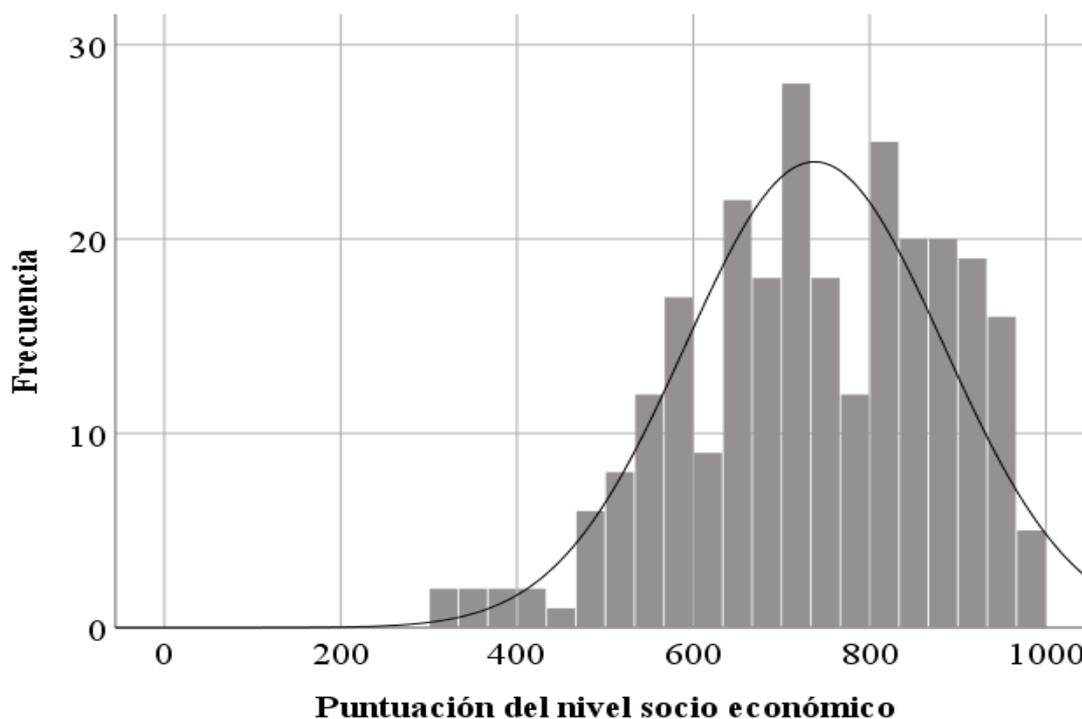


Los resultados evidenciaron que el 56,4% (n=149) de los participantes no acudían al psicólogo, mientras que el 43,6% (n=115) refirió haber recibido atención psicológica (Ver figura 8).

Estrato socioeconómico de los participantes

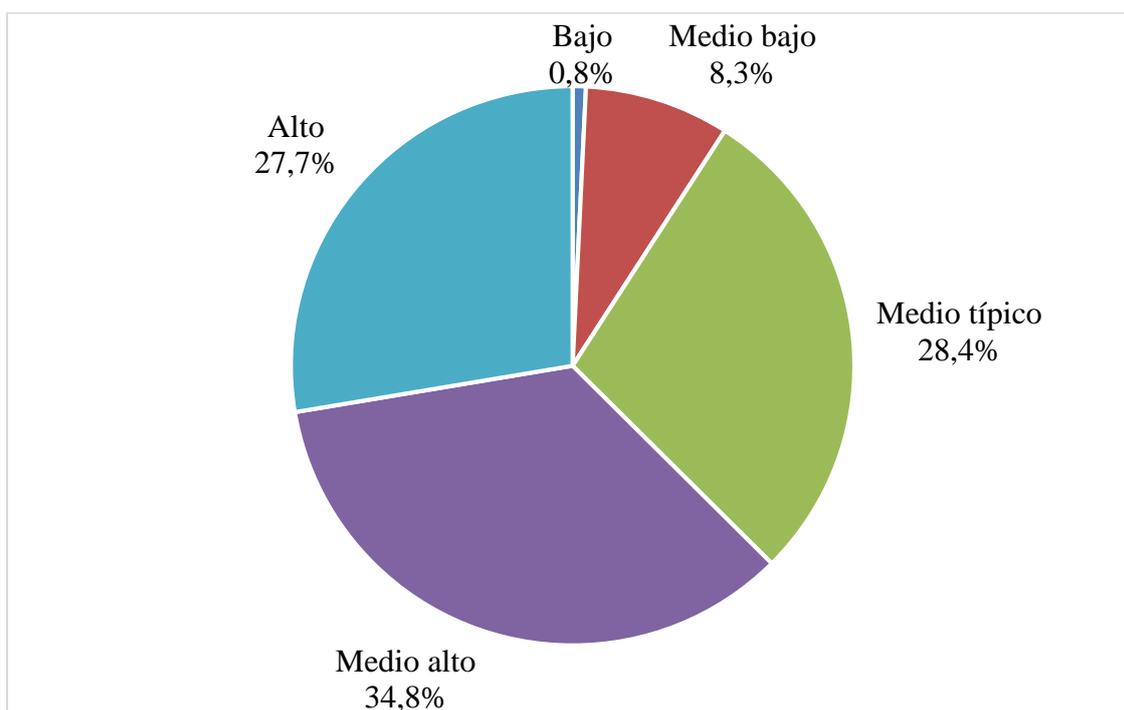
En este apartado se identificó el estrato socioeconómico de todos los participantes y a su vez se realizó una comparación entre la Unidad Educativa particular y la fiscal.

Figura 9. Frecuencia del estrato socioeconómico



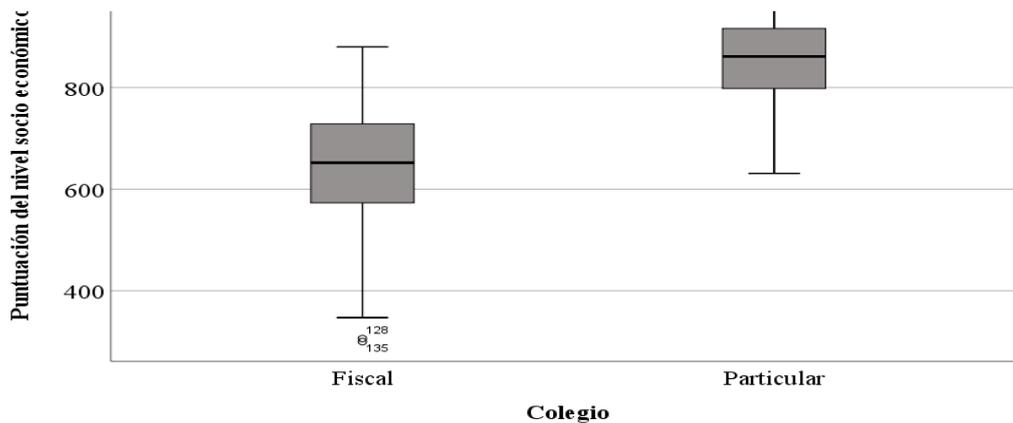
El estrato socioeconómico según las directrices del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) establece que la puntuación del estrato socioeconómico puede oscilar entre 0 y 1000 puntos y establece 5 categorías; el análisis reveló que los participantes tenían puntuaciones entre 300 y 992 con una media de 737,5 (DE=146.41) lo que indica una tendencia dirigida a un estrato medio alto y una baja dispersión. La figura 9 muestra la distribución de los datos (Ver figura 9)

Figura 10. Estrato socioeconómico



Se evidencia que el 34,8% (92) de los adolescentes tenían un estrato socio económico medio alto, el 28,4% (75) un estrato socioeconómico medio típico, el 27,7% (73) de participantes pertenecían a un estrato alto, el 8,3% (22) al medio bajo y el 0,8% (2) pertenecían a un nivel bajo (Ver figura 10).

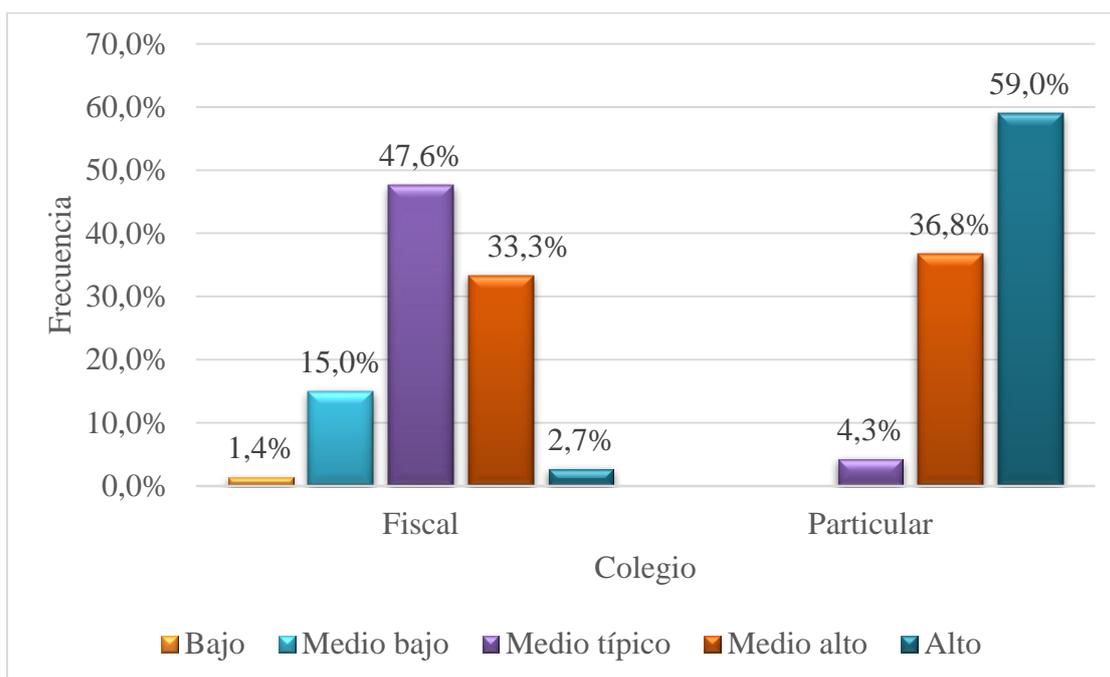
Figura 11. Puntuación estrato socioeconómico (0-1000) según Unidad Educativa



Nota: El diagrama de cajas y bigotes muestra la distribución de las puntuaciones según colegio; las líneas horizontales son los valores mínimos, máximos y medianos. La amplitud muestra la dispersión de datos; además los círculos externos representan los casos atípicos.

En el colegio de sostenimiento fiscal se registraron puntuaciones entre 300 y 800 con una media de 646,1 - estrato medio típico - ($DE=119,7$), mientras que en el colegio particular la puntuación osciló entre 631 y 992 con una media de 852,3 - estrato alto - ($DE=81,8$) en ambos casos se exhibió una dispersión de datos baja, lo que indica homogeneidad en cada grupo, la figura 11 muestra la distribución de las puntuaciones según el sostenimiento de los colegios, se evidencia una diferencia significativa ($p=.000$).

Figura 12. Estrato Socioeconómico según Unidad Educativa



En la clasificación sobre el estrato socioeconómico se encontró que en el Colegio con sostenimiento Fiscal existían adolescentes de todos los estratos, mientras que en el colegio particular existía el medio típico, medio alto y alto. Se observó una proporción similar de adolescentes con un estrato socioeconómico medio alto en ambos grupos de estudio. Por otra parte, se evidenció que la mayoría de personas en el colegio particular pertenecía a un nivel socioeconómico alto (59%), mientras que en la unidad educativa fiscal tenían un nivel medio típico (47,6%) (Ver figura 12).

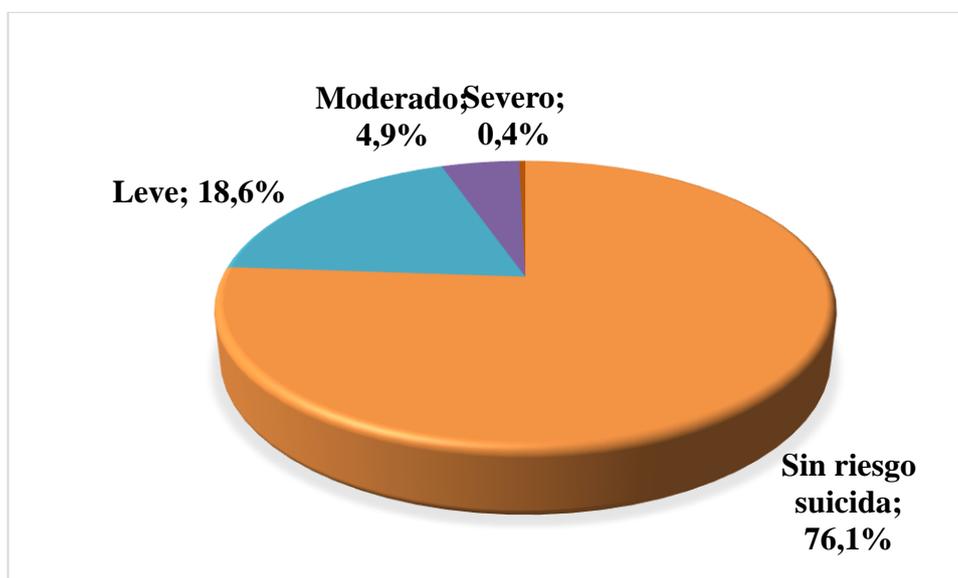
Riesgo Suicida de la muestra

En esta sección se evaluó el riesgo suicida en los adolescentes de los dos Colegios.

Tabla 2. Distribución de los adolescentes según riesgo suicida

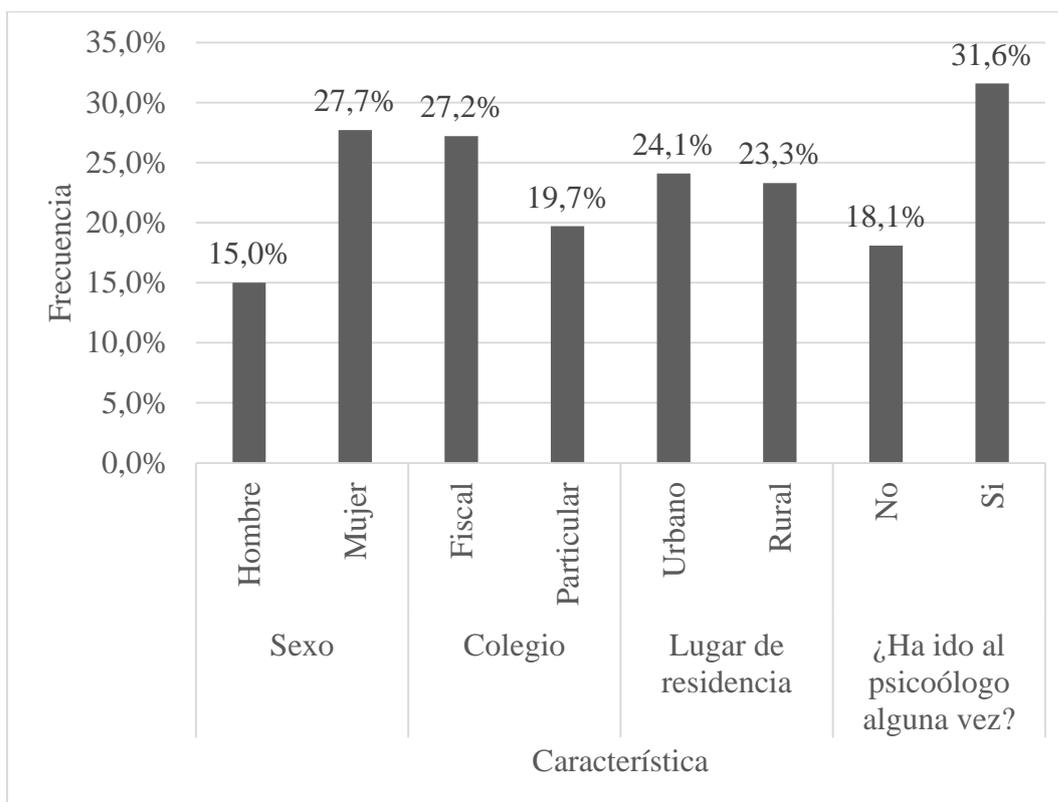
Riesgo suicida						
Riesgo	SI		NO		TOTAL	
	n	%	n	%	N	%
	63	23.9	201	76.16	264	100

Figura 13. Riesgo suicida



El 23,9% (n=63) de los participantes registraron riesgo suicida (puntuación > 6); el 18,6% (n=49) riesgo leve, el 4,9% (n=13) un riesgo moderado y el 0,4% (n=1) un riesgo severo. El 76,1% restante no presentó riesgo suicida con puntuaciones entre 1 y 5. Los resultados se muestran en la figura 13.

Figura 14. Variables sociodemográficas de adolescentes respecto a la presencia riesgo suicida



Se encontró que el 15% de todos los estudiantes hombres presentaban riesgo suicida, frente al 27,7% de las mujeres, lo que revela una diferencia significativa en la incidencia de riesgo ($p = 0.026$); asimismo, se registró una diferencia significativa entre las personas que han asistido o no alguna vez al psicólogo, pues el 31,6% de las personas que si han ido al psicólogo tiene incidencia de riesgo suicida ($p = 0.034$); No se encontraron diferencias significativas entre colegios y lugar de residencia. Los detalles se pueden observar en la figura 14.

Estudiantes con riesgo suicida.

Tabla 3. Caracterización de personas con riesgo suicida

Característica		n	%	Característica		n	%
Sexo	Hombre	12	19	Tipo de familia	Nuclear	33	52,4
	Mujer	51	81		Monoparental	17	27
Colegio	Fiscal	40	63,5		Extendida	11	17,5
	Particular	23	36,5		Reconstituida	2	3,2
Curso	Décimo	12	19		Bajo	2	3,2
	Primero de bachillerato	34	54	Medio bajo	3	4,8	
	Segundo de bachillerato	17	27	Nivel socioeconómico	Medio típico	24	38,1
¿Ha ido al psicólogo alguna vez?	No	27	42,9		Medio alto	18	28,6
	Si	36	57,1		Alto	16	25,4
Lugar de residencia	Urbano	46	73	Cantidad de hermanos	Hijos únicos	7	11,1
	Rural	17	27		1-3 hermanos	45	71,4
					4-7 hermanos	8	12,7
					Más de 7 hermanos	3	4,8

Al analizar los resultados de las personas identificadas con riesgo suicida se evidenció que los datos más relevantes eran los siguientes: el 81% eran mujeres, mientras que el 19% eran hombres, la edad media fue de 15,32 años (DE=0.692). El 63,5% eran de un colegio fiscal, asimismo, el 54% pertenecían a primero de bachillerato.

El 57,1% de ellos habían asistido alguna vez al psicólogo, además el 73% residían en una zona urbana y el 52,4% pertenecían a una familia nuclear. En relación al número de hermanos el 71,4% tiene entre 1 a 3 hermanos.

El 38,1% de los estudiantes con riesgo suicida tenían un nivel socioeconómico medio típico y se observó una tendencia dirigida hacia un nivel socioeconómico alto; se encontró también que la distribución de: curso, lugar de residencia, tipo de familia y el nivel socioeconómico correspondía a la misma distribución de los participantes totales.

Detalles en la tabla 3.

Comparaciones

Tabla 4. Nivel de riesgo suicida según las variables sociodemográficas

	Variables	Media de Riesgo Suicida	p
Sexo	Hombre	8,08	0,598
	Mujer	7,90	
Edad	14 años	7,63	0,049*
	15 años	7,41	
	16 años	8,54	
Curso	Décimo EBG Superior	7,33	0,042*
	Primero de bachillerato	7,74	
	Segundo de bachillerato	8,76	
Nivel socioeconómico	Bajo	7,50	0,55
	Medio bajo	8,33	
	Medio típico	7,58	
	Medio alto	8,33	
	Alto	8,00	
Tipo de familia	Nuclear	7,33	0,048*
	Monoparental	8,35	
	Extensa	9,09	
	Reconstituida	8,00	
Lugar de residencia	Urbano	8,09	0,200
	Rural	7,53	
Colegio	Fiscal	7,93	0,936
	Particular	7,96	
¿Ha ido al psicólogo alguna vez?	No	7,74	0,189
	Si	8,08	

Nota: * Diferencia significativa ($p < 0.05$)

El nivel de riesgo suicida de los 63 participantes con riesgo no resultó ser significativamente diferente según: sexo, nivel socioeconómico, lugar de residencia, sostenimiento del colegio y asistencia al psicólogo. Se encontraron diferencias significativas según el curso de los estudiantes ($p = 0,042$), aquellos estudiantes de segundo año de bachillerato tenían mayor nivel de riesgo que los de primero de bachillerato y décimo de EGB superior. Así mismo se encontró que en aquellos

adolescentes que pertenecían a una familia extensa el nivel de riesgo era significativamente mayor que las demás familias. ($p=0,048$) y los adolescentes de 16 años tenían mayor intensidad de riesgo ($p = 0049$), los estudiantes de familias monoparentales presentaron la menor intensidad de riesgo suicida (Ver tabla 4).

Correlaciones

Tabla 5. Correlaciones riesgo y variables sociodemográficas

		Curso	Edad	Puntuación del nivel socioeconómico	Número de hermanos
Riesgo Suicida	rs	,137*	,132*	-0,080	-0,083
	p	0,026	0,032	0,193	0,179

Nota: * Relación significativa ($p < 0.05$)

Se encontraron relaciones leves positivas ($p < 0.05$) entre la puntuación total de riesgo suicida y la edad de los participantes, a mayor edad y curso, mayor puntuación en riesgo suicida. La puntuación en el nivel socio económico y el número de hermanos no se relacionó con el riesgo suicida, detalles en la tabla 5.

DISCUSIÓN

Los 264 adolescentes que participaron en el estudio acuden a un colegio fiscal y un colegio particular, las edades oscilaron entre 14 y 16 años, con una edad media de 15,27 años ($DE=0.69$), por lo que prevalecían los adolescentes con edades de 15 y 16 años. Diferente a los resultados obtenidos en Chile por Sandoval y colaboradores (2018) en donde la edad media fue de 14,5 años.

Prevalecieron en el estudio adolescentes del sexo femenino con un 69,7% en tanto el 30,3% fueron hombres, esto es similar a los resultados obtenidos en Colombia por Forero, Siabato y Salamanca (2017) en donde el 56,4% eran mujeres y el 43,6% eran hombres.

Por otra parte, se diferencian de los resultados encontrados en Perú por Luna (2013) quién obtuvo en su muestra un 53% de participantes masculinos y un 47% femeninos, asimismo, en Ecuador Cepeda (2015) halló que en su estudio el 57% eran varones y 43% eran mujeres.

En los resultados se evidenció que el 72,3% de los participantes residían en un lugar urbano, esto difiere del 24,6% obtenido por Sandoval y colaboradores (2018).

De los adolescentes participantes en el estudio el 60,6% pertenecía a una familia nuclear es así que este tipo de familia prevaleció en ambos Colegios, por otra parte, hubo una menor incidencia de las familias reconstituidas. Similar al 52% obtenido por Luna (2013) y el 49,7% por Aguirre y colaboradores (2013).

El 43,2% de los participantes mencionaron haber recibido en alguna ocasión atención psicológica, la mayoría de ellos pertenecían al Colegio Particular.

En el estudio el 92,8% de la muestra tenían hermanos similar al 87,6% obtenido en el estudio de Aguirre y colaboradores (2013) en Manizales, Colombia.

Además, se evidenció que el 34,8% de los adolescentes tenían un estrato socio económico medio alto, el 28,4% un medio típico, el 27,7% pertenecían a un estrato alto, mientras que el 8,3% presentaban un estrato medio bajo y el 0,8% pertenecían a un nivel bajo.

El análisis reveló que los participantes tenían puntuaciones entre 300 y 992 con una media de 737,5 (DE=146.41) lo que indicó una tendencia dirigida a un estrato medio alto y una baja dispersión con diferencias significativas por colegios, a diferencia de lo hallado en México por Mayer y colaboradores (2016) en donde el 60% de adolescentes pertenecían a un estrato medio.

En cuanto al estrato socioeconómico en el colegio Fiscal prevaleció el nivel medio típico (47,6%) y en el Colegio Particular el nivel medio alto (59%) con diferencias significativas, $p=.000$

Por su parte, la prevalencia de riesgo suicida fue de 23,9%, con un predominó del nivel leve representado por el 18,6%, el nivel moderado con el 4,9% y el nivel severo con el 0,4%. Este resultado es superior al 16,5% encontrado por Aguirre y colaboradores (2013), al 20,1% hallado por Sandoval y colaboradores (2018) y al 21% señalado por Iler (2014) en Ecuador. Por otra parte, fue inferior al 30% obtenido por Forero, Siabato y Salamanca (2017), al 42,7% observado por Cañón y colaboradores (2016) en Colombia y al 46,3% encontrado por Luna (2013).

De los adolescentes identificados con riesgo suicida prevalecieron las mujeres con un 27% similar al 36% encontrado por Luna (2013) y al 37% hallado por Forero, Siabato y Salamanca (2017).

Prevalecen en el estudio los adolescentes con riesgo suicida de primero de bachillerato (54%), los residentes en zonas urbanas (73%), los que han recibido atención psicológica (57,1%), con tipo de familia nuclear (52,4 %) y con número de hermanos entre 1 a 3 (80,6%).

Al momento de realizar comparaciones entre las variables sociodemográficas y la media de riesgo suicida se evidenciaron diferencias significativas en relación a la edad (16 años), curso (segundo de bachillerato) y tipo de familia (extensa), $p < 0,05$

Los resultados evidenciaron que prevalece en adolescentes con riesgo suicida el estrato socioeconómico medio típico (38,1%), con valores similares en medio alto (28,6%) y alto (25,4%).

En los resultados obtenidos se encontraron relaciones leves positivas ($p < 0.05$) entre la puntuación total de riesgo suicida y la edad de los participantes, a mayor edad y curso, mayor puntuación en riesgo suicida, el número de hermanos no se relacionó con el riesgo suicida.

Relacionando la teoría social de Durkheim con los resultados obtenidos se puede evidenciar que el hecho de que exista mayor riesgo suicida a mayor edad se debe a que algunos adolescentes en la actualidad se sienten más presionados por la sociedad, la cual les exige un excelente rendimiento académico y el no cumplir con esto significaría un fracaso.

CONCLUSIONES

1. A pesar que otros estudios han logrado establecer la relación entre estrato socioeconómico y riesgo suicida esta investigación no tiene datos concluyentes que permitan categóricamente indicar que aquella relación existe, en el caso del grupo de estudio esa relación no es relevante.
2. En la muestra existió un predominio de participantes mujeres con un 69,7% en comparación a los participantes varones que representaba el 30,3%. La mayoría (72,3%) reside en un sector urbano.
3. Con respecto a la edad el 44,3% tenían 15 años, el 41,3% 16 años y el 14,4% 14 años con una edad media de 15,27 años.
4. La familia con mayor frecuencia era la nuclear (60,6%), seguida por monoparental (23,9%). Habían participantes con más de 5 hermanos, pero en general la cantidad de hermanos de los estudiantes era entre 1 y 3. Aproximadamente la mitad (43,2%) de los estudiantes han ido al psicólogo alguna vez
5. El estrato socioeconómico de los estudiante entre 14 y 16 años de las dos Unidades Educativas es medio alto. Tomando en cuenta solo el colegio Fiscal este tiene un estrato socioeconómico medio típico, y el colegio Particular un estrato socioeconómico alto.
6. De la muestra total el 23,9% presentó riesgo suicida, mientras que en el 76,1% no se evidencia esta problemática.
7. En cuanto al nivel de intensidad del riesgo suicida se encontró que el 18,6% presentó un nivel leve, el 4,9% un nivel moderado y el 0,4% un riesgo severo.
8. Las mujeres tenían más incidencia de riesgo que los hombres pero no hay diferencia en el nivel de intensidad entre hombre y mujeres. Tampoco se halló correlación entre el riesgo y el tipo de unidad educativa, lugar de residencia,

atención psicológica y número de hermanos. Sin embargo, se evidenció que a mayor edad mayor riesgo suicida, asimismo, los cursos superiores presentaron más riesgo. De la misma manera, se observó que las familias extensas en comparación con los otros tipos de familia presentaban una media de riesgo suicida superior.

9. Algunas limitantes de la investigación fue el no poder realizar este estudio en Unidades Educativas con mayor dispersión en relación al estrato socioeconómico y ubicadas tanto en zonas rurales como urbanas, ya que los colegios no aprobaron este proyecto.

RECOMENDACIONES

Proponer a la dirección de ambos colegios la elaboración de estrategias de prevención y promoción de factores protectores en los que se destaque el papel de la familia, la escuela y el contexto sociocultural en el desarrollo de los adolescentes.

Continuar con esta investigación profundizando en otros factores que puedan estar asociados al riesgo suicida, con la finalidad fortalecer los procesos de generación de programas de prevención del riesgo y promoción de los factores protectores de la salud mental de los adolescentes.

Socializar los resultados de la presente investigación con otros centros docentes y de salud que participan en la elaboración de estrategias de prevención del riesgo y promoción de los factores protectores de la salud mental en la infancia, adolescencia y juventud.

BIBLIOGRAFÍA

- Abedrabbo, F. (2015). *Factores de riesgo para la depresión y ansiedad en internos de su libertad del centro de rehabilitación social Guaranda*. Quito. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/jspui/bitstream/23000/4607/1/113841.pdf>
- Aguirre, A. (2018). *Detección temprana de ideación suicida e identificación de los factores de riesgo asociados, en adolescentes de dos unidades educativas del sur de la ciudad de Quito en el periodo septiembre 2017 a febrero 2018*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Aguirre, D., Cataño, J., Sandra, C., Daniel, M., Rodríguez, J., Rosero, L., . . . Vélez, J. (2013). Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). *Rev Fac Med*, 63.
- Almonte, C., & Montt, M. (2012). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Álvarez, J., Cañón, S., Castaño, J., Bernier, L., Cataño, Á., Galindo, P., . . . Sánchez, C. (2012). Factores de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de Palestina-Caldas (Colombia), 2012. *Universidad de Manizales*.
- Amador, G. (2015). Suicidio: consideraciones históricas. *Scielo*.
- Andrade, J. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 688-721.
- Arcos, Á. (8 de Septiembre de 2016). *Proyecto de investigación sobre el suicidio*. Obtenido de

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1>

Argentina.gob.ar. (2017). Suicidio. Obtenido de <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/48/215-suicidio>

Barrionuevo, J. (2009). *Suicidios e intento de suicidios*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Bella, M., Fernández, R., & Willington, J. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta. *Scielo*.

Buendía, J., Riquelme, A., & Ruiz, J. (2004). *Factores implicados: en el comportamiento suicida*. Murcia.

Campo, D. (2017). *Caracterización de los pacientes con conducta suicida hospitalizados en instituto de neurociencia, Guayaquil, 2014s*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/25678/1/TESIS%20CARACTERIZACI%C3%93N%20DE%20PACIENTES%20CON%20CONDUCTA%20SUICIDA%20HOSPITALIZADOS%20EN%20INC%202014.pdf>

Canning, J., Denny, S., Bullen, P., Clark, T., & Rossen, F. (2017). Influence of positive development opportunities on student well-being, depression and suicide risk: the new Zealand Youth Health and Well-being Survey 2012. *Kōtuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online*. Obtenido de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1177083X.2017.1300924>

Cano, P., Gutiérrez, C., & Nizama, M. (2009). *Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía Peruana*.

- Cañón Buitrago, S. C. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Redalyc*.
- Cañon, C., Castaño, C., Mosquera, L., Orozco, D., & Giraldo, L. (2016). Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia). *Diversitas Perspect Psico*.
- Carvalho, M. E. (2017). Obtenido de Pensado la problemática del suicidio adolescente en el marco del contexto actual: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tesis_final_1.pdf
- Castaño, J., Cañón, S., Betancue, M., Castellanos, P., Guerrero, J., Gallego, A., & Llanos Catalina. (2015). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia sede Manizales. *Scielo*.
- Cazar, J. (2014). *Incidencia y causas más comunes de suicidio en el período 2008 al 2012 en Pichincha, Quito*. Quito: Universidad de las Américas .
- Cepeda, A. (2015). *Relaciones parentales y su influencia en el riesgo suicida en adolescentes*.
- Cervantes, W., & Melo, E. (2008). El suicidio en adolescentes: un problema en crecimiento. *DUAZARY*.
- Coleman, I., & Swanson, S. (2013). Asociación entre la exposición al suicidio y las tendencias en la juventud. *Revista de Asociación Médica- Canadiense*.
- Córtes, A. (2014). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Scielo*.

- Chaca , J., & Idrovo, R. (2015). *Riesgo de suicidio y factores asociados en estudiantes de bachillerato del Colegio Benigno Malo*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24226/1/TESIS.pdf>
- Donas Burak, S. (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina* .
- Durkheim, E. (2012). *El suicidio*. Madrid: Akal.
- El Comercio. (24 de Junio de 2018). El riesgo de suicidio sube en adolescentes ecuatorianos. Obtenido de <https://www.elcomercio.com/actualidad/riesgo-suicidio-suba-adolescentes-ecuatorianos.html>
- El Mercurio. (11 de Abril de 2018). Suicidios son frecuentes en Cuenca.
- El Tiempo. (24 de Abril de 2009). El índice de suicidios se incrementa en el Azuay. *El Tiempo*. Obtenido de <http://www.eltiempo.com.ec/noticias/sucesos/9/206912/el-indice-de-suicidios-se-incrementa-en-el-azuay>
- El Universo. (Abril de 2016). Suicidios en Ecuador aumentaron en 3,4% del 2000 al 2012, según la OMS. *El Universo*. Obtenido de <https://www.eluniverso.com/vida-estilo/2014/09/04/nota/3711351/suicidios-ecuador-aumentaron-34-2000-2012-segun-oms>
- Espinosa , L. (2015). *Suicidio en Adolescentes*. Jaen: Universida de Jaen.
- Forero, E., & Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* , 15.
- García de Jalón , & Peralta. (2002). Suicidio y riesgo suicida. *Researchgate*.

- García, J., Moncada, M., & Quintero, J. (2013). El bullying y el suicidio en el escenario universitario. *Revista colombiana de ciencias sociales*.
- Gassman Pines, A. (2014). Effects of Statewide Job Losses on Adolescent Suicide-Related Behaviors. *Am J Public Health*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4167092/>
- Gómez, E., & Heredia, M. (2012). *Psicopatología: riesgo y tratamiento de los problemas infantiles*. México: Manual Moderno.
- Hernández, M., Horga de la Parte, J., Navarro, F., & Mira, A. (2015). *Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria*. Obtenido de <http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap033ansiedad.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGrawHill.
- Iler, J. (2014). *Funcionalidad familiar y el riesgo suicida en los adolescentes del segundo año del Colegio de Bachillerato Unificado Victoria*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- INEC. (2011). *INEC*. Obtenido de Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-estratificacion-del-nivel-socioeconomico/>
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V., & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Scielo*.
- Laskin, L. (2015). Realising the health and wellbeing of adolescents. *BMJ*. Obtenido de <https://www.bmj.com/content/351/bmj.h4119>
- López, M. (18 de Enero de 2016). Suicidio: un fenómeno mundial. *El universal*.

- Luna, D. (2013). *Factores familiares relacionados con la ideación suicida en los adolescentes de la Institución Educativa Alfonso Ugarte*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Mayer, P., Morales, N., Figueroa, G., & Ulloa, R. (2016). Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Salud Pública de México*, 58.
- Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad. (2012). *Guía de practica clinica de prevencion y tratamiento de la conducta suicidada*. Obtenido de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: PAIDOS.
- Moron, P. (1987). *El Suicidio*.
- Myers, D. (2005). *Psicología social*. McGrawHill.
- OMS. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- OMS. (2017). *Salud*. Obtenido de http://www.who.int/topics/mental_health/es/.
- OMS. (24 de Agosto de 2018). *Datos y cifras*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Orellana, W. (2016). *Sierra centro, una de las regiones con más suicidios en Ecuador*. Obtenido de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/septimo/1/sierra-centro-una-de-las-regiones-con-mas-suicidios-en-ecuador>

- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Obtenido de https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1309:mitos-acerca-del-suicidio&Itemid=310
- Ortega, M. (2016). *Suicidio en adolescentes*. Obtenido de TAUJA: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/4025/1/Ortega_Romero_Marta_TFG_Psicologa.pdf
- Pacheco, B., & Peralta, P. (2015). La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. *ARS Médica*.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. McGrawHill.
- Pérez, A. (14 de Marzo de 2018). *El Comportamiento Suicida*. Obtenido de Psicología Online : <https://www.psicologia-online.com/el-comportamiento-suicida-583.html>
- Pérez, S. (2009). *Glosario de términos suicidológicos* . Obtenido de World Psychiatric Association : http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/glosario-de-terminos.pdf
- Proaño, A. (2014). *Guía de escalas para la valoración psicopatológica*. Guayaquil: Laboratorios Bagó del Ecuador SA.
- Ramírez, M., Castillo, A., Cardona, K., & Mosquera, M. C. (2017). CONCEPCIÓN DEL SUICIDIO EN JÓVENES DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL COMUNITARIA. *Psyconex*. Obtenido de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/328516-129937-1-PB.pdf>

- Rodríguez, F., Glez , J., García , R., & Montes de Oca, D. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teoricas . *Psiquis*, 376-380.
- Rodríguez, C. (2012). *Psicología Social*. México: Red Tercer Milenio.
- Rodríguez, J. (2013). *El suicidio, un problema de salud pública* . Obtenido de Sabersinfin: <https://www.sabersinfin.com/articulos/salud/7631-el-suicidio-un-problema-de-salud-publica>
- Romero, M., Fernández, N., Huerta, G., & Barradas, M. (2015). Depresión y ansiedad en estudiantes de pedagogía Veracruz. Universidad Veracruzana. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2018). *Sinopsis de psiquiatría*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sánchez, R., Gúzman , Y., & Cáceres , H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Scielo* .
- Sandoval, B., Vilela, M., Mejiab, R., & Caballero, A. (2018). Suicide risk associated with bullying and depression in high school. *Chile Rev Chil Peditra*, 89.
- Sauceda, J., Lara, M., & Focil, M. (2006). Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Mediagraphic*.
- Valdivia, Á. (2015). *Suicidología: prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Varengo, J. (2016). *Ideación suicida en adolescentes*. Universias Siglo 21. Obtenido de <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/13032/VARENGO%20Judith.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vilchez, M. (2017). *El suicidio desde el enfoque social en perspectiva histórica*. .

Obtenido de GESI: <http://www.seguridadinternacional.es/?q=es/content/el-suicidio-desde-el-enfoque-social-en-perspectiva-histórica-el-caso-de-la-armada-japonesa-y>

Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Vistazo. (2018). Los 50 mejores de Cuenca. *Vistazo*.

Weintraub, R., Brezing, C., Lagomasino, I., Perlis, R., & Stern, T. (2018). Paciente suicida. En T. Stern , M. Fava, T. Wilens, & J. Rosenbaum, *Tratado de psiquitría clínica* (pág. 589). Barcelona: Elsevier.

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL REPRESENTANTE

“El nivel socioeconómico y variables psicológicas en adolescentes entre 14 y 16 años de dos Unidades Educativas de la ciudad de Cuenca”

La presente investigación tiene como director al Mst. René Zalamea y es realizada por Verónica Merino y Karol Narváez estudiantes de la Universidad del Azuay.

Se ha solicitado de usted su consentimiento informado para que su representado (a) participe en este estudio con vistas a implementar un plan de intervención desde la perspectiva de la educación y promoción de salud con el cual su representado (a) será beneficiado, para ello le proporcionamos toda la información sobre el tema de investigación en la cual se ha propuesto la participación de su representado (a).

Durante la investigación su representado (a) recibirá una encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC, una escala que permite identificar aspectos psicológicos y una ficha sociodemográfica, y nos gustaría que completara todos los datos que se solicitan ya que forman parte de la información que se requiere en el estudio propuesto.

Aspectos éticos y legales

Este proyecto de investigación ha sido enviado a un Comité de Ética independiente y ha sido aprobado sin objeciones éticas.

Autonomía

Usted al firmar este documento está aceptando que su representado (a) participe en el proyecto de investigación, y con ello declara que se ha leído a usted toda la información respecto a la investigación, que ha comprendido lo que dice el documento, que le han contestado todas las inquietudes que pueda surgir sobre el tema propuesto, y que su decisión de autorizar la participación de su representado (a) es voluntaria, libre y pensada por usted, sin ningún tipo de obligación o imposición por otras personas.

Beneficencia

Durante todo el desarrollo de la investigación se procurará siempre mantener el beneficio de su representado (a), buscando su bienestar personal y el bienestar de los otros sujetos de la sociedad.

No maleficencia

Durante el tiempo que dure el proceso de la investigación los participantes no sufrirán ningún daño en detrimento de la salud ni físico, mental, emocional o moral.

Justicia

Los conocimientos generados durante el proceso de investigación serán difundidos hacia los sujetos objeto de estudio, y de manera anónima a la comunidad y población en general, con el único fin de elevar la calidad de vida.

Confidencialidad

Con esta firma usted otorga además su consentimiento para el traspaso de los datos recogidos de su representado (a), para proceder a una evaluación estadística. Todos los datos serán manejados de forma anónima, es decir, solo se transmitirán las iniciales o el número que se le asigna a su representado (a); su nombre y dirección solamente son conocidos por el investigador y no serán comunicados a terceras partes estando sujetos a las normas de protección de datos. En caso de publicación de esta investigación se guardarán todas las normas antes establecidas.

En caso de preguntas posteriores, por favor contactar con Verónica Merino y Karol Narváez. Teleff.: 0979208293/ 0992922078

Nombre participante menor de edad: _____

Firma: _____

Nombre del representante: _____

Firma: _____

ANEXO 2. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Señor (a)._____

Director de la Unidad Educativa.

Por medio de la presente le saludo cordialmente y le deseo que continúe con éxito en sus funciones profesionales, directivas y personales.

Nosotras, Verónica Merino y Karol Narváez, estudiantes de la Facultad de filosofía, letras y ciencias de la educación de la Universidad del Azuay, que nos encontramos realizando el ejercicio de culminación de estudios universitarios, modestamente solicitamos a usted, nos autorice realizar un trabajo de investigación cuyo tema es: Relación entre estrato socioeconómico y riesgo suicida en adolescentes entre 14 y 16 años de dos Unidades Educativas de la ciudad de Cuenca.

El mismo servirá como tesis previo a nuestra graduación, comprometiéndonos de antemano a hacerlo con mucha responsabilidad y con el máximo respeto a los adolescentes y a la institución que usted acertadamente dirige.

Por la favorable acogida que se digne en dar a la presente, anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente:

Verónica Merino

Karol Narváez

0107455545

0104234760

Firma de responsable Director de tesis: René Zalamea

Fecha de entrega_____

ANEXO 3. FICHA SOCIO DEMOGRÁFICA

Sexo	Hombre/ Mujer
Edad	14- 15- 16
Grado de instrucción	
Lugar de residencia	
Tipo de familia	
¿Cuántos hermanos tiene?	
¿Ha ido al psicólogo alguna vez?	Si / No

ANEXO 4. ENCUESTA DE ESTRATIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO



Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38
Acceso a tecnología		
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35

3 ¿Tiene computadora portátil?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		porcentaje final
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
4 ¿Tiene lavadora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		porcentaje final
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0

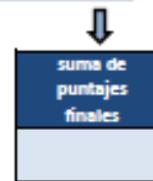
Sí	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 o más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

Según la suma de puntaje final (Umbral),
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbral
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos



ANEXO 5. ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

Final del formulario Instrucciones: A continuación se muestra un test con 15 apartados.

En cada pregunta ha de elegir una sola respuesta. Intente responder el test de forma sincera.

COMIENZA

EL

TEST:

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho.

Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no. Encierre en un círculo su respuesta.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?

SÍ

NO

2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?

SÍ

NO

3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?

SÍ

NO

4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?

SÍ

NO

5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?

SÍ

NO

6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?

SÍ

NO

7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?

SÍ

NO

8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?

SÍ

NO

9. ¿Está deprimido/a ahora?

SÍ

NO

10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?

SÍ

NO

11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?

SÍ

NO

12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?

SÍ

NO

13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?

SÍ

NO

14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?

SÍ

NO

15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?

SÍ

NO