



IMPACTO DEL GÉNERO EN LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN QUITO (ECUADOR)

Ana Lorena Campo Aráuz

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

IMPACTO DEL GÉNERO EN LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN QUITO (ECUADOR)

ANA LORENA CAMPO ARÁUZ



TESIS DOCTORAL
2018



DOCTORADO EN SALUD, PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

Ana Lorena Campo Aráuz

IMPACTO DEL GÉNERO EN LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN QUITO (ECUADOR)

TESIS DOCTORAL

Dirigida por los Drs. Alexandra Cosi e Hilario Blasco Fontecilla

Departamento de Psicología



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI

Tarragona

2018



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT DE PSICOLOGIA

<http://psico.fcep.urv.es>

Carretera de Valls, s/n
43007 Tarragona
Tel. +34 977 55 80 75
Fax +34 977 55 80 88
a/e: sdpsico@urv.cat

HACEMOS CONSTAR que esta tesis doctoral titulada “*Impacto del género en los intentos de suicidio en Quito (Ecuador)*”, que presenta Ana Lorena Campo Aráuz para la obtención del título de Doctor, ha sido realizada bajo nuestra codirección en el departamento de Psicología de la Universidad Rovira i Virgili.

Tarragona, a 01 junio 2018

Los directores de la tesis doctoral

Alexandra Cosi Muñoz
Departamento de Psicología
(Universidad Rovira i Virgili)

Hilario Blasco Fontecilla
Departamento de Psiquiatría
(Universidad Autónoma de Madrid)
Psiquiatra adjunto del Hospital
Puerta de Hierro (Majadahonda)

Dedicatoria

A cada uno de mis familiares, amigos y personas queridas que me dieron su cariño, paciencia y apoyo. La distancia fue imperceptible gracias a todos.

Y especialmente a todas las personas que se sienten afectadas por esta problemática, ya sea en primera persona o porque un ser querido lo padece o lo ha sufrido. Los que están en Ecuador y los que he conocido en España. Cada día en estos años han sido mi principal motivación para abordar la conducta suicida.

Agradecimientos

Doy gracias a los doctores Hilario Blasco-Fontecilla y Alexandra Cosi, mis directores de tesis por su guía paciencia y generosidad en la transmisión de sus conocimientos para que esta tesis haya encontrado final del camino. También al Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Quito (IPSC) que colaboró con esta investigación y que a través de sus autoridades y principalmente del psicólogo David Moscoso, fue posible llevarla a cabo. Gracias a David y a todo el personal del IPSC por su predisposición en todo momento y su interés por contribuir con el campo de la investigación en la conducta suicida de nuestro país.

Agradezco también a cada uno de los participantes de este estudio, tanto los pacientes del IPSC como las personas que colaboraron en la Universidad Politécnica Salesiana de Quito. Sin ellos no habría sido posible desarrollar esta investigación, considerando además la difícil situación por la que atravesaban en el momento de su participación, lo que la hace aún más valiosa.

A la beca que me concedió la Fundación Carolina, que me permitió hacer estos estudios doctorales en la Universitat Rovira i Virgili. Al coordinador de mi beca, Juan Torres por su siempre diligente y acertada asistencia en todos los trámites realizados anualmente.

A todos mis amigos y amigas que conocí en España en estos años, quienes han hecho agradable mi estancia en esta maravillosa tierra de acogida.

INDICE

Índice de tablas	10
Índice de figuras	11
Abreviaturas	12
Resumen	15
Abstract	16
Resum	17
CAPÍTULO 1	19
INTRODUCCIÓN TEÓRICA.....	19
1.1. Definiciones	25
1.1.1. Terminología básica.....	25
1.2. Modelos explicativos.....	28
1.3. Factores de riesgo y de protección	33
1.4. Epidemiología del suicidio	43
1.3.1. Epidemiología del suicidio en Ecuador.....	45
1.5. La influencia del género	48
CAPÍTULO 2	53
OBJETIVOS e HIPÓTESIS	53
2.1. Objetivos.....	55
2.2. Hipótesis	56
CAPÍTULO 3	57
MÉTODO	57
3.1. Muestra	61
3.1.1. Casos.....	61
3.1.2. Controles.	62
3.2. Procedimiento de recolección de los datos.	62
3.3. Implicaciones éticas en el estudio del comportamiento suicida	63

3.4. Instrumentos	64
3.4.1. Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE).....	64
3.4.2. Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck EPQ-R (versión abreviada).	65
3.4.3. Acontecimientos vitales estresantes (List of Threatening Experiences, LTE).....	66
3.4.4. Escala Columbia para evaluar riesgo de suicidio (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, CSSRS).....	69
3.5. Análisis estadístico.....	71
CAPÍTULO 4	73
RESULTADOS	73
4.1. Descripción datos sociodemográficos y clínicos.....	75
4.1.1 Descripción datos clínicos de los casos (intentos de suicidio)	79
4.2. Características diferenciales entre Casos y Controles.....	80
4.2.1. Diferencias en los rasgos de personalidad.	80
4.2.3. Diferencias en los estilos de afrontamiento al estrés.	82
4.2.4. Diferencias en los acontecimientos vitales estresantes.....	84
4.3. Correlación de los resultados entre escalas (casos).....	87
4.4. Resultados de regresión múltiple en casos de intento de suicidio	88
CAPÍTULO 5	91
DISCUSIÓN	91
5.1. Características sociodemográficas y clínicas.....	94
5.2. Rasgos de personalidad.....	98
5.3. Afrontamiento al estrés	100
5.4. Acontecimientos vitales estresantes.....	103
5.5. Correlación de variables en relación a la conducta suicida.....	106
5.5. Limitaciones y fortalezas	108
CAPÍTULO 6	113
CONCLUSIONES	113
CAPÍTULO 7	117
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	145
Anexo A: Escalas psicométricas	147
Anexo B: Ficha datos sociodemográficos	157
Anexo C: Ficha datos clínicos.....	158

Anexo D: Hoja informativa y consentimiento informado.....	159
Anexo E: Convenio colaboración institucional.....	161

Índice de tablas

Tabla 1: Perfiles diferenciales del suicidio consumado y el intento de suicidio	38
Tabla 2: Factores de riesgo/protección.	39
Tabla 3. Características sociodemográficas del grupo control y del grupo con intento de suicidio	76
Tabla 4. Resultados sociodemográficos por sexo.....	78
Tabla 5. Características clínicas de casos con intentos suicidas.....	79
Tabla 6. Resultados por diagnósticos en los casos.	80
Tabla 7. Resultados EPQR-A	81
Tabla 8. Resultados EPQR-A en Hombres y Mujeres. Control versus Intento.....	81
Tabla 9. Comparación resultados EPQR-A entre hombres y mujeres con intento suicida ..	82
Tabla 10. Resultados CAE, estilos afrontamiento de estrés	83
Tabla 11. Resultados CAE entre hombre y mujeres. Control versus Casos.....	83
Tabla 12. Comparativa resultados CAE entre hombres y mujeres con intento suicida.....	84
Tabla 13. Resultados LTE	85
Tabla 14. Comparación Mujeres y Hombres test LTE. Control versus Intento.	85
Tabla 15. Comparación resultados LTE entre hombres y mujeres con intentos suicidas. ...	86
Tabla 16. Correlación escalas LTE, CAE Y EPQR-A	88
Tabla 17. Regresión múltiple lineal de los datos sociodemográficos y las escalas de la personalidad en el intento de suicidio.....	89
Tabla 18. Regresión múltiple de los datos sociodemográficos y las escalas de personalidad en el intento de suicidio de las mujeres.	90

Tabla 19. Regresión múltiple lineal de los datos sociodemográficos y las escalas de personalidad en el intento de suicidio de los hombres.	90
---	----

Índice de figuras

Figura 1. Modelo estrés-diátesis de Mann.....	31
Figura 2. Tasa de suicidio en el mundo por cada 100.000 habitantes.	44
Figura 3. Diseño de investigación	60
Figura 4. Distribución por edad.....	76

Abreviaturas

AN	Autofocalización negativa
BAE	Búsqueda apoyo emocional
CAE	Coping Questionnaire Stress
C-SSRS	Columbia-Suicide Severity Rating Scale
Ed (Eds.)	Editor (Editores)
EEA	Expresión emocional abierta
EPQR-A	Eysenck Personality Questionnaire. Abreviado
Estad.	Estadístico
EV	Evitación
FSP	Focalizado en la solución del problema
HHA	Hipotalámico-hipofisario-adrenal
5-HT	Receptor de serotonina o de 5-hidroxitriptamina
INEC	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
IPSC	Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón
LTE	The List of Threatening Experiences of Brugha
OMS	Organización Mundial de la Salud
p. (pp.)	Página (páginas)

R	Religión
REP	Reevaluación positiva
SNC	Sistema Nervioso Central
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
UPS	Universidad Politécnica Salesiana
Vol.	Volumen
WHO	World Health Organization

Resumen

Introducción: El suicidio es la segunda causa de muerte en la población joven en el mundo y la principal causa de muerte en los jóvenes entre los 13 y 20 años en Ecuador. El principal objetivo de esta tesis es investigar el impacto del sexo en las características de los intentos suicidas en Quito (Ecuador).

Métodos: Se trata de un estudio transversal de casos-controles. La muestra de la tesis está compuesta por 74 sujetos (65% de mujeres y 35% de hombres), 37 casos con intento de suicidio y 37 controles, emparejados entre sí por edad y sexo, a los cuales se les aplicó el Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A), el Listado de Acontecimientos Vitales Estresantes (LTE), el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) y la Entrevista de Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (CSSRS).

Análisis estadístico: para comparar las variables sociodemográficas se usaron la χ^2 y la prueba U de Mann Whitney para las variables categóricas y las variables ordinales, respectivamente. Se analizaron las diferencias entre los hombres y las mujeres con intento de suicidio mediante la prueba χ^2 , la t de Student y el coeficiente de correlación de Pearson. Finalmente, se llevaron a cabo análisis de regresión múltiple lineales con el método de pasos sucesivos. Se usó el paquete estadístico SPSS 24.0, asumiendo un nivel de significación estadística del 5%.

Resultados: Los factores más relevantes en los intentos de suicidio fueron: 1) en las mujeres: el neuroticismo, la expresión emocional abierta y ser víctima de agresión; 2) en los hombres: el nivel de ingresos, trabajo, la religión, la búsqueda de apoyo social, la reevaluación positiva y la agresión.

Conclusión: Los hombres y mujeres que intentaron el suicidio en nuestra muestra presentan diferencias clínicas que podrían ser explicadas por diferencias de rol de género.

Abstract

Introduction: Suicide is the second leading cause of death among young people around the world and the main of cause of death of individuals between the ages of 13 and 20, in Ecuador. The main objective of this thesis is to investigate the impact of sex in the characteristics of suicide attempts in Quito (Ecuador).

Method: A case-control study was conducted. The sample is composed of 74 subjects (65% female and 35% male), 37 cases with suicide attempts were compared with a control group of 37, matched by age and sex. Several tests were applied: Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated (EPQR-A), List of Threatening Experiences (LTE), Coping Strategies Questionnaire (CSQ), and the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS).

Statistical Analysis: To compare the socio-demographic variables, two tests were employed: the χ^2 for categorical variables and the Mann–Whitney U for ordinal variables. Differences between males and females with suicide attempts were analyzed by applying the χ^2 test, Student's t-test, and the Pearson correlation coefficient. To conclude, a multiple linear and stepwise regression analysis was applied. The software package SPSS 24.0 was used with the level of statistical significance of 5%.

Results: The most relevant factors in suicide attempts were: 1) Females: neuroticism, open emotional expressions and being victims of aggression; 2) Males: income level, work, religion, search for social support, positive reinforcement, and aggression.

Conclusion: Males and females who attempted suicide in our sample show different clinical characteristics that could be explained through gender roles differences.

Resum

Introducció: el suïcidi és la segona causa de mort en la població jove en el món i la principal causa de mort en els joves entre els 13 i 20 anys a l'Equador. El principal objectiu és investigar l'impacte del sexe en les característiques dels intents suïcides a Quito (Equador).

Mètodes: Es tracta d'un estudi transversal de casos-controls. La mostra de la tesi està composta per 74 subjectes (65% de dones i 35% d'homes), 37 casos amb intent de suïcidi i 37 controls, aparellats entre si per edat i sexe, als quals se'ls van aplicar el qüestionari revisat de personalitat d'Eysenck (EPQR-a), la Llista d'Esdeveniments Vitals Estressants (LTE), el Qüestionari d'Afrontament a l'Estrès (CAE) i l'Entrevista de Columbia per Avaluat el Risc de Suïcidi (CSSRS). Anàlisi estadística: per comparar les variables sociodemogràfiques es van usar la χ^2 i la prova U de Mann Whitney per a les variables categòriques i les variables ordinals, respectivament. Es van analitzar les diferències entre els homes i les dones amb intent de suïcidi mitjançant la prova χ^2 , la t d'Student i el coeficient de correlació de Pearson. Finalment, es van dur a terme anàlisis de regressió múltiple lineals amb el mètode de passos successius. Es va usar el el paquet estadístic SPSS 24.0, assumint un nivell de significació estadística del 5%.

Resultats: els factors més rellevants en els intents de suïcidi van ser: 1) a les dones: el neuroticisme, l'expressió emocional oberta i ser víctima d'agressió; 2) en els homes: el nivell d'ingressos, treball, la religió, la recerca de suport social, la reavaluació positiva i l'agressió.

Discussió: els homes i dones que van intentar el suïcidi en la nostra mostra presenten diferències clíniques que podrien ser explicades per diferències de rol.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

TEÓRICA

El suicidio es un problema de salud pública de gran repercusión en todo el mundo (Nordentoft, 2007). Según el informe de la Organización Mundial de la Salud-OMS (World Health Organization [WHO], 2014) durante el año 2012 se registraron aproximadamente 804.000 suicidios consumados, lo que se traduce en una tasa anual mundial de suicidio del 11,4 por 100.000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). Según el mismo informe el número de intentos de suicidio sería al menos 20 veces superior que al de suicidios consumados. Dentro de las *conductas suicidas no fatales*, los intentos de suicidio son los que más dificultad conllevan para el registro (Christiansen, E., & Jensen, B. F., 2004), pues según la OMS la mayoría de países aún no poseen un sistema generalizado y estandarizado que arroje cifras representativas desde cada una de las unidades de salud, privadas y/o públicas. Este el caso de Ecuador, país donde se ha desarrollado la investigación de la presente tesis doctoral, por lo que es urgente y relevante que se realicen estudios en este tipo de población para una mejor comprensión de la problemática, tanto a nivel global como local.

El suicidio afecta a determinados grupos poblacionales de acuerdo al sexo, la edad, las condiciones socioeconómicas y de salud. De hecho, ningún grupo humano está exento de presentar conductas suicidas, solo variando el porcentaje y las maneras en que se expresan en las distintas sociedades. A nivel mundial, las personas mayores de 70 años son quienes más presentan suicidios consumados. Del mismo modo, para la población joven de entre 15 y 29 años el suicidio es la segunda causa de muerte. Los suicidios son cometidos principalmente por hombres, de manera que en los países más ricos la diferencia con la tasa de suicidio consumado de las mujeres es mayor que en países con menos recursos. Sin embargo, las mujeres hacen más intentos de suicidio, al menos el doble que los hombres (WHO, 2014).

Algunos factores antro-po-sociológicos que se asocian a la conducta suicida son las escasas redes de apoyo familiar y comunitario en los países desarrollados, mientras que en los países en vías de desarrollo son las carencias en la asistencia sanitaria, el acceso a niveles mínimos de subsistencia física y la ausencia de políticas públicas para entender la problemática del suicidio en su diversidad de expresión, viéndolo como un tabú (Campo y Aparicio, 2017).

Las conductas suicidas –ideación, intentos de suicidio, y suicidio consumado- generan un gasto económico importante en las sociedades occidentales (Czernin et al., 2012), entre otras cosas porque implican la pérdida de vida de personas generalmente en edades productivas. Asimismo, como lo presentan Czernin et al. (2012), los pacientes psiquiátricos, en general, y los “suicidas” en particular, suponen un aumento importante del gasto sanitario relacionado con gastos directos (por ejemplo, el elevado consumo de psicofármacos o los ingresos psiquiátricos) e indirectos, como son las bajas médicas y la pérdida de productividad. Además, no siempre los países tienen sistemas de salud preparados para enfrentar el manejo adecuado de las personas con conductas suicidas o el registro preciso de las muertes por suicidio (Blasco-Fontecilla et al., 2012a). Por otra parte, aunque la predicción es imposible, se ha demostrado que la prevención es posible, por lo que es una pena que no haya planes preventivos estatales-nacionales en numerosos países, como España (Sáiz & Bobes, 2014) y países de Iberoamérica, siendo cada vez más urgentes políticas públicas de inversión para investigación e intervención comunitaria.

Estas consideraciones son la base de la presente tesis doctoral, centrada en el estudio de los intentos de suicidio en la ciudad de Quito, Ecuador. No existe en este país una tradición investigadora ni preventiva del suicidio, por lo que hay restricciones de información al

respecto, tanto a nivel institucional como social. El tabú sobre la conducta suicida es generalizado y está más extendido que, por ejemplo, en países como España, en donde, pese a carecer de un sistema preventivo a nivel nacional, tienen programas incipientes de prevención en algunas comunidades autónomas, foros de discusión e incluso agrupaciones de supervivientes y familiares de suicidas. Esto en Ecuador no existe. La comunidad y las familias gestionan la muerte de sus parientes de manera individual y dentro de un contexto de silencio absoluto. Por ello, no es de extrañar que el registro general de los intentos de suicidio sea inexistente (Ortiz-Prado et al., 2017). La información al respecto podría inferirse de datos secundarios y sin la fiabilidad del caso, como la ocupación de camas destinadas a pacientes considerados dentro de la atención en salud mental y, además, solo en centros públicos. Por estas razones, es más que probable que la prevalencia de los intentos de suicidio en Ecuador esté infra-representada. Así, es probable que la tasa de 7.1 de suicidios consumados recientemente reportado por Ortiz-Prado et al. (2017) sea menor de la real. Esto mismo sucedió en España: por una parte, Giner & Guija (2014) refirieron la discordancia que había sobre la tasa de suicidio consumado dependiendo de cuál era la fuente de los datos (Instituto Nacional de Estadística. INEbase, 2011). Por otra parte, recientemente la tasa de suicidio en la Comunidad de Madrid, que era excepcionalmente baja en comparación a otras comunidades autónomas españolas fue elevada cuando se mejoró la cuantificación de los suicidios en esta comunidad (Santurtún, Santurtún, & Zarrabeitia, 2017).

Son estas mismas limitaciones y dificultades las que invitan a desarrollar diversos estudios de la conducta suicida. Así, se requieren muchos estudios para analizar las diferentes variables que intervienen en las conductas suicidas dentro del contexto ecuatoriano. La República de Ecuador es declarada como Estado plurinacional y multiétnico

desde la Constitución de 1998 y ratificada en la carta de 2008. Ecuador, según datos del último censo del INEC (2010), tiene una población de alrededor de 15.000.000 habitantes, de los cuales cerca de 2.000.000 viven en la capital, Quito. Esta ciudad recibe migración interna de todo el país, por lo que es una ubicación idónea para empezar un estudio de este tipo. Por tanto, con la presente tesis doctoral se pretende expandir el conocimiento sobre los intentos de suicidio en la ciudad de Quito.

1.1. Definiciones

El estudio de la muerte voluntaria, autoinflingida o suicidio ha sido un tema analizado desde varias ópticas. Desde la filosofía, la teología, pasando por la sociología, psicología, ciencias forenses hasta la genética, la tendencia suicida de los seres humanos ha generado un vasto material bibliográfico. Mencionarlo en su totalidad merecería una tesis específica. Por lo tanto, en este apartado se hace referencia a los modelos explicativos vinculados al enfoque psicosocial con el que se ha diseñado la presente tesis doctoral. Se consideran algunos antecedentes teóricos clásicos, pero básicamente nos centraremos en las discusiones psicosociales actuales y los datos epidemiológicos de la conducta suicida en poblaciones determinadas.

Dentro de una visión general de los conceptos empleados en los estudios psicológicos del suicidio se consideran tres aspectos fundamentales:

- a) El tipo de conductas suicidas observadas.
- b) El riesgo potencial que presentan los actos suicidas para la vida de las personas que los efectúa, como factores individuales.
- c) La relación con las características de las poblaciones, que suelen presentarse dentro de los estudios epidemiológicos.

1.1.1. Terminología básica.

A lo largo de la historia lo que llamamos actualmente suicidio ha sido nombrado de varias maneras (muerte voluntaria, posesión, quitarse la vida, muerte propia, etc.) y hasta la actualidad se sigue discutiendo lo que se debe considerar o no un suicidio. El término, como

tal, “*guarda un profundo sentido moral e ideológico. Se trata de un neologismo aparecido en la Inglaterra del siglo XVII como suicidium, derivada de la palabra homicidium*” (Andrés, 2015, p. 42). Es decir, el acto de asesinarse o matarse.

La conducta suicida implica varias acciones, incluyendo pensamientos, planes, deseos y manifestaciones verbales o no verbales de autoeliminación, tal y como señalan algunos autores como O’Carroll et al. (1996) o Silverman et al. (2007), quienes han aportado una estructuración terminológica que permite identificar las distintas conductas suicidas estimadas según el grado de intencionalidad. Según estos autores, la primera categoría es la *ideación*, que se refiere a ideas, pensamientos o fantasías de muerte voluntaria o desaparición de sí mismo (Silverman et al., 2007). La segunda categoría es la *comunicación suicida*, expresada de modo verbal o no verbal, pasivo o activo e implicar cierto desarrollo de un plan o amenaza suicida (Silverman et al., 2007). Mientras que en la tercera categoría se encuentran los *intentos de suicidio*, que son aquellos actos efectuados con intencionalidad de muerte, generalmente con planificación de por medio, pero que no tienen como resultado la muerte (Shepard, Gurewich, Lwin, Reed, & Silverman, 2016). Desde el ámbito de lo observable es posible reconocer algunos actos suicidas, que según el resultado se considera de mayor o menor gravedad, siendo que el suicidio consumado es el más grave y las ideas suicidas circunstanciales las que conllevan menor riesgo.

En la Suicidología actual se considera que los intentos de suicidio deben ser evaluados como factores de riesgo efectivo para un suicidio consumado. De hecho, son el factor de riesgo más estrechamente relacionado con el suicidio consumado (Michael Bostwick, Pabbati, Geske, & McKean, 2016). Sin embargo, la mayoría de los suicidios consumados se dan en personas sin antecedentes previos de intentos de suicidio, lo que limita la capacidad predictiva de los intentos de suicidio (Artieda-Urrutia et al., 2014; Parra-Urbe et al., 2013;

Parra-Uribe et al., 2017). En los intentos de suicidio frustrados, a veces interviene la voluntad del propio sujeto por abortar el plan de quitarse la vida. En otras ocasiones, personas o acontecimientos externos evitan que se lleve a cabo el suicidio, por una intervención externa, como, por ejemplo, la atención médica. En ciertos casos, los intentos frustrados acarrear experiencias estresantes posteriores por las consecuencias del método utilizado, como el ejemplo extremo del tratamiento de reconstrucción facial por el uso fallido de un arma de fuego (Kucuker et al., 2016).

En un plano intermedio y relacionado directamente con tentativa e ideación suicida está la categoría de *parasuicidio*, acuñada por primera vez en 1969. Los actos parasuicidas son todos aquellos intentos de suicidio, que no tienen la intencionalidad de provocar la muerte de manera consciente, aunque el acto en sí conlleve tanto riesgo que implica un alto grado de letalidad potencial (Kreitman, Philip, Greer, & Bagley, 1969). Este término incluye desde conductas autolesivas leves (como cortarse sin intención de morir) hasta cualquier acción que tenga potencialidad mortal, aunque no llegue a ser letal porque algún agente lo evitó, como en el caso de los suicidios frustrados. En población infanto-juvenil parece que el parasuicidio está directamente relacionada con el acoso escolar, como se ha demostrado en algunas publicaciones recientes sobre el llamado Ciberbullying (John et al., 2018). En el parasuicidio, el sujeto no siempre comunica claramente una intencionalidad de morir, pero sus acciones pueden conducirlo a ello. De cualquier manera, el modelo “transicional” tradicional que postulaba una progresión desde la ideación hacia el suicidio consumado, pasando por los intentos de suicidio, está en la actualidad en entredicho.

1.2. Modelos explicativos

Hay diferentes modelos explicativos de la conducta suicida. En este apartado señalamos solo algunos de los más relevantes. A inicios del siglo XX Sigmund Freud propone en *Más allá del principio del placer* (1922) la lucha constante entre la pulsión de muerte, Tánatos, y el instinto de vida o Eros, siendo el suicidio la manifestación del triunfo de la pulsión tanática. Karl Menniger desarrolla esta proposición para explicar la tendencia de los seres humanos a la violencia contra sí mismos. Para que el suicidio se concrete en la persona deben coexistir tres elementos ligados al mecanismo de introyección: deseo de morir, deseo de ser matado, y deseo de matar (1938). Tanto en congresos especializados, como en estudios actuales aún se referencia estos autores clásicos para hablar de esta violencia introyectada, autodirigida (Innamorati et al., 2011; Pompili et al., 2011; Stack et al., 2016 y 2007).

Previamente, en 1897, Emile Durkheim había introducido el suicidio como objeto de estudio de la sociología y de las ciencias sociales con su texto clásico *El suicidio: estudio de sociología*. Desde esta perspectiva, el suicidio se muestra como un fenómeno social, propio de las grandes ciudades en crecimiento, lejos de la concepción de que es un hecho individual y correspondiente al campo de la psicología. En general, para Durkheim suicidio es todo acto humano que lleva voluntariamente a la muerte por acción propia. Una conducta normal y cotidiana exacerbada. No sería, en tal caso, una acción producida por una desviación, sino de las dinámicas sociales. Por eso mismo, las tasas de suicidio son constantes, subiendo cuando aparece un hecho económico o histórico social que inciden en la conducta de las personas (Durkheim, 1976). Para estudiarlo se sirvió del método deductivo con datos estadísticos y aportó clasificaciones de la conducta suicida que aún son discutidas y referenciadas en publicaciones contemporáneas (Campo y Aparicio, 2017; Wray, Colen, & Pescosolido, 2011).

Desde la perspectiva cognitiva, el suicidio es interpretado como acción resultante de modos particulares de pensamiento. Y así lo categorizaba (Farberow, 1975, p. 88-89):

- *Pensamientos catalógicos*: desesperación, destrucción, miedo, pesimismo, impotencia, los cuales se observan en sus relaciones personales.
- *Pensamientos lógicos*: la persona procede de modo racional. Por ejemplo, un anciano que reflexiona sobre los años de sufrimiento físico y mental, la pérdida de sus seres queridos y su movilidad, hasta decidir que ya no quiere padecer esta vida.
- *Pensamientos contaminados*: una forma de ritual religiosa y cultural con un profundo significado personal. Percibido como una forma de trascender a una vida mejor.
- *Pensamientos paleológicos*: la persona responde con el acto suicida a ilusiones acusatorias o alucinaciones que involucran vergüenza y la promesa de redención solo a través de la muerte.

Sobre el móvil o motivo para el suicidio existen muchas explicaciones socialmente marcadas por el estigma. Aún queda mucho camino por recorrer en la investigación especializada para profundizar sobre esta realidad desde las distintas ciencias y disciplinas. En este trabajo de tesis se ha considerado lo que enfatizan algunos expertos en el tema, que “la persona que se suicida quiere dejar de sufrir. No desea morir, y mucho menos matarse, sino vivir en una situación diferente de la que vive, sin los problemas ni sufrimientos que padece” (Anseán, 2014, p. 28).

El *modelo estrés-diátesis* de la conducta suicida es la propuesta explicativa dominante desde el enfoque biologicista del suicidio, pero en relación con otros factores que interactúan entre sí (Figura 1). Este modelo sugiere que el comportamiento suicida es provocado por un elemento estresor vinculado a un factor predisponente o *diátesis*. Para que dicho comportamiento aparezca, es condición necesaria la presencia de un factor desencadenante o estresor vinculado a la diátesis o nivel de predisposición a la vulnerabilidad de la persona frente a las ideas de autoeliminación (Mann, Wateraux, Haas, & Malone, 1999). Según este modelo, el contexto, las situaciones de la vida cotidiana y las relaciones interpersonales son fundamentales en el apareamiento de la conducta suicida, de manera especial cuando media un estado depresivo. Dentro del factor contextual, se consideran los intentos o suicidios consumados en la familia o la agresión durante la niñez y la adolescencia, los factores que parecen facilitar las conductas suicidas en los sujetos receptores de la violencia (Brent et al., 2015). En síntesis, en este modelo, el estilo de afrontamiento y los rasgos de personalidad son los factores predisponentes (diátesis) que se suman a un factor estresor para dar lugar al comportamiento suicida. Debido a la visión amplia y abierta de este modelo de comprensión multidimensional de la conducta suicida los estudios de Mann y su equipo han contribuido también al campo de la prevención, especialmente en centros de atención médica primaria (Mann et al., 2005).

Esta propuesta es aceptada y desarrollada actualmente por otros investigadores del suicidio que emplean un modelo que integra otros factores como las experiencias de la niñez vinculadas a los genes, lo que afectan las funciones neuroendocrina y neuroquímica, pasando por los sistemas serotoninérgico, noradrenérgico y dopaminérgico. Esto también influye en cómo se manifiestan otras características clínicas como la agresividad, la impulsividad, el

pesimismo, el neuroticismo o la desesperanza asociadas al suicidio (Oquendo et al., 2004; Reuter., 2016). Es decir, “la carga genética, junto con las experiencias tempranas, influyen en la función del eje HHA (Hipotalámico-hipofisario-adrenal) que regula los circuitos neuronales, de modo que explica los distintos hallazgos biológicos actuales sobre la conducta suicida” (Giner, Marín Fidalgo, Blanco Rodríguez, & Parejo Merino, 2012, p. 163). Para que la conducta suicida aparezca ha de ser necesario que interactúen varios factores como un evento vital estresante, la actividad neuronal y endócrina, los antecedentes familiares, el estado mental de los sujetos y, por último, la acción suicida.

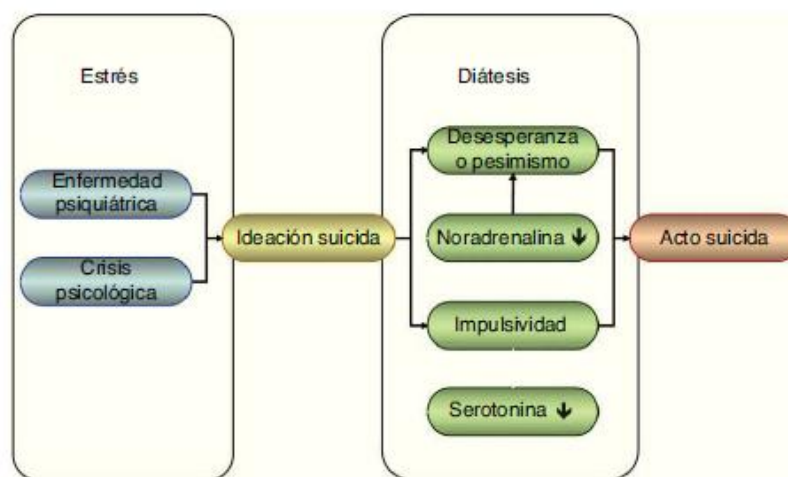


Figura 1. **Modelo estrés-diátesis de Mann**

Fuente: Giner *et al.*, 2012, p. 163.

Para el modelo de Turecki (2005) son importantes los mismos componentes de personalidad, sumados a las experiencias traumáticas de la vida, siendo lo más relevante la presencia de trastornos depresivos y de la personalidad. Es un modelo basado en la reacción negativa ante las experiencias vitales estresantes, resaltando perfiles de personalidad agresivos e impulsivos. El denominado modelo integrativo de Turecki ha sido desarrollado

a partir del criterio según el cual los suicidios consumados son consecuencia de la relación entre distintas dimensiones psicológicas (agresividad, impulsividad, rasgos de personalidad desarrollados en el ámbito familiar), clínicas (trastornos del estado de ánimo y de personalidad), biológicas (problemas en el receptor de serotonina 5-HT que regula el estado de ánimo) y experiencias vitales sentidas como negativas por el sujeto (Turecki, 2005). Según este modelo, las personas conciben esta situación como una señal de debilidad propia, generando ideación suicida.

Finalmente, es importante comentar que Schneidman funda en 1971 el interés por la Suicidología, como rama de la Psicología. Para este autor, el suicidio implica siempre la búsqueda de una respuesta, un mecanismo de solución a una crisis. La tendencia suicida se relacionaría con los estilos de afrontamiento (Shneidman, 1998). Los esfuerzos de comprensión de Schneidman sobre el suicidio han aportado a toda una línea de investigación para la prevención que actualmente se encuentra activa y generando debates entre investigadores de América y Europa. Así, una de las teorías más en boga en la actualidad es la teoría que relaciona el dolor psicológico con la conducta suicida, como el estudio de Olié, Guillaume, Jaussent, Courtet, & Jollant (2010) que sugiere que a mayor duración e intensidad de ese dolor psíquico, más propensos a la conducta suicida están los pacientes con episodio depresivo mayor.

En esa línea se presentan recientemente una serie de artículos críticos al modelo biologicista del suicidio, basado en la acción de la serotonina y en la función de la impulsividad. En dichos estudios se mencionan algunos factores de gran relevancia como el *vacío*, concepto que ha sido mencionado en la mayoría de textos filosóficos existencialistas y humanistas del siglo XX (Camus, 1942 o Frankl, 1946), pero que no habían sido explorados

previamente en los estudios modernos de Suicidología. Sin embargo, en los últimos años se han desarrollado muchos estudios con esta temática (López Bermúdez, Ferro García, & Valero Aguayo, 2010; Blasco-Fontecilla, H., León-Martínez, V.D., Delgado-Gómez, D., BsC, Giner, L., Guillaume, S., & Courtet, 2013; Heisel, Neufeld, & Flett, 2016; Marc, J., García, J., Pérez, S., & Botella, 2014; Marco, J. H., García-Alandete, J., Pérez, S., & Botella, C., 2014). Asimismo, se plantea el desarrollo del modelo de dolor mental en la conducta suicida y la importancia de evitar soluciones reduccionistas y simplistas ante los comportamientos suicidas, que son complejos por definición (De Leon, Baca-García, & Blasco-Fontecilla, 2015).

1.3. Factores de riesgo y de protección

Cada modelo explicativo mencionado anteriormente sobre la conducta suicida identifica dimensiones y situaciones a las que se les asigna el rol de factor de riesgo o de protección relacionados con la aparición o control de la conducta suicida. Las investigaciones en torno el suicidio señalan ciertas similitudes y particularidades entre las distintas zonas geográficas. Estas características cuantificables en los sujetos de una población específica, que precede a una condición determinada, son denominadas como factores de riesgo, en este caso para la conducta suicida (Kraemer, Stice, Kazdin, Offord, & Kupfer, 2001).

Ya en 1938, Menninger hacía referencia a que, pese a amplios errores de registro e interpretación, las estadísticas dan cuenta de algunos aspectos que pueden ser más o menos generalizables en sociedades occidentales. Muchos de ellos todavía aparecen en la actualidad como variables fundamentales que las estadísticas corroboran anualmente en todo el mundo. Por ejemplo, mencionaba que en este tipo de sociedades “el suicidio es más corriente en los varones, aunque las mujeres intenten suicidarse más frecuentemente que los hombres. La

frecuencia del suicidio varía en los hombres en proporción directa a sus edades (...). No existe tal variable entre las mujeres” (Menninger, 1972, p. 17). Pero también advertía que el perfil sociodemográfico suicida tenía otras variables. Se reportaban más suicidios en primavera, entre solteros, siendo más común en zonas urbanas, en tiempos de paz que en guerras y más entre protestantes que católicos (Menninger, 1972). Ruth Shonle Cavan en 1928 también advertía sobre la influencia de las relaciones y tradiciones sociales, las creencias religiosas, la organización social y el clima sobre aquellas personas que cometen suicidio (Reuter, 2016).

Actualmente se ha ampliado estos criterios básicos para tratar de comprender de mejor modo la complejidad de la conducta suicida. Lo que Menninger denominaba la influencia de las relaciones sociales, ahora también se considera que el vínculo con el entorno puede influir en la conducta suicida. Partiendo del texto clásico de la perspectiva social del comportamiento suicida en sociedades industrializadas descrito por Durkheim en 1897, hay algunos estudios en esta línea: López-García et al. (1993); Lejoyeux (1994); Nisbet (1996); Coker et al. (2002); Kaslow et al. (2005); Everall (2006) y Donald et al. (2006). Estos autores exploran los distintos factores de riesgo que participan en la conducta suicida de diferentes grupos humanos alrededor del mundo, considerando variables como la edad, la adscripción étnica en un país determinando, el sexo, la reclusión en instituciones hospitalarias o carcelarias, entre otras. Insisten en la necesidad de estudiar el fenómeno suicida en relación con el contexto donde se registra.

Dentro de este aspecto, las relaciones familiares también han sido exploradas como un factor de riesgo y protección relevante. Para Svetaz y Blum (2000) una fuerte conexión con el entorno familiar disminuye el estrés emocional y los intentos de suicidio entre adolescentes

con problemas de aprendizaje. Flouri y Buchanan (2002) también el hecho de residir con ambos padres como factor de protección en adolescentes. Chesley y Loring-McNulty (2003) contemplaron las relaciones familiares como un factor de riesgo que puede ser al mismo tiempo una motivación para el intento si es percibido como un entorno violento. Høyer y Lund (1993) encontraron que las mujeres con hijos (en familias grandes de 6 o más niños) tenían menos probabilidad de cometer un suicidio. Otros autores como O'Donnell et al. (2004); Driver (2004); Hüsler et al. (2005); Cooperman y Simoni (2005); Israelashvili y Gilad-Osovitzki (2006) y Kidd et al. (2006) establecen que existen relaciones directas entre el factor de la paternidad/maternidad y el aumento o disminución de las posibilidades de cometer suicidio especialmente en mujeres de distintas sociedades.

El informe de la OMS (2014) retoma estas nociones y describe una serie de factores de riesgo comunes para la conducta suicida en la mayoría de sociedades:

- Factores de riesgo individuales: intentos de suicidio previos, trastornos mentales, consumo de alcohol y tóxicos, crisis financieras, enfermedades crónicas, rasgos de personalidad y antecedentes familiares.
- Factores de riesgo colectivos: desastres, guerras y conflictos armados, estrés por aculturación (especialmente en población migrante, indígena o desplazada), discriminación social, violencia y relaciones conflictivas y sensación de aislamiento.

Los factores de riesgo están estrechamente ligados a los modelos explicativos de la conducta suicida, por lo que varios autores los incluyen en sus estudios para evaluar su influencia. Los factores suelen estar interconectados, es por ello que el suicidio es considerado un fenómeno multicausal y multifactorial (López-Castroman, J., Blasco-Fontecilla, H., Courtet, P., Baca-García, E., & Oquendo, M. A., 2015); WHO, 2014). Todos

los riesgos identificados en el plano individual se vinculan principalmente al ya mencionado modelo diátesis-estrés de Mann et al. (1999), que ha sido replicado y desarrollado desde un enfoque integrativo por otros investigadores en la actualidad, como Beautrais (2000) o Pompili et al. (2010).

Según el modelo de Beautrais (2000), hay condiciones de la historia de vida de los sujetos que los pueden predisponer a la conducta suicida o, por el contrario, inhibirla, dependiendo de la interacción con los factores ambientales y modos de identificación y atención ante la posible morbilidad psiquiátrica (Figura 2). Por ejemplo, tendría mayores probabilidades de desarrollar conducta suicida un hombre que haya tenido experiencias de abusos sexuales en la niñez, en una sociedad que reprime la expresión de emociones en el rol masculino, con consumo de sustancias tóxicas, que tenga antecedentes familiares de conducta suicida o trastornos del estado de ánimo (Ceballos Ospino, G. A., & Suárez Colorado, Y., 2012). Esto junto con ciertos “estímulos” ambientales, como haber tenido separaciones afectivas importantes o pérdida del puesto de trabajo, puede activar conductas autolesivas. Sin embargo, en esa relación entre los distintos factores, si el ámbito contextual y social funcionan como una red de apoyo (incluido un sistema organizado de atención de salud en situaciones de crisis, por ejemplo), estos pueden convertirse en factores de protección para evitar la conducta suicida. Este modelo de comprensión de los factores de riesgo implica una visión holística del individuo y el mundo que le rodea, a la que se adscribe la presente tesis doctoral.

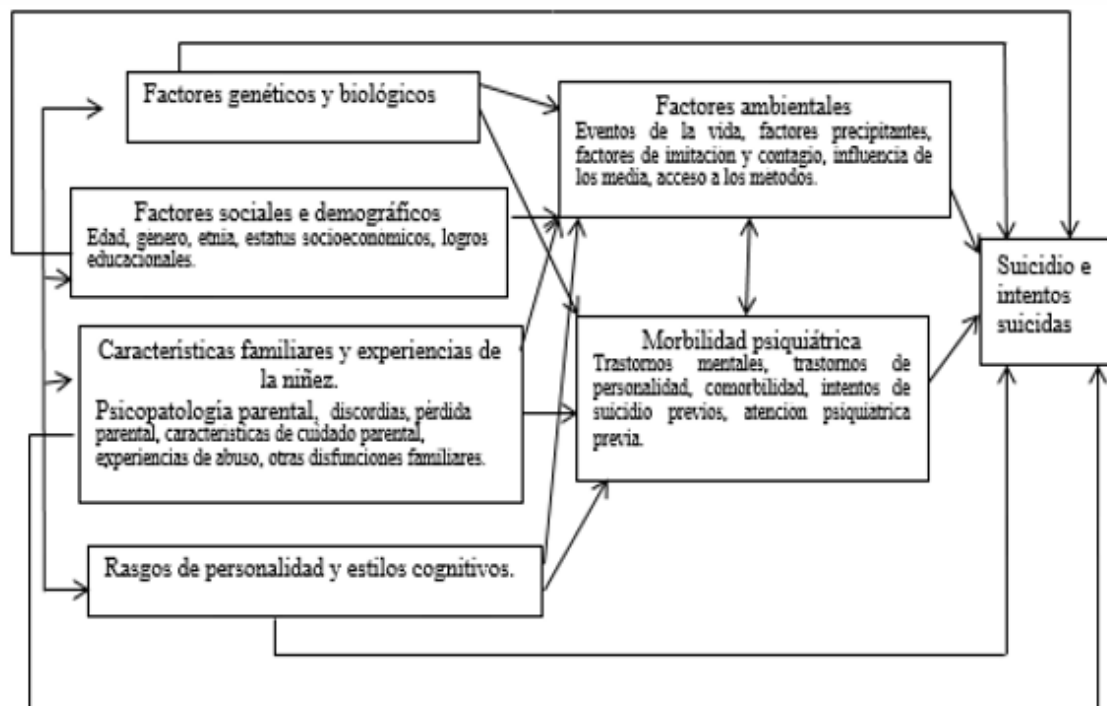


Figura 2. Modelo de Beautrais de los diferentes factores de riesgo de la conducta suicida (2000).

Varios estudios relacionan estos trastornos mentales con la presencia de la conducta suicida. Así, algunos de los trastornos mentales que se han relacionado estrechamente con la conducta suicida son los trastornos afectivos (Bostwick & Pankratz, 2000), en general, el trastorno depresivo mayor (Oquendo et al., 2004) y el trastorno bipolar (Jamison, 2000; Pompili et al., 2013; Weeke & Væth, 1986), en particular; las adicciones a sustancias legales e ilegales (Beck, Morris, & Beck, 1974; Inskip, Harris, & Barraclough, 1998; Kennedy et al., 2015), la esquizofrenia (Borrill et al., 2003; Hawton, Sutton, Haw, Sinclair, & Deeks, 2005; King, 1994; Kjelby et al., 2015; Mortensen & Juel, 1993; Richard-Devantoy, Orsat, Dumais, Turecki, & Jollant, 2014), el trastorno límite de la personalidad (Pompili, Girardi, Ruberto, & Tatarelli, 2005), y el TDAH (James, Lai, & Dahl, 2004).

Para algunos investigadores que desarrollan el modelo de Mann, el suicidio aparece como resultado de complejas relaciones entre factores diversos (biológicos, psicológicos, sociales y ambientales), con interacción e impacto mutuos. Según estos estudios, los estresores ambientales actuarían tanto sobre la predisposición genética como sobre el estado psicológico, pudiendo causar un trastorno psiquiátrico, el cual impactaría en la vida interna del sujeto, llevándolo al suicidio. El abuso de alcohol suele utilizarse para aliviar el estrés psicológico, pero afecta a todos los factores mencionados, aumentando la probabilidad de suicidio (Pirkola, S. P., Suominen, K., & Isometsä, E. T., 2004; Pompili et al., 2010).

De acuerdo a los resultados de estudios focales y los datos de estadísticas nacionales, se identifican algunas características individuales que pueden ser reconocidas como factores de riesgo. Asimismo, existen perfiles diferenciales entre sujetos que han cometido suicidio consumado y quienes han tenido tentativas (Tabla 1). Variables sociodemográficas como el sexo y la edad son claramente opuestas entre ambas conductas suicidas, así como la manera en que llevan a cabo el acto autolesivo y las influencias del entorno pueden ser determinantes para la supervivencia a los intentos de suicidio.

Los modelos mencionados anteriormente advierten de la complejidad de la conducta suicida y la imposibilidad de aislar una sola causa o factor de riesgo para la comprensión del acto y su prevención.

Tabla 1: Perfiles diferenciales del suicidio consumado y el intento de suicidio

Suicidio consumado	Intento de suicidio
Hombres	Mujeres
Mayores a 45 años	Menores a 35 años
Acto suicida planificado	Acto suicida impulsivo
Conflicto intrapersonal	Conflicto interpersonal

Método letalidad/violencia alta	Método letalidad/violencia baja
Con escasa posibilidad de rescate	Con alta posibilidad de rescate
Factores precipitantes permanentes	Factores precipitantes coyunturales
Pocos antecedentes suicidas	Varios intentos suicidas previos
Menor hostilidad	Mayor hostilidad
Menor psicopatología de personalidad	Mayor psicopatología de personalidad

Fuente: Mingote et al., 2004

En la Tabla 2 se presenta una categorización de los factores de riesgo y protección a tener en cuenta según la OMS (2014) y distintos estudios mencionados anteriormente.

Tabla 2: Factores de riesgo/protección.

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN INDIVIDUALES
Factores de riesgo y de protección personales
Edad Sexo Orientación sexual Nivel educativo y cultural Tatuajes
Factores de riesgo y de protección clínicos
Enfermedad mental Trastornos afectivos Trastorno depresivo mayor Trastorno bipolar Alcoholismo y adicciones a sustancias Esquizofrenia Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) Trastorno de Déficit de la Atención (TDAH) Trastornos de la Conducta Alimentaria (TAC) Trastorno de ansiedad Trastorno de pánico Agorafobia Fobia social Fobias específicas/simples Trastorno de ansiedad generalizada Trastorno Obsesivo compulsivo (TOC) Trastorno dismórfico corporal/Dismorfobia Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) Trastornos de conversión Trastornos disociativos Trastornos por somatización (Síndrome de Briquet) Otros trastornos neuróticos Ludopatía Intentos de suicidio previos Uso de servicios médicos Acontecimientos vitales estresantes Abuso sexual infantil Factores psicológicos y emocionales Desesperanza Insatisfacción Rasgos de personalidad Capacidad de resolución de problemas Capacidad de resolución de problemas de la vida social Autocontrol y capacidad de afrontamiento

Enfermedad médica Ciclo menstrual Factores de riesgo y de protección biológicos
FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN SOCIOSITUACIONALES
Factores de riesgo y de protección sociofamiliares
Red social de apoyo Relaciones familiares Hijos Aborto Clase social Etnia e inmigración Religiosidad, espiritualidad y objeciones morales al suicidio
Factores de riesgo y de protección situacionales
Situación laboral Profesión Estado civil Institucionalización
Factores de riesgo y de protección contextuales
Medio rural o urbano Ubicación Clima Contexto social suicida Suicidios colectivos. Pactos suicidas. Suicidio ampliado (suicidio-homicidio) Modelos suicidas e imitación. Suicidio epidémico. Guerras Crisis económica o social e industrialización Régimen político

Fuente: Navío Acosta y Villoria Borrego en Anseán, 2014, pp.120-121.

Las disciplinas del ámbito de la salud mental han generado mayores aportes en estudios de factores individuales vinculados al fenómeno suicida. La presencia de trastornos mentales, diagnosticados o no (Mann et al., 1999), ha sido reconocido como un factor de riesgo determinante para la conducta suicida desde el modelo médico (Turecki, 2005; Turecki & Brent, 2016; Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G.; 2004). La American Psychiatric Association presenta en el DSM-5 (2013) un apartado de recomendaciones para delimitar el trastorno de comportamiento suicida, reconociendo la amplitud y complejidad de la conducta suicida y los factores de riesgo identificados.

De otro lado, en las últimas décadas, una parte de la comunidad científica médica ha dedicado sus esfuerzos en determinar los factores genéticos y biológicos de la conducta

suicida. Aunque se acepta que el suicidio siempre deber ser abordado desde una causalidad multifactorial, las variables biológicas mencionadas en los modelos explicativos y la terminología corresponden a un modelo clínico que busca obtener mayor predictibilidad. Sin embargo, a este modelo se le acusa de escaso poder predictivo, ya que carece de un análisis específico de la conducta suicida (Mann & Stanley, 1986). Aunque diferentes biomarcadores han sido relacionados con la conducta suicida, el modelo biológico predominante es el serotoninérgico, en el que se relacionaría una baja concentración de serotonina en el SNC con una mayor impulsividad y agresividad. Los estudios biológicos en población China de Pan et al. (2006) sobre la influencia de la testosterona en la conducta suicida, muestran la tendencia actual de la Suicidología para explorar variables de interés biomédico e incorporarlos a la discusión por buscar una mejor comprensión del fenómeno suicida.

Entre los factores de protección destacan los estilos de afrontamiento propuestos por algunos autores (Lazarus & Folkman, 1986). El afrontamiento es entendido como una variable fundamental para entender las individualidades dentro de grupos humanos que comparten contextos sociales, económicos y familiares similares. Muestran aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Por ejemplo, en una investigación con estudiantes de Psicología en Colombia ha mostrado que a mayor habilidad para gestionar las emociones, menor es la probabilidad de presentar ideación suicida (Ceballos & Suárez, 2012). Otro estudio relevante para la presente investigación es el realizado por la Universidad Veracruzana Xalapa en México en el que encuentran una correlación significativa entre el tipo de personalidad y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los sujetos con intento

de suicidio en un contexto latinoamericano. Según estos resultados habría personas con estrategias evitativas y de alteración del significado emocional o fantasiosa, ambas focalizadas en la emoción, en tanto otras que lo hacen con estrategias centradas en la solución de problemas y búsqueda de soporte social, como advierte Quintanilla (2006) a partir de una investigación sobre personalidad y estilos de afrontamiento entre 70 pacientes con intentos de suicidio en un hospital mexicano.

1.4. Epidemiología del suicidio

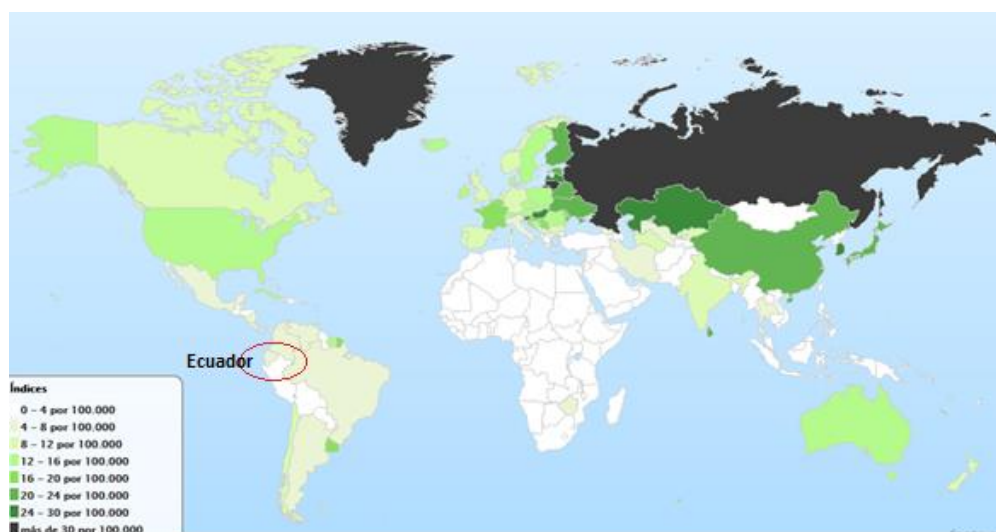
Una de las limitaciones que tienen los estudios sobre el suicidio es la imposibilidad actual de manejar datos estadísticos completos y confiables a nivel mundial. Si bien ciertos países van estableciendo protocolos de registro de causas de mortalidad cada vez más depurados, todavía no se puede hablar de estadísticas específicas claras al respecto. De hecho, las estadísticas sobre el suicidio consumado son las más fiables, mientras que los datos sobre otro tipo de conductas suicidas son mucho más difíciles de trazar, ya que apenas hay países que usen registros oficiales.

La OMS (2014) advierte de un progresivo y vertiginoso aumento de mortalidad por suicidio en el mundo, doblando los casos dentro de un par de décadas. Según estos datos generales, algunos países del hemisferio norte tendrían las mayores tasas de suicidio, en promedio, por cada 100.000 habitantes, siendo algunos de los países que presentan tasas más elevadas de suicidio Rusia (34/100.000 habitantes), Groenlandia (83/100.000 habitantes) y los países del desaparecido bloque soviético (como Lituania 31/100.000 habitantes). Los mencionados presentan los índices más altos en el mundo, además con mayor proporción de suicidios masculinos, tendencia compartida por la mayoría de los países a nivel mundial. La excepción sería en China, donde se reconoce que el suicidio femenino es mayor respecto al masculino en las zonas rurales (Anseán, et al. 2014).

En España, los especialistas advierten sobre un infraregistro de los datos (Giner & Guija, 2014), a pesar de lo cual, el suicidio es la principal causa de mortalidad externa (Sáiz & Bobes, 2014). En Latinoamérica, el país que destaca con la mayor tasa de muertes por suicidio es Uruguay con una tasa de suicidios consumados de 16/100.000 habitantes (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014); (Teti, Rebok, Rojas, Grendas, &

Daray, 2014). En América del Sur existen claros subregistros y divergencias en los datos estadísticos (Ortiz-Prado et al., 2017) que pueden ser causados por diferencias socioculturales y de metodología de registro estadístico (Campo, 2015). Es decir, habría un número mayor de suicidios consumados que el calculado como 45.800 en la región, por año. En esta zona, los registros son escasos debido a los pocos estudios existentes, especialmente en países como Ecuador (Sarmiento, Paredes & Stefos, 2016) en donde la descripción parcial del fenómeno suicida empieza a publicarse en los últimos 20 años. De acuerdo a la comparación de estos informes con datos parciales, la tasa de mortalidad por suicidio en Ecuador estaría bordeando entre el 7 y el 9 por 100.000 habitantes en los últimos 15 años (Ortiz-Prado et al., 2017), una tasa ligeramente inferior a la española.

Figura 2. Tasa de suicidio en el mundo por cada 100.000 habitantes.



Adaptación del mapa con niveles de mortalidad por suicidio, según los datos aportados por los institutos de estadísticas nacionales en el año 2016 (Leiva Torreiro, 2018).

Siguiendo esta temática comparativa, hay estudios que apuntan a encontrar particularidades geográficas en la manera de explicar el fenómeno del suicidio (Hagaman et

al., 2013), introduciendo elementos analíticos socioculturales. También se han hecho varios trabajos epidemiológicos en muchos países, como en los que se emplean los registros forenses de muertes por suicidio. En Toronto (2003-2009) existe el registro de depresión, trastorno psicótico, la demencia y la intoxicación antes de la muerte (Sinyor, Schaffer, Hull, Peisah, & Shulman, 2015). Otro registro epidemiológico relevante es el de los 11.000 intentos de suicidio en los centros hospitalarios de Dinamarca entre 1989 al 2001 los cuales permitieron calcular tendencias e identificar grupos de riesgo suicida (Nordentoft, 2007). En Medellín, Colombia, se presenta la utilidad de realizar un registro de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida como una estrategia de prevención al suicidio consumado, identificando a la población universitaria como la más vulnerable. En este estudio se estima que en Medellín ocurren tres intentos de suicidio diarios, un promedio de 1.100 intentos anuales, siendo que en el 2010 el 65% lo realizaron mujeres. Además, la tasa de intento de suicidio fue de 48,6 intentos por cada cien mil habitantes. En cuanto a la edad, la mayoría de las personas que lo intentaron tenían entre 18 y 24 años (Galvis, Zapata, Valencia, Mendoza, & Ceballos, 2013).

1.3.1. Epidemiología del suicidio en Ecuador.

Los datos estadísticos disponibles, muestran zonas geográficas con mayores índices de muertes por suicidio que otros. La OMS (2014) advierte que el registro de un suicidio es un procedimiento complicado que puede involucrar a diversas autoridades. La fiabilidad de tales datos es discutible pues se detectan problemas a diversos niveles. La fiabilidad de los datos depende del rigor del sistema de registro de cada país (Hayati & Kamarul, 2008). Por esta razón, las investigaciones con grupos muestrales ofrecen aún aportes relevantes a la comprensión de la temática, porque los resultados y datos son más controlables y verificables.

En Ecuador, el registro de datos tiene un proceso que parte del Ministerio del Interior, con la participación agentes de policía encargados de investigar muertes violentas, quiénes elaboran un informe de levantamiento de cadáveres con las presunciones de la muerte. El médico forense hace un segundo informe después de la necropsia. La información oficial está alimentada de estas dos fuentes, que no siempre pueden conciliarse ni confrontarse. En el caso de intentos de suicidio, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador no tiene un registro oficial y certero de las personas que ingresan y regresan de los servicios de atención, por lo que los datos no son visibles.

En Ecuador, las muertes por suicidio en el año 2016, en comparación con el 2015, han tenido un incremento del 10,39% (DINASED, 2016). Según los registros de la OMS (2014) la tasa de suicidios en este país es del 9,2%.¹ El Distrito Metropolitano de Quito es la zona geográfica con mayor registro de muertes por suicidio, con una tasa anual de 6,9%, siendo una de las motivaciones para realizar un estudio particular en esta ciudad. Los rangos de edad donde se presentan más casos de suicidios están comprendidos entre los 15-24 años. De hecho, el 54,66% de las muertes autoinfligidas se dan en el rango de 25-34 años de edad.

Siguiendo con este mapa contextual de las características del suicidio en la ciudad de Quito, durante el año 2016 (con corte hasta el mes de octubre) se registraron oficialmente 142 muertes por suicidio², de las cuales 105 (74%) son hombres y 37 (26%) mujeres, tal como marca la tendencia mundial. En cuanto a grupos étnicos, 139 (98%) casos corresponden a sujetos *mestizos/as*, población mayoritaria en la ciudad; los 3 suicidios restantes (2%)

¹ Los datos presentados por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos, INEC, son la fuente de información para la OMS.

² Todos los datos presentados en estos 3 párrafos provienen de la Dirección Nacional de Delitos Contra la Vida, Muertes Violentas, Desapariciones, Extorsión y Secuestros (DINASED) del Distrito Metropolitano de Quito, fuente oficial que alimenta las estadísticas nacionales. La información proviene de los informes de investigación forense y actas de levantamiento de cadáveres.

fueron cometidos por sujetos con reconocimiento étnico *afrodescendiente*, *montubio/a* y *mulato/a*.

En la ciudad de Quito, en el año 2016, las motivaciones para el suicidio serían variadas, destacándose la categoría que engloba los problemas familiares (37%), seguida por los problemas sentimentales, entendidos como problemas de pareja, en el 32% de los casos registrados. El 13% se vinculan con trastornos mentales, el 12% con problemas económicos, el 5% con enfermedades terminales y el 2% restante a fracasos escolares.

Por último, según estos registros, el método principal utilizado para el suicidio fue la ahorcadura en el 70% de los casos, en el que emplearon distintos objetos constrictores, el 14% se consideró muerte por intoxicación intencional con ingesta de sustancias y el 16% restante engloba casos de precipitación, herida con arma cortopunzante y arma de fuego. Cabe recalcar que en Ecuador el uso de armas de fuego no es de uso habitual, salvo en cuerpos de seguridad como policías o militares.

1.5. La influencia del género

En relación al género, a nivel mundial, las tasas de suicidio en hombres entre los 25–64 años se incrementaron en el 2008. Posteriormente hay un periodo estadísticamente significativo de decrecimiento entre 1994 -2007. En ese periodo, las tasas de suicidio femenino declinan, independientemente de la edad. (Pompili et al., 2010). En contextos más específicos, en Italia se registra que después del 2007, hay un incremento notable de las tasas de suicidio entre hombres vinculados a la fuerza laboral (Pompili et al., 2010). Por otro lado, una investigación realizada en 9 comunidades indígenas americanas en las cuales el acto suicida no presenta una única causa sino que puede variar desde lo que se conocen como el estado “tarujo” en el pueblo *pai* hasta ser utilizada como arma reivindicativa en algunos grupos de Brasil, más no un comportamiento anómalo o patológico. Esto indica que existen maneras distintas de nombrar y entender lo que la Suicidología denomina *conducta suicida*. Por ende, la forma de registro del suicidio, al hacer estudios comparativos en distintos países y comunidades en el mundo, no se puede tratar parámetros universales (Corpas, 2011).

La OMS (2014) señala la importancia de considerar la variable del género entre los factores que participan a la conducta suicida. Se puede considerar como una variable psicosocial o sociocultural, que aparece intermedia entre los factores colectivos y los individuales (Canetto & Lester, 1998; Lejoyeux, 1994; Cho (2013). En la bibliografía revisada, desde la década de 1980, los hombres aparecen como una población más vulnerable al suicidio que las mujeres (Earls, 1987; Monnin, 2012). Incluso cuando los estudios son culturales comparativos, en los que existen condiciones socioculturales diversa, como el ya mencionado de las comunidades indígenas americanas, se observa que la población masculina presenta mayor tendencia suicida (Corpas, 2011). Si bien la biología determina la

diferencia corporal entre hombres y mujeres, no indica que las diferencias de los dos sexos se traduzcan en papeles sociales distintos y bien definidos; eso es un constructo de cada cultura (Domínguez-Rodrigo, 2011). Hay una división conceptual básica entre los términos *sexo* y *género*. El “género es la variable cultural que elabora la noción de sexo, marcando los roles sociales femeninos y masculinos” mientras que sexo es lo que divide a los humanos en dos categorías biológicas básicas: hombre o mujer (Cranny-Francis et al, 2003).

Para Farberow (1975) la diferencia de la conducta suicida entre hombres y mujeres está determinada por el uso de armas y métodos más letales, mientras que las mujeres emplean formas que permiten la intervención médica, como la ingesta de fármacos, lo que explicaría la mayor incidencia de suicidios consumados por parte de los hombres y de intentos de suicidio por parte de las mujeres. Estas diferencias también aparecen por los roles que deben actuar unos y otras, que se extienden hasta el envejecimiento y podría provocar mayor estrés y depresión en los hombres al tratar de adaptarse a nuevas exigencias sociales con el paso del tiempo.

Estos roles establecidos por la cultura permitirían comprender de mejor manera los resultados arrojados en un estudio basado en los datos (1947-2010) recogidos desde páginas web gubernamentales de Japón. En el análisis anual se confirma que la mortalidad masculina por suicidio es significativamente superior a la femenina. Se determinó que el desempleo es el principal detonante para el suicidio masculino, mientras que el incremento de divorcios baja la posibilidad de suicidio femenino. Esto se explica en tanto que la recesión económica y el desempleo se relacionan con el incremento de divorcios y la disolución de las familias, lo que provoca mayor sufrimiento y presión social sobre los hombres provocando depresión, todos ellos factores relacionados con el suicidio. En contraste, por lo general las mujeres son

compensadas económicamente en el divorcio y además cuentan con el apoyo de afectivo y social de la comunidad, como pueden ser los amigos o los vecinos. El divorcio no estimula el suicidio en las mujeres, por el contrario, aparece como un factor de “protección” frente al mismo (Liu, 2013). También hay una referencia a la consideración de los roles de género en los resultados arrojados en la investigación realizada en la Armada estadounidense, según la cual hombres y mujeres tienen factores de riesgo similares. Sin embargo, las dificultades experimentadas con las exigencias de los puestos de trabajo fueron más significativas en las soldados mujeres que para sus pares masculinos (Maguen et al, 2014).

Un factor relevante a considerar en la comprensión de las diferencias de género en la conducta suicida es el de las estrategias de afrontamiento. Según un estudio (Murphy, 1998), las mujeres disponen de más factores de protección frente al suicidio, en oposición a una supuesta vulnerabilidad de los hombres que se relaciona con las particularidades de afrontamiento que adoptan los individuos de acuerdo a su género. De acuerdo al estudio de Quintanilla (2006), los sujetos con intentos de suicidio suelen caracterizarse por elegir los estilos: autofocalización negativa; pensamientos religiosos vinculados al sentido religioso culpabilizante, evitación, modos negativos de expresar las emociones y no buscan apoyo social. Algo muy relacionado con el rol masculino, según lo expuesto por Murphy (1998). Mientras que las personas que no presentan una tendencia suicida se focalizan en solucionar el problema, evalúan positivamente la situación, expresan abiertamente sus emociones, y buscan apoyo en su entorno. Estilos más relacionados con el rol de género femenino. Estos últimos estilos de afrontamiento se convierten en factores de protección a la conducta suicida, por el contrario, los anteriores pueden ser considerados como factores de riesgo para cometer suicidio.

En el análisis de las diferencias de género en la intento de suicidio y la muerte por suicidio es importante considerar el método empleado, especialmente en relación a su letalidad (Spokas, Wenzel, Brown & Beck, 2012). Los medios varían de acuerdo al grupo de la población y el área geográfica, siendo los más comunes a nivel mundial: la ingesta de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego (WHO, 2014). Por tal motivo, las políticas de salud pública tratan de implementar medidas de seguridad y prevención a través de limitar el acceso a los métodos más violentos. Pero los registros nacionales de los métodos suicidas todavía son insuficientes, pese a la importancia que éstos tienen para la comprensión de la problemática (WHO, 2014).

Un estudio relevante en el ámbito europeo es el que hace una comparación de la frecuencia de los métodos usados en el intento de suicidio en 14 centros médicos de 12 países de Europa, y el impacto del género en los mismos. Se identifica una notable diferencia de género en el uso de estos métodos. La tasa más alta de consumo de sustancias se encuentra en los intentos de suicidio de mujeres en Oxford (347/100,000), Helsinki (238/100,000) y Estocolmo (221/100,000). El grupo de edad más prominente fue el de 15-24 años entre mujeres de Oxford (653/100,000), usando principalmente analgésicos. En Szeged se usaron pesticidas y solventes. En algunos centros el empleo de métodos múltiples también es frecuente. En general, los hombres usan más los siguientes métodos: ingieren alcohol, solventes y pesticidas, ahorcamiento, saltar y exponerse frente a objetos en movimiento (Michel et al., 2000). Dentro de estas diferencias de empleo del método suicida aparece una investigación en Ohio con bases de datos desde 1997-2006. El método más popular en ambos sexos fue el uso de armas de fuego; el 51.8% de hombres ($n = 249$) y solo el 38.3% ($n = 54$) de mujeres. El segundo en la lista de los hombres fue el ahorcamiento (23.1%), seguido del

envenenamiento (6.9%). Para las mujeres el segundo método preferido fue el envenenamiento (22.0%), seguido del ahorcamiento (15.6%) (Callanan & Davis, 2012).

CAPÍTULO 2

OBJETIVOS e HIPÓTESIS

El interés de la presente investigación está enfocado en estudiar las diferencias de género en el intento de suicidio, en relación con los mecanismos psicológicos de afrontamiento, los rasgos básicos de personalidad y de las circunstancias que rodean el intento de suicidio. Si bien los estudios que vinculan tradicionalmente la personalidad y la tendencia suicida suelen emplear la personalidad o las estrategias de afrontamiento, es útil investigar el modo en que el intento de suicidio representa estrategias de afrontamiento ante las exigencias de la vida cotidiana, dentro de un determinado grupo de personas. Por ello, los intentos de suicidio ofrecen una información trascendente sobre el comportamiento previo al acto suicida. Los intentos previos son un factor de riesgo identificado en la población en general, investigarlos representaría un aporte significativo para entender el problema y acercarse a una forma de prevención más adecuada.

2.1. Objetivos

El *objetivo principal* de la presente Tesis Doctoral es analizar las diferencias del comportamiento suicida entre hombres y mujeres de Quito, Ecuador.

Los *objetivos específicos* son:

- Analizar las diferencias en las variables sociodemográficas y clínicas de un grupo de pacientes con intento suicida.
- Examinar las diferencias en las estrategias de afrontamiento en la conducta suicida empleadas por hombres y mujeres.
- Comparar el papel de los acontecimientos vitales estresantes en la conducta suicida en hombres y mujeres.

- Examinar la relación de los rasgos de personalidad y las estrategias de afrontamiento en el comportamiento suicida empleadas por hombres y mujeres.

2.2. Hipótesis

El núcleo de esta tesis se fundamenta en que los hombres y las mujeres tienen modos distintos de afrontar eventos estresantes. Estas diferencias en los modos de afrontamiento se harían más evidentes en circunstancias que favorecen la conducta suicida. En esta investigación se ha considerado básicamente los componentes psicosociales de dicha conducta, vinculados a los rasgos de personalidad y las formas de afrontar los acontecimientos vitales estresantes, los cuales se expresan dentro de un ámbito social determinado que enseña a hombres y mujeres sus roles, la manera de manifestar sus emociones y gestionar los obstáculos de la realidad (Murphy, 1998).

Las hipótesis que se testan en la presente tesis doctoral son:

- Hipótesis 1: las personas que realizan intentos de suicidio presentan características sociodemográficas y clínicas diferentes a las personas que no intentan el suicidio.
- Hipótesis 2: las estrategias de afrontamiento empleadas por hombres y mujeres que intentan el suicidio son distintas a las empleadas por las personas sin intentos de suicidio
- Hipótesis 3: los acontecimientos vitales estresantes que presentan las personas que intentan el suicidio son diferentes en relación al género (hombres vs. mujeres).
- Hipótesis 4: Los intentos de suicidio se relacionan con diferentes rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento en relación al género (hombre

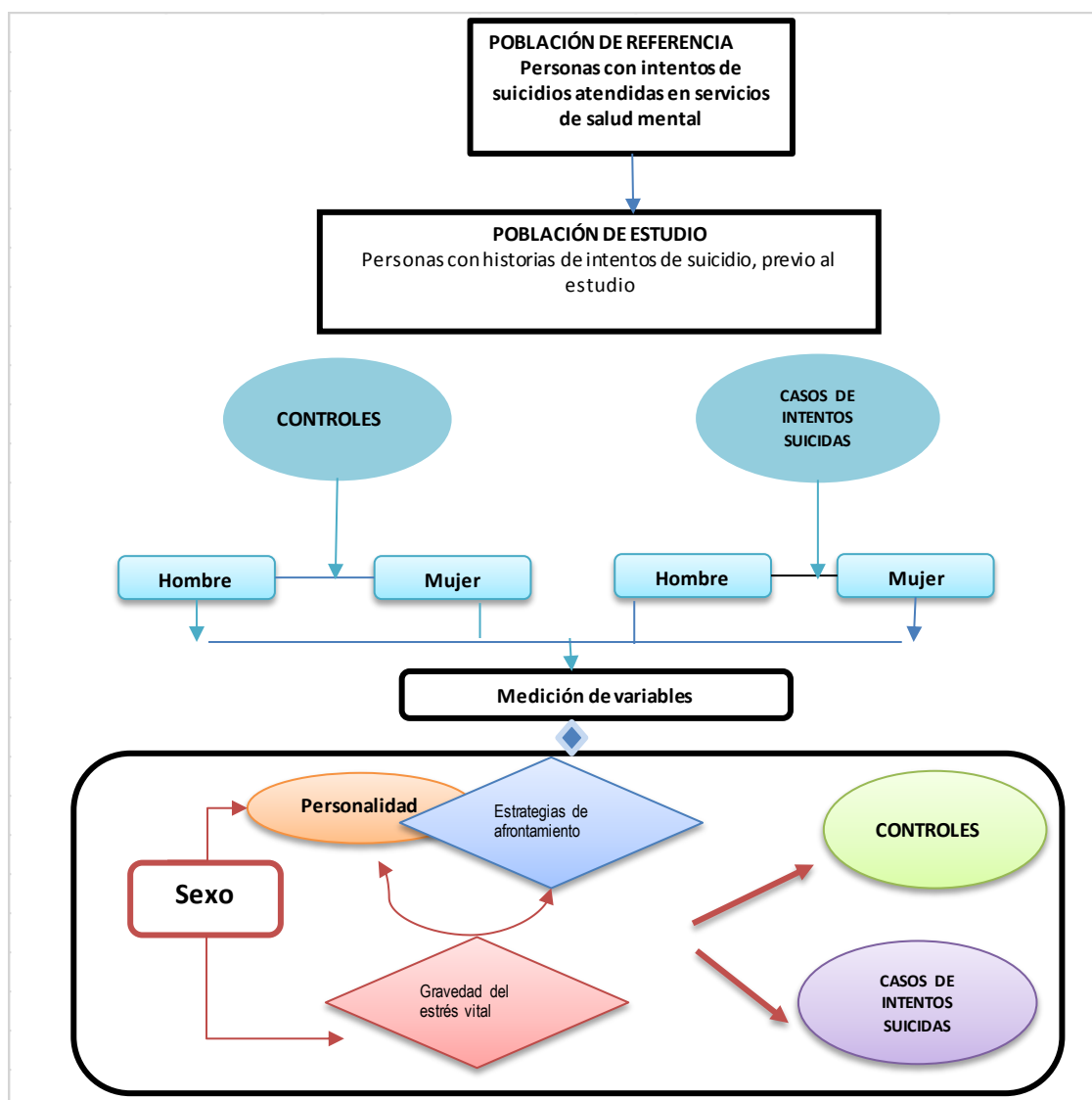
CAPÍTULO 3

MÉTODO

Para alcanzar nuestros objetivos y comprobar si nuestras hipótesis son correctas se desarrolló un estudio de casos-control con 74 participantes (48 hombres y 26 mujeres). Los casos (n=37) se reclutaron entre pacientes del Instituto Psiquiátrico del Sagrado Corazón de Jesús en Quito, concretamente, se invitó a participar a aquellos sujetos que hubieren presentado intento de suicidio, al menos una vez, durante el último año previo a la participación en el estudio. Se descartaron los casos con ideación suicida, pero sin intentos de suicidio. Posteriormente, se procedió a seleccionar sus pares del grupo control sin conducta suicida. Se trataba de un grupo universitario docente, estudiantil y administrativo de la misma ciudad, en la Universidad Politécnica Salesiana (n=37). La inclusión y toma de datos se realizó entre el 25 de noviembre del 2015 al 30 de enero del 2017 (Figura 3).

El diseño de esta investigación es de tipo observacional, prospectivo, analítico, relacional para comparar las características de un grupo de pacientes en los que ha sido identificado previamente intentos suicidas recientes (casos) -que es el motivo de ingreso- frente a otro grupo que no presenta ninguna conducta suicida y que proceden de una población comunitaria (controles).

Figura 3. Diseño de investigación



Se preparó un *protocolo ad hoc* en el que se recogieron dos tipos de variables: sociodemográficas (edad, nivel educativo, estado marital, estado ocupacional, grupo étnico) y clínicas (diagnóstico psiquiátrico, tratamiento farmacológico actual, los acontecimientos vitales estresantes, estrategias de afrontamiento y los rasgos de personalidad), como se ve en la Figura 3.

3.1. Muestra

3.1.1. Casos.

Esta investigación invitó a participar a las personas ingresadas en el Instituto Psiquiátrico del Sagrado Corazón de Jesús, una institución dedicada al cuidado en salud mental en la ciudad de Quito (Ecuador), que hubieran tenido intentos de suicidio. Se trataba de hombres y mujeres a partir de los 15 años. Esta institución acepta generalmente personas mayores de edad (más de 18 años), excepto en casos de emergencia por intentos de suicidio o intoxicación por abuso de sustancias, donde se ingresan a las personas sin restricción edad, como fue el caso durante el desarrollo de este estudio. No se limitó la edad máxima para poder perfilar mejor las características de esa población en riesgo de conducta suicida. El principal criterio de inclusión fue haber ingresado por haber presentado un intento suicida en el ingreso a la institución. Un segundo criterio de inclusión era estar en situación psicopatológica compensada según criterio médico, pues los participantes debían tener las condiciones mínimas de salud y consciencia para responder a la valoración del protocolo de investigación. Finalmente, para participar en el estudio los participantes tenían que haber firmado previamente el consentimiento informado (ver Anexo D). Por el contrario, se excluyeron a las personas que no presentaban conducta suicida actual (en el momento del registro en la institución), aunque la tuvieran en el pasado (más de un año sin repetición en el presente), que su estado de salud le impidiera responder a los cuestionarios psicométricos utilizados en el estudio y que el paciente o un familiar cercano (en caso de los menores de edad) se negaran a dar su consentimiento para participar de la investigación.

3.1.2. Controles.

Con el objetivo de tener un grupo de control para el estudio, se aplicó el mismo protocolo de investigación a una población universitaria que presentara diversidad en edad, sexo y demás variables sociodemográficas. Trabajadores administrativos, docentes y estudiantes de distintos cursos y facultades formaron parte del grupo control. La población fue reclutada por una convocatoria del departamento de Recursos Humanos de la Universidad Politécnica Salesiana y debía incluir a la mayor variedad posible de funciones dentro de la universidad para poder comparar los datos con el grupo de estudio. Los controles fueron pareados por sexo y edad. Los criterios de inclusión para formar parte del grupo control eran: 1) tener las mismas características de sexo y rangos de edad que la muestra de estudio. No se limitó la edad máxima para poder comparar con el grupo de estudio; 2) No estar hospitalizado en una institución de cuidado en salud mental al momento de la inclusión en el estudio y no tener historial de conducta suicida; 3) Finalmente, también tenían que firmar el consentimiento informado (Anexo D) de que accedían a participar en el estudio.

3.2. Procedimiento de recolección de los datos.

Los profesionales clínicos asignados en la institución psiquiátrica colaboradora, junto a la investigadora registraron los datos y les pasaron las escalas seleccionadas a los casos y controles. Se informó a la persona de la posibilidad de participar en el estudio, explicando sus implicaciones y se firmó el documento de consentimiento informado (Anexo D). Con la institución colaboradora se establecieron los parámetros de registro de información y criterios éticos.

En la entrevista inicial se registraron los datos sociodemográficos y clínicos generales, a partir de las fichas diseñadas para este fin (Anexos B y C). Los diagnósticos clínicos fueron informados por los médicos psiquiatras responsables de la atención de cada paciente. Los diagnósticos habían sido clasificados según los códigos del CIE-10, a partir de que aplicaran distintas escalas para obtener dicho diagnóstico. La participación de los pacientes fue posterior al proceso diagnóstico. Después de ello, los pacientes participaron de la aplicación de cada una de las escalas psicométricas (Anexo A) para medir cada una de las variables: los estilos de afrontamiento al estrés, la conducta suicida, tipos de personalidad, acontecimientos vitales estresantes.

La información recabada y los resultados de escalas aplicadas fueron introducidos en un banco de datos *online* diseñado para este propósito y posteriormente procesado con el programa SPSS IBM versión 24.

3.3. Implicaciones éticas en el estudio del comportamiento suicida

La investigación del comportamiento suicida tiene implicaciones éticas evidentes. Obliga a quien investiga este tipo de conductas a ser consciente del alto grado de vulnerabilidad que tiene el posible participante, pero también de la importancia de hacer aportes serios a la comprensión del comportamiento suicida para la sociedad en general. Cada investigación implica discutir, comprender y mejorar algún aspecto de la intervención o forma de conocer el riesgo suicida.

El estudio estuvo garantizado con la participación voluntaria y la confidencialidad de los datos personales de los participantes. Cada paciente o control fue debidamente informado sobre el contenido y objetivo de la investigación. Para participar del estudio debieron emitir

su firma al consentimiento informado (Anexo D). Los nombres y datos que pudieran identificar a los pacientes y demás que constaran en la historia clínica fueron codificados para mantener dicha confidencialidad. Tanto los investigadores que intervienen del estudio como las instituciones se comprometieron a que los resultados de esta investigación serán únicamente los establecidos para la misma, a través de un convenio de compromiso institucional (Anexo E).

3.4. Instrumentos

En este estudio se utilizaron cuatro escalas que permitieron relacionar algunas de las variables consideradas en la hipótesis de investigación: Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE); Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck EPQ-R (versión abreviada); Acontecimientos vitales estresantes (List of Threatening Experiences, LTE) y; Escala Columbia para evaluar riesgo de suicidio (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, CSSRS). Todos los modelos de cuestionarios son presentados en el apartado Anexos, al final de este documento.

De manera complementaria, se diseñaron dos fichas para registrar las datos sociodemográficos y clínicos para cada uno de los casos y controles y que han sido mencionadas anteriormente (ver Anexos B y C).

3.4.1. Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE).

Es una escala de autoaplicación, diseñada para evaluar 7 estilos básicos o estrategias de afrontamiento al estrés (Sandín y Chorot, 2003): 1. focalizado en la solución del problema

(enfoca su energía a la búsqueda de una solución racional); 2. autofocalización negativa (la persona se siente desbordada por el problema y se enfoca en los aspectos negativos, generando sensaciones de invalidez o culpabilidad); 4. reevaluación positiva (búsqueda de resignificación del problema); 4. expresión emocional abierta (manifiesta emotivamente el estrés que le produce el problema o conflicto); 5. Evitación (se percibe que el mejor mecanismo es el inmovilismo para evitar mayor confrontamiento o empeoramiento de la situación); 6. búsqueda de apoyo social (búsqueda de información y contención del entorno y los lazos afectivos con otros); y 7. Religión (encuentra soporte en las creencias religiosas para darle sentido a la situación estresante, ya sea positiva o negativamente).

Para este estudio fue empleada la versión validada por los autores, que consta de 42 ítems, que deben ser respondidas por los sujetos con una escala de 0-4, en la que 0 representa *Nunca* y 4 *Casi siempre*. También fue considerada la validación de Tomás, Sancho y Meléndez (2013) para la aplicación de la escala en población española, demostrando consistencia en las propiedades psicométricas, validez y fiabilidad, coincidiendo con lo expuesto por Sandín y Chorot (2003). Asimismo se tuvo en cuenta el informe de aplicabilidad entre población universitaria del contexto colombiano, por ser más cercano al ecuatoriano (Contreras-Torres, Espinosa, & Esguerra-Pérez, 2009).

3.4.2. Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck EPQ-R (versión abreviada).

Mide las dimensiones principales de la personalidad:

- Psicoticismo o *dureza emocional*: evalúa el nivel de empatía, agresividad, altruismo y sociabilidad del sujeto. Se considera que es una dimensión de la

personalidad que está conectada como un puente entre lo que se puede denominar *normalidad*, la psicopatía y la psicosis

- Neuroticismo: dimensión que implica respuestas emocionales intensas y estrés frente a situaciones de conflicto. Implica tendencia a trastornos neuróticos (de ansiedad y estados de ánimo).
- Extraversión: evalúa el nivel de sociabilidad, asertividad, actividad, espontaneidad, sensaciones socializadas.
- Sinceridad: mide el nivel de deseabilidad social para estimar si las respuestas del individuo son confiables con sus respuestas al cuestionario. También mide rasgos de conformidad social.

Es una escala autoplicada. Para este estudio se utilizó la versión española del cuestionario EPQR-Abreviado, que consta de 24 ítems con un formato de respuesta binario (Sí=1/ No=0), revisado por Sandín, Valiente, Montes, Chorot y Germán (2002), quienes apoyaron su validez factorial. Se consideró esta versión revisada, pues los autores advirtieron las posibles inconsistencias que existían en la dimensión del Psicoticismo de la versión original, la cual fue corregida en dicha revisión.

3.4.3. Acontecimientos vitales estresantes (List of Threatening Experiences, LTE).

Se trata de un inventario que examina los acontecimientos vitales experimentados por los participantes en el último año. Consta de 12 ítems dicotómicos, que solo admiten dos respuestas (Sí=1/No=0). Es una escala de autoaplicación sencilla, con suma simple de los ítems marcados positivamente. Tiene una excelente consistencia interna (Alfa de Cronbach

= 0,84), buena fiabilidad test-retest (Kappa de Cohen = 0,72), alta sensibilidad (89%) y especificidad (74%) , según Brughha & Cragg (1990). Es decir, se demostró que el LTE-Q tiene una fiabilidad alta en el test-retest y una adecuada sensibilidad y especificidad. El LTE-Q está recomendado en estudios donde están implicadas variables intervinientes, como el apoyo social, los estilos de afrontamiento, las variables cognitivas o para recoger información resumida en situaciones de alto estrés, por lo que es ampliamente utilizado para investigaciones de conducta suicida (Bobes-García et al., 2011).

Para este estudio se ha adaptado el cuestionario y consta de 26 ítems, partiendo de las condiciones específicas (características sociodemográficas y de comprensión idiomática) de las personas que participaron del estudio. Al inicio del estudio se desarrollaron pruebas o aplicaciones piloto de todos los instrumentos y el personal del hospital consideró que era necesario ampliar las preguntas, porque los participantes tenían situaciones vitales estresantes específicas que debían ser expuestas al aplicar el test, pues de lo contrario, se habría perdido información relevante. Dado que los eventos vitales que han motivado la conducta suicida estuvieron presentes tanto en la entrevista de registro para este estudio, como para el ingreso y tratamiento en la institución colaboradora, se consideró necesario incluir esos ítems adicionales para permitir que los pacientes pudieran explicar mejor su situación al sentirse más identificados con las preguntas planteadas. Asimismo, para el análisis de los datos se procedió a agrupar las preguntas por vínculos temáticos: Salud, Muerte, Relaciones románticas o con allegados, Trabajo y dinero, Agresión, Migración/aislamiento y Crimen/ley. Finalmente, las preguntas fueron las siguientes:

Salud.

1. Ha sufrido usted una enfermedad, lesión o agresión física grave

2. Algún familiar cercano ha sufrido una enfermedad, lesión o agresión física grave

Muerte.

3. Ha muerto uno de sus padres o hijos
4. Ha muerto su pareja/cónyuge
5. Ha muerto algún otro familiar cercano (hermanos, tíos, primos, abuelos)
6. Ha muerto un amigo cercano

Relaciones románticas o con allegados.

7. Se ha separado a causa de problemas en su relación de pareja
8. Ha roto una relación estable
9. Ha tenido un problema grave con algún amigo cercano, vecino o familiar
19. Ha sentido dificultades en el ámbito sexual.
24. Algún/algunos ser/seres querido/os se han separado

Trabajo y dinero.

10. Se ha quedado sin empleo o ha buscado empleo durante más de un mes sin éxito
11. Le han despedido de su trabajo
12. Ha tenido una crisis económica, de estudios grave
23. Ha tenido dificultades en su rendimiento escolar/estudios/pérdida de año

Crimen/ley.

13. Ha tenido problemas con la policía o ha comparecido ante un tribunal

14. Le han robado o ha perdido algún objeto de valor

Agresión.

15. Se ha sentido discriminado/a por su identidad sexual

16. Se ha sentido extorsionado/a o intimidado/a (en el lugar de estudios, trabajo, hogar, vecindario, etc.)

17. Ha sufrido agresión sexual

18. Ha sido testigo o víctima de relaciones hostiles en el hogar.

26. Se ha sentido víctima de burlas/ofensas (en su lugar de estudios, vecindario, hogar, trabajo)

Migración/aislamiento.

20. Ha padecido situaciones de aislamiento

21. Ha pasado por una situación de desplazamiento geográfico.

22. Ha pasado por una situación de migración de algún ser querido o de usted mismo/a

25. Se ha mudado a vivir solo/a

3.4.4. Escala Columbia para evaluar riesgo de suicidio (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, CSSRS).

La C-SSRS (Posner et al., 2011) es una entrevista semiestructurada para la evaluación conjunta de pensamientos suicidas (ideación suicida) y de comportamiento suicidas durante toda la vida y en el último mes. Esta escala consta de dos partes diferenciadas:

***Ideación suicida:**

Presencia de ideación suicida.

Intensidad de la ideación suicida.

***Conducta suicida.**

No existe una puntuación global en la escala, ni puntos de corte definidos. Permite realizar una clasificación de las personas en relación a su “estado suicida” en los siguientes grupos:

- Sin comportamiento suicida.
- Ideación suicida.
- Intento de suicidio activo.
- Intento de suicidio real.
- Riesgo real de suicidio consumado

En esta tesis se analizaron todos los datos correspondientes a los intentos de suicidio. La escala C-SSRS ha demostrado consistencia interna, aportando mayor sensibilidad y especificidad frente a otras escalas de conducta suicida, pues tiene subescalas que evalúan ideación, parasuicidio, tentativa o gravedad del riesgo para suicidio consumado. La medida de intensidad de la subescala de ideación muestra consistencia interna de moderada a fuerte y ha sido capaz de predecir intentos de suicidio en población adolescente con la subescala de intentos. El C-SSRS muestra altos niveles de predicción de intentos de suicidio en sujetos que presentaron altos niveles de severidad en la ideación durante la aplicación, con intención o planificación (Posner et al., 2011).

3.5. Análisis estadístico

En primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas continuas. Para las variables categóricas y ordinales, se emplearon tablas de frecuencias.

Con el fin de comparar las variables sociodemográficas de los dos grupos de estudio: controles e intento de suicidio, tanto a nivel general como examinado las diferencias por sexo, se realizaron pruebas no paramétricas. Concretamente, la prueba χ^2 para las variables categóricas y la prueba U de Mann Whitney para las variables ordinales.

Así mismo, se analizaron las diferencias entre los hombres y las mujeres con intento de suicidio en diversas variables clínicas mediante la prueba χ^2 .

Se llevaron a cabo múltiples análisis comparativos univariados para muestras independientes (t de Student) con el objetivo de examinar las diferencias entre los rasgos y estados de personalidad de los grupos de estudio. Para ello, se comparó la personalidad, las estrategias de afrontamiento y los eventos vitales estresantes del grupo control respecto el grupo de intento de suicidio, tanto a nivel general como separando por sexos; así como las diferencias de sexo en el grupo de intento de suicidio.

También se calculó el grado de asociación entre los diversos tests de personalidad del grupo que presentaba intento de suicidio mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Debido al escaso tamaño muestral, no se pudieron realizar correlaciones divididas por sexo.

Finalmente, se llevaron a cabo análisis de regresión múltiple lineales con el método de pasos sucesivos para determinar el valor predictivo de las escalas EPQR-A, CAE y LTE, así

como de las variables sociodemográficas en el intento de suicidio, tanto desde una perspectiva global como por cada sexo.

Para realizar todos estos análisis estadísticos se empleó el paquete estadístico SPSS 24.0, asumiendo un nivel de significación estadística del 5%.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

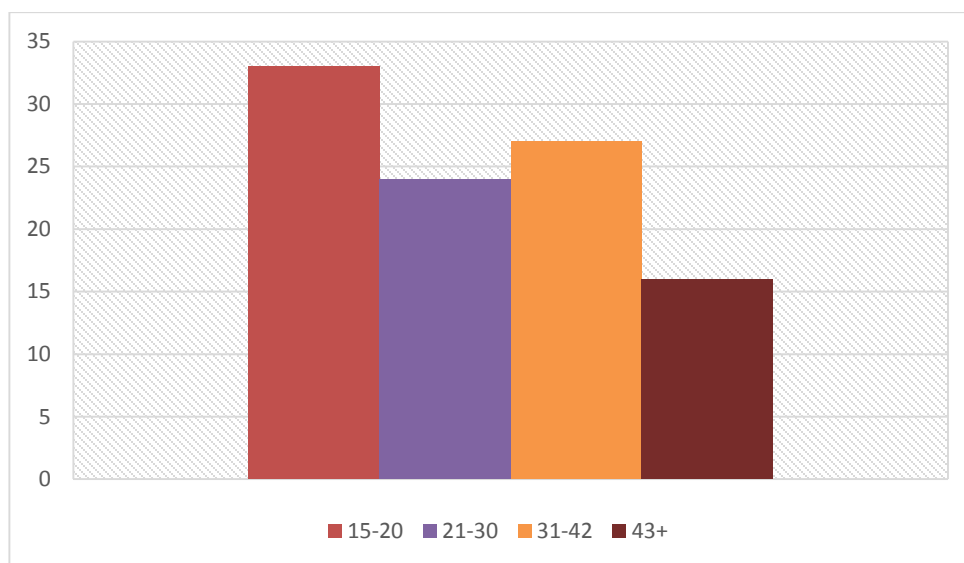
4.1. Descripción datos sociodemográficos y clínicos

En este apartado se presentan los resultados del registro de situación sociodemográfica de 74 sujetos. El grupo casos con 37 sujetos con ingreso hospitalario por intento de suicidio, que dieron su consentimiento para participar del estudio y los 37 que participaron en el grupo de controles.

En cuanto al sexo de los integrantes del grupo de casos, el 65% (n=24) son mujeres y el 35% (n=13) hombres. Como el grupo control estaba emparejado por sexo y edad con el grupo de casos, la distribución por sexos es la misma en ambos grupos.

Las edades de las personas atendidas en el IPSC son variadas, siendo que los más jóvenes tienen 15 años y los mayores alrededor de los 60. Es así, como se puede ver en la Figura 4, dentro de toda la población participante en ambos grupos, el 33% están dentro del rango de 15-20 años (n=24), el 27% en el rango de 32-42 (n=20), el 24% entre 21-31 años (n=18) y el 16% en el rango de edad entre 43-56 (n=12). Es decir, la mayor parte de los participantes son población joven y adulta joven.

Figura 4. Distribución por edad.



Tal como se observa en la Tabla 3, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación con los factores sociodemográficos cuando se comparaba a los casos y controles (N=74). Una excepción relevante es el que los casos presentaban un menor nivel educacional que los controles.

Tabla 3. Características sociodemográficas del grupo control y del grupo con intento de suicidio

N=74	Control	Intento	Estad.	p
	(n=37)	(n=37)		
Con quién vive	%	%		
Solo	8	17	1.34	n.s.
Con familia	92	83		
Estado marital				
Soltero	65	57	3.97	n.s.
Casado/ cohabita	30	27		
Divorciado/ separado	5	16		

Grupo étnico				
Blanco/Mestizo	95	94	2.06	n.s.
Indígena	5	6		
Migrante				
No	92	91	.001	n.s.
Sí	8	9		
Ingresos mensuales				
Bajo	17	37	-1.46	n.s.
Medio Bajo	28	20		
Medio	42	31		
Alto	14	11		
Nivel educacional				
No universitario	32	83	18.65	< .001
Universitario	68	17		
Nivel ocupacional				
Remunerado	46	53	.56	n.s.
Otros	54	43		n.s.

Estadísticos= χ^2/Z

La Tabla 4 muestra la comparación entre los casos y los controles segregados por sexo, encontrándose algunas diferencias estadísticamente significativas, y que también tienen un valor clínicamente significativo, como se comentará en la discusión, y que hacen referencia a los ingresos económicos, el nivel ocupacional y el nivel educativo, en el que los hombres con intento de suicidio presentaban un menor nivel en cada uno de los campos descritos respecto los varones controles; mientras que las mujeres con intento de suicidio sólo diferían significativamente de las controles en el nivel educacional.

Tabla 4. Resultados sociodemográficos por sexo

n=74	Mujeres		Estad.	p	Hombres		Estad.	p
	Control (n=24)	Intento (n=24)			Control (n=13)	Intento (n=13)		
	%				%			
Con quién vive								
Solo	8	5	0.27	n.s.	8	39	3.47	n.s.
Con familia	92	96			92	62		
Estado marital								
Soltero	54	59	0.41	n.s.	84	54	3.89	n.s.
Casado/ cohabita	42	33			8	15		
Divorciado/ separado	4	8			8	31		
Grupo étnico								
Blanco/Mestizo	100	95	1.07	n.s.	100	92	0.92	n.s.
Indígena		5				8		
Migrante								
No	91	91	0.00	n.s.		92	0.00	n.s.
Sí	9	9				8		
Ingresos mensuales								
Bajo	26	36	-0.13	n.s.	0	39	-2.41	<.05
Medio Bajo	35	18			15	23		
Medio	26	32			69	31		
Alto	13	14			15	8		
Nivel educacional								
No universitario	33	82	10.98	<.001	31	85	7.72	<.01
Universitario	67	18			69	15		
Nivel ocupacional								
Remunerado	58	68	0.48	n.s.	46	8	4.43	<.05
Otros	42	32			54	92		

Estadísticos: χ^2/Z

4.1.1 Descripción datos clínicos de los casos (intentos de suicidio)

En la Tabla 5. Características clínicas de casos con intentos suicidas se muestra la comparación de los datos clínicos entre sujetos con intentos suicidas. Los análisis no muestran diferencias estadísticas significativas entre las mujeres y hombres del grupo casos. Los datos que aparecen en esta tabla corresponden a los registrados en la ficha clínica del presente estudio. La información es acerca de las condiciones en las que se encuentran los pacientes al momento del ingreso hospitalario. Cabe recordar que casi la totalidad de los sujetos del grupo casos tenían un diagnóstico clínico, como condición previa para recibir atención especializada en el IPSC.

Tabla 5. Características clínicas de casos con intentos suicidas

(n=37)	Casos de Intentos		χ^2	P
	Mujeres (n=24) %	Hombres (n=13) %		
Diagnóstico actual	92	100	0.29	n.s.
Consumo tóxicos	11	25	0.29	n.s.
Tratamiento psicofarmacológico	95	100	0.44	n.s.
Intentos suicidio previos	95	92	0.70	n.s.
Parasuicidio	50	55	0.80	n.s.
Algo/ alguien lo detuvo	50	38	0.50	n.s.
Intento abortado	39	36	0.88	n.s.
Actos o comportamiento preparatorios	46	50	0.81	n.s.
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Evolución enfermedad (meses)	7.21 (15.18)	6.69 (10.07)	0.11	n.s.

Ingresos previos	0.85 (1.35)	0.85 (1.07)	0.01	n.s.
Nº intentos suicidio	4.90 (4.28)	4.09 (3.36)	0.54	n.s.

En la Tabla 6. se muestra el diagnóstico principal de los casos separado por sexo. Se objetiva un patrón diferencial, de manera que las mujeres son principalmente diagnosticadas con trastornos afectivos, mientras que los hombres, con trastornos por uso de sustancias.

Tabla 6. Resultados por diagnósticos en los casos.

	Mujeres	Hombres	χ^2	p
	(n=24)	(n=13)		
	%	%		
Diagnóstico				
Trastornos Afectivos	68	23	0.01	< .05
Trastornos Ansiedad	0	8	0.22	n.s.
Trastornos Psicóticos	5	8	0.78	n.s.
Trastornos Sustancias	11	62	0.00	< .01

4.2. Características diferenciales entre Casos y Controles

4.2.1. Diferencias en los rasgos de personalidad.

En la Tabla 7 queda reflejada la comparación general sobre las diferentes variables de personalidad que se evalúan en la escala EPQR-A, entre los grupos control e intento. En el grupo de casos con intento de suicidio se obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en las dimensiones de personalidad de Neuroticismo y Psicoticismo respecto las del grupo control.

Tabla 7. Resultados EPQR-A

	Control (n=37)	Intento (n=37)	t	p
	M (SD)	M (SD)		
Neuroticismo	1.51 (1.66)	4.30 (1.64)	-7.24	< .001
Extraversión	4.08 (1.12)	3.38 (1.57)	2.22	< .05
Psicoticismo	2.57 (0.87)	3.81 (0.97)	-5.82	< .001
Sinceridad	2.68 (1.51)	2.86 (1.34)	-.57	n.s.

En la Tabla 8 se puede ver los resultados de esta misma escala en mujeres y hombres de ambos grupos, control e intento. Las mujeres con intento de suicidio obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en las dimensiones de personalidad de Neuroticismo y Psicoticismo respecto las mujeres del grupo control. Mientras que, en la comparación de hombres, los que presentan intento de suicidio muestran un elevado Neuroticismo y Psicoticismo, así como menor Extraversión que los hombres del grupo control.

Tabla 8. Resultados EPQR-A en Hombres y Mujeres. Control versus Intento.

n=74	Mujeres				Hombres			
	Control (n=24)	Intento (n=24)	t	p	Control (n=13)	Intento (n=13)	t	p
	M (SD)	M (SD)			M (SD)	M (SD)		
Neuroticismo	1.83 (1.83)	4.63 (1.21)	-6.23	< .001	0.92 (1.12)	3.69 (2.18)	-4.09	< .001
Extraversión	3.92 (1.32)	3.38 (1.61)	1.28	n.s.	4.38 (0.51)	3.38 (1.56)	2.20	< .05
Psicoticismo	2.58 (0.83)	3.79 (1.02)	-4.50	< .001	2.54 (0.97)	3.85 (0.90)	-3.57	< .01

Sinceridad	2.50 (1.41)	2.71 (1.16)	-0.56	n.s.	3.00 (1.68)	3.15 (1.63)	-0.24	n.s.
------------	----------------	----------------	-------	------	----------------	----------------	-------	------

Tabla 9. Comparación resultados EPQR-A entre hombres y mujeres con intento suicida

	Hombres (n=13)	Mujeres (N=24)	t	p
	M (SD)	M (SD)		
Neuroticismo	3.69 (2.18)	4.63 (1.21)	1.43	n.s.
Extraversión	3.38 (1.56)	3.38 (1.61)	0.02	n.s.
Psicoticismo	3.85 (0.90)	3.79 (1.02)	1.16	n.s.
Sinceridad	3.15 (1.63)	2.71 (1.26)	0.97	n.s.

Al comparar los resultados de la escala EPQR-A entre hombres y mujeres con intento de suicidio no se encontraron diferencias significativas para los rasgos de personalidad de este grupo de estudio.

4.2.3. Diferencias en los estilos de afrontamiento al estrés.

En relación con el afrontamiento al estrés, la Tabla 10. muestra los resultados generales de la escala CAE en ambos grupos (control e intento), resultando algunas diferencias significativas en el grupo con intentos. Éstos mostraron tendencia hacia la autofocalización negativa, expresión emocional abierta y buscan menos apoyo social que los participantes del grupo control. Así mismo, también presentan puntuaciones significativamente inferiores al grupo control en la focalización en la solución del problema y la reevaluación positiva. Todos los estilos fueron estadísticamente significativos, excepto el tipo Evitación y Religión, al comparar estos dos grupos.

Tabla 10. Resultados CAE, estilos afrontamiento de estrés

	Control (n=37)	Intento (n=37)	t	p
	M (SD)	M (SD)		
Focalizado en la solución del problema	15.69 (4.83)	9.43 (5.19)	5.79	< .001
Autofocalización negativa	8.65 (3.25)	14.86 (5.92)	-5.54	< .001
Reevaluación positiva	15.69 (4.28)	11.58 (5.33)	3.43	< .01
Expresión emocional abierta	7.39 (3.75)	14.24 (6.06)	-5.83	< .001
Evitación	13.36 (5.48)	11.16 (5.26)	1.75	n.s.
Búsqueda de apoyo social	14.35 (6.30)	8.86 (6.38)	3.70	< .001
Religión	9.95 (6.86)	8.81 (5.87)	0.77	n.s.

En la Tabla 11 se observa que al comparar los resultados entre mujeres de ambos grupos (control e intento) existen diferencias significativas en todos los estilos de afrontamiento de la escala CAE. Las mujeres con intentos suicidas tienden a focalizarse menos en la solución del problema, a focalizarse negativamente, la mayoría no hace una reevaluación positiva del problema, tienen expresión emocional abierta, presentan puntuaciones menores en el estilo evitativo, buscan en menor medida el apoyo social. Las mujeres del grupo control emplean la religión para enfrentar sus problemas, a diferencia de las del grupo de estudio, que lo hacen mucho menos.

Tabla 11. Resultados CAE entre hombre y mujeres. Control versus Casos

n=74	Mujeres				Hombres			
	Control (n=24)	Intento (n=24)	t	p	Control (n=13)	Intento (n=13)	t	p
	M (SD)				M (SD)			
FSP	15.00 (5.17)	8.33 (5.05)	4.42	< .001	19.23 (4.46)	11.46 (4.99)	4.19	< .001
AN	9.09 (3.32)	15.67 (6.55)	-4.35	< .001	7.83 (3.07)	13.38 (4.41)	-3.62	< .01
REP	15.00 (4.11)	11.43 (5.04)	2.63	< .05	16.92 (5.87)	11.85 (6.01)	2.18	< .05

EEA	8.35 (3.14)	15.13 (5.71)	-5.01	< .001	5.69 (4.25)	12.62 (6.56)	-3.19	< .01
EV	13.61 (3.75)	10.63 (4.98)	2.31	< .05	12.92 (7.85)	12.15 (5.81)	0.28	n.s.
BAE	14.04 (5.51)	9.57 (6.72)	2.50	< .05	14.92 (7.75)	7.62 (5.77)	2.73	< .05
R	12.38 (6.41)	7.63 (5.97)	-2.66	< .05	5.46 (5.36)	11.00 (5.21)	-2.67	< .05

FSP= Focalizado en la solución del problema / AN= Autofocalización negativa / REP= Reevaluación positiva /EEA= Expresión emocional abierta / EV= Evitación / BAE= Búsqueda apoyo emocional / R= Religión

En la Tabla 12 se muestra que al comparar los estilos de afrontamiento al estrés entre hombres con casos de intento de suicidio y los hombres del grupo control no existen diferencias significativas.

Tabla 12. Comparativa resultados CAE entre hombres y mujeres con intento suicida

	Mujeres (n=24)	Hombres (n=13)	t	p
	M (SD)	M (SD)		
Focalizado en la solución del problema	8.33 (5.05)	11.46 (4.99)	1.81	n.s.
Autofocalización negativa	15.67 (6.55)	13.38 (4.41)	-1.12	n.s.
Reevaluación positiva	11.43 (5.04)	11.85 (6.02)	0.22	n.s.
Expresión emocional abierta	15.13 (5.71)	12.62 (6.56)	-1.21	n.s.
Evitación	10.63 (4.98)	12.16 (5.81)	0.84	n.s.
Búsqueda de apoyo social	9.57 (6.73)	7.62 (5.77)	0.88	n.s.
Religión	7.63 (5.97)	11.00 (5.12)	1.71	n.s.

4.2.4. Diferencias en los acontecimientos vitales estresantes.

Los acontecimientos estresantes que registraron los participantes del estudio, evaluados con el LTE, muestran varias diferencias significativas al comparar los grupos casos y controles, tanto a nivel general como agrupados por temáticas (ver Tabla 13). Exceptuando los acontecimientos vitales estresantes relacionados con la salud y con la muerte, en el resto

de escalas y en la escala total, los sujetos con intento de suicidio presentan significativamente más acontecimientos vitales estresantes que los del grupo control.

Tabla 13. Resultados LTE

	Control (n=37) M (SD)	Intento (n=37) M (SD)	t	p
Total LTE	4.19 (3.10)	9.85 (3.48)	-7.22	< .001
Salud	0.57 (0.72)	0.84 (0.55)	-1.80	n.s.
Muerte	0.59 (0.76)	0.81 (0.95)	-1.05	n.s.
Relaciones con otros	1.14 (1.08)	2.92 (0.99)	-7.30	< .001
Trabajo-Dinero	0.70 (0.99)	1.67 (1.20)	-3.75	< .001
Agresión	0.46 (0.65)	1.83 (1.34)	-5.47	< .001
Migración-Aislamiento	0.35 (0.63)	1.31 (1.14)	-4.40	< .001
Crimen-ley	0.38 (0.55)	1.31 (1.14)	-2.39	< .05

En la Tabla 14 se aprecia que cuando se comparan los resultados entre mujeres de ambos grupos (control e intento), existen diferencias significativas en la mayoría de los acontecimientos vitales estresantes, especialmente aquellos relacionados la salud, las relaciones con otros, el trabajo, eventos de agresión y migración o aislamiento geográfico, puntuando en todos ellos significativamente por encima que las mujeres del grupo control.

Tabla 14. Comparación Mujeres y Hombres test LTE. Control versus Intento.

n=74	Mujeres				Hombres			
	Control (n=24)	Intento (n=24)	t	p	Control (n=13)	Intento (n=13)	t	p
	M (SD)				M (SD)			
Total LTE	4.38 (3.03)	10.04 (3.40)	-6.03	< .001	3.85 (3.31)	9.45 (3.78)	-3.88	< .01

Salud	0.46 (0.66)	0.88 (0.61)	-2.27	< .05	0.77 (0.83)	0.70 (0.44)	0	n.s.
Muerte	0.67 (0.87)	0.74 (0.86)	-0.29	n.s.	0.46 (0.52)	0.92 (1.12)	-1.35	n.s.
Relaciones- otros	1.13 (1.12)	3.00 (1.02)	-6.07	< .001	1.15 (1.07)	2.75 (0.97)	-3.91	< .01
Trabajo- Dinero	0.79 (0.14)	1.75 (1.26)	-2.76	< .01	0.54 (0.66)	1.50 (1.09)	-2.65	< .05
Agresión	0.63 (0.71)	2.17 (1.27)	-5.18	< .001	0.15 (0.38)	1.09 (1.22)	-2.45	< .05
Migración- Aislamiento	0.33 (0.48)	1.13 (1.08)	-3.29	< .01	0.38 (0.87)	1.67 (1.23)	-3.03	< .01
Crimen-ley	0.38 (0.50)	0.71 (0.81)	-1.73	n.s.	0.38 (0.65)	1.85 (0.80)	-1.61	n.s.

En esta misma tabla aparecen varias diferencias significativas cuando comparamos los resultados de hombres en ambos grupos (control e intento). Las diferencias se aprecian en puntuaciones significativamente superiores en los eventos relacionados con la salud, las relaciones con otros, el trabajo, eventos de agresión y migración o aislamiento geográfico, así como en la escala total por parte de los hombres con intento de suicidio.

Tabla 15. Comparación resultados LTE entre hombres y mujeres con intentos suicidas.

	Hombres	Mujeres	t	p
	(n=13)	(n=24)		
	M (SD)	M (SD)		
Total LTE	9,45 (3,78)	7,63 (5,97)	-.44	n.s.
Salud	0,77 (0,44)	0,88 (0,61)	-.61	n.s.
Muerte	0,92 (1,12)	0,74(0,86)	.51	n.s.
Relaciones con otros	2,75 (0,97)	3,00 (1,02)	-.72	n.s.

						Resultados
los	Trabajo-Dinero	1,5 (1,09)	1,75 (1,26)	-.62	n.s.	Al comparar resultados
	Agresión	1,09 (1,22)	2,17 (1,27)	-2.39	< .01	
	Migración- Aislamiento	1,67 (1,23)	1,13 (1,08)	1.30	n.s.	
	Crimen-ley	0,85 (0,80)	0,71 (0,81)	0.5	n.s.	

de la escala LTE, aplicada entre hombres y mujeres con intentos suicidas los eventos vitales estresantes percibidos por los sujetos como agresión son los únicos que presentan diferencias significativas entre ambos grupos, con mayores puntuaciones por parte de las mujeres (Tabla 15).

4.3. Correlación de los resultados entre escalas (casos)

En la Tabla 16. Correlación escalas LTE, CAE Y EPQR-A16 se muestran los resultados de correlacionar las escalas LTE, CAE y EPQR-A entre sí. Respecto los eventos vitales estresantes, la agresión se relaciona con la focalización en la solución del problema; el trabajo y el dinero correlacionan con la evitación; los eventos vitales relacionados con el crimen y la ley se asocian a la autofocalización negativa; y la migración y el aislamiento se relacionan con la evitación, todos ellos con correlaciones negativas.

Respecto la relación entre los eventos vitales estresantes y las dimensiones de personalidad, solamente los eventos relacionados con la muerte presentan una correlación significativa negativa con el Psicoticismo, mientras que el haber sido víctima de agresión se relaciona con mayores puntuaciones en la escala de neuroticismo.

Tabla 16. Correlación escalas LTE, CAE Y EPQR-A

LTE	CAE								EPQR-A		
	FSP	AN	REP	EEA	EV	BAE	RL	NEU	EXT	PSC	SCD
Total	-.14	.03	.04	.17	-.33	-.11	.26	.31	-.15	-.06	-.20
Salud	.02	-.02	-.01	-.05	.04	-.05	-.17	-.04	-.09	.15	-.07
Muerte	.29	-.11	.24	-.07	.15	.02	.22	.04	.08	-.33*	.02
Relaciones con otros	-.06	.06	.15	-.07	-.25	-.06	.20	.29	.09	-.16	-.27
Trabajo-Dinero	-.31	.27	-.26	.23	-.39*	.10	.00	.22	-.18	.20	.14
Agresión	-.38*	-.05	-.17	.16	-.16	-.01	.13	.34*	-.18	.25	-.18
Migración-Aislamiento	.02	-.02	-.02	.10	-.40*	-.23	.21	.27	-.19	.02	-.19
Crimen-ley	.08	-.34*	.07	.06	-.13	.04	.04	-.11	.23	-.13	.28

CAE	EPQR-A			
	NEU	EXT	PSC	SCD
FSP	-.37*	.31	-.39*	.12
AN	.18	-.19	.25	-.19
REP	-.51**	.40*	-.68**	-.02
EEA	-.06	-.13	.16	.08
EV	-.52**	.21	-.38*	.07
BAE	-.29	.35*	-.09	.09
RL	-.03	-.04	.09	-.20

FSP= Focalizado en la solución del problema / AN= Autofocalización negativa / REP= Reevaluación positiva /EEA= Expresión emocional abierta / EV= Evitación / BAE= Búsqueda apoyo emocional / R= Religión

NEU= Neuroticismo / EXT= Extraversión / PSC= Psicoticismo / SCD= Sinceridad

* p < .05

** p < .01

4.4. Resultados de regresión múltiple en casos de intento de suicidio

Finalmente, para determinar el valor predictivo de las escalas de personalidad, así como de los datos sociodemográficos, realizamos tres regresiones múltiples lineales utilizando las escalas LTE, CAE, EPQR-A y los datos sociodemográficos como predictores y el intento de suicidio como criterio.

En la Tabla 17 puede observarse la primera regresión que corresponde a todo el grupo de intento de suicidio, donde el sexo, el neuroticismo, las estrategias de afrontamiento relacionadas con la expresión emocional abierta y la búsqueda de apoyo social y los eventos vitales estresantes relacionados con la agresión parecen ser constructos significativos en la predicción de la conducta suicida.

Tabla 17. Regresión múltiple lineal de los datos sociodemográficos y las escalas de la personalidad en el intento de suicidio.

	Intento de suicidio				
	ΔR^2	β	t	p	Modelo
Neuroticismo	.51	-.37	-4.07	< .001	$R^2c*100= 70.3$
Expresión emocional abierta	.11	-.43	-5.04	< .001	
Búsqueda de apoyo social	.06	.2	3.05	< .01	$F_{5,61}= 29.90$
Sexo (1=hombre, 2=mujer)	.03	.230	3.02	< .01	
Agresión	.02	-.18	-2.10	< .05	$p < .001$

Las Tablas 18 y 19 muestran las regresiones separadas por sexo, predominando un patrón emocional en el caso de las mujeres, con las dimensiones de neuroticismo, expresión emocional abierta y ser víctima de agresión como factores predictores del intento de suicidio femenino, y un patrón más relacionado con el dinero y el trabajo en el caso de los hombres, aunque también son relevantes otras dimensiones como las estrategias de afrontamiento relacionadas con la religión, la búsqueda de apoyo social y la reevaluación positiva y, en menor medida, la agresión.

Tabla 18. Regresión múltiple de los datos sociodemográficos y las escalas de personalidad en el intento de suicidio de las mujeres.

	Intento de suicidio				
	ΔR^2	β	t	p	Modelo
Expresión emocional	0.5	-.42	-3.96	< .001	$R^2c*100= 72.6$
Neuroticismo	0.160	-.42	-4.06	< .001	$F_{3,38}= 34.61$
Agresión	0.04	-.22	-2.22	< .05	$p < .001$

Tabla 19. Regresión múltiple lineal de los datos sociodemográficos y las escalas de personalidad en el intento de suicidio de los hombres.

	Intento de suicidio				
	ΔR^2	β	t	p	Modelo
Ingresos mensuales		.38	4.48	< .001	$R^2c*100= 90.4$
Religión		-.50	-6.75	< .001	
Búsqueda de apoyo social		.37	4.68	< .001	$F_{6,21}= 34.14$
Trabajo-Dinero		-.30	-3.52	< .01	
Reevaluación positiva		.35	4.68	< .001	$p < .001$
Agresión		.20	2.32	< .05	

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN

Esta investigación ha indagado sobre las diferencias que existen entre hombres y mujeres con intentos suicidas frente a quienes no los presenta. Debido a que hay publicaciones escasas en esta temática en Ecuador (Ortiz-Prado et al., 2017), se ha realizado este estudio en la ciudad de Quito. Las pocas investigaciones publicadas en el país ponen énfasis en preocupaciones locales relacionadas con la conducta suicida, como la crisis del sentido (Schnell, Gerstner, & Krampe, 2018), la influencia del déficit alimentario y la depresión (Romo, Abril-Ulloa, & Kelvin, 2016) o la depresión en adolescentes y suicidios (Romo et al., 2016). Por eso se ha desarrollado una investigación basada en la comparación de distintas variables, siendo la principal las diferencias de género entre personas con intento de suicidio de Quito.

El objetivo general que guió este estudio fue enfocarse en las diferencias de género entre personas con intento de suicidio e identificar las relaciones existentes entre el género y la personalidad, los mecanismos psicológicos de afrontamiento al estrés y los acontecimientos estresantes de la vida. Si bien los estudios que vinculan tradicionalmente la personalidad y la tendencia suicida (Ardani, Naghibzadeh, Farid Hosseini, Asadpour, & Khabazianzadeh, 2015; Menon, Sarkar, & Kattimani, 2015; Wang et al., 2014) suelen emplear los tipos o estrategias de afrontamiento (Alexander, Haugland, Ashenden, Knight, & Brown, 2009), es útil investigar el modo en que el intento de suicidio representa estrategias de afrontamiento ante las exigencias de la vida cotidiana (Oquendo et al., 2014; Zhang, Jia, Zhang, Wang, & Liu, 2013), dentro de un determinado grupo de personas. Sin embargo, con este estudio se ha querido cruzar todas estas variables para tener un panorama un poco más amplio y explorar la conducta suicida en esta población determinada.

A partir de los resultados presentados ha sido posible identificar algunas relaciones entre variables de estilos de afrontamiento, tipos de personalidad, acontecimientos vitales estresantes y la conducta suicida hallándose también ciertas diferencias entre hombres y mujeres del presente estudio. A ello se suman ciertas particularidades sociodemográficas y clínicas que describen a la población específica que ha participado en esta investigación. Por eso uno de los objetivos específicos marcaba la necesidad de analizar si existen diferencias en las variables sociodemográficas de un grupo de pacientes con intento suicida. Puesto que no existe un registro oficial sobre el número y características de los intentos suicidas y la bibliografía sobre esta temática es escasa en el Ecuador, especialmente en Quito (Campo, 2015; Ortiz-Prado et al., 2017), se consideró necesario hacer este estudio comparativo entre un grupo de hombres y mujeres con historial de conducta suicida frente a un grupo control sin intentos suicidas considerando las condiciones sociodemográficas de la población.

5.1. Características sociodemográficas y clínicas

Hay pocas diferencias significativas en el plano sociodemográfico. Una de ellas es el nivel educativo de la muestra y que puede estar vinculada con el rango de edad principal del grupo de intentos (menores de edad), que aún no ingresa a la universidad. Pero también es importante debido a que se relaciona con los datos estadísticos de la zona geográfica estudiada, que coincide con esos rangos de edad como uno de los más relevantes en la conducta suicida, en cuanto a suicidios consumados reportados (Instituto Nacional De Estadística y Censos (INEC), 2010). Si se comparan los datos sociodemográficos que aparecen en la población total de muestra para el presente estudio, con la base estadística

oficial de Ecuador (INEC, 2010; Ministerio del Interior Ecuador, 2016) coinciden de manera general.

Como se expuso en la introducción de este trabajo, pese a la inexistencia de datos sobre intentos suicidas, la ciudad de Quito tiene registrado comportamientos suicidas en rangos de 15-24 y 25-34 años de edad. En el estudio, los resultados son similares dentro de estos rangos de edad, lo que demuestra la importancia, en ciertos contextos sociales, de investigar acerca de ciertas problemáticas específicas ligadas a la población joven, lo que se observa más claramente en los resultados de la escala LTE que se verán más adelante. Se empieza a desarrollar estudios específicos con esta población etaria vinculadas a temas como el cyberbullying (John et al., 2018), TDAH (Giupponi et al., 2018; Huang et al., 2018) o problemas escolares de inicio de la edad adulta (Yao et al., 2014).

De acuerdo a los datos de la OMS (2014) y la OPS (2014), la población entre los 13-34 años es la que comete más suicidios consumados en la región latinoamericana. Varios estudios coinciden tanto con esta afirmación, como con los resultados de esta tesis. Si bien en otras regiones del mundo como Europa los rangos de edad para la muerte por suicidio son más altos (OMS, 2014), conformado por grupos etarios de adultos hasta los 55 años y adultos mayores a partir de los 70 años, cuando ya no están en años de productividad económica. La realidad en Latinoamérica difiere y la población más joven es considerada en riesgo suicida (Mascayano et al., 2007). Esto se menciona en algunas publicaciones sobre los casos de Chile, Cuba, México, Colombia, Brasil y Perú (Azuerro et al., 2017; Teti et al., 2014), países donde la población que está en la cima de las estadísticas nacionales en la muerte por suicidio. Algunos estudios que indagan las diferencias socioculturales del fenómeno del suicidio en la región, establecen que algunos grupos indígenas estarían presentando casos de conducta suicida entre sus miembros más jóvenes, considerando la variable de cambio cultural y

exigencias del sistema económico que se va globalizando o a distintas maneras de interpretar lo que se entiende como vida y muerte (Campo Aparicio., 2017; Gulbas & Zayas, 2014; Quinlan-Davidson, Sanhueza, Espinosa, Escamilla-Cejudo, & Maddaleno, 2014; Teti et al., 2014; O'Donnell, 2004). Es decir, que para interpretar los datos estadísticos que indican que la población adolescente y joven sea la de mayor riesgo de muerte por suicidio en países de Latinoamérica, tal vez sea necesario considerar variables de diferencias económicas, culturales y sociales en la expresión de la conducta suicida en el mundo.

Dado que este estudio se fundamenta en las diferencias entre hombres y mujeres con intentos suicidas, se debe resaltar que la distribución entre sexos, en cuanto a intentos, es coherente con las publicaciones alrededor del mundo (Hamilton & Klimes-Dougan, 2015; Soor et al., 2012; WHO, 2014; Zhong et al., 2014), pues en este estudio las mujeres son el 65% de la muestra.

En los datos de suicidios consumados en Quito, el 74% son hombres (DINASED, 2016; González-Andrade F, López-Pulles R, Gascón S. & García, CJ., 2011), lo cual coincide con otros datos epidemiológicos generales registrados alrededor del mundo. En una publicación de 2005, donde se comparaban los datos de estadísticas nacionales de 90 países alrededor del mundo, se mencionaba que Ecuador era una de las excepciones mundiales en cuanto a la preminencia del suicidio masculino, pues junto a China, Cuba, El Salvador y Sri Lanka, el país tenía un mayor índice de muerte por suicidios en mujeres (Wasserman, D., Cheng, Q. I., & Jiang, G. X., 2005). Sin embargo, se advierte que ese estudio estaba basado en el censo de 1991 que tenía muchos problemas de subregistros que desde el 2010 están intentando corregir. Así, la información actualizada por el INEC desde el censo del año en mención y que alimenta los datos presentados por la OMS y la OPS, se evidencia que la

población masculina registra más casos de suicidios que las mujeres, coincidiendo con la dinámica mundial (Ortiz-Prado et al., 2017).

En cuanto a la pertenencia a un grupo étnico, hay correspondencia con las estadísticas oficiales (INEC, 2010), pues al igual que en este estudio, el grupo mayoritario es el autoidentificado como mestizo, que es el 98% de los casos de suicidios consumados en Quito y el 95% en esta investigación, grupo étnico que también es mayoritario en todo el territorio nacional. Es decir, que el grupo étnico mayoritario está representado en la muestra del estudio y no representa una variable significativa en esta ciudad, puesto que Quito tiene habitantes provenientes de todo el país, siendo la capital. Sin embargo, a partir de esto no se puede decir que son los mestizos quienes se suicidan más que otros grupos, pues si se hiciera un estudio en una ciudad con mayor representación indígena, por ejemplo, se podría obtener alguna variación en los resultados sociodemográficos. El contexto sería otro y las particularidades de la conducta suicida varían, lo que se ha puesto en evidencia en estudios más específicos sobre estas poblaciones en la región americana (Campo & Aparicio, 2017; Eliezer Arias, 2010).

De acuerdo a los resultados presentados, existe una relación entre sujetos con intentos de suicidio y que han sido diagnosticados con trastornos por abuso de sustancias (consideradas entre ellas la ingesta alcohólica). Esto sería más frecuente en los hombres participantes de este estudio, en relación a sus pares mujeres y es coherente con algunos estudios al respecto (Kaplan et al., 2013; Martínez-Hernández et al., 2012; Morin et al., 2013, Pianowski, G., Sousa de Oliveira Fernandes, E., & Nunes Baptista, M., 2015). En Ecuador el consumo de alcohol está relacionado con las festividades y relaciones sociales en general. Hay que tener en cuenta el carácter depresógeno y desinhibitorio del alcohol, y que, en numerosas ocasiones, el alcohol es más un facilitador de la conducta suicida. Tal vez por esa

razón, las personas que intentan suicidarse o consuman el acto seleccionan en su mayoría la ingesta de bebidas alcohólicas sobre otro tipo de sustancias para la acción suicida. Es por eso también que en el presente estudio aparecen de manera significativa trastornos relacionados con el abuso de sustancias tóxicas, que, en realidad, son la ingesta de alcohol en grandes cantidades.

Una investigación en Chile, realizada por Salvo y Castro (2013), revela que existe esa relación entre consumo de alcohol, impulsividad, sensación de soledad y conducta suicida entre población juvenil de ese país, algo similar a lo que sucede en Quito, Ecuador, en especial considerando los rangos de edad de los participantes del presente estudio. Asimismo, el consumo de alcohol es uno de los factores de riesgo más estrechamente relacionados tanto con los intentos de suicidio, como particularmente con el suicidio consumado (Azuero et al., 2017; Chau, Kabuth, & Chau, 2014; Giner et al., 2013; Martínez-Hernández et al., 2012). La intoxicación o consumo de alcohol o hábitos de dependencia con sustancias más que la causa de la conducta suicida se convierte en una variable mediadora en el ámbito multifactorial que implica el fenómeno del suicidio.

Por otra parte, hemos encontrado una relación entre la presencia de trastornos afectivos y los intentos de suicidio en las mujeres, lo cual es consistente con la literatura actual (Högberg, Antonuccio, & Healy, 2015; Li & Zhang, 2012; Maddock, Carter, Murrell, Lewin, & Conrad, 2010; Nordentoft, 2007; Pompili et al., 2011; Zhu et al., 2013).

5.2. Rasgos de personalidad

En la población participante de este estudio se observa que las personas con intentos suicidas presentan diferencias en las dimensiones de personalidad frente a los individuos del

grupo control. Los resultados de nuestro estudio sugieren que la gente con intentos suicidas tiende a tener una personalidad marcada por el Neuroticismo y el Psicoticismo. Hay investigaciones previas que muestran la coherencia de la tipología identificada en el caso de Quito. Los hombres con intentos suicidas presentan las mismas características de la muestra general y coinciden con el estudio de Carli et al. (2010) con hombres en una penitenciaría italiana. Mientras que entre las mujeres con intentos suicidas los dos rasgos de personalidad más significativos son el Neuroticismo y el Psicoticismo, siendo estos dos, finalmente, los tipos que coinciden con la conducta suicida.

Hay varios estudios que exploran la relación entre los tipos de personalidad y la conducta suicida, porque aunque al ser un rasgo que, por ende, es difícil de modificar, el identificarlo en relación con otras variables, permitiría comprender de mejor manera y advertir los riesgos del fenómeno suicida en distintas sociedades, aunque gran parte de la producción científica dedique o haya dedicado muchos esfuerzos por establecer nexos entre trastornos de la personalidad y suicidabilidad (Batterham & Christensen, 2012; Menon et al., 2015; Pompili et al., 2005; Wang et al., 2014). En este sentido, en el estudio que se hizo en Quito, aunque se registraron los distintos diagnósticos, incluidos los de personalidad, se priorizó la caracterización de los rasgos de personalidad de todos los sujetos participantes para después relacionarlos con los estilos de afrontamiento al estrés, los eventos vitales estresantes y la conducta suicida. Por ello es importante señalar los estudios previos que se han hecho en el mundo sobre la tipología de personalidad en Neuroticismo y Psicoticismo, como los de Fang, Heisel, Duberstein, & Zhang, 2012; Mandelli et al. (2015); Rozanov & Mid'ko (2011); Subica, Allen, Frueh, Elhai, & Fowler (2016); Wiktorsson et al. (2013) que pretenden desarrollar la relación compleja que existe entre los rasgos de personalidad y conducta suicida en distintos contextos europeos, asiáticos y en Australia. Mandelli et al.

(2015) presentan un estudio relevante para esta tesis, pues siguen el modelo de diátesis-estrés, según el cual relacionan los estresores en la historia de vida de 415 mujeres con conducta suicida y sus particularidades psicológicas individuales para establecer un perfil en este tipo de población clínica de Grecia, aunque ellos no pudieron comparar su datos con los de un grupo masculino para encontrar diferencias de género. Los datos que obtuvieron aluden a que los rasgos neuróticos de personalidad en mujeres están estrechamente relacionados con estados depresivos y conducta suicida y que además estarían vinculados a eventos estresantes de la vida y la ruptura en los vínculos sociales (Mandelli et al., 2015)

5.3. Afrontamiento al estrés

Para tener una mejor perspectiva de la variable del afrontamiento al estrés y la conducta suicida fue necesario incluir los rasgos de personalidad en el análisis de los intentos de suicidio de los participantes. En relación con el afrontamiento al estrés, los resultados generales de la escala CAE muestran que las personas que han tenido intentos suicidas tienden a autofocalizarse negativamente en el problema que les aqueja, presentan un estilo de expresión abierta y buscan menos apoyo social que los participantes del grupo control. Según los resultados de este trabajo de investigación, en los grupos participantes de la ciudad de Quito, los estilos de afrontamiento presentan diferencias estadísticas significativas, si se trata de gente con intentos de suicidio frente a las del grupo control. Los primeros tienen una tendencia a la autofocalización negativa, expresión emocional abierta con bajo apoyo social. Tampoco son propensos a focalizarse en la búsqueda de la solución del problema o la reevaluación positiva. Especialmente, las diferencias se encuentran en las mujeres que han presentado intentos suicidas, quienes tienden a reaccionar negativamente frente a los

problemas o situaciones de estrés. Las mujeres del grupo control emplean la religión para enfrentar sus problemas, a diferencia de las del grupo de estudio, que lo hacen mucho menos.

Estas diferencias del estilo de afrontamiento o *coping* son abordadas por algunos autores que resaltan las distintas estrategias que emplean hombres versus mujeres que tienen conducta suicida frente a la población que no la presenta. Así tenemos a Woodhead, E. L., Cronkite, R. C., Moos, R. H., & Timko, C. (2014) que encuentran que los hombres no buscan redes sociales de apoyo y prefieren actuar de manera evitativa (algo que no se encuentra en el presente estudio).

Todos estos autores discuten con sus estudios sobre cómo los resultados coinciden en cuanto las mujeres con intentos suicidas no se focalizan en la solución del problema, se focalizan negativamente, la mayoría no hace una reevaluación positiva del problema y tienen expresión emocional abierta, pero estas diferencias pueden ser producto de la cultura y sus códigos de comportamiento social (Zhang, 2013) con un estudio sobre mujeres afroamericanas; Spann, M., Molock, S. D., Barksdale, C., Matlin, S., & Puri, R. (2006) sobre la relación de estas variables coping y conducta suicida entre adolescentes afroamericanos; Kumar, P. N. S., & George, B. (2013), respecto a un caso en la India o Yao (2014) que evalúa los estilos de afrontamiento y conducta suicida entre adolescentes de China. Los estilos de afrontamiento varían según el país, aunque se encuentren algunas similitudes como la necesidad femenina de conservar sus lazos sociales, por mediación de la cultura. En un país con una tradición cristiana importante, como el Ecuador, las normas religiosas son importantes y parece, según los datos del presente estudio, que mientras las mujeres del grupo controles acuden a la religión para intentar enfrentar las problemáticas de la vida cotidiana, las mujeres con intentos suicidas lo han dejado de lado, así como la búsqueda de apoyo social. Contradican a aquellos estudios que sugieren que la conducta suicida está

directamente relacionada con un estilo evitativo, un método de evasión (Woodhead et al., 2014), pues al parecer este tipo de población no presenta esta tipología.

La búsqueda de la relación entre conducta suicida y estilos de afrontamiento está bastante extendida en los estudios de Suicidología, como lo mencionan ; Cole, (1989); Kim, Baek, Han, Lee, & Yurgelun-Todd (2015); Mandal & Zalewska o Sakamoto, Tanaka, Neichi, Sato, & Ono (2006); Quintanilla, et al., (2006). Muchos de esos estudios indagan la manera en que distinta poblaciones alrededor del mundo presentan similitudes en los resultados, en cuanto a que la manera de reaccionar de los individuos frente a los eventos estresantes o crisis personales, influye en que exista o no un riesgo suicida.

Es interesante notar las diferencias principales encontradas entre hombres y mujeres con intentos suicidas, en cuanto a estilos de afrontamiento, los resultados son similares a los de las mujeres pero lo que les distingue es que los hombres que ha tenido algún intento suicida se muestran más vinculado a la religión, en comparación con los hombres que no cometen ningún intento. La elección del estilo de afrontamiento por religión ha sido explorada en estudios como los de Florenzano et al. (2014); Rosmarin, Bigda-Peyton, Öngur, Pargament, & Björgvinsson (2013); Spann, Molock, Barksdale, Matlin, & Puri (2006); o Lizardi D, Dervic K, Grunebaum MF, Burke AK, Mann JJ, Oquendo MA. (2008) o Dervic, K., Oquendo, MA, Grunebaum, MF, Ellis, S, Burke AK, Mann JJ. (2004) que han presentado investigaciones específicas acerca del lugar mental y social que ocupa la religiosidad en el enfrentamiento de situaciones de crisis personales, pero que están marcadas por otras variables como el género, el entorno social y los tipos de personalidad.

Del mismo modo, Kanita Dervic ha publicado sobre este tema de manera exhaustiva, junto a otros investigadores, relacionando con otras variables como la objeción religiosa que evita la conducta suicida y por ende puede ser considerada un factor protector de la misma,

tanto en pacientes con trastornos depresivos como con diagnóstico de trastorno bipolar (Dervic, K., Carballo JJ., Baca-García, E., Galfalvy, HC., Mann, Brent, DA., Oquendo, MA., 2011); Dervic, K., Oquendo, MA., Currier ,D., Grunebaum, MF, Burke, Mann (2006a). o también para ciertas personas que padecen depresión y reportan abusos en la niñez (Dervic, K, Grunebaum MF, Burke, Mann, Oquendo, 2006b).

Por ende, hay diferencias en los estilos de afrontamiento al estrés, en personas que han intentado suicidarse y entre hombres y mujeres con esa conducta. Esto puede deberse, en cierto modo, a los rasgos de personalidad generales que afloran en situaciones estresantes, como se ve más adelante y con las exigencias que hace la sociedad hacia los roles de género masculino y femenino (Bryan et al., 2014; Chau et al., 2014).

5.4. Acontecimientos vitales estresantes

El último objetivo específico de este estudio ha sido comparar el papel de acontecimientos vitales estresantes en hombres y mujeres que presentan conducta suicida. Al observar los resultados, se comprende que existe una estrecha relación de estos eventos estresantes con las demás variables. No es posible entender las estrategias de afrontamiento al estrés o las razones que rodean a la ideación o intento suicida si no se conocen los acontecimientos vitales que estarían motivando de modo precipitante el acto suicida. Además, la manera en que se expresan en hombres y mujeres difiere en algunos aspectos, lo que nuevamente lleva a pensar en la importancia que juegan las exigencias sociales al cumplimiento de las expectativas de los roles de género preestablecidas (Chau et al., 2014). Al comparar los resultados de las distintas escalas aplicadas para este se observa que los acontecimientos vitales estresantes son más significativos que variables individuales como los rasgos de la personalidad, en especial en los casos de hombres con intento suicida que no

mostraron ningún resultado estadísticamente diferente al de las mujeres con intento. Pero sí lo hicieron en aquellas circunstancias de la vida que perciben como motivadoras de estrés y precipitantes de la conducta suicida.

Para las mujeres los eventos que parecen fomentar más la conducta suicida serían aquellos ligados a cualquier tipo de agresión vivida, situaciones de migración o problemas con la ley. Mientras que para los hombres del grupo de casos con intentos de suicidio los acontecimientos vitales estresantes son aquellos vinculados a la pérdida de la salud, trabajo, dinero o la pareja ya sea por muerte o separación. Las mujeres se preocupan sobremanera por situaciones distintas a las de los hombres, pese a que pertenecen a un mismo ámbito sociocultural, quizás porque reaccionan frente al escenario básico en que la mujer se preocupa por la estabilidad o los temores de ser agredida. Mientras los hombres están preocupados por los inconvenientes que nos les permite cumplir con su rol masculino del proveedor (pérdida de trabajo, estatus económico y estabilidad familiar).

Si bien no se ha publicado aún literatura especializada en la que empleen el test LTE de Brugha para relacionar los resultados con la conducta suicida, en esta tesis su utilización ha permitido explorar la variable clínica identificada en los participantes con intentos de suicidio, en la que expresan las motivaciones para tal conducta suicida, pues representa una variable clínica estadísticamente significativa en el grupo de casos en Quito. Porque existen publicaciones que consideran la variable de las situaciones vitales estresantes como motivadoras de conducta suicida, aunque la midan con otros instrumentos, básicamente están reconociendo que el contexto económico, social, cultural, etc., forma parte sustancial de los factores de riesgo que afecta a las personas en distintos espacios geográficos en el mundo y por ende difieren según sea la comprensión de lo que se denomina rol femenino o masculino (Murphy, 1998). Esta variable es la que mejor se presenta como factor de riesgo o de

protección a la conducta suicida que afecta tanto a individuos como a entornos colectivos, así Heisel, M. J., Neufeld, E., & Flett, G. L. (2016) presentan un estudio sobre las motivaciones para vivir que pueden tener las personas mayores de 60 años y que les impide desarrollar ideación suicida, básicamente son las mismas que en otras personas son factores de riesgo, consideradas desde una perspectiva negativa: actividades productivas, vínculos afectivos con allegados, estado de salud y creencias religiosas. En una publicación del 2016 se menciona la consideración de la variable de los eventos vitales utilizando la escala El objetivo de esta investigación fue examinar si la Escala de Evaluación de Reajuste Social de Holmes-Rahe, que identifica posibles intentos de suicidio a partir de eventos de la vida. De una evaluación a 1183 sujetos (478 suicidas, 197 pacientes psiquiátricos y 508 controles sanos) se estableció que los eventos que más se relacionan con la conducta suicida son: rupturas amorosas y las lesiones personales (Blasco-Fontecilla, et al., 2012b). Para Mandelli (2015) existe una correlación entre personalidad de tipo neurótica, los eventos estresantes de la vida (en especial ligados a la agresión) y conducta suicida, en grupos de mujeres con trastornos del estado de ánimo.

Al investigar sobre las motivaciones para la conducta suicida de mujeres en zonas rurales de China, Zhang (2015) y Li, Z., & Zhang, J. (2012) encontraron que los eventos de la vida percibidos como negativos se correlacionan con el apareamiento de comportamiento suicida en esta población. Los eventos principales han sido: discusiones graves con la pareja, conflictos graves con otros miembros de la familia o amigos y vecinos; pelear con su cónyuge, pelear con otros miembros de la familia, entrar en conflicto con amigos o vecinos o enfermedades catastróficas. Es interesante observar en este caso que uno de los factores, que generalmente se asocian al rol masculino: el trabajo y el ámbito financiero también forman parte de los acontecimientos vitales estresantes que provocan conducta suicida en

esta población, considerando que China es una de las pocas excepciones en las que se registran muertes por suicidio en mayor número entre las mujeres (Zhang, 2015).

5.5. Correlación de variables en relación a la conducta suicida

Todo lo mencionado anteriormente se puede observar con mayor claridad en los resultados de la correlación entre las escalas CAE, LTE y EPQR-A. Todas las variables que presentan diferencias estadísticamente significativas para los participantes muestran que existe una coherencia con aquello que la OMS (2014) advierte sobre el suicidio, que es una problemática multifactorial y que debe ser analizada un enfoque más integral, que considere las distintas dimensiones de los grupos humanos y los individuos afectados por este fenómeno. Es decir, al hacer un estudio sobre conducta suicida como el presente donde se consideran diversas variables en contraste permite tener un enfoque más complejo sobre la manera en que perciben la realidad las personas que intentan suicidarse en Quito. Con ello las diferencias presentadas por hombres y mujeres en los intentos suicidas.

En los resultados de la regresión múltiple de los grupos de mujeres y hombres se observan variables que pueden servir de parámetro predictor de un intento de suicidio, pues representan las características estadísticamente más significativas en el grupo investigado en la ciudad de Quito. Como se vio en la discusión, hay coincidencia de los resultados con la literatura científica especializada. Entre un grupo de personas que han intentado suicidarse y otro que no tienen conducta suicida las diferencias significativas están en el tipo de personalidad de Neuroticismo (Fang et al., 2012), los estilos de afrontamiento (Kim et al., 2015; Marty, Segal, & Coolidge, 2010), que en el caso investigado en Quito, muestra que se deben tomar en cuenta los factores de Expresión emocional abierta, la Búsqueda o no de

apoyo social, eventos de la vida que son percibidos como agresivos por las personas y que es constante en hombres y mujeres (Kumar & George, 2013; Oquendo et al., 2014). Las mujeres con intento de suicidio se diferencian de sus pares del grupo de hombres por presentar rasgos de personalidad de Neuroticismo (como en el estudio de Mandelli et al., 2015), expresión emocional abierta y eventos de la vida ligados a ser víctimas de un contexto agresor. Los hombres de este grupo con intentos de suicidio son similares a sus pares femeninas solamente en haber experimentado situaciones de agresión. Mientras que se diferencian de las mujeres por presentar dos estilos principales de afrontamiento al estrés: religión y un modo distinto y menoscabado de búsqueda de apoyo social (Mascayano et al., 2015; Rosmarin et al., 2013). El estrés producido por la pérdida del empleo o el estatus económico es una característica relevante en población masculina y que ha sido estudiada intensivamente en la correlación existente entre conducta suicida y rol de género alrededor del mundo. Es una variable a considerar y que coincide con estudios previos presentados en distintos países del mundo (Classen & Dunn, 2012; Coope et al., 2015; Milner et al., 2014; Oliffe et al., 2015; Reeves et al., 2015).

Por último, en el estudio de Quintanilla (2006) en una población de México, que se ha mencionado anteriormente, se propone la existencia de correlaciones igualmente existe una correlación significativa entre los tipos de personalidad evaluados con la escala EPQR y los distintos estilos de afrontamiento al estrés o coping, empleadas por personas que presentan intentos de suicidio. En aquel estudio se encuentra que los sujetos con tipos de personalidad de Neuroticismo y Psicoticismo muestran al mismo tiempo estrategias de afrontamiento del tipo evitativo (lo que no sucede en la población estudiada en Quito) y alteración de la expresión emocional. Mientras el tipo de personalidad Extravertido se correlaciona con el estilo de afrontamiento centrado en la búsqueda de solución al problema

y de soporte social (Quintanilla, 2006), los que vendrían a convertirse en modelos de factores de protección y el menos propenso a la conducta suicida. Aunque este estudio es similar al que se hizo para esta tesis, en cuanto consideró personas de diversas edades con intentos de suicidio y cuya muestra constituía el 57% de mujeres y el 43% varones, en la investigación de mexicana no se llegó a analizar ni a presentar resultados sobre las diferencias encontradas en ambos grupos.

5.5. Limitaciones y fortalezas

En el Instituto Psiquiátrico, colaborador de esta investigación, atienden muchas personas que requieren tratamientos para distintos tipos de adicciones, además de los servicios generales en salud mental. Debido a la particularidad de esos pacientes en tratamiento por adicciones, sumado al intento de suicidio, se presentaron varios abandonos a lo largo del desarrollo del estudio. Participantes a los que no se les pudo aplicar todos los test necesarios, porque su estado de salud se deterioró, por indicación médica o porque recibieron el alta hospitalaria antes de terminar el proceso de registro. Además, puesto que el tiempo de internación en la institución psiquiátrica no suele ser prolongada en este tipo de pacientes, el número de test aplicados conllevó una dificultad adicional. En los casos mencionados ha implicado que los datos clínicos hayan sido completados entre el médico responsable y el historial clínico, siempre que el profesional lo permitía. Esto ha ocasionado que algunos datos, como el consumo de alcohol o el hábito de fumar al momento del ingreso no se hayan tomado en cuenta (datos perdidos), porque los profesionales que completaron la ficha priorizaron el tipo de diagnóstico (Trastorno por abuso de sustancias) o los pacientes se

negaran a contestar la pregunta por relacionarla al motivo de su ingreso y por ende a la dificultad para recibir el alta hospitalaria.

Una limitación importante es el tamaño de la muestra que no pudo ser mayor debido a las dificultades que implica reclutar pacientes que están siendo tratados por un intento de suicidio. El número de personas que firmaron el consentimiento informado para participar es inferior respecto al existente, pues más del doble de la muestra obtenida se negó debido a que consideraban el intento suicida como acto como vergonzoso o doloroso. La conducta suicida es una problemática que en este contexto social, Ecuador, todavía no se discute abiertamente y es tratado como un tabú social, por lo que tampoco existen políticas públicas de investigación ni atención a la población que la presenta. La decisión de desarrollar esta investigación precisamente en este tipo de contextos es una de las fortalezas que consideramos tiene esta tesis, porque aporta con una descripción y análisis general de un grupo focalizado y puede aportar datos relevantes para que sean discutidos y contrastados posteriormente con otros estudios futuros.

Posiblemente, las diferencias significativas negativas halladas entre los hombres y las mujeres con intento con las pruebas t-Student en los resultados de las escalas CAE-LTE y EPQR-A se deban al limitado tamaño muestral, sin embargo con lo que se ha podido observar en la regresión múltiple en los resultados significativos de los grupos e casos con intento han permitido identificar varias características relevantes, vinculadas con las hipótesis del presente estudio, en concordancia con las publicaciones especializadas.

Si bien se consideraron las variables sociodemográficas similares al grupo de estudio, al seleccionar una población proveniente de la comunidad universitaria para los casos controles, podrían tener finalmente cierto sesgo en el nivel educativo en los sujetos más

jóvenes. A diferencia del IPSC, la comunidad universitaria no tiene acceso a personas menores de 17 años. Sin embargo, el número de sujetos con edades menores a 17 en la comunidad hospitalaria no es alto; solo 2 casos tienen 15 años de edad. Aunque se ha podido explorar con más casos el rango de edad en la primera edad de productividad económica (18-34 años) que también forma parte del grupo de mayor riesgo suicida en el país. Las diferencias encontradas en el nivel educacional pueden estar vinculadas al tipo de población del que procede el grupo control, pues al pertenecer a la comunidad universitaria, salvo algunos trabajadores administrativos, la mayoría están cursando estudios universitarios (estudiantes) y el resto eran profesores.

Es posible que si se desarrolla esta investigación en una población con mayoría étnica distinta a la mestiza, los datos sociodemográficos podrían variar en algunos aspectos, algo que esta tesis no puede evaluar debido a la focalización geográfica de la misma. En cuanto a la pertenencia a un grupo étnico, hay correspondencia con las estadísticas oficiales, es decir los grupos de estudio son representativos de la población que habita la capital de Ecuador. Pues tanto en estas como en este estudio, el grupo mayoritario es el autoidentificado como mestizo, que es el 98% de los casos de suicidios consumados en Quito y el 95% en esta investigación, grupo étnico que también es mayoritario en todo el territorio nacional, según fuentes estadísticas oficiales en Ecuador.

Al IPSC acuden muchas personas identificados con trastornos de abusos en el consumo de sustancias tóxicas, pues es una de sus especialidades, lo que puede estar incidiendo en los resultados de la muestra en cuanto a esta cuestión.

El hecho de que los grupos de controles provengan de la Universidad Politécnica Salesiana (que es una institución cofinanciada con fondos públicos) y que los grupos de casos hayan sido registrados en el IPSC (una institución de salud mental privada, que tienen un

convenio con el sistema sanitario público y la Seguridad Social para atender a la población con distintos niveles socioeconómicos), ha permitido tener una muestra de población variada y representativa de la diversidad sociodemográfica del contexto estudiado. Aunque el IPSC, institución colaboradora de esta investigación, recepta a los pacientes en una fase posterior a la atención en emergencias, pues es un centro de especialización en salud mental y no un hospital general donde tienen los servicios de emergencia y a los que suelen acudir todos los casos de intentos de suicidio de la ciudad. Pero el acceso a los pacientes es aún más restringido.

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES

1. Algunos hallazgos diferenciales respecto a la literatura existente, como por ejemplo, que los intentos de suicidio eran más frecuentes en la población juvenil, tanto en hombres como en mujeres, puede sugerir que los intentos de suicidio tienen algunas particularidades culturales en Ecuador respecto a otras áreas geográficas.
2. Hay diferencias en los estilos de afrontamiento y acontecimientos vitales relacionados con los intentos de suicidio dependiendo del sexo, diferencias que podrían estar moldeadas culturalmente a partir de las exigencias de los roles de género. Hombres y mujeres comparten la percepción de eventos ligados a agresiones como los eventos vitales estresantes más significativos. Pero se diferencian en que para los hombres además lo son los acontecimientos relacionados negativamente con el ámbito del trabajo y financiero.
3. Los hombres y mujeres con intentos de suicidio en Quito emplean distintas estrategias de afrontamiento al estrés: las mujeres identificadas más con el estilo expresión emocional abierta (en sentido positivo) y los hombres con una percepción negativa en 3 de ellas, religión, la búsqueda de apoyo social y la reevaluación positiva.
4. Los rasgos de personalidad que se asocian a los intentos de suicidio de hombres y mujeres son diferentes a los resultados de sus pares en el grupo control. En los hombres y mujeres del grupo casos predominan los tipos Neuroticismo y Psicoticismo, siendo que en mujeres el primero de ellos resalta como una característica relevante en todos los análisis realizados. Al comparar los tipos de personalidad entre hombre y mujeres con intento suicida no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

5. Aunque esta tesis no busca proyectar un plan de prevención del suicidio, sus resultados podrían contribuir a señalar como predictores de futuros intentos de suicidio en poblaciones similares a las características psicosociales más significativas estadísticamente. Pero también implica la necesidad de continuar la indagación de la conducta suicida, siguiendo los criterios vinculados a nuestras hipótesis en grupos poblacionales más grandes en Quito y en Ecuador en general para obtener más datos de contraste.

CAPÍTULO 7

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, M. J., Haugland, G., Ashenden, P., Knight, E., & Brown, I. (2009). Coping with thoughts of suicide: techniques used by consumers of mental health services. *Psychiatric Services* 60(9), 1214–21. Doi: 10.1176/appi.ps.60.9.1214
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Andrés, R. (2015). *Semper dolens. Historia del suicidio en Occidente*. Barcelona: Acantilado.
- Anseán, A., (Eds.). (2014). *Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida*. (2ª ed.). Madrid: Fundación Salud Mental España, para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio.
- Ardani, A. R., Naghibzadeh, B., Farid Hosseini, F., Asadpour, Z., & Khabazianzadeh, F. (2015). Temperament and character personality profile and affective temperaments in self-poisoning nonlethal suicide attempters. *Psychiatry Research*, 229(1–2), 394–400. Doi: 10.1016/j.psychres.2015.06.035
- Artieda-Urrutia, P., Parra Uribe, I., Garcia-Pares, G., Palao, D., de Leon, J., & Blasco-Fontecilla, H. (2014). Management of suicidal behaviour: Is the world upside down? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 399–401. Doi: 10.1177/0004867414525847
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 4(1), 1. Doi: 10.1186/1471-244X-4-37
- Azuero, A. J., Arreaza-Kaufman, D., Coriat, J., Tassinari, S., Faria, A., Castañeda-Cardona, C., & Rosselli, D. (2017). Suicide in the Indigenous population of Latin America: a systematic review. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed.)*, 46(4), 237-242.

Doi: 10.1016/j.rcp.2016.12.002

- Batterham, P. J., & Christensen, H. (2012). Longitudinal risk profiling for suicidal thoughts and behaviours in a community cohort using decision trees. *Journal of Affective Disorders, 142*(1–3), 306–314. Doi: 10.1016/j.jad.2012.05.021
- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*(3), 420-436. Doi: 10.1080/j.1440-1614.2000.00691.x
- Beck, R. W., Morris, J. B., & Beck, A. T. (1974). Cross-validation of the suicidal intent scale. *Psychological Reports, 34*(2), 445-446. Doi: 10.2466/pr0.1974.34.2.445
- Blasco-Fontecilla, H., Perez-Rodriguez, M. M., Garcia-Nieto, R., Fernandez-Navarro, P., Galfalvy, H., de Leon, J., & Baca-Garcia, E. (2012a). Worldwide impact of economic cycles on suicide trends over 3 decades: differences according to level of development. A mixed effect model study. *BMJ Open, 2*(3). Doi: 10.1136/bmjopen-2011-000785
- Blasco-Fontecilla, H., Delgado-Gomez, D., Legido-Gil, T., De Leon, J., Perez-Rodriguez, M. M., & Baca-Garcia, E. (2012b). Can the Holmes-Rahe Social Readjustment Rating Scale (SRRS) be used as a suicide risk scale? An exploratory study. *Archives of Suicide Research, 16*(1), 13-28. Doi: 10.1080/13811118.2012.640616
- Blasco-Fontecilla, H., León-Martínez, V.D., Delgado-Gómez, D., BsC, Giner, L., Guillaume, S., & Courtet, P. (2013). Emptiness and suicidal behavior: an exploratory review. *Suicidol Online, 4*, 21-32.
- Blasco-Fontecilla, H., Rodrigo-Yanguas, M., Giner, L., Lobato-Rodriguez, M. J., & De Leon, J. (2016). Patterns of comorbidity of suicide attempters: an update. *Current Psychiatry Reports, 18*(10), 93. Doi: 10.1007/s11920-016-0733-y

- Bobes-García, J., Bascarán, M., García-Portilla, M., Sáiz-Martínez, P., Parellada, M. y Bousoño-García, M. (2011). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. CYESAN.
- Borrill, J., Burnett, R., Atkins, R., Miller, S., Briggs, D., Weaver, T., & Maden, A. (2003). Patterns of self-harm and attempted suicide among white and black/mixed race female prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health: CBMH*, 13(4), 229–40. Doi: 10.1002/cbm.549
- Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., & McKean, A. J. (2016). Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1094–1100. Doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15070854
- Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective Disorders and Suicide Risk: A Reexamination. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 1925–1932. Doi: 10.1176/appi.ajp.157.12.1925
- Brent, D. A., Melhem, N. M., Oquendo, M., Burke, A., Birmaher, B., Stanley, B., ... Mann, J. J. (2015). Familial pathways to early-onset suicide attempt: a 5.6-year prospective study. *JAMA Psychiatry*, 72(2), 160–8. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2141
- Brugha, T. S., & Cragg, D. (1990). The List of Threatening Experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82(1), 77–81. Doi: 10.1111/j.1600-0447.1990.tb01360.x
- Bryan, C. J., Hitschfeld, M. J., Palmer, B. A., Schak, K. M., Roberge, E. M., & Lineberry, T. W. (2014). Gender differences in the association of agitation and suicide attempts among psychiatric inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 36(6), 726–31. Doi: 10.1016/j.genhosppsy.2014.09.013
- Callanan, V. J., & Davis, M. S. (2012). Gender differences in suicide methods. *Social*

- Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 857–869. Doi: 10.1007/s00127-011-0393-5
- Campo, L. y Aparicio, M. (Eds.). (2017). *Etnografías del suicidio en América del Sur* (1ª ed.). Quito: Abya Yala.
- Campo, L. (2015). Estudio paralelo del suicidio en el Ecuador como proceso ritual de significación. *Grafo Working Papers*, 4(0), 64. Doi: 10.5565/rev/grafowp.17
- Camus, A. (2012). *El mito de Sísifo* (1ª ed.). Madrid: Alianza Editorial.
- Canetto, S. S., & Lester, D. (1998). Gender, culture, and suicidal behavior. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 163-190. Doi: 10.1016/j.jad.2010.02.119
- Carballo, J.J., Akamnonu, C.P., Oquendo, M.A. (2008). Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings. *Archives of Suicide Research* 12(2), 93-110. . Doi: 10.1080/13811110701857004
- Carli, V., Jovanović, N., Podlešek, A., Roy, A., Rihmer, Z., Maggi, S., ... Sarchiapone, M. (2010). The role of impulsivity in self-mutilators, suicide ideators and suicide attempters — A study of 1265 male incarcerated individuals. *Journal of Affective Disorders*, 123(1), 116-122. Doi: [10.1016/j.jad.2010.02.119](https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.119)
- Ceballos Ospino, G. A. , & Suárez Colorado, Y. (2012). Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología. *CES psicología*, 5(2), 88-100.
- Chau, K., Kabuth, B., & Chau, N. (2014). Gender and family disparities in suicide attempt and role of socioeconomic, school, and health-related difficulties in early adolescence. *BioMed Research International*, 2014, 314521. Doi: 10.1155/2014/314521

- Cheng, A. T. (1995). Mental illness and suicide: a case-control study in East Taiwan. *Archives of General Psychiatry*, 52(7), 594-603. Doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950190076011
- Chesley, K., & Loring-McNulty, N. E. (2003). Process of suicide: Perspective of the suicide attempter. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9(2), 41-45. Doi: [10.1016/S1078-3903\(03\)00051-X](https://doi.org/10.1016/S1078-3903(03)00051-X)
- Cho, J. (2013). Age and gender differences in medical care utilization prior to suicide. *Journal of Affective Disorders* 146, 181–188. Doi: 10.1016/j.jad.2012.09.001
- Christiansen, E., & Jensen, B. F. (2004). Register for suicide attempts. *Danish Medical Bulletin*, 51(4), 415-7.
- Classen, T. J., & Dunn, R. A. (2012). The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States: a new look using mass-layoffs and unemployment duration. *Health Economics*, 21(3), 338–50. Doi: 10.1002/hec.1719
- Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., Bethea, L., & Davis, K. E. (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 11(5), 465-476. Doi: 10.1089/15246090260137644
- Cole, D. A. (1989). Psychopathology of adolescent suicide: hopelessness, coping beliefs, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(3), 248–55.
- Contreras-Torres, F. V., Espinosa-Ménd, J. C., & Esguerra-Pérez, G. A. (2009). Personalidad y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8(2), 311-322.
- Coope, C., Donovan, J., Wilson, C., Barnes, M., Metcalfe, C., Hollingworth, W., ... Gunnell, D. (2015). Characteristics of people dying by suicide after job loss, financial difficulties

- and other economic stressors during a period of recession (2010-2011): A review of coroners' records. *Journal of Affective Disorders*, 183, 98–105. Doi: 10.1016/j.jad.2015.04.045
- Cooperman, N. A., & Simoni, J. M. (2005). Suicidal ideation and attempted suicide among women living with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(2), 149-156. DOI: 10.1007/s10865-005-3664-3
- Corpas, J. M. (2011). Social and cultural approach to the phenomenon of suicide. Ethnic American Indian communities. *Gazeta de Antropología*, 27 (2), artículo 33.
- Cranny-Francis, A., Waring, W., Stravropoulos, P., & Kirkby, J. (2003). *Gender Studies. Terms and Debates*. Hampshire: Palgrave MacMillan.
- Czernin, S., Vogel, M., Flückiger, M., Muheim, F., Bourgnon, J., Reichelt, M., ... Stoppe, G. (2012). Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Medical Weekly*, 142, w13648. Doi: 10.4414/smw.2012.13648
- Davis, G. E., & Lowell, W. E. (2002). Evidence that latitude is directly related to variation in suicide rates. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(6), 572-574. Doi: 10.1177/070674370204700611
- De Leon, J., Baca-García, E., & Blasco-Fontecilla, H. (2015). From the Serotonin Model of Suicide to a Mental Pain Model of Suicide. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(6), 323-329. Doi: 10.1159/000438510
- Dervic, K., Carballo JJ., Baca-Garcia, E., Galfalvy, HC., Mann, JJ., Brent, DA., Oquendo, MA. (2011). Moral or religious objections to suicide may protect against suicidal behavior in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* (10):1390-6. Doi: 10.4088/JCP.09m05910gre.

- Dervic, K., Oquendo, MA, Grunebaum, MF, Ellis, S, Burke AK, Mann JJ. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry*. 161(12):2303-8.
- Dervic, K., Oquendo, MA., Currier ,D., Grunebaum, MF, Burke, AK, Mann, JJ. (2006a). Moral objections to suicide: Can they counteract suicidality in patients with cluster B psychopathology? *J Clin Psychiatry* 67(4):620-5.
- Dervic, K, Grunebaum MF, Burke AK, Mann JJ, Oquendo MA. (2006b). Protective factors against suicidal behavior in depressed adults reporting childhood abuse. *J Nerv Ment Dis*. 194(12):971-4.
- DINASED (2016). *Datos registrados por levantamiento de cadáveres en el Distrito Metropolitano de Quito, primer semestre.*
- Donald, M., Dower, J., Correa-Velez, I., & Jones, M. (2006). Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 87-96. Doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01747.x
- Domínguez-Rodrigo, M. (2011). *El origen de la atracción sexual humana*. Madrid: Akal.
- Driver, K., & Abed, R. T. (2004). Does having offspring reduce the risk of suicide in women?. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8(1), 25-29. Doi: 10.1080/13651500310004506
- Durkheim, E. (1976). *El suicidio. Estudio de sociología*. Madrid: AKAL.
- Earls, F. (1987). Sex differences in psychiatric disorders: origins and developmental influences. *Psychiatric Developments*, 5(1), 1-23.
- Eliezer Arias, I. B. (2010). Una aproximación al entendimiento del suicidio en comunidades rurales y remotas de América Latina. *Eliezer Arias, XXVIII*, 185–210.

- Everall, R. D., Altrows, K. J., & Paulson, B. L. (2006). Creating a future: A study of resilience in suicidal female adolescents. *Journal of Counseling and Development: JCD*, 84(4), 461. Doi: [10.1002/j.1556-6678.2006.tb00430.x](https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00430.x)
- Fang, L., Heisel, M. J., Duberstein, P. R., & Zhang, J. (2012). Combined Effects of Neuroticism and Extraversion. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(7), 598–602. Doi: [10.1097/NMD.0b013e31825bfb53](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31825bfb53)
- Farberow, Norman.L. (1975), Cultural history of suicide. In N.L. Farberow (Ed.), *Suicide in different cultures*, Baltimore, University Park Press.
- Florenzano, R., Rodríguez, J., Sieverson, C., Cataldo, E., Pastorino, S., & Fernández, L. (2014). Suicidal risk, depression, and religiosity: a study of women in a general hospital in Santiago de Chile. *Asia-Pacific Psychiatry: Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 6(1), 23–7. Doi: [10.1111/appy.12102](https://doi.org/10.1111/appy.12102)
- Flouri, E., & Buchanan, A. (2002). The protective role of parental involvement in adolescent suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 23(1), 17.
- Frankl, V. (2003). *Ante el vacío existencial: hacia una humanización de la psicoterapia*. (1ª ed.). Barcelona: Herder.
- Galvis, Y. T. de, Zapata, C. S., Valencia, A. M., Mendoza, M. F. L., & Ceballos, Y. L. (2013). Conducta suicida y calidad de vida en Medellín, año 2011: un análisis exploratorio. *CES Salud Pública*, 4(1), 12–24. Doi: [10.21615/2527](https://doi.org/10.21615/2527)
- Giner, L., Blasco-Fontecilla, H., De La Vega, D., & Courtet, P. (2016). Cognitive, Emotional, Temperament, and Personality Trait Correlates of Suicidal Behavior. *Current Psychiatry Reports*, 18(11), 102. Doi: [10.1007/s11920-016-0742-x](https://doi.org/10.1007/s11920-016-0742-x)
- Giner, L., Blasco-Fontecilla, H., Mercedes Perez-Rodriguez, M., Garcia-Nieto, R., Giner, J., Guija, J. A., ... Baca-Garcia, E. (2013). Personality disorders and health problems

- distinguish suicide attempters from completers in a direct comparison. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 474–483. Doi: 10.1016/j.jad.2013.06.029
- Giner, L., & Guija, J. A. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 139–146. Doi: 10.1016/j.rpsm.2014.01.002
- Giner, L., Marín Fidalgo, R., Blanco Rodríguez, M., & Parejo Merino, J. A. (2012). Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida. *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), 161-171. Doi: [10.1016/j.reml.2012.10.001](https://doi.org/10.1016/j.reml.2012.10.001)
- Gorenc, K-D., Pacurucu, S. & Bruner, C. (2013). Estimación de la cifra verdadera del suicidio en Ecuador. *Revista de Psicología*, 12(2), 83-104.
- González-Andrade F, López-Pulles R, Gascón S. & García, CJ. (2011). Epidemiological issues regarding suicides in Ecuador: an 8-year report. *Journal of Public Health*, 19, 161–9.
- Guija, J. A., Giner, L., Marín, R., Blanco, M., & Parejo-Merino, J. A. (2012). Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida. *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), 161-171. Doi: [10.1016/j.reml.2012.10.001](https://doi.org/10.1016/j.reml.2012.10.001)
- Giupponi, G., Giordano, G., Maniscalco, I., Erbuto, D., Berardelli, I., Conca, A., ... Pompili, M. (2018). Suicide risk in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatria Danubina*, 30(1), 2–10. Doi: 10.24869/psyd.2018.2
- Gulbas, L. E., & Zayas, L. H. (2014). Examining the Interplay Among Family, Culture, and Latina Teen Suicidal Behavior. *Qualitative Health Research*, , 25(5), 689-699. Doi: 10.1177/1049732314553598

- Hagaman, A. (2013). *Suicide in rural Haiti: Clinical and community perceptions of prevalence, etiologia, and prevention*. *Social Science & Medicine*.
- Hamilton, E., & Klimes-Dougan, B. (2015). Gender differences in suicide prevention responses: Implications for adolescents based on an illustrative review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(3), 2359-2372. Doi: [10.3390/ijerph120302359](https://doi.org/10.3390/ijerph120302359)
- Hayati, A. N., & Kamarul, A. K. (2008). National Suicide Registry Malaysia (NSRM). *The Medical Journal of Malaysia*, *63 Suppl C*, 50–4.
- Hawton, K. (1987). Assessment of suicide risk. *The British Journal of Psychiatry*, *150*(2), 145-153. Doi: [10.1192/bjp.150.2.145](https://doi.org/10.1192/bjp.150.2.145)
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Harriss, L. (2005). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, *66*(6), 693-704. Doi: [10.4088/JCP.v66n0604](https://doi.org/10.4088/JCP.v66n0604)
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, *187*(1), 9-20. Doi: [10.1192/bjp.187.1.9](https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.9)
- Heisel, M. J., Neufeld, E., & Flett, G. L. (2016). Reasons for living, meaning in life, and suicide ideation: investigating the roles of key positive psychological factors in reducing suicide risk in community-residing older adults. *Aging & Mental Health*, *20*(2), 195–207. Doi: [10.1080/13607863.2015.1078279](https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1078279)
- Høyer, G., & Lund, E. (1993). Suicide among women related to number of children in marriage. *Archives of General Psychiatry*, *50*(2), 134-137. Doi: [10.1001/archpsyc.1993.01820140060006](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820140060006)

- Hüsler, G., Blakeney, R., & Werlen, E. (2005). Adolescent risk: The co-occurrence of illness, suicidality, and substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), 547-557.
- Huang, K.-L., Wei, H.-T., Hsu, J.-W., Bai, Y.-M., Su, T.-P., Li, C.-T., ... Chen, M.-H. (2018). Risk of suicide attempts in adolescents and young adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a nationwide longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 212(04), 234–238. [Doi: 10.1192/bjp.2018.8](https://doi.org/10.1192/bjp.2018.8)
- Instituto Nacional de Estadística. INEbase. (2011) / *Demografía y población / Cifras de población y censos demográficos / Censos de Población y Viviendas*. España.
- Innamorati, M., Pompili, M., Gonda, X., Amore, M., Serafini, G., Niolu, C., ... Girardi, P. (2011). Psychometric properties of the Gotland Scale for Depression in Italian psychiatric inpatients and its utility in the prediction of suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, 132(1–2), 99–103. [Doi: 10.1016/j.jad.2011.02.003](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.003)
- Inskip, H. M., Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 172, 35–7.
- Instituto Nacional De Estadística y Censos. INEC. (2010) *Censo de Población y Vivienda*. Ecuador.
- Israelashvili, M., Gilad-Osovitzki, S., & Asherov, J. (2006). Female adolescents' suicidal behavior and mothers' ways of coping. *Journal of Mental Health*, 15(5), 533-542. [Doi: 10.1080/09638230600902567](https://doi.org/10.1080/09638230600902567)
- James, A., Lai, F. H., & Dahl, C. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(6), 408–415. [Doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00384.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00384.x)

- Jamison, K. R. (2000). Suicide and bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *61 Suppl 9*, 47–51. Doi: 10.1111/j.1749-6632.1986.tb27909.x
- John, A., Glendenning, A. C., Marchant, A., Montgomery, P., Stewart, A., Wood, S., ... Hawton, K. (2018). Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, *20*(4), e129. Doi: 10.2196/jmir.9044
- Kamarul, A. H. (2008). National Suicide Registry Malaysia (NSRM). *The Medical Journal of Malaysia*, *63*, 50.
- Kaplan, M. S., McFarland, B. H., Huguet, N., Conner, K., Caetano, R., Giesbrecht, N., & Nolte, K. B. (2013). Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System. *Injury Prevention : Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, *19*(1), 38–43. Doi: 10.1136/injuryprev-2012-040317
- Kaslow, N. J., Sherry, A., Bethea, K., Wyckoff, S., Compton, M. T., Grall, M. B., ... & Parker, R. (2005). “Social risk and protective factors for suicide attempts in low income African American men and women”. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *35*(4), 400-412. Doi: **10.1521/suli.2005.35.4.400**
- Kennedy, M. C., Marshall, B. D. L., Hayashi, K., Nguyen, P., Wood, E., & Kerr, T. (2015). Heavy alcohol use and suicidal behavior among people who use illicit drugs: A cohort study. *Drug and Alcohol Dependence*, *151*, 272–277. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.03.006
- Kidd, S., Henrich, C. C., Brookmeyer, K. A., Davidson, L., King, R. A., & Shahar, G. (2006). The social context of adolescent suicide attempts: Interactive effects of parent,

- peer, and school social relations. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(4), 386-395. Doi: [10.1521/suli.2006.36.4.386](https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.4.386)
- Kim, S. M., Baek, J. H., Han, D. H., Lee, Y. S., & Yurgelun-Todd, D. A. (2015). Psychosocial-Environmental Risk Factors for Suicide Attempts in Adolescents with Suicidal Ideation: Findings from a Sample of 73,238 Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(4), 477-487. Doi: [10.1111/sltb.12143](https://doi.org/10.1111/sltb.12143)
- King, E. (1994). Suicide in the mentally ill. An epidemiological sample and implications for clinicians. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 165(5), 658-663. Doi: [10.1192/bjp.165.5.658](https://doi.org/10.1192/bjp.165.5.658)
- Kjelby, E., Sinkeviciute, I., Gjestad, R., Kroken, R. A., Løberg, E.-M., Jørgensen, H. A., ... Johnsen, E. (2015). Suicidality in schizophrenia spectrum disorders: The relationship to hallucinations and persecutory delusions. *European Psychiatry*, 30(7), 830-836. Doi: [10.1016/j.eurpsy.2015.07.003](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.07.003)
- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 848-856. Doi: [10.1176/appi.ajp.158.6.848](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.848)
- Kreitman, N., Philip, A. E., Greer, S., & Bagley, C. R. (1969). Parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, 115(523), 746-747. Doi: [10.1192/bjp.115.523.746-a](https://doi.org/10.1192/bjp.115.523.746-a)
- Kucuker, I., Şimşek, T., Keles, M. K., Yosma, E., Aksakal, I. A., & Demir, A. (2016). Our Treatment Approaches in Severe Maxillofacial Injuries Occurring After Failed Suicide Attempts Using Long-Barreled Guns. *Journal of Craniofacial Surgery*, 27(2), e133-e138. Doi: [10.1097/SCS.0000000000002379](https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000002379)
- Kumar, P. N. S., & George, B. (2013). Life events, social support, coping strategies, and

- quality of life in attempted suicide: A case-control study. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(1), 46–51. Doi: 10.4103/0019-5545.105504
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Roca.
- Leiva Torreiro, M. (2018). Suicidio, el tabú del siglo XXI. En <http://fonte.es/fonte.php>
Consultada 10 de febrero 2018.
- Lejoyeux, M., Léon, E., & Rouillon, F. (1994). Prévalence et facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*; 20(5):495-503.
- Lester, D., & Shephard, R. (1998). Variation of suicide and homicide rates by longitude and latitude. *Perceptual and motor skills*, 87(1), 186-186.
- Li, Z., & Zhang, J. (2012). Coping skills, mental disorders, and suicide among rural youths in China. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(10), 885–90. Doi: 10.1097/NMD.0b013e31826b6ecc
- Lizardi D, Dervic K, Grunebaum MF, Burke AK, Mann JJ, Oquendo MA. (2008). The role of moral objections to suicide in the assessment of suicidal patients. *J Psychiatr Res* (10):815-21.
- Lopez-Castroman, J., Blasco-Fontecilla, H., Courtet, P., Baca-Garcia, E., & Oquendo, M. A. (2015). Are we studying the right populations to understand suicide? *World Psychiatry*, 14(3), 368–369. <http://doi.org/10.1002/wps.20261>
- López-García, M. B., Hinojal-Fonseca, R., & Bobes-García, J. (1993). El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de derecho penal y criminología*, 3, 309-411.
- López Bermúdez, M. Á., Ferro García, R., & Valero Aguayo, L. (2010). Intervención en un

- trastorno depresivo mediante la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 22(1), 92-98.
- Liu, Y. (2013). Gender differences of suicide in Japan, 1947–2010. *Journal of Affective Disorders*, 151, 325–330. Doi: [10.1016/j.jad.2013.05.100](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.100)
- Maddock, G. R., Carter, G. L., Murrell, E. R., Lewin, T. J., & Conrad, A. M. (2010). Distinguishing suicidal from non-suicidal deliberate self-harm events in women with Borderline Personality Disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(6), 574–82. Doi: [10.1080/00048671003610104](https://doi.org/10.1080/00048671003610104)
- Mandal, E., & Zalewska, K. (2010) Psychological femininity and masculinity, self-appeal, attachment styles, coping styles and strategies of self-presentation among women with suicide attempts. *Psychiatria Polska*, 44(3), 329–39.
- Mandelli, L., Nearchou, F. A., Vaiopoulos, C., Stefanis, C. N., Vitoratou, S., Serretti, A., & Stefanis, N. C. (2015). Neuroticism, social network, stressful life events: association with mood disorders, depressive symptoms and suicidal ideation in a community sample of women. *Psychiatry research*, 226(1), 38-44. Doi: [10.1016/j.psychres.2014.11.001](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.001)
- Maguen et al, S. (2014). *Gender differences in suicide and suicide attempts among US Army soldiers*. Ireland: Psychiatry Research.
- Mann, J. J., & Stanley, M. (1986). *Psychobiology of suicidal behavior*. New York Academy of Sciences.
- Mann, J.J., Wateraux, C., Haas, G.L., Malone, K.M., (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.

- Marco, J. H., García-Alandete, J., Pérez, S., & Botella, C. (2014). El sentido de la vida como variable mediadora entre la depresión y la desesperanza en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 22(2), 293.
- Martínez-Hernández, Á., Marí-Klose, M., Julià, A., Escapa, S., & Marí-Klose, P. (2012). Heavy episodic drinking among adolescents: the association with negative mood states and family factors. *Revista Española de Salud Pública*, 86(1), 101-114.
- Marty, M. A., Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2010). Relationships among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults. *Aging & Mental Health*, 14(8), 1015–23. Doi: 10.1080/13607863.2010.501068
- Mascayano, F., Irrazabal, M., D Emilia, W., Vaner, S. J., Sapag, J. C., Alvarado, R., ... Sinah, B. (2015). Suicide in Latin America: a growing public health issue. *Revista de La Facultad de Ciencias Medicas*, 72(4), 295–303.
- Menon, V., Sarkar, S., & Kattimani, S. (2015). Association between personality factors and suicide intent in attempted suicide: Gender as a possible mediator? *Personality and Mental Health*, 9(3), 220–6. Doi: 10.1002/pmh.1300
- Menninger, K. A., & Debrigode, P. (1972). *El hombre contra sí mismo*. Madrid: Ediciones Península.
- Michel, K., Ballinari, P., Bille-Brahe, U., Bjerke, T., Crepet, P., De Leo, D., ... & Querejeta, I. (2000). Methods used for parasuicide: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35(4), 156-163.
- Milner, A., Page, A., Morrell, S., Hobbs, C., Carter, G., Dudley, M., ... Taylor, R. (2014). The effects of involuntary job loss on suicide and suicide attempts among young adults: evidence from a matched case-control study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(4), 333–40. Doi: 10.1177/0004867414521502

- Mingote, J. C., Jiménez, M. A., Osorio, R., & Palomo, T. (2004). *Suicidio. Asistencia Clínica. Guía de práctica médica*. Madrid: Editorial Díaz Santos.
- Ministerio del Interior Ecuador (2016), *Informe de la Dirección Nacional de Delitos contra la Vida, Muertes Violentas, Desapariciones, Extorsión y Secuestros*, Octubre 2016.
- Monnin, J., Thiemard, E., Vandell, P., Nicolier, M., Tio, G., Courtet, P., ... & Haffen, E. (2012). Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: gender differences in a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 136(1), 35-43. Doi: [10.1016/j.jad.2011.09.001](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.001)
- Mortensen, P. B., & Juel, K. (1995). Mortality and Causes of Death in First Admitted Schizophrenic Patients. *Year Book of Psychiatry & Applied Mental Health*, 1995(7), 262.
- Morin, J., Wiktorsson, S., Marlow, T., Olesen, P. J., Skoog, I., & Waern, M. (2013). Alcohol use disorder in elderly suicide attempters: a comparison study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 21(2), 196–203. Doi: [10.1016/j.jagp.2012.10.020](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.10.020)
- Murphy, G. (1998). Why Women Are Less Likely Than Men to Commit Suicide. *Official Journal of the American Psychopathological Association. Comprehensive Psychiatry*, Vol. 39, No. 4 (July/August), 165-175.
- Nisbet, P. A. (1996). Protective factors for suicidal black females. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(4), 325-341. Doi: [10.1111/j.1943-278X.1996.tb00836.x](https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00836.x)
- Nordentoft, M. (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish Medical Bulletin*, 54(4), 306–69.

- O'Donnell, L., O'Donnell, C., Wardlaw, D. M., & Stueve, A. (2004). Risk and resiliency factors influencing suicidality among urban African American and Latino youth. *American Journal of Community Psychology*, 33(1-2), 37-49. **10.1023/B:AJCP.0000014317.20704.0b**
- Olié, E., Guillaume, S., Jaussent, I., Courtet, P., & Jollant, F. (2010). Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 226-230. Doi: 10.1016/j.jad.2009.03.013
- Oquendo, M. A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Burke, A., & Mann, J. J. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1433-1441. Doi: 10.1176/appi.ajp.161.8.1433
- Oquendo, M. A., Perez-Rodriguez, M. M., Poh, E., Sullivan, G., Burke, A. K., Sublette, M. E., ... Galfalvy, H. (2014). Life events: a complex role in the timing of suicidal behavior among depressed patients. *Molecular Psychiatry*, 19(8), 902-9. Doi: 10.1038/mp.2013.128
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional*.
- Ortiz-Prado, E., Simbaña, K., Gómez, L., Henríquez-Trujillo, AR., Cornejo-Leon, F., Vasconez, F., ... Viscor, G. (2017). The disease burden of suicide in Ecuador, a 15 years' geodemographic cross-sectional study (2001-2015). *BMC Psychiatry*, 17 (1), 342. Doi: 10.1186/s12888-017-1502-0
- Pan, G., Hanaoka, T., Yoshimura, M., Zhang, S., Wang, P., Tsukino, H., ... & Takahashi, K. (2006). Decreased serum free testosterone in workers exposed to high levels of di-n-

- butyl phthalate (DBP) and di-2-ethylhexyl phthalate (DEHP): a cross-sectional study in China. *Environmental health perspectives*, 1643-1648. Doi: [10.1289/ehp.9016](https://doi.org/10.1289/ehp.9016)
- Parra-Urbe, I., Blasco-Fontecilla, H., Garcia-Parés, G., Martínez-Naval, L., Valero-Coppin, O., Cebrià-Meca, A., ... Palao-Vidal, D. (2017). Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1), 163. Doi: [10.1186/s12888-017-1317-z](https://doi.org/10.1186/s12888-017-1317-z)
- Parra Uribe, I., Blasco-Fontecilla, H., García-Parés, G., Giró Batalla, M., Llorens Capdevila, M., Cebrià Meca, A., ... Palao Vidal, D. J. (2013). Attempted and completed suicide: Not what we expected? *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 840–846. Doi: [10.1016/j.jad.2013.03.013](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.013)
- Pianowski, G., Sousa de Oliveira Fernandes, E., & Nunes Baptista, M. (2015). Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológicas. *Psicología desde el Caribe*, 32(1).
- Pirkola, S. P., Suominen, K., & Isometsä, E. T. (2004). Suicide in alcohol-dependent individuals. *CNS drugs*, 18(7), 423-436.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 319-324. Doi: [10.1080/08039480500320025](https://doi.org/10.1080/08039480500320025)
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Dominici, G., Ferracuti, S., Kotzalidis, G. D.,... & Sher, L. (2010). Suicidal behavior and alcohol abuse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(4), 1392-1431. Doi: [10.3390/ijerph7041392](https://doi.org/10.3390/ijerph7041392)
- Pompili, M., Iliceto, P., Luciano, D., Innamorati, M., Serafini, G., Del Casale, A., Tatarelli, R., Girardi, P. & Lester, D. (2011). Higher hopelessness and suicide risk predict lower

- self-deception among psychiatric patients and non-clinical individuals. *Rivista di psichiatria*, 46(1), 24-30. Doi: 10.1708/549.6537
- Pompili, M. (2014). Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. *Health and Social Care in the Community*, 22(4), 361–367. Doi: [10.1111/hsc.12086](https://doi.org/10.1111/hsc.12086)
- Pompili M. (2018) Reflections of a Committed Suicidologist. In: *Pompili M. (Eds) Phenomenology of Suicide*. Springer, Cham.
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277. Doi: [10.1176/appi.ajp.2011.10111704](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704)
- Quinlan-Davidson, M., Sanhueza, A., Espinosa, I., Escamilla-Cejudo, J. A., & Maddaleno, M. (2014). Suicide among young people in the Americas. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 54(3), 262–8. Doi: [10.1016/j.jadohealth.2013.07.012](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.012)
- Quintanilla Montoya, R., Valadez Figueroa, I., Vega Miranda, J. C., & Flores Ramírez, L. E. (2006). Personalidad y estrategias de afrontamiento en sujetos con tentativa suicida. *Psicología y Salud*, 16(2), 139-147.
- Reeves, A., McKee, M., Gunnell, D., Chang, S.-S., Basu, S., Barr, B., & Stuckler, D. (2015). Economic shocks, resilience, and male suicides in the Great Recession: cross-national analysis of 20 EU countries. *European Journal of Public Health*, 25(3), 404–9. Doi: [10.1093/eurpub/cku168](https://doi.org/10.1093/eurpub/cku168)
- Reuter, C. (2016). *Evaluation of the validity of cholesterol as a biomarker for suicide in*

- veterans* (Tesis doctoral). Rutgers University-Graduate School-Newark.
- Richard-Devantoy, S., Orsat, M., Dumais, A., Turecki, G., & Jollant, F. (2014). Neurocognitive Vulnerability: Suicidal and Homicidal Behaviours in Patients with Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *59*(1), 18–25. Doi: 10.1177/070674371405900105
- Romo, M. L., Abril-Ulloa, V., & Kelvin, E. A. (2016). The relationship between hunger and mental health outcomes among school-going Ecuadorian adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *51*(6), 827–37. Doi: 10.1007/s00127-016-1204-9
- Rosmarin, D. H., Bigda-Peyton, J. S., Öngur, D., Pargament, K. I., & Björgvinsson, T. (2013). Religious coping among psychotic patients: relevance to suicidality and treatment outcomes. *Psychiatry Research*, *210*(1), 182–7. Doi: 10.1016/j.psychres.2013.03.023
- Rozanov, V. A., & Mid'ko, A. A. (2011). Personality patterns of suicide attempters: gender differences in Ukraine. *The Spanish Journal of Psychology*, *14*(2), 693–700. Doi: [10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.17](https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.17)
- Sáiz, P. A., & Bobes, J. (2014). Prevención del suicidio en España : una necesidad clínica no resuelta. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *7*(1), 1–4. Doi: 10.1016/j.rpsmen.2014.02.005
- Sakamoto, S., Tanaka, E., Neichi, K., Sato, K., & Ono, Y. (2006). Sociopsychological factors relating to suicide prevention in a Japanese rural community: coping behaviors and attitudes toward depression and suicidal ideation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *60*(6), 676–86. Doi: 10.1111/j.1440-1819.2006.01582.x
- Salvo G, L., & Castro S, A. (2013). Association of loneliness, impulsivity and alcohol use with suicidal behavior in adolescents. *Revista Medica de Chile*, *141*(4), 428–34. Doi:

10.4067/S0034-98872013000400002

Sandín, B., Valiente, R. M., Montes, M. O., Chorot, P., & Germán, M. A. S. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A)(II): Replicación factorial, fiabilidad y validez. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 7(3), 207-216. Doi: [10.5944/rppc.vol.7.num.3.2002.3934](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.7.num.3.2002.3934)

Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-53. Doi: [10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941)

Sarmiento, N., Paredes, A., Stefos, E. (2016). *Review of European studies*. Canadian Center of Science and Education.

Santurtún, M., Santurtún, A., & Zarrabeitia, M. T. (2017). ¿Afecta el medio a los suicidios que se cometen en España? Análisis descriptivo del patrón temporoespacial. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Doi: 10.1016/J.RPSM.2017.05.001

Schneidman E. (1971). Suicide and Suicidology: A brief etymological note. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 1, 260-264.

Schneidman E. (1996), Final thoughts and reflections. The suicidal mind, *New Yor: Oxford University Press*.

Schnell, T., Gerstner, R., & Krampe, H. (2018). Crisis of Meaning Predicts Suicidality in Youth Independently of Depression. *Crisis*, 1–10. Doi: 10.1027/0227-5910/a000503

Shepard, D. S., Gurewich, D., Lwin, A. K., Reed, G. A., & Silverman, M. M. (2016). Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 46(3). Doi: 10.1111/sltb.12225

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and

- Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264–277. Doi: 10.1521/suli.2007.37.3.264
- Sinyor, M. (2014). Last wills and testaments in a large sample of suicide notes: implications for testamentary capacity. *The British Journal of Psychiatry*, 1–5. Doi: 10.1192/bjp.bp.114.145722.
- Soor, G. S., Vukin, I., Bridgman-Acker, K., Marble, R., Barnfield, P., Edwards, J., ... Bhalerao, S. (2012). The effects of gender on adolescent suicide in ontario, Canada. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(3), 179–85.
- Spann, M., Molock, S. D., Barksdale, C., Matlin, S., & Puri, R. (2006). Suicide and African American teenagers: risk factors and coping mechanisms. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 36(5), 553–68. Doi: 10.1521/suli.2006.36.5.553
- Spokas, M., Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2012). Characteristics of individuals who make impulsive suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 1121-1125. Doi: [10.1016/j.jad.2011.10.034](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.034)
- Stack, S., & Wasserman, I. (2007). Economic strain and suicide risk: a qualitative analysis. *Suicide and life-threatening behavior*, 37(1), 103-112. Doi: 10.1521/suli.2007.37.1.103
- Stack, S., Laubepin, F., Vichi, M., Minelli, G., Lester, D., Ferracuti, S., ... Pompili, M. (2016). Economic Deprivation as a Predictor of the Direction of Lethal Violence: An Analysis of Italian Provinces. *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 20(3), 483–7. Doi: 10.1080/13811118.2015.1103343

- Subica, A. M., Allen, J. G., Frueh, B. C., Elhai, J. D., & Fowler, J. C. (2016). Disentangling depression and anxiety in relation to neuroticism, extraversion, suicide, and self-harm among adult psychiatric inpatients with serious mental illness. *British Journal of Clinical Psychology, 55*(4), 349–370. [Doi: 10.1111/bjc.12098](https://doi.org/10.1111/bjc.12098)
- Svetaz, M. V., Ireland, M., & Blum, R. (2000). Adolescents with learning disabilities: Risk and protective factors associated with emotional well-being: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of Adolescent Health, 27*(5), 340-348. [Doi: 10.1016/S1054-139X\(00\)00170-1](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(00)00170-1)
- Teti, G. L., Rebok, F., Rojas, S. M., Grendas, L., & Daray, F. M. (2014). Review Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública, 36*(2), 124-133.
- Tomás, J. M., Sancho, P., & Meléndez, J. C. (2013). Validación del cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) para su uso en población mayor española. *Psicología Conductual, 21*(1), 103.
- Turecki, G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *Journal of Psychiatry & Neuroscience, 30*(6), 398–408.
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet, 387*(10024). [Doi: 10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Wang, J., Dey, M., Soldati, L., Weiss, M. G., Gmel, G., & Mohler-Kuo, M. (2014). Psychiatric disorders, suicidality, and personality among young men by sexual orientation. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists, 29*(8), 514–22. [Doi: 10.1016/j.eurpsy.2014.05.001](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.05.001)

- Wasserman, D., Cheng, Q. I., & Jiang, G. X. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World psychiatry*, 4(2), 114.
- Weeke, A., & Væth, M. (1986). Excess mortality of bipolar and unipolar manic-depressive patients. *Journal of Affective Disorders*, 11(3), 227-234. Doi: [10.1016/0165-0327\(86\)90074-1](https://doi.org/10.1016/0165-0327(86)90074-1)
- Wiktorsson, S., Berg, A. I., Billstedt, E., Duberstein, P. R., Marlow, T., Skoog, I., & Waern, M. (2013). Neuroticism and extroversion in suicide attempters aged 75 and above and a general population comparison group. *Aging & Mental Health*, 17(4), 479–488. Doi: 10.1080/13607863.2012.749835
- Woodhead, E. L., Cronkite, R. C., Moos, R. H., & Timko, C. (2014). Coping strategies predictive of adverse outcomes among community adults. *Journal of clinical psychology*, 70(12), 1183-1195. Doi: 10.1002/jclp.21924
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization.
- Wray, M., Colen, C., & Pescosolido, B. (2011). The Sociology of Suicide. *Annual Review of Sociology*, 37, 505-528. Doi: 10.1146/annurev-soc-081309-150058
- Yao, Y.-S., Chang, W.-W., Jin, Y.-L., Chen, Y., He, L.-P., & Zhang, L. (2014). Life satisfaction, coping, self-esteem and suicide ideation in Chinese adolescents: a school-based study. *Child: Care, Health and Development*, 40(5), 747–52. Doi: 10.1111/cch.12142
- Zhang, W.-C., Jia, C.-X., Zhang, J.-Y., Wang, L.-L., & Liu, X.-C. (2015). Negative life events and attempted suicide in rural China. *PloS One*, 10(1),. Doi: [10.1371/journal.pone.0116634](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116634)
- Zhang, H., Neelarambam, K., Schwenke, T. J., Rhodes, M. N., Pittman, D. M., & Kaslow,

- N. J. (2013). Mediators of a culturally-sensitive intervention for suicidal African American women. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 20(4), 401-414.
- Zhong, Q.-Y., Gelaye, B., Rondon, M. B., Sánchez, S. E., Simon, G. E., Henderson, D. C., ... Williams, M. A. (2014). Using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to assess suicidal ideation among pregnant women in Lima, Peru. *Archives of Women's Mental Health*, 18(6), 783-792.
Doi: 10.1007/s00737-014-0481-0
- Zhu, Y., Zhang, H., Shi, S., Gao, J., Li, Y., Tao, M., ... Liu, Y. (2013). Suicidal risk factors of recurrent major depression in Han Chinese women. *PloS One*, 8(11), e80030. Doi: 10.1371/journal.pone.0080030

ANEXOS

Anexo A: Escalas psicométricas

EPQ-R (VERSIÓN ABREVIADA)

POR FAVOR, CONTESTE CADA PREGUNTA PONIENDO UNA **X** SOBRE EL **SÍ** O EL **NO** QUE LE SIGUEN. NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS, NI PREGUNTAS CON TRAMPA. TRABAJE RÁPIDAMENTE Y NO PIENSE DEMASIADO EN EL SIGNIFICADO EXACTO DE LAS MISMAS. AL FINAL COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS.

#	Preguntas	Sí	No
1.	¿ Su estado de ánimo sufre altibajos con frecuencia?		
2.	¿Es una persona conversadora?		
3.	¿Se siente a veces desdichado/a o angustiado/a sin motivo aparente?		
4.	¿Es usted una persona más bien animada o vital?		
5.	¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		
6.	¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?		
7.	¿Alguna vez ha culpado a alguien por algo que había hecho usted?		
8.	¿Es mejor actuar como uno desea que seguir las normas sociales?		
9.	A menudo, ¿se siente harto/a?		
10.	¿Ha tomado alguna vez alguna cosa (aunque no fuese más que un alfiler o un botón) que perteneciese a otra persona?		
11.	¿Diría de sí mismo/a que es una persona nerviosa?		
12.	¿A menudo toma decisiones sin pararse a reflexionar?		
13.	¿Puede animar fácilmente una fiesta aburrida?		
14.	¿Diría de sí mismo que es una persona tensa?		
15.	¿Tiende a mantenerse callado/a (o en un segundo plano) en las reuniones o encuentros sociales?		
16.	¿Ha hecho alguna vez trampas en juegos?		
17.	¿Cree que adquirir un seguro (de salud, de vida, de auto, etc.) es una buena idea?		
18.	¿Considera que sufre Ud. de los «nervios»?		
19.	¿Alguna vez se ha aprovechado de alguien para beneficio propio?		
20.	¿Le gusta más estar rodeado de gente que permanecer solo?		
21.	¿A menudo se siente solo/a?		
22.	¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que hacer lo que uno desea?		
23.	¿La gente piensa que usted es una persona animado/a?		
24.	¿Pone en práctica siempre lo que dice?		

--	--	--	--

PARA EL PERFIL

<i>Sub-escala</i>	<i>Clave</i>	<i>ítem</i>	<i>Descripción</i>
Neuroticismo (N)	Sí	1	¿Su estado de ánimo sufre altibajos con frecuencia?
Extraversión (E)	Sí	2	¿Es una persona conversadora?
Psicoticismo (P)	No	3	¿Se siente a veces desdichado/a o angustiado/a sin motivo aparente?
Extraversión (E)	Sí	4	¿Es usted una persona más bien animada o vital?
Sinceridad (L)	Sí	5	¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?
Psicoticismo (P)	Sí	6	¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?
Sinceridad (L)	Sí	7	¿Alguna vez ha culpado a alguien por algo que había hecho usted?
Psicoticismo (P)	Sí	8	¿Es mejor actuar como uno desea que seguir las normas sociales?
Neuroticismo (N)	Sí	9	A menudo, ¿se siente harto/a?
Sinceridad (L)	Sí	10	¿Ha tomado alguna vez alguna cosa (aunque no fuese más que un alfiler o un botón) que perteneciese a otra persona?
Neuroticismo (N)	Sí	11	¿Diría de sí mismo/a que es una persona nerviosa?
Psicoticismo (P)	Sí	12	¿A menudo toma decisiones sin pararse a reflexionar?
Extraversión (E)	Sí	13	¿Puede animar fácilmente una fiesta aburrida?
Neuroticismo (N)	Sí	14	¿Diría de sí mismo que es una persona tensa?
Extraversión (E)	No	15	¿Tiende a mantenerse callado/a (o en un segundo plano) en las reuniones o encuentros sociales?
Psicoticismo (P)	No	16	¿Cree que adquirir un seguro (de salud, de vida, de auto, etc.) es una buena idea?
Sinceridad (L)	Sí	17	¿Ha hecho alguna vez trampas en juegos?
Neuroticismo (N)	Sí	18	¿Sufre Ud. de los «nervios»?
Sinceridad (L)	Sí	19	¿Alguna vez se ha aprovechado de alguien para beneficio propio?
Extraversión (E)	Sí	20	¿Le gusta más estar rodeado de gente que permanecer solo?
Neuroticismo (N)	Sí	21	¿A menudo se siente solo/a?
Psicoticismo (P)	No	22	¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que hacer lo que uno desea?
Extraversión (E)	Sí	23	¿La gente piensa que usted es una persona animado/a?
Sinceridad (L)	No	24	¿Pone en práctica siempre lo que dice?

E

N

P

L

Suma de
puntos en
Cada subescala

Escala Columbia para Evaluar el Riesgo del Suicidio (C-SSRS)

IDEACIÓN SUICIDA														
<p>Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de "Comportamiento suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "sí", complete la sección "Intensidad de la ideación" más abajo.</p>	Consideran do toda la vida - (cuando la persona sintió más ganans de suicidarse)	1 mes pasado												
<p>1. Deseos de morir El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar. <i>¿Ha deseado estar muerto/a o quedarse dormido/a y no despertar?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sí	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí	No	Sí	No											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Sí	No													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<p>2. Pensamientos suicidas activos no específicos Pensamientos no específicos de querer terminar con su vida/suicidarse (p. ej., "He pensado en suicidarme")sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plandurante el período de evaluación. <i>¿Ha pensado realmente en matarse?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sí	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí	No	Sí	No											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Sí	No													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<p>3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: "He pensado en tomar una sobredosis pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo". <i>¿Ha pensado en cómo podría hacerlo?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sí	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí	No	Sí	No											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Sí	No													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<p>4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico El/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener <u>cierta intención de llevarlos a cabo</u>, a diferencia de que dijera "Tengo esos pensamientos pero definitivamente no los voy a llevar a cabo". <i>¿Ha tenido estos pensamientos y alguna intención de llevarlos a cabo?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sí	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí	No	Sí	No											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Sí	No													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<p>5. Ideación suicida activa con plan específico e intención Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo. <i>¿Ha empezado a elaborar o ya tiene elaborados los detalles de cómo se va a matar? ¿Tiene la intención de llevar a cabo este plan?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sí	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí	No	Sí	No											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Sí	No													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN														
<p>Las siguientes características deben ser evaluadas con respecto al tipo más severo de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos severo y 5 siendo el más severo).Pregunte sobre cuando la persona sintió más deseos de suicidarse.</p>	Más seria	Más seria												

<p>Considerando toda la vida - Ideación más seria:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Tipo N° (1-5) Descripción de la ideación</p> <p><u>1 mes pasado -</u></p> <p>Ideación más</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Tipo N° (1-5) Descripción de la ideación</p>	_____	_____
<p>Frecuencia</p> <p>¿Cuántas veces ha tenido estos pensamientos?</p> <p>(1) Menos de una vez por semana (2) Una vez por semana (3) De 2 a 5 veces por semana (4) Diariamente o casi diariamente (5) Muchas veces al día</p>	_____	_____
<p>Duración</p> <p>Cuando tiene esos pensamientos, ¿cuánto tiempo duran?</p> <p>(1) Fugaces/pocos segundos o minutos (4) De 4 a 8 horas/la mayor parte del día (2) Menos de 1 hora/algo de tiempo (5) Más de 8 horas/persistentes o continuos (3) De 1 a 4 horas/mucho tiempo</p>	_____	_____
<p>Control</p> <p>¿Podría/puede dejar de pensar en matarse o en querer morirse si lo desea?</p> <p>(1) Puede controlar los pensamientos fácilmente (4) Puede controlar los pensamientos con mucha dificultad (2) Puede controlar los pensamientos con muy poca dificultad (5) No puede controlar los pensamientos (3) Puede controlar los pensamientos con alguna dificultad (0) No intenta controlar los pensamientos</p>	_____	_____
<p>Impedimentos</p> <p>¿Hay cosas - alguien o algo (p. ej., la familia, la religión, el dolor al morir) - que hayan evitado que quisiera morir o que se dejara llevar por los pensamientos suicidas?</p> <p>(1) Los impedimentos definitivamente detuvieron sus intentos de suicidio (4) Los impedimentos probablemente no lo/la detuvieron (2) Los impedimentos probablemente lo/la detuvieron (5) Los impedimentos definitivamente no lo/la detuvieron (3) No está seguro/a de que los impedimentos lo/la hayan detenido (0) No corresponde</p>	_____	_____
<p>Razones para la ideación</p> <p>¿Qué razones ha tenido para pensar en querer morirse o matarse? ¿Puede que haya sido para terminar con el dolor o con la manera en que se sentía (es decir, no podía seguir viviendo con ese dolor o con la manera en que se sentía) o para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás? ¿O ambas posibilidades?</p> <p>(1) Absolutamente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (4) Mayormente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (2) Mayormente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (5) Absolutamente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (3) Igualmente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás y para terminar con el dolor (0) No corresponde</p>	_____	_____

<p>COMPORTAMIENTO SUICIDA</p> <p>(Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)</p>	<p>Considerando toda la vida</p>	<p>3 meses pasados</p>
---	---	-------------------------------

<p>Intento real: Un acto potencialmente autodestructivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir <i>como resultado del mismo</i>. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay <i>cierta</i> intención o deseo de morir asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. No es necesario que haya alguna herida o daño, sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiera, esto se considera un intento. Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención. ¿Ha intentado suicidarse? ¿Ha hecho algo para hacerse daño? ¿Ha hecho algo peligroso por lo cual podría haberse muerto? ¿Qué hizo? ¿Usted _____ como una manera de terminar con su vida? ¿Quería morir (aunque fuera un poco) cuando usted _____? ¿Estaba tratando de terminar con su vida cuando usted _____? ¿O pensó que era posible que podría haber muerto por _____? ¿O lo hizo sólo por otras razones o sin NINGUNA intención de suicidarse (como aliviar el estrés, sentirse mejor, obtener empatía o para que pasara otra cosa)? (Comportamiento autodestructivo sin intención suicida) Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos _____</p> <p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos _____</p> <p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Ha tenido la persona un comportamiento autodestructivo no suicida?</p> <p>Intento interrumpido: Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autodestructivo (<i>si no fuera por eso, el intento habría ocurrido</i>). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero no las ingiere. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntándose hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo la detiene. ¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para terminar con su vida pero alguien o algo lo/la detuvo antes de que lo hiciera? Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos interrumpidos _____</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos interrumpidos _____</p>
<p>Intento abortado: Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa. ¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para tratar de terminar con su vida pero se detuvo antes de hacerlo? Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos abortados _____</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos abortados _____</p>
<p>Actos o comportamiento preparatorios: Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida). ¿Ha hecho algún preparativo para un intento suicida o para matarse (como juntar pastillas, comprar una pistola, regalar posesiones valiosas o escribir una nota suicida)?</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

Si la respuesta es "sí", describa:			
Responda solamente por intentos reales	Fecha del intento más reciente:	Fecha del intento más letal:	Fecha del primer intento:
Grado de letalidad y lesiones: 0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales). 1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces). 2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de conducto sanguíneo principal). 3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves). 4. Daño físico grave: necesita hospitalización con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital). 5. Muerte	Ingrese código _____ _____	Ingrese código _____ _____	Ingrese código _____ _____
Letalidad potencial: conteste solamente si hay causa de muerte real = 0 Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: se puso una pistola dentro de la boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara). 0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones 1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte 2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible	Ingrese código _____ _____	Ingrese código _____ _____	Ingrese código _____ _____

Observaciones:

Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (List of Threatening Experiences, LTE)

El último año			
		Sí (1)	No (0)
1.	Ha sufrido usted una enfermedad, lesión o agresión física grave		
2.	Algún familiar cercano ha sufrido una enfermedad, lesión o agresión física grave		
3.	Ha muerto uno de sus padres o hijos		
4.	Ha muerto su pareja/cónyuge		
5.	Ha muerto algún otro familiar cercano (hermanos, tíos, primos, abuelos)		
6.	Ha muerto un amigo cercano		
7.	Se ha separado a causa de problemas en su relación de pareja		
8.	Ha roto una relación estable		
9.	Ha tenido un problema grave con algún amigo cercano, vecino o familiar		
10.	Se ha quedado sin empleo o ha buscado empleo durante más de un mes sin éxito		
11.	Le han despedido de su trabajo		
12.	Ha tenido una crisis económica, de estudios grave		
13.	Ha tenido problemas con la policía o ha comparecido ante un tribunal		
14.	Le han robado o ha perdido algún objeto de valor		
15.	Se ha sentido discriminado/a por su identidad sexual		
16.	Se ha sentido extorsionado/a o intimidado/a (en el lugar de estudios, trabajo, hogar, vecindario, etc.)		
17.	Ha sufrido agresión sexual		
18.	Ha sido testigo o víctima de relaciones hostiles en el hogar.		
19.	Ha sentido dificultades en el ámbito sexual.		
20.	Ha padecido situaciones de aislamiento		
21.	Ha pasado por una situación de desplazamiento geográfico.		
22.	Ha pasado por una situación de migración de algún ser querido o de usted mismo/a		
23.	Ha tenido dificultades en su rendimiento escolar/estudios/pérdida de año		
24.	Algún/algunos ser/seres querido/os se han separado		
25.	Se ha mudado a vivir solo/a		
26.	Se ha sentido víctima de burlas/ofensas (en su lugar de estudios, vecindario, hogar, trabajo)		

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE)

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Ud. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Ud. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente [aproximadamente durante el pasado año].

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1.	Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0	1	2	3	4
2.	Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
3.	Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
4.	Descargué mi mal humor con los demás	0	1	2	3	4
5.	Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
6.	Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0	1	2	3	4
7.	Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
8.	Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0	1	2	3	4
9.	No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0	1	2	3	4
10.	Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11.	Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
12.	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
13.	Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14.	Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
15.	Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
16.	Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
17.	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
18.	Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
19.	Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20.	Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
21.	Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
22.	Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
23.	Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
24.	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
25.	Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4

26.	Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
27.	Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
28.	Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0	1	2	3	4
29.	Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30.	Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
31.	Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0	1	2	3	4
32.	Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
33.	Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
34.	Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
35.	Recé	0	1	2	3	4
36.	Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37.	Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
38.	Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39.	Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40.	Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41.	Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
42.	Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE)

Corrección de la prueba

Se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas:

Focalizado en la solución del problema (FSP):	1, 8, 15, 22, 29, 36.
Autofocalización negativa (AFN):	2, 9, 16, 23, 30, 37.
Reevaluación positiva (REP):	3, 10, 17, 24, 31, 38.
Expresión emocional abierta (EEA):	4, 11, 18, 25, 32, 39.
Evitación (EVT):	5, 12, 19, 26, 33, 40.
Búsqueda de apoyo social (BAS):	6, 13, 20, 27, 34, 41.
Religión (RLG):	7, 14, 21, 28, 35, 42.

Anexo B: Ficha datos sociodemográficos

FORMULARIO DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS							
Impacto del género en los intentos de suicidio en Quito (Ecuador)							
INVESTIGACIÓN PhD en SALUD, PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA							
UNIVERSIDAD ROVIRA I VIRGILI				INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN			
CÓDIGO ID:				FECHA			
SEXO:	Autoidentificación género			EDAD			
	H/M			Masculino/Femenino/Otro		DD/MM/AAAA	
Nivel educativo:	Ninguno	Centro de alfabetización /EBA		Preescolar/Primario	Secundario	Educación básica	
	Bachillerato/educación media		Ciclo posbachillerato	Superior	Posgrado		
Estado marital:	Soltero	Casado	Unión de hecho		Unión libre	Separado	Divorciado
			Viudo	Otro (religioso)			
Convivencia:	Vive solo	Familia de origen		Familia propia	Familia ampliada	Comunidad religiosa	
	Centros de acogida/residencias			Centros hospitalarios			
Estado ocupacional:	Estudiante	Ama de casa	Empleado/a u obrero/a privado		Jornalero/a o peón		
	Empleado/a u obrero/a del Estado, Gobierno, Municipio, Consejo Provincial, Juntas Parroquiales						
	Patrono/a	Socio/a	Cuenta propia	Trabajador/a no remunerado		Militar	Policía
	Empleado/a doméstico/a		Indigente	Jubilado			
Grupo étnico:	Indígena	Negro (afroecuatoriano)	Mestizo	Montubio	Mulato	Blanco	Otro? Cual
Principal responsable económico del hogar:			Participante	Madre	Padre	Hijos	Nietos
			Otros				
¿Cuántas personas componen el hogar?							
¿Cuántas de las personas que componen el hogar trabajan y aportan dinero?							
¿En cuál de estos rangos se ubican los ingresos mensuales (dólares) del/a principal responsable económico del hogar?							
1. Menos de 354.00		2. 354.00 a 496.600		3. 496.601 a 993.200			
4. 993.201 a 1.489.800		5. 1.489.801 a 1.986.800		6. 1.986.801 o más			
El o la principal responsable económico del hogar es:				Hombre		Mujer	
¿El o la principal responsable económico del hogar está o ha estado en situación de migrante dentro de los últimos 10 años?				Sí			
				No			
Observaciones:							

Anexo C: Ficha datos clínicos

FORMULARIO DATOS CLÍNICOS				
Impacto del género en los intentos de suicidio en Quito (Ecuador)				
INVESTIGACIÓN PhD en SALUD, PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA				
UNIVERSIDAD ROVIRA I VIRGILI		INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN		
CÓDIGO ID:	<input type="text"/>		FECHA	<input type="text"/>
SEXO:	<input type="text"/>	Autoidentificación género	<input type="text"/>	EDAD <input type="text"/>
	H/M		Masculino/Femenino/Otro	DD/MM/AAAA
Diagnóstico psiquiátrico	<input type="text"/>			Código CIE10 <input type="text"/>
Tiempo de evolución de la enfermedad mental (en meses desde el primer registro en la institución)				<input type="text"/>
Número de ingresos hospitalarios previos (registrados en la institución)				<input type="text"/>
Consumo de tóxicos actual	<input type="text"/>	Sí <input type="text"/>	No <input type="text"/>	
Sustancia toxica consumida	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína
Benzodiacepina/opiáceos	Inhalantes			
En tratamiento psicofarmacológico actualmente	<input type="text"/>	Sí <input type="text"/>	No <input type="text"/>	
Intentos de suicidio previos	<input type="text"/>	Sí <input type="text"/>	No <input type="text"/>	
Número de intentos previos	<input type="text"/>			
Edad del primer intento de suicido (años)	<input type="text"/>			

Anexo D: Hoja informativa y consentimiento informado

Hoja de información para el participante o representante legal

Título del estudio

IMPACTO DEL GÉNERO EN LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN QUITO (ECUADOR)

Quien promueve el estudio

Ana Lorena Campo Aráuz docente investigadora de la Universidad Politécnica Salesiana de Ecuador. Becaria de la Fundación Carolina (España). Doctoranda de la Universitat Rovira i Virgili.

Motivo del estudio

El estudio está motivado por la importancia que tiene entender parte del fenómeno del suicidio en el Ecuador para contribuir a los programas de prevención. La investigación constituye la tesis doctoral dentro del programa PhD Salud, Psicología y Psiquiatría de la Universidad Rovira i Virgili.

Resumen del estudio

El estudio analiza los factores que se relacionan con intentos de suicidio en personas, tanto hombres como mujeres, que viven en la ciudad de Quito. Los participantes voluntarios serán de grupos heterogéneos en edad, ocupación y nivel educativo.

En el caso de ser mayor de edad, consentir por escrito la participación en el estudio. En el caso de los menores de edad, o personas legalmente incapacitadas, el consentimiento informado debe ser aportado por el tutor legal del paciente.

Participación voluntaria

Su participación es totalmente voluntaria.

Posibilidad de retirarse y derecho a pedir los datos o los resultados del estudio

Usted, como participante de este estudio cuando lo desee también tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación, instalación y oposición de sus datos de carácter personal.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombres y apellidos

Quién le informó:

Acompañante (tutor o representante legal)

	SI	NO
Acepto participar de forma voluntaria en el estudio “Diferencias de género asociadas con la ideación y/o tentativa suicida en Quito (Ecuador).”.		
1. <i>He leído la hoja de información, comprendo los riesgos y los beneficios que conlleva, que mi participación es voluntaria y que me puedo retirar o pedir que retiren mis datos siempre</i>	.	.
2. <i>Comprendo en qué consiste mi participación en el estudio</i>	.	.
3. <i>Doy permiso para que los investigadores pasen los resultados relevantes de este estudio a mi historia clínica.</i>	.	.
4. <i>Comprendo que no recibiré un beneficio directo de mi participación en este estudio y que no recibiré ningún beneficio económico en el futuro en el caso en que se desarrollara un nuevo tratamiento o test médico.</i>	.	.
5. <i>Comprendo que la información del estudio será confidencial y que ninguna persona no autorizada tendrá acceso a los datos o las muestras.</i>	.	.
6. <i>Sé cómo ponerme en contacto con los investigadores si lo necesito..</i>	.	.

Firmas

Participante

Quién ha informado

Acompañante (tutor o representante legal)

Fecha

Día/mes/año

Contacto

En caso de que necesite ponerse en contacto con los investigadores del estudio puede escribir a la dirección electrónica acampo@ups.edu.ec para hablar con la investigadora principal: Ana Lorena Campo Aráuz.

Anexo E: Convenio colaboración institucional



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

FACULTAT DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA SALUT
DEPARTAMENT DE MEDICINA I CIRURGIA
AGRUPAMENT DE PSIQUIATRIA

Carrer Sant Llorenç, 21
43201 - Reus
Tel. 977 75 93 00
Fax 977 75 93 22
E-mail: sdmc@urv.net



HOSPITAL UNIVERSITARI
INSTITUT
PERE MATA

Àrea de Docència i Innovació

CTRA. DE L'INSTITUT PERE MATA, S/N. 43206 REUS
TEL. 977 33 85 65. FAX 977 31 00 21
www.peremata.com / docencia@peremata.com

Hermana Sor Inés López
Directora General del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón

Reus, 10 de agosto de 2015

Apreciada hermana,

Me dirijo a usted como director del proyecto de tesis doctoral de Ana Lorena Campo Aráuz, titulado "Diferencias de género asociadas con la ideación y/o tentativa suicida en Quito (Ecuador)" en el marco del programa de doctorado Salud, Psicología y Psiquiatría de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona (España).

Se trata de un proyecto que pretende aportar información valiosa para la comprensión de un fenómeno de gran importancia como es la conducta suicida y que podrá ser de utilidad para, en un futuro, diseñar acciones de prevención.

La finalidad de mi escrito es solicitar una colaboración con el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón que permita el desarrollo del trabajo de campo del mencionado proyecto, en estrecha cooperación con los profesionales de este centro.

Estoy seguro de que esta colaboración proporcionará importantes beneficios para el conocimiento en el ámbito de la salud mental y será el germen de fructíferas colaboraciones en el futuro.

Os saluda con respeto,

Dr. Joan de Pablo

Director del Área de Docencia e Innovación
Hospital Universitario Institut Pere Mata
Ctra. de l'Institut Pere Mata, s/n, 43206 Reus
Tarragona, España



HOSPITAL UNIVERSITARI
INSTITUT PERE MATA



CARTA DE COMPROMISO DE COLABORACIÓN EN INVESTIGACIÓN

PRIMERA: PREÁMBULO

El Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón es una organización privada sin fines de lucro, creada el 13 de marzo de 1970 bajo la dirección de las Hermanas Hospitalarias; teniendo en cuenta los principios morales y éticos, contribuyen al desarrollo social basado en el carisma hospitalario promoviendo la unión de lo científico y lo humano en la atención integral a las personas con problemas de salud mental y áreas afines.

Dentro del Plan de trabajo Institucional se encuentra la investigación científica como actividad para la mejora continua, por lo que se busca promover y apoyar el desarrollo del conocimiento en el campo de la salud mental desde una visión Humanista y Cristiana de la persona, considerada en su unidad y dignidad inviolables.

La Universidad Rovira i Virgili (URV) fue creada en 1991 por el Parlamento de Cataluña a partir de centros universitarios que ya existían. Se recuperaba así la Universidad de Tarragona del siglo XVI. Desde su puesta en marcha, ha tenido un objetivo muy claro: poner el conocimiento al servicio de la sociedad para contribuir al desarrollo social y económico de su entorno, un contexto que se ha ido transformando con el paso del tiempo. Es reconocida como universidad de referencia en Cataluña y en el espacio europeo por la calidad de la docencia, la apuesta por la formación continua y la excelencia en la investigación, el desarrollo y la innovación.

En tanto, el programa de doctorado (PhD) en Salud, Psicología y Psiquiatría de la URV tiene el objetivo de ofrecer un marco multidisciplinario que contribuya a una mejor formación del doctorando, con el objetivo de formar investigadores en el ámbito de la Salud, la Psicología y la Psiquiatría con la capacidad de transmitir sus conocimientos tanto en los coloquios científicos internacionales como a nivel divulgativo; por lo que dichos profesionales puedan trasladar los conocimientos en la sociedad y aplicarlos.

SEGUNDA: PRINCIPIO DE COLABORACIÓN

El Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón se compromete a colaborar en la investigación doctoral de la Magíster Ana Lorena Campo Aráuz doctoranda del programa de PhD en Salud, Psicología y Psiquiatría con cédula # 1714439450 a trabajar el tema de "Diferencias de género asociadas con la ideación y/o tentativa suicida en Quito" desde la línea de investigación *Vulnerabilidad genética en el estrés*. Misma que será supervisada por los Doctores Joan de Pablo y Ana Gaviria de la Universidad Rovira i Virgili.



TERCERA: OBLIGACIONES

El Instituto Psiquiátrico se compromete a:

1. Asignar a un profesional para que coordine las actividades para la investigación.
2. Recopilar información necesaria para la investigación a través de aplicación de entrevistas, escalas, test psicológicos.

Por su parte la doctoranda se compromete a:

1. Enviar plan de investigación.
2. Enviar todos los formatos necesarios para la investigación: Consentimiento informado, escalas a aplicarse.
3. Capacitar sobre las escalas a utilizarse en la investigación.
4. Confidencialidad. Uso exclusivo para la investigación
5. Interpretar la información.
6. Presentar los resultados al Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón.

CUARTA: PROPIEDAD INTELECTUAL

La propiedad intelectual de la investigación pertenece a la doctoranda, investigadora principal y a la Universidad Rovira i Virgili, por tratarse de su trabajo de tesis de PhD en el programa de Salud, Psicología y Psiquiatría. En todas las publicaciones científicas, presentaciones en seminarios, congresos y demás actividades académicas se dará el debido reconocimiento al Instituto Psiquiátrico Sagrado corazón por ser la entidad colaboradora del estudio. El Instituto será reconocido, en todo momento, junto a la URV, la Fundación Carolina y la Universidad Politécnica Salesiana, entidades auspiciantes de dicha investigación.

La información final de la investigación podrá ser usada por el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón cuando lo requiera para fines de seguimiento y prevención de conductas suicidas en los pacientes y en su beneficio. El Instituto se compromete a reconocer mediante citas en todo documento a la doctoranda como autora, así como a la URV, guardando las condiciones de confidencialidad y manejo ético adecuados.

SEXTA: VIGENCIA Y DURACIÓN

El estudio tendrá la duración de dos años máximo hasta alcanzar el registro de datos de la población muestra de 100 participantes en los dos grupos de análisis. Aquí se incluye la etapa de revisión, análisis y presentación de resultados.



SÉPTIMA: RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Las partes acuerdan que cualquier conflicto, desacuerdo y diferencia de criterio que pudiera surgir entre las mismas en relación a la interpretación, aplicación y ejecución de este convenio, será discutida y resuelta en forma directa, amistosa y de buena fe, evitando hasta donde sea posible recurrir a litigios judiciales.

En caso de que cualquier conflicto, desacuerdo y diferencia persistieren por más de quince días, las partes las someten a la resolución de un Tribunal de Arbitraje de la Cámara de Comercio de Quito, que se sujetará a lo dispuesto en la Ley de Arbitraje y Mediación y en el reglamento del Centro de Arbitraje y Mediación de la Cámara de Comercio de Quito y a las siguientes normas:

- a. Los árbitros serán seleccionados conforme a lo establecido en la Ley de Arbitraje y Mediación.
- b. Las partes renuncian a la jurisdicción ordinaria, se obligan a acatar el laudo que expida el Tribunal Arbitral y se comprometen a no interponer ningún tipo de recurso en contra del laudo arbitral.
- c. Para la ejecución de las medidas precautelares, el Tribunal Arbitral está facultado para solicitar a los funcionarios públicos, judiciales, policiales y administrativos su cumplimiento, sin que sea necesario recurrir a juez ordinario alguno.
- d. El Tribunal Arbitral estará integrado por tres árbitros.
- e. El procedimiento arbitral será confidencial.
- f. El arbitraje será en derecho.
- g. El lugar de arbitraje serán las instalaciones del Centro de Arbitraje y Mediación de la Cámara de Comercio de Quito.

OCTAVA: ACEPTACIÓN

Para constancia de lo acordado firman los comparecientes el original y un ejemplar de igual tenor, a los 19 días del mes de agosto del 2015.

Por el programa doctoral
"En Salud, Psicología y Psiquiatría
de la URV":

Magíster Ana Lorena Campo Aráuz
Doctoranda

Por el INSTITUTO:

Sor Inés López
Representante Legal IPSC

Doctor José Bedón
Gerente Administrativo IPSC



