



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador | Sede  
Ambato

## **CENTRO DE POSGRADOS**

**Tema:**

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA IDEACIÓN SUICIDA**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Magíster en  
Psicología Clínica con mención en Psicoterapia Infantil y de Adolescentes**

**Línea de investigación:**

**VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL, CONDUCTA Y EMOCIONES**

**Autora:**

Carina Elizabeth Guevara Arroba

**Directora:**

Mg. Catherine Nataly Shuguli Zambrano

**Ambato - Ecuador**

**Febrero 2024**

## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **CARINA ELIZABETH GUEVARA ARROBA**, con cédula de ciudadanía **1804253993**, autora del trabajo de investigación: **“PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA IDEACIÓN SUICIDA”**, previa a la obtención del título profesional de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOTERAPIA INFANTIL Y DE ADOLESCENTES**, en el centro de **POSGRADOS**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, febrero 2024



Carina Elizabeth Guevara Arroba

CC.1804253993

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**SEDE AMBATO**  
**APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO**

**Tema:**

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA IDEACIÓN SUICIDA**

**Línea de investigación:**

**VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL, CONDUCTA Y EMOCIONES**

**Autora:**

Carina Elizabeth Guevara Arroba

Catherine Nataly Shuguli Zambrano, Psic Cl. Mg.

CC. 0603583519

**CALIFICADOR**

f. 

Paúl Marlon Mayorga Lascano, Dr. Mg.

**CALIFICADOR**

f. 

Mario Santiago Poveda Ríos, Psic Cl. Mg.

**CALIFICADOR**

f.   
 f.   
 f. 

Teresa Milena Freire Aillón, Ing. Mg.

**DIRECTORA CENTRO DE POSGRADOS**

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr.

**SECRETARIO GENERAL PUCESA**

f.   
 Pontificia Universidad Católica del Ecuador  
 SECRETARIA GENERAL  
 PROCURADURIA

Ambato- Ecuador

Febrero 2024

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación lo dedico con todo mi corazón a mi pequeño hijo Adrián, quien me tuvo paciencia y muchas veces tuvo que jugar solo, porque mamá estaba ocupada en su trabajo de investigación, es él mi motor para emprender una nueva experiencia de preparación y aprendizaje en el ámbito académico.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por haberme dado la salud y sabiduría para llegar a este momento en el que me encuentro. Agradezco con todo mi amor a mi hijo quien me alienta con sus palabras. Con un infinito cariño a mis amigas Isa Guevara y Andrea Males, que juntas despejamos las dudas académicas y sobre todo su apoyo emocional. Finalmente agradezco a la Universidad por darme la oportunidad de ser parte de la misma, y por contar con un excelente equipo de docentes.

## RESUMEN

Uno de los fenómenos más complejos al cual se exponen los adolescentes; es la pérdida del sentido de la vida y, con ello, la aparición de ideas autolíticas, en la actualidad el suicidio se constituye un problema de salud pública que incide directamente sobre la calidad de vida de los adolescentes, por lo que es necesario establecer medidas preventivas para disminuir el riesgo suicida en esta población. En este sentido, el objetivo de la presente investigación es diseñar una propuesta de intervención para la ideación suicida en adolescentes de la Unidad Educativa San Alfonso.

El método de la investigación tiene un diseño no experimental, de tipo cuantitativo, de alcance descriptivo y correlacional, y de corte transversal, para la evaluación se aplicó el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI) el cual mide factores de riesgo y de protección frente a las ideas suicidas y consta de 14 ítems, es una escala de tipo Likert. En el que participaron 124 adolescentes, 78 hombres y 46 mujeres, entre las edades de 14 a 17 años.

Los resultados obtenidos indican que el 26,6% de los adolescentes participantes de esta investigación tienen un alto riesgo de ideación suicida, seguido del 13,7% que representan un riesgo moderado. Se evidencia que 33 estudiantes tienen un alto índice de ideación suicida y finalmente se realiza una propuesta de intervención para disminuir el alto riesgo de ideación suicida mediante la psicoeducación y terapia cognitivo conductual.

**Palabras claves:** Ideación suicida, adolescentes, terapia cognitivo conductual.

## **ABSTRACT**

*One of the most complex phenomena to which adolescents are exposed is the loss of the meaning of life and the appearance of self-harming ideas. Suicide is currently a public health problem that directly affects the quality of life of adolescents, so it is necessary to establish preventive measures to reduce the risk of suicide in this population. In this sense, the objective of this research is to design an intervention proposal for suicidal ideation in adolescents of the San Alfonso Educational Unit.*

*The research method has a non-experimental, quantitative, descriptive, correlational, and cross-sectional design. For the evaluation, the Positive and Negative Suicidal Ideation Inventory (PANSI) was applied, which measures risk and protective factors against suicidal ideation and consists of 14 items on a Likert-type scale. A total of 124 adolescents, 78 males and 46 females, between the ages of 14 and 17, participated in the study.*

*The results obtained indicate that 26.6% of the adolescents participating in this research have a high risk of suicidal ideation, followed by 13.7% who represent a moderate risk. It is shown that 33 students have a high rate of suicidal ideation. Finally, an intervention proposal is made to reduce the high risk of suicidal ideation through psychoeducation and cognitive behavioral therapy.*

**Keywords:** *Suicidal ideation, adolescents, cognitive behavioral therapy.*

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD .....	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO .....	iii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	vii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA.....	6
1.1. Antecedentes históricos del suicidio.....	6
1.2. Suicidio.....	7
1.3. Ideación suicida.....	15
1.4. Adolescencia .....	17
1.5. Tratamiento .....	22
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO .....	25
2.1. Tipo y enfoque de investigación .....	25
2.2. Técnicas e instrumentos.....	26
2.3. Población.....	29
2.4. Análisis descriptivo de la ficha Sociodemográfica .....	29
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	33
3.1. Análisis descriptivo del Inventario de Ideación Suicida (PANSI) .....	33
3.2. Propuesta de intervención.....	41
3.3. Validación de la propuesta .....	64
CONCLUSIONES.....	69
RECOMENDACIONES .....	71
BIBLIOGRAFÍA .....	72
ANEXOS .....	80

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Análisis factorial.....	29
Tabla 2. Análisis sociodemográfico de los participantes.....	30
Tabla 3. Análisis descriptivo del Inventario de Ideación Suicida (PANSI).....	33
Tabla 4. Análisis categorial sobre el nivel del riesgo suicida.....	34
Tabla 5. Análisis categorial sobre el nivel del factor protector.....	34
Tabla 6. Resultados de las preguntas del de Ideación Suicida Negativa.....	36
Tabla 7. Resultados de las preguntas de Ideación Suicida Positivo.....	37
Tabla 8. Resultados del nivel ideación suicida por género.....	38
Tabla 9. Resultados del nivel factor protector por género.....	39
Tabla 10. Resultados del nivel ideación suicida por edad.....	40
Tabla 11. Resultados del nivel factor protector por edad.....	41
Tabla 12. Resultados de cada criterio valorado.....	66
Tabla 13. Análisis de concordancia de expertos.....	67

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Primera sesión .....	46
Cuadro 2. Segunda sesión .....	48
Cuadro 3. Tercera sesión .....	49
Cuadro 4. Cuarta sesión.....	51
Cuadro 5. Quinta sesión.....	53
Cuadro 6. Séxta sesión .....	55
Cuadro 7. Séptima sesión.....	57
Cuadro 8. Octava sesión .....	61
Cuadro 9. Novena sesión .....	63

## INTRODUCCIÓN

A continuación, se muestran algunos antecedentes relacionados con la investigación.

Según el Informe de Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) menciona que la ideación suicida son pensamientos recurrentes o realizaciones de planes para terminar con la propia vida. A nivel mundial esta variable es muy estudiada al ser un precursor del comportamiento suicida.

En una investigación de México, acerca de la problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar, se obtuvo que el 47% de los discentes experimentaron pensamientos suicidas. A su vez, Salvo y Castro (2013) en Concepción, Chile, sobre ideas e intentos suicidas, en 763 colegiales entre 14 a 19 años, se encontró que el 57% ha experimentado pensamientos suicidas de los cuales el 14,2% tuvieron intentos contra la propia vida. De manera similar, en un análisis realizado por Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales (2006) en Lima, Perú, con relación a la ideación suicida y cohesión familiar, en preuniversitarios entre 15 y 24 años, se obtuvo que el 30% reportan pensamientos suicidas, el 15% planificaron su intento suicida y el 9% intentó suicidarse.

En Puerto Rico, se llevó a cabo un estudio de ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes con depresión mayor, se examinó la respuesta de la terapia cognitiva conductual para la depresión con protocolo para el manejo del riesgo suicida incorporado, participaron 115 adolescentes con depresión mayor, la ideación suicida al comienzo del tratamiento no tuvo un efecto sobre el tratamiento para la depresión. El 34.8% de participantes demostraron un índice de cambio confiable en puntuaciones del pre al post tratamiento y un 89.6% evidenciaron cambio clínico significativo en postratamiento, se concluye que, la mayoría de los adolescentes con depresión e ideación suicida tratados con terapia cognitiva conductual redujeron significativamente sus pensamientos suicidas (Rosselló, Duarté, Bernal & Zuluaga, 2011).

En la investigación en México, sobre los problemas que existen en la atención de las conductas suicidas, con el fin de encontrar los obstáculos que surgen en la atención de conductas suicidas, se trabajó con treinta y cinco entrevistas semiestructuradas dirigidos a profesionales de la salud mental, es una investigación de estudio cualitativo exploratorio, como resultado, los colaboradores manifestaron que la conducta suicida no se definió como una prioridad entre los trastornos mentales y la falta de seguimiento del paciente se identificó como una barrera para la atención adecuada y el tratamiento oportuno (Gómez et al., 2021).

En Colombia, en una investigación denominada “Reduciendo la ideación suicida en adolescentes con terapia de perspectiva temporal. Un estudio experimental”, tenía como propósito conocer si un programa basado en la perspectiva del tiempo lograba disminuir la ideación suicida en adolescentes con ideación previa, para lo cual se realizó un estudio experimental, donde ochenta y dos participantes de 15 a 19 años fueron asignados a una intervención experimental, participaron durante ocho sesiones del programa de intervención de perspectiva del tiempo denominado “Serenamente”, como resultados se afirma que el programa es efectivo para disminuir la ideación suicida, con una magnitud significativa del tamaño del efecto, mejora su calidad de vida (Oyanadel, Carrasco, Nanjarí, Peñate & Sepúlveda, 2021).

En el Ecuador se han realizado investigaciones acerca de la ideación suicida, en el hospital Provincial Docente Ambato, en Tungurahua- Ecuador, se evaluó a setenta y cuatro personas por medio de la escala de ideación suicida de Beck, donde los resultados arrojaron que la mayoría presentó un bajo riesgo de ideación suicida, es el 77% de los evaluados y con un riesgo medio, es el 20% de los participantes y alto de ideación suicida con un 3%. Finalmente se concluye que, a mayor riesgo de ideación suicida menor nivel de importancia en las razones para vivir, de la misma manera a menor riesgo de ideación suicida mayor nivel de importancia en las razones para vivir (Gavidia & Shugullí, 2016).

Por otra parte, en la ciudad de Loja se llevó a cabo una investigación sobre la aplicación de la terapia cognitivo- conductual en un paciente con depresión

orgánica e ideación suicida, en el cual el propósito era modificar las conductas e ideas irracionales respecto a la depresión comórbida con cuadro orgánico con ideación suicida, impulsividad, agresividad, entre otros síntomas en un paciente de 28 años, se obtiene como resultados que se logró la adherencia al tratamiento, remisión de la sintomatología propia del trastorno depresivo, como la ideación suicida, y, la reestructuración cognitiva, todo esto a pesar de que la enfermedad presenta resistencia intrínseca al tratamiento, demuestra que en este paciente, se observa la efectividad de la terapia cognitivo conductual (Muñoz, 2021).

Un estudio realizado por Barragán (2020) en la ciudad de Riobamba, tuvo como finalidad analizar la efectividad de la terapia dialéctico conductual en el tratamiento de conductas suicidas en adolescentes, la misma fue una investigación de nivel descriptivo, no experimental mediante revisión bibliográfica, se cuenta con una población de 2.507 manuscritos; se obtuvo una muestra de treinta y nueve documentos y la clasificación del formulario de revisión crítica: estudios cuantitativos, con ello se determinó la calidad metodológica de 11 artículos utilizados en la triangulación de información, se concluyó que la terapia dialéctica conductual para jóvenes es más efectiva que otros métodos de tratamiento en la reducción de autolesión no suicida, intentos autolíticos, ideación suicida y la sintomatología depresiva.

La adolescencia es una etapa de entre 10 y 19 años; es un período complejo en la vida, que marca la transición de la niñez a la edad adulta, acompañada de cambios físicos, mentales, biológicos, intelectuales y sociales, que viven experiencias gratificantes o frustrantes de la cual determina su forma de pensar y actuar.

Los pensamientos e intentos suicidas están presentes en la población de la Unidad Educativa San Alfonso; los padres de familia llegan con una gran preocupación, con las siguientes referencias; a 'mi hijo /a se intentó suicidar', o son los mismos estudiantes que refieren 'a veces quisiera morirme', por lo cual, se ha identificado esta problemática entre los estudiantes que han llegado al departamento de consejería estudiantil, existen muchos factores de vulnerabilidad a los que los adolescentes se encuentran expuestos y la confusión que sufren en su búsqueda

de identidad y sentido de pertenencia, por lo cual se busca por medio de estudio brindar un aporte y recursos que mejoren esta etapa de su vida. A partir de estos elementos se delimita el problema científico siguiente: ¿Cómo disminuir la ideación suicida en adolescentes de la Unidad Educativa San Alfonso?

## **Objetivos**

### **Objetivo general:**

- Diseñar una propuesta de intervención para la ideación suicida en adolescentes de la Unidad Educativa “San Alfonso”.

### **Objetivos específicos**

- Sintetizar los referentes teóricos y metodológicos en cuanto a la intervención psicológica para ideación suicida en adolescentes.
- Identificar la presencia de ideación suicida en adolescentes de la Unidad Educativa “San Alfonso”.
- Elaborar un análisis estadístico descriptivo sobre intervención psicológica para la ideación suicida en adolescentes de la Unidad Educativa “San Alfonso”.

Con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos se parte de una investigación de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, con alcance descriptivo y de corte transversal, la población de estudio son 124 adolescentes de décimo a tercer año de bachillerato, los mismos tienen una edad de 14 y 17 años, de la Unidad Educativa San Alfonso de la ciudad de Ambato, se aplica una encuesta sociodemográfica y el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa- PANSI. Para la recolección de datos se solicita la firma del consentimiento informado por los padres de familia o representantes legales, asentimiento informado por los adolescentes, se procede analizarlos e interpretar los resultados obtenidos, se propone un plan de intervención para trabajar la ideación suicida en adolescentes.

Este proyecto de investigación es importante debido que la prevalencia de la ideación suicida en los adolescentes está presente y muy marcada, se cree que los pensamientos suicidas son un factor predictivo para lograr el suicidio completo, lo que muestra la importancia de estos, y el poder de reconocerlos a tiempo para prevenir el suicidio y así brindar la oportunidad de promover la atención adecuada a una persona en riesgo.

La importancia de trabajar con la población adolescente se debe a que se considera una etapa llena de crisis y cambios, donde sitúa al discente en un estado de vulnerabilidad, donde la conducta impulsiva y agresiva, dirigida a los demás y a veces hacia ellos, es notoria en este período. De la misma manera, en esta etapa de la vida, se considera que los pensamientos sobre la muerte serán separados de un joven que piensa en el suicidio como el único medio de salida para terminar su sufrimiento, en cuanto a la visión que tiene la sociedad del suicidio, es un problema que suele permanecer oculto porque afecta al sistema familiar y a la sociedad misma.

La sociedad evita pensar que los adolescentes ven la vida como un sufrimiento, donde optan por terminar voluntariamente con su vida, por lo que muchas veces prefieren llamar al suicidio un 'accidente', el suicidio es un problema que afecta a diferentes clases sociales. Se estima que alrededor de 800.000 personas se suicidan cada año, convirtiéndose en un problema de salud pública y social. Tungurahua está entre las provincias con mayor índice suicida en el Ecuador, y en este contexto, el modelo de intervención que se propone como un aporte importante a esta población, a partir de la exploración y reaprendizaje de esta problemática y así poder prevenir estas conductas autolíticas.

Por ello, es sumamente necesario obtener datos estadísticos de una Unidad Educativa de la ciudad de Ambato, para incentivar una decisión que conlleve a la prevención de este problema. Identificar posibles pensamientos suicidas en los adolescentes es fundamental, debido que los pensamientos suicidas son el primer paso al suicidio.

## **CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA**

### **1.1. Antecedentes históricos del suicidio**

A lo largo de la historia, el estudio del suicidio ha cobrado importancia, especialmente para la psiquiatría, psicología, sociología y la filosofía, para explicar sus orígenes y efectos y encontrar alternativas para prevenirlo. Trabajar con personas que han intentado acabar con su vida, las familias de quienes se han suicidado con éxito, es sin duda un trabajo importante, pero es necesario establecer intervenciones más personalizadas con las personas vulnerables (Baquedano, 2021).

Autores como Platón, al tratar el suicidio, sostienen que, si uno se inclina hacia el suicidio, la existencia no se ajustará a las manifestaciones del mundo terrenal. En cambio, Marx argumentó que el suicidio es el resultado de un sistema social injusto y desigual, que provoca trastornos mentales o el aumento del número de personas en extrema necesidad de la economía (Valdivieso, 2017).

Rivera (2015) manifiesta que en la antigua Grecia fue una de las primeras culturas en tomar en serio el tema del suicidio, y el acto del suicidio era menos punitivo que la filosofía puramente sociológica e incluso el análisis político propuesto por Aristóteles y Platón. El suicidio en las culturas antiguas se sabía que este acto implicaba una forma de supervivencia de la aldea en la que los mayores, deformados o enfermos debían dejar la aldea al aire libre, sin comida ni agua, para asegurarse una vida mejor, cantidad de alimentos consumidos en comparación con otros miembros de la comunidad era menor.

En el Imperio Romano se identificó variantes en el concepto y su penalización, por ejemplo, para Tondo, refiere que el suicidio no era raro, y a veces se consideraba admirable entre los líderes cívicos e intelectuales, y Constantino que penalizó el suicidio y para prevenirlo se tomaron medidas estrictas, dentro la edad media la religión influyó mucho en la visión de las personas sobre el mismo. En la edad moderna y contemporánea es donde se evidencia despenalizar el suicidio, en el

siglo XVII y XVIII marcaron nuevamente una estigmatización del suicidio, la aristocracia que llegó a considerar el suicidio vergonzoso y propio de las clases más pobres recurrió, como una forma no directa de matarse (Rivera, 2015).

## 1.2. Suicidio

Según Durkheim (1987) define al suicidio como el acto directo o indirecto de muerte, realizado por la víctima misma, a sabiendas del resultado. La tentativa sería el mismo acto por si no llega a término y no arroja como resultado la muerte, distinguen tres tipos de suicidio, los mismos que se describen a continuación:

- **Egoísta:** Su característica principal es la ruptura del entorno social, religioso o emocional en el que prosperan estos individuos, la fuerza del vínculo y la cercanía social, familiar o religiosa evitan que los individuos se suiciden, el suicidio es inversamente proporcional al grado de integración religiosa, familiar, político y social, esta taxonomía de categorización afirma la prioridad del yo individual sobre el yo social.
- **Altruista:** Se define por el tipo de relación entre el individuo y la sociedad, la individualización excesiva conduce al suicidio, la individualización insuficiente produce las mismas consecuencias. Por si una persona está aislada de la sociedad, se la mata fácilmente, y también se la mata si está demasiado integrada.
- **Anómico:** Este tipo de suicidio se da en sociedades que se hallan perturbadas generalmente por motivos lamentables, en circunstancias excepcionales los suicidios aumentan dramáticamente porque la sociedad no se involucra en actividades morales para controlar las pasiones del individuo.

Por otra parte, Nizama (2011) refiere que el suicidio es atender hacia la persona misma, un comportamiento autoinfligido, voluntario, intencional para provocar la muerte en el que intervienen tres fases: el deseo suicida, la idea suicida, la conducta

suicida y el suicidio, a nivel mundial, es un problema social y de salud pública, es una de las diez causas principales de muerte entre los países, la población más afecta es la de jóvenes debido a que se encuentra entre las tres principales causas de muerte, éste fenómeno es multifactorial, debido a que intervienen factores sociodemográficos, genéticos, familiares, sociales y neurobiológicos.

En la Guía de Práctica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, 2010) refiere que desde el punto psicológico se propone analizar al suicidio desde la teoría del psicoanálisis y la teoría cognitiva, las mismas que se describe a continuación:

- En la teoría psicoanalista se describió el suicidio como resultado de la pulsión del eros y el deseo thanatos. Considera que el suicidio es hostil, donde el inconsciente se centra en el objeto amado previamente introyectado. También el suicidio interrumpe la armonía entre el consciente y el inconsciente y surge de impulsos reprimidos como el resultado de una ira asesina contra él (homicidio investido) se considera un mecanismo de autocastigo inducido por la culpa que se cree que en tres deseos implícitos; deseo de ser asesinado, deseo de morir y el deseo de matar, de igual manera fue considerado como una extraordinaria incapacidad para amar al otro.
- Para los cognitivistas manifiestan que la desesperanza está asociada con el suicidio, antes que la depresión como tal, definen el suicidio como el acto de autolesión intencional que conduce a un comportamiento potencialmente mortal. Para este modelo el suicidio es un deseo que se expresa en un acto desesperado de escapar de problemas aparentemente intratables o situaciones intolerables y derivado de los tres componentes de la tríada cognitiva: yo defectuoso, mundo agresivo y despiadado, y un futuro sombrío. Además, se implantan estructuras cognitivas relativamente estables que se denominan esquemas disfuncionales activos y errores cognitivos dominantes.

## Fases del Suicidio

El suicidio es un proceso que da vueltas en la cabeza del afectado mientras intenta llevarlo a cabo, los mismos aportan información sobre las fases del suicidio como la ideación suicida que se refiere aquellas ideas de terminar con su vida, el intento de suicidio, conocido también parara suicidio, el mismo es el intento de suicidio que no finaliza en la muerte y finalmente el suicidio consumado que es el acto de terminar con la propia vida. A través de estas etapas del suicidio, es posible analizar si una persona es suicida y buscar ayuda para evitar el suicidio en las etapas iniciales, y así salvar vidas (Córdova, Rosales, Caballero & Rosales, 2007).

El autor Barón (2000) manifiesta que el suicidio se produce en un momento de crisis por lo que se clasifica en cinco fases en los que se describe a continuación:

- El primer momento es la búsqueda de soluciones, que es una etapa normal en cualquier crisis. La persona hace una especie de inventario de las posibles soluciones a sus problemas juzgar la posibilidad de que se produzca un cambio y, por lo tanto, se disminuya el dolor. Algunas personas podrán tener varias soluciones e identificar estrategias para resolver la crisis; otras, por el contrario, no encontrarán soluciones que respondan su necesidad actual. En este momento, la idea de suicidio no se toma como una posible solución.
- El segundo momento es la ideación suicida. En la búsqueda de soluciones, una imagen súbita, breve y pasajera de muerte aparece como una posible solución. Las soluciones que encuentra son ineficaces para reducir la intensidad de la crisis, y por lo tanto son rechazadas. La idea del suicidio comienza a aparecer más frecuentemente, muchas veces encubierta por la idea de que algo pasara para morir, como, por ejemplo, una enfermedad grave o un accidente, pero cada vez más se piensa en el suicidio y se empieza a elaborar escenarios posibles.

- El tercer momento es la rumiación. La inconformidad es cada vez mayor y más difícil de soportar, el deseo de escapar a la angustia es cada vez más apremiante. La imposibilidad de resolver la crisis y el sentimiento de haber agotado todas las posibilidades provoca un aumento de la angustia. La idea del suicidio se vuelve muy frecuente y regular, lo que provoca aún más angustia y aviva el sufrimiento y el dolor.
- El cuarto momento es la cristalización, en el que la persona está desesperanzada. El suicidio se considera la solución a todos los sufrimientos. Es el momento en el que se elabora un plan preciso: el día, la hora, el medio, el lugar. El adolescente se siente aliviado y dar signos de estar mejor, el suicidio representa la solución definitiva, y él posee el medio para poner fin a su sufrimiento. Con frecuencia, en este momento el adolescente hace una ruptura emotiva de los que lo rodean y un sentimiento de aislamiento está presente. Sólo hará falta el evento que lleve el paso al acto.
- El último momento es el elemento desencadenante. Después de la etapa de cristalización, el paso al acto se vuelve inminente. Un evento desencadenante está ligado al acto suicida, sin importar muchas veces la intensidad o trascendencia manifiesta del evento, pero es un evento que para el adolescente se agrega a la serie de pérdidas significativas que ha sentido en su vida.

## **Epidemiología**

Según la Organización mundial de la salud (OMS, 2021) menciona que aproximadamente 703.000 personas se quitan la vida cada año y muchas más intentan suicidarse. Fue la cuarta causa de muerte en el grupo de personas entre 15 a 29 años, todos los casos son tragedias que afectan a familias, comunidades y países, con consecuencias duraderas para los seres queridos de las víctimas. El suicidio no se limita a los países de altos ingresos, es un fenómeno que afecta a todas partes del mundo. De hecho, más de 77.000 personas se suicidaron en

países de bajos y medianos ingresos en 2019. Para que las medidas preventivas nacionales sean efectivas, se adoptarían estrategias multisectoriales integradas.

Los intentos de suicidio en Ecuador muchas veces los médicos no reportan los motivos de ingreso a urgencias u hospitales como autolesiones, sino que se refieren a la causa directa, como intoxicaciones, saltos de altura , cortes, sin embargo, existen estadísticas que muestran una pequeña parte de la realidad, en el 2018 se reportó 3.447 intoxicaciones intencionales y en 2019 se registraron 3154, de los cuales el 4% (127) murieron, se afirma que las intoxicaciones intencionadas son muy frecuentes entre mujeres, sin embargo, la incidencia de muertes es mayor en hombres (Gerstner, Carpio, Díaz, Troya & López, 2021).

En Ecuador, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los adolescentes y adultos jóvenes entre 15 y 30 años. Entre marzo y noviembre de 2020, hubo 220 suicidios, con muchas más personas que ya tenían un estado de ánimo controlado o adicción a las drogas (Tamayo, Pérez, Molina & Arroba, 2022).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2012) en el año 2000, 74 hombres entre las edades 10 y 19 años cometieron suicidio representa el 5.5% del total de muertes en Ecuador. En el mismo año, 53 mujeres murieron por la misma causa representa el 7.0% del total de muertes registradas. En el año 2002, la cifra para mujeres aumentó a 77 representa el 9.2% del total de muertes en el país. En el año 2003, se evidenciaron 72 suicidios perpetrados por hombres entre estas mismas edades, representa el 5.9% del total de muertes registradas este año. La cifra para mujeres creció también en 2003, llega a 91 muertes por suicidio, el 11.6 % del total de muertes en Ecuador.

El INEC (2012) afirma que, en el 2004, la cifra aumenta a 103 (8.7%) muertes por suicidio en hombres y 102 (13.6%) en mujeres. En el 2005 se identifica una tendencia creciente del fenómeno, registra 113 muertes de hombres representadas por el 8.7% del total de muertes de hombres en el país y 110 muertes por suicidio de mujeres, es el 13.6% del total de muertes de mujeres en ese año, En 2006, se evidencia que 78 muertes de hombres es decir el 6.8% y 126 muertes por suicidio

de mujeres con el 16.7%. En 2007, se registraron 123 (10.3%) suicidios en hombres y 104 (15.3%) en mujeres. Para el año 2010 se registraron 138 (10.5%) suicidios en hombres y 87 (13.6%) para mujeres. Durante el 2012, se registraron 160 suicidios en hombres y 110 muertes por suicidio en mujeres.

En el 2018 ha sido el que más casos de suicidios registró en la provincia de Tungurahua, con 73 casos, en los últimos nueve años. El incremento de casos de manera alarmante viene desde 2015, es así que, de 32 muertes autoinfligidas registradas en 2014, pasaron a 66 decesos por este particular. Es decir que el incremento fue de alrededor de 106% de suicidios. Desde ese entonces, las muertes por suicidios han sido sostenidas, pues en 2016 y 2017 fueron 60 cada año, en 2018 se registraron 73, para 2019 la cifra estuvo en 68, en 2020 las estadísticas muestran 71 casos, en 2021 el año cerró con 72 muertes y hasta el 7 de marzo de 2022 ya se contabilizan 17 suicidios (INEC, 2022).

Según registros de la Dirección Nacional de Delitos Contra la Vida, Muertes Violentas, Desapariciones, Extorsión y Secuestros (DINASED, 2023) en Tungurahua durante el primer cuatrimestre del 2023 ha tenido 18 suicidios. Una media de cuatro al mes. Esta provincia es la tercera con más incidencia de muertes intencionales, los dos últimos ocurrieron en Ambato, la muerte de un adulto mayor de 72 años en Izamba, se registró el 11 de mayo, el otro deceso es de una joven de 17 años en Huachi El Belén, el 5 de mayo. Durante el 2021 y 2022 se han dado 149 suicidios con una media mensual de seis. Entre las principales causas están problemas sentimentales y familiares con un peso del 50%, seguidos de problemas psicológicos, insolvencia, enfermedades terminales y otras.

### **Factores de riesgo suicida**

Los trastornos psiquiátricos se asocian con el suicidio adolescente y alrededor del 80 a 90% de los adolescentes con suicidio e intentos suicidas en la comunidad y en el ámbito clínico, de manera que, los trastornos del estado de ánimo, ansiedad, conducta y consumo de sustancias son lo más comunes. Se han identificado características comunes en jóvenes propensos a la conducta suicida, como: familia

disfuncional, antecedentes familiares, antecedentes personales, abuso de sustancias (Molina & Restrepo, 2018).

Los factores de riesgo para el comportamiento suicida se clasifican en diversos dominios como el biológico, genético, psicológico, social, familiar o ambiental, los mismos se clasifican en factores personales, familiares y contextuales, el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2021) menciona los siguientes factores de riesgo suicida:

- Hombres: Los hombres que mueren por suicidio, suelen usar métodos más letales en sus intentos de suicidio, la edad de entre 25 y 65 años para los hombres y entre 15 y 19 para las mujeres.
- Orientación sexual: Las personas LGTBI tienen mayor riesgo de suicidio y el nivel de instrucción de la mayoría de los suicidas en Ecuador son de baja escolaridad usualmente de primaria o Educación Básica.
- Estado civil: La tasa de suicidio es más alta entre las personas solteras y casadas (menores de 34 años).
- Trastornos mentales: Son uno de los principales factores de riesgo, de los cuales se destaca: Depresión mayor, trastorno límite de personalidad trastorno bipolar, alcoholismo y adicción a sustancias.
- Intentos de suicidio previos: En particular, los intentos de suicidio muy deliberados son un factor de riesgo de recaída.
- Acontecimientos vitales estresantes: Se distingue el abuso sexual, abortos, maltrato o violencia, problemas de pareja, problemas familiares, pérdida de empleo, desadaptación escolar o laboral, pérdida de un ser querido, etc.
- Estados mentales y rasgos de personalidad: Impulsividad, dolor psíquico, falta de propósito de vida y desesperanza.

- Enfermedad física o discapacidad: especialmente los relacionados con el dolor crónico.

La familia es el primer vínculo de los individuos por lo cual el malestar dentro de este núcleo social perjudica significativamente a sus miembros. Para Molina y Restrepo (2018) la familia es un factor protector como también convertirse en un factor de riesgo pues una familia disfuncional en la que eventos como divorcios, orfandad, violencia doméstica o antecedentes como enfermedad mental o comportamiento suicida de integrantes de la familia influye en los intentos suicidas.

La sociedad es el medio en el que el individuo se encuentra en interacción con los otros. Es así que estas relaciones anteceden a conductas suicidas al estar influenciados por abuso de alcohol o drogas, intimidación o bullying, redes sociales, entre otros elementos que perjudican una adecuada interacción (Molina & Restrepo, 2018).

Al igual que, la cultura que rodea al adolescente y sus ideales adquieren fundamental importancia, son las interacciones con las que el joven cuenta, por un lado, y las figuras significativas por el otro, las que le dan a esta etapa vital un carácter especial que lo diferencia de las diferentes etapas de la vida, mientras los elementos socioculturales influyen en las manifestaciones adolescentes, hay que considerar que existen variables psicobiológicas que dan características universales a este fenómeno, el suicidio como el intento de suicidio no tienen significado unívoco, dependen de las circunstancias en las que se encuentre cada persona (Reyna & Tachella, 2016).

Se destaca que los trastornos del estado de ánimo ponen en riesgo la vida del individuo con mayor incidencia en quienes no reciben un tratamiento o se niegan a recibirlo, se considera que la economía influye en él, por lo que si este no tiene una sustentabilidad adecuada perjudica el desempeño y afectar seriamente su estado emocional, y también si existen dificultades en el área laboral, desempleo o deudas (Cañón & Carmona, 2018). La depresión, ansiedad y problemas de conducta son factores que serán tomados en cuenta pues la mayoría de los casos de

adolescentes con intento de suicidio padecen alguna dificultad en su salud mental (Molina & Restrepo 2018).

### **Métodos usados para el suicidio**

Se evidencia que los suicidios se cometen por autointoxicación con pesticidas, principalmente en áreas rurales de países de bajos y medianos ingresos, otros métodos comunes son el ahorcamiento y los disparos con armas de fuego, estrangulamiento, saltar desde un lugar elevado, objeto cortante, consumir medicamentos y sustancias biológicas, ahogamiento y sumersión. El conocimiento de los métodos de suicidio más comunes es importante para desarrollar estrategias preventivas basadas en medidas probadas, como la limitación del acceso a los medios utilizados (López, 2019).

Los suicidios con pesticidas son muy frecuentes y su letalidad es mayor que la de otros productos químicos y medicamentos utilizados en países occidentales, más de la mitad de los suicidios de mujeres y solo una cuarta parte de los hombres se produjo con pesticidas, lo cual es congruente que es método más usado para el suicidio en adolescentes en todo el mundo , con la diferencia importante de que a escala mundial solo en 7% de los suicidios de los adolescentes varones en Ecuador y de 22% de las adolescentes se utilizan pesticidas. En zonas rurales el envenenamiento (especialmente por pesticidas) es más frecuente que en las urbanas, aunque el porcentaje del total de suicidios por este método no varía de manera sustancial (Gerstner, Soriano, Sanhueza, Caffé & Kestel, 2018).

### **1.3. Ideación suicida**

De la Torre (2013) refiere que desde la corriente cognitivo- conductual, cualquier ser humano que considere el suicidio como opción, experimenta pensamientos suicidas o ideación suicida, definiéndola como aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia, es decir, pensamientos que llegan con el final de su existencia, ideas que sugieren que la vida humana no vale la pena ser vivida, deseos de muerte, fantasías suicidas y

planear su autoeliminación. En el ámbito terapéutico, la ideación suicida con baja frecuencia es expuesta de forma verbal y tampoco son motivo de consulta, se expresan de diferentes maneras en un área específica que es verbal y no verbal.

Según Mosquera (2016) la conducta suicida es una escala de leve a grave, que va desde la ideación suicida, que se manifiesta como negación de la vida, baja valoración de la vida, muerte planificada y una serie de pensamientos y fantasías fugaces de automutilación, es la manifestación más frecuente deseos y planes suicidas persistentes que permanece en el paciente durante unas dos semanas, durante las cuales se lleva a cabo el plan y se identifica la posibilidad; intento de suicidio consiste en una acción deliberada de una persona contra sí misma sin muerte; finalmente, el suicidio consumado es un acto intencional de la propia persona que resulta en la muerte.

Para comprender cognitivamente la ideación suicida son causados por el comportamiento, manifestado en intentos de asesinato y estas acciones es el resultado de un malentendido de pensamientos por el entorno que le rodea en ese momento. Beck en 1983, manifiesta que dichas emociones y comportamientos se definen por la forma de organizar los pensamientos (Sánchez, 2020).

Los autores como Córdova y otros (2007) manifiestan fases de la ideación suicida, las mismas se exponen a continuación:

- Deseo de morir: el individuo se siente insatisfecho con su existencia, es el primer paso para cometer el suicidio.
- Representación suicida: el individuo inicia con actos pasivos de fantasías sobre suicidio. Por ejemplo, imagina que estás ahorcado.
- Idea suicida con un método indeterminado: selecciona el método para suicidarse, y no tiene un plan para implementarlo.

- Idea suicida método determinado sin planificación: la persona tiene un método para suicidarse, aunque no dispone del plan para ejecutarlo.
- Idea suicida planificada con plan suicida: la persona ya tiene un plan estructurado con mucha exactitud: ¿cómo?, ¿dónde? y ¿cuándo? Lo efectuará, también busca medidas necesarias para no descubrirlo.

### **Determinantes y causales de la ideación suicida**

La ideación es la primera etapa que conduce al suicidio de una persona, el cual se considera como consecuencia de múltiples factores de riesgo que contribuyen el desarrollo de conductas desadaptativas en la etapa de la adolescencia genera conductas que promueven la ideación suicida. El funcionamiento familiar se relaciona positivamente con la autoestima social y negativamente con los síntomas depresivos, los problemas de integración escolar se relacionaron positivamente con los síntomas depresivos y estas dimensiones se relacionaron directamente con la ideación suicida. Se argumenta que un buen ajuste de los adolescentes reduce el riesgo de victimización, síntomas depresivos, conductas alimentarias de riesgo e ideación suicida (Sánchez, Villarreal, Musitu & Martínez, 2010).

#### **1.4. Adolescencia**

Desde el punto de vista legal, en Ecuador se considera a los adolescentes a los varones y mujeres de 12 a 18 años, esta visión de la adolescencia es decididamente reduccionista, no hace referencia a los cambios internos (cognitivos o biológicos) o externos (relaciones o nuevos roles) que experimenta el ser humano durante esta etapa (Asamblea Nacional del Ecuador, 2003). Según la UNICEF (2020) la adolescencia es un proceso primordial y necesario para llegar a la edad adulta, es una etapa desafiante, de muchos cambios físicos y psicológicos, la adolescencia se define como una etapa del desarrollo que se produce después de la niñez y antes de la adulta, entre 10 y 19 años, se divide en tres etapas; la temprana, entre 10 y 13 años, desde los 14 y los 16 años, y la temprana, entre los 17 y los 21 años.

La adolescencia es un período de transición, está conformada desde los 12 hasta los 25 años, es una etapa conflictiva, donde se presenta un nivel alto de ansiedad y tensión, aparecen nuevos sentimientos y una evolución psíquica, el adolescente experimenta dificultades en su vida y muchas contradicciones en sus emociones, aparece la rebelión contra la autoridad en los adultos, en el transcurso de esta época también si las funciones reproductoras alcanzan la madurez, es así la parte sexual un gran motor que le permite pasar del amor a sí al amor a la humanidad (Aguirre, 2009).

### **Etapas de la adolescencia**

Según la UNICEF (2020), menciona tres etapas de la adolescencia, las mismas se describen a continuación:

- **Adolescencia temprana:** De 10 a 13 años. Las hormonas sexuales entran en acción, al igual que los cambios físicos: vienen a pasos agigantados, cambia la voz, el vello púbico y de las axilas, el olor corporal, el aumento de la sudoración y, con ello, la némesis de la adolescencia: el acné. Empiezan a buscar amigos cada vez más.
- **Adolescencia media:** Desde los 14 a 16 años. El cambio se manifiesta a nivel psicológico, empiezan a construir su identidad, cómo se ven y cómo quieren ser vistos. La independencia de sus padres es casi obligatoria y esta es una etapa en la que fácilmente se meten en situaciones peligrosas.
- **Adolescencia tardía:** De 17 y se extiende hasta los 21 años. Empiezan a sentirse más cómodas con su cuerpo y buscan aceptación para definir su identidad. Se preocupan cada vez más por su futuro, y sus decisiones siguen su ejemplo. Los grupos ya no son lo más importante y se empieza a optar por relaciones personales o grupos más reducidos.

## **Características de la adolescencia**

Para entender las características físicas del adolescente se clasifica en fases madurativas: en cada etapa sufre cambios físicos, en la adolescencia temprana (11-13 años): existe un crecimiento somático, aparecen los caracteres sexuales secundarios, en esta etapa existe una preocupación por sus cambios físicos y son muy curiosos, su forma de contacto con el sexo opuesto inicia en forma de exploración. Su pensamiento es concreto, su accionar se orienta por el sentimiento, son existencialista, narcisistas y egoístas, en la edad media (14-17 años); la maduración sexual y el crecimiento se ha desarrollado alrededor del 95 % de la talla adulta e inicia cambios lentos, así que permite reconstruir la imagen corporal, a los 17-21 años; son físicamente maduros y acaban creciendo (Rivero & Gonzáles, 2005).

Los adolescentes presentan cambios psicológicos, en los que aparecen emociones contradictorias que tienden a ser temperamentales e impulsivos porque experimentan emociones opuestas, una necesidad de intimidad por lo que precisan de su propio espacio. Es una época en la que están en búsqueda de su identidad y tienden al egocentrismo debido a que el joven se centra en sí mismo, y piensan que su ambiente familiar no les entiende, también experimentan agresividad, suelen preocupar más a los padres (Rivero & González, 2005).

Según Iglesias (2013) en el desarrollo psicosocial se evidencia cuatro aspectos importantes, los mismos que se describe a continuación:

- La lucha por la independencia-dependencia: en la adolescencia temprana (de 12 a 14 años) la relación con sus padres se vuelve más difícil, el humor es variable y experimentan un vacío emocional. En la adolescencia media (15 a 17 años) existen un incremento problemas con los padres, en la adolescencia final (18 a 21 años), se presenta un incremento en la integración, generarán independencia, con una vuelta a mejorar la relación con sus padres.

- Preocupación por el aspecto corporal: en la primera adolescencia, se presenta una inseguridad hacia su apariencia y su aspecto físico, tienen a rechazar su propio cuerpo y un aumento de interés sobre la sexualidad, en la adolescencia media, el adolescente tiende a aceptar su cuerpo, cuidan y se preocupan por su apariencia externa, son más frecuentes las relaciones sexuales. En la adolescencia final, aceptan su propia corporalidad y su parte física no es de mucha importancia.
- Integración en el grupo de amigos: en la primera adolescencia, el amor que sentía hacia los padres se desplaza a sus amistades y en esta etapa comienza el contacto o relaciones con el sexo opuesto. En la adolescencia media, las relaciones sociales se intensifican, es aquí donde surgen las pandillas, el deporte; tratan de definir sus gustos musicales, se divierten y salen con amigos, y es en esta etapa donde se producen conductas de riesgo, luego (18 a 21 años) las relaciones con amigos pierden importancia, se centran en pocas personas y tienen relaciones de pareja estables.
- Desarrollo de la identidad: en la adolescencia temprana, las personas tienen una visión del mundo utópica con metas poco realistas, poco control de los impulsos y muchas dudas, tienen la necesidad de que su espacio sea más íntimo y desprecian la ayuda de los padres en sus asuntos. Posteriormente, en la adolescencia media, tienden a ser más empáticos, tienen más creatividad, su evidencia mejora un desarrollo cognitivo, y el pensamiento abstracto, se sienten todopoderosos y en esta etapa se generan conductas de riesgo. Los adolescentes entre 18 y 21 años tienden a ser más realistas, racionales y resolutivos con objetivos profesionales pragmáticos que refuerzan sus valores morales, religiosos y sexuales y se acercan al comportamiento de los adultos maduros.

### **Factores de riesgo y protección durante la adolescencia**

Existen factores protectores del adolescente en sí, que consiste en tener una buena salud física y estado nutricional adecuado, mantener una buena imagen corporal,

generar buenas relaciones con los compañeros, habilidades sociales, mantener un comportamiento sexual responsable y establecer metas educativas y profesionales. La comunidad está encargada de brindar oportunidades educativas y profesionales de alta calidad, generar actividades para jóvenes: entretenimiento, educación, deporte y sobre todo brindar servicios integrales y diferenciados de salud y educación para jóvenes (Güemes, Ceñal & Hidalgo, 2017).

Los factores de riesgo en la etapa de la adolescencia son las acciones, conductas que afectan el bienestar a corto o largo plazo de los jóvenes, entre las conductas de riesgo relevantes se encuentra el consumo de drogas como el alcohol, tabaco y marihuana, relaciones sexuales sin medidas de protección, la presencia de trastornos de la alimentación como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, debido a que estos trastornos están asociados a comportamientos de riesgo como el suicidio, las autolesiones y problemas graves de salud que conducen a la muerte, se convierte en un factor de riesgo las conductas antisociales y la deserción de los estudios (Güemes et al., 2017).

### **Factores de riesgo para la ideación suicida en adolescentes**

Como factores de riesgo se tiene a la edad, el género, depresión, ansiedad, consumo de sustancias, malas relaciones interpersonales entre otros rasgos que aumentan la ideación suicida en los adolescentes, el género femenino presenta un mayor riesgo y prevalencia para en presentar ideaciones suicidas. Sin embargo, el género masculino presenta de hecho un mayor índice de suicidio consumado, en el ámbito escolar, el factor de riesgo más frecuente es el bullying, desencadenado en especial por la vulnerabilidad frente a los pares. Debido a esto, se implementa estrategias en las instituciones educativas que promuevan la tolerancia y el respeto por la diferencia de gustos, creencias o maneras de apreciar la vida (Londoño & Constanza, 2020).

## 1.5. Tratamiento

En la Guía de Práctica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, 2010) menciona las siguientes intervenciones psicoterapéuticas:

- **Terapia interpersonal:** Fue desarrollado originalmente por Klerman y Weissman, originalmente destinado a personas con depresión, hoy en día su gama de posibilidades se ha ampliado para incluir diversas enfermedades. La TIP tiene mucho en común con la terapia cognitiva y se enfoca en relaciones actuales y se centra en el contexto social actual del paciente. Las sesiones de terapia están estructuradas para que el paciente se enfoque en mejorar la comprensión de los acontecimientos más recientes y en búsqueda de alternativas para resolver estas situaciones.
- **Terapia familiar:** Basado en la teoría general de sistemas, se enfoca en las relaciones familiares. Como tal, es un modelo que intenta comprender y definir el comportamiento individual en el contexto de las interacciones de varios miembros de la familia. Las características de la intervención familiar constan de varias fases diferenciadas: Evaluación, psicoeducación, intervención y retroalimentación sobre el funcionamiento en diferentes dominios: cognitivo, afectivo, interpersonal y conductual, según el enfoque del tratamiento específico.
- **Terapia cognitivo conductual:** Se basa en la reestructuración cognitiva como técnica de cambio, sin embargo, también incluye varias habilidades conductuales que ayudan a lograr este objetivo de cambio. El objetivo de la intervención es cambiar el comportamiento disfuncional, pensamientos negativos distorsionados asociados con la situación en particular, como la depresión o conducta suicida.
- **Terapia psicodinámica:** Tiene su origen en el psicoanálisis basado en la teoría del funcionamiento psicológico de Freud: La naturaleza del conflicto

es en gran medida inconsciente, por lo tanto, el objetivo de la terapia es resolver estos conflictos. La terapia psicodinámica, se enfoca en el aquí y ahora, es el objetivo del tratamiento el problema actual del paciente. Una variante de este tratamiento para pacientes con conducta suicida es la terapia psicodinámica deconstructiva. Es un tratamiento desarrollado para conflictos de conducta complejos como adicciones, trastornos alimentarios, así como autolesiones y conducta suicida recurrente. Esta terapia promueve articular e integrar experiencias interpersonales y atribuciones propias y otras, y en base a una alianza terapéutica activa.

### **Terapia cognitiva conductual para el tratamiento de la ideación suicida**

La terapia cognitivo conductual (TCC) consiste en técnicas, terapias y procedimientos que aportan a la intervención psicológica, estos elementos se utilizan para tratar problemas y alteraciones psicológicas, estos trastornos tienen un efecto directo en el individuo como parte de su desarrollo, en la interacción en diversos contextos y entornos, en los que se presenta, pero también, esta terapia se aplica para fomentar el progreso y ayudar a desarrollar sus potencialidades y habilidades (García, 2013).

Se determina que los pensamientos irracionales son producto de los trastornos que padece el individuo, por ende, al analizar los pensamientos luego de la conducta, se halla una solución al trabajar directamente en la distorsión que existe en el procesamiento de la información de los individuos que sufren algún tipo de depresión. A través del desarrollo de la terapia, se busca como objetivo la modificación del contenido del pensamiento y, por consiguiente, la conducta, en las primeras etapas del tratamiento, se aplican estrategias de la conducta que sean similares al contexto que tenía el paciente antes de padecer depresión, una vez obtenido esto, se aplican técnicas cognitivas que aporta a la organización del razonamiento del paciente, e identificar los pensamientos raíz de los pensamientos negativos (García, 2013).

Las técnicas cognitivas utilizadas en la TCC permiten que la persona identifique los pensamientos o ideas que causan conflicto. Tras un análisis racional, el paciente identifica estas distorsiones, acompaña a su terapeuta, tendrá alternativas racionales sobre experiencias o situaciones negativas así corregirá errores de pensamiento. Entre los métodos que Beck describe como efectivos: Psicoeducación directa: se brinda información detallada sobre los diagnósticos disponibles, el tratamiento y la prevención de recaídas. Identificación de pensamientos automáticos y/o distorsionados: con el uso de protocolos y autorregistros se podrá identificar emociones y situaciones negativas que provocan malestar y afectan negativamente el sistema cognitivo-emocional- conductual del paciente (Muñoz, 2021).

## **CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO**

En esta sección se describe la estructura del diseño metodológico, el tipo y enfoque del estudio, población y muestra, procedimientos e instrumentos que se aplicarán a la denominada investigación: “Propuesta de intervención para la ideación suicida” para alcanzar los objetivos planteados.

### **2.1. Tipo y enfoque de investigación**

#### **Paradigma**

El paradigma es un esquema teórico, dirigido a la percepción y la comprensión del mundo, representa ideologías o teorías donde se examinan los problemas, pensamientos mediante esto se actúa en el pensamiento científico, por lo general, las ideas no se presentan como verdades absolutas. El trabajo de un científico es demostrar que las cosas suceden de manera irregular (López, Guzmán, López & Rodríguez, 2011). Es llamado cuantitativo, realista o empíricamente analítico, el mismo investiga y pronostica fenómenos, para comprobar teorías y leyes y así determinar antecedentes reales o temporales (Herrera, 2018).

#### **Diseño**

El diseño que se utiliza en la presente investigación es no experimental, en la población estudiada no se manipuló los datos, con el objetivo de conocer el nivel de ideación suicida de los adolescentes de la Unidad Educativa San Alfonso. Monje (2011) manifiesta que con este diseño los investigadores comprenden el comportamiento de los humanos, mediante la recopilación de datos de forma pasiva, es decir, sin controlar variables.

#### **Enfoque**

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, es importante usar la recopilación de datos para probar hipótesis, se basa en mediciones numéricas y crear un

análisis estadístico para implantar modelos de comportamiento y experimentar teorías, es una característica principal para este enfoque, seguir cuidadosamente un desarrollo con reglas lógicas, los datos generados tienen criterios de validez y confiabilidad, y las conclusiones extraídas contribuirán a crear conocimiento (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

### **Alcance**

En la investigación con alcance descriptivo, el objetivo es las características, y perfiles de las personas, comunidades grupos, objetos procesos, o fenómenos bajo análisis. Solo pretenden medir o recopilar información sobre los conceptos o variantes referidos igual que se establecen propiedades de las variables, determinar y evaluar variables y contar las dimensiones de un contexto o fenómeno (Álvarez, 2020).

### **Corte**

Los estudios de corte transversales generan hipótesis, acepta la identificación de individuos con condiciones o factores que determinan la frecuencia, severidad y prevalencia de enfermedades en la población, brindan información útil para determinar prioridades de atención y asignación de recursos en salud, las muestras de la población permiten determinar las características de salud y explorar posibles factores asociados con la presencia de enfermedad, y explorar la relación entre múltiples exposiciones y múltiples resultados (Rodríguez & Mendivelso, 2018).

## **2.2. Técnicas e instrumentos**

En la presente investigación se utilizó el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI (Positive and Negative Suicide Ideation) que mide el nivel de la ideación suicida de los adolescentes, mismos que se aplicaron de forma presencial en la Unidad Educativa San Alfonso, se mencionan a continuación el instrumento utilizado.

## **Inventario de ideación suicida positiva y negativa**

Como único instrumento de evaluación, se utilizó el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (*Positive and Negative Suicidal Ideation - PANSI (Positive and Negative Suicide Ideation)*). Versión en español el mismo que fue adaptado para poblaciones adolescentes en Colombia por Villalobos. La aplicación de este instrumento se hizo presencial en formato papel, durante 30 minutos aproximadamente en las aulas respectivas de los estudiantes (Villalobos, 2009).

Este cuestionario mide factores de riesgo y de protección frente a las ideas suicidas, consta de 14 ítems, 6 para ideación suicida positiva (factores protectores) en las preguntas 2, 6, 8, 12, 13 y 14 y 8, las preguntas para ideación suicida negativa 1, 3, 4, 5, 7, 9, 10 y 11 (factores de riesgo), se evalúa en las últimas dos semanas se pregunta con qué frecuencia ha presentado cada uno de los 14 pensamientos. Se contesta con el uso de la escala de tipo Likert de 5 puntos, inicia en 1 (nunca) a 5 (siempre). La máxima puntuación es 40 en Ideación Suicida Negativa, con rangos de: sin riesgo (1 a 10), poco riesgo (11 a 20), riesgo moderado (21 a 30) y alto riesgo (31 a 40). Para la Ideación Suicida Positiva su máximo puntaje es 30, sus categorías son: Bajo (1 a 10), Medio (11 a 20) y (21 a 30) para Alto (Osman et al., 2003).

Según la Guía de Práctica Clínica y Tratamiento de la Conducta Suicida (MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, 2010), presenta un trabajo donde determina la fiabilidad de una versión en español del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa- PANSI, en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. Entre los principales resultados obtenidos en este estudio, se destaca que el PANSI mantiene la estructura de dos factores propuesta para la versión en inglés, con buena fiabilidad y según los coeficientes alpha de Cronbach calculados para la escala total (.899). como subescalas (.931 ideas negativas y .836 ideas positivas).

El Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa fue adaptado en poblaciones de Colombia, en 643 participantes de sexto grado de bachillerato hasta el quinto

año de universidad. Mediante un análisis factorial exploratorio se obtuvieron los dos factores originales del instrumento: uno positivo y otro negativo con 64% de varianza total, un apropiado índice de confiabilidad (alfa de Cronbach  $\alpha = .90$  para la escala completa;  $\alpha = .93$  para ideas negativas, y  $\alpha = .84$  para ideas positivas) y adecuadas asociaciones ( $p < .01$ ) con las medidas de desesperanza, depresión, ideación suicida y autoestima que evidenciaron validez concurrente, se concluyó que el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa tiene buenas propiedades psicométricas, razón por la cual podría ser aplicado en estudiantes adolescentes y jóvenes (Villalobos, 2010).

Se llevó a cabo un estudio instrumental para establecer las propiedades psicométricas del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa, en una muestra de 1318 estudiantes voluntarios entre 13 y 19 años de tres ciudades colombianas, los resultados de consistencia interna fueron  $\alpha = .77$  para la Ideación Suicida Positiva y  $\alpha = .89$  para la Ideación Suicida Negativa. Los datos indican que el PANSI es un instrumento con evidencias de constructo y consistencia interna para el objetivo y contexto para el que fue elaborado, por lo que se propone un PANSI final de 13 ítems útil en población adolescente capaz de identificar las dos dimensiones de la ideación suicida (Prieto, Pérez, Viancha, Martínez & Toro, 2018).

El Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI) se sometió a un proceso de adaptación para ser utilizado en universitarios peruanos, con una muestra de 207 universitarios de diferentes regiones del Perú, los factores alfa negativos y positivos fueron .93 y .91; Omega, .96 y .93 (Rodas, Toro & Flores, 2021).

Se realiza el análisis de confiabilidad, se usa el Alfa de Cronbach para un análisis general del PANSI el cual dio un nivel de fiabilidad de ,96 que, de acuerdo al estudio sobre el Alfa de Cronbach de Tuapanta, Duque y Mena (2017), el nivel de fiabilidad es excelente porque va desde 0.9 hasta 1.

Dentro de la presente investigación, se realiza un análisis factorial exploratorio y con un número pequeño de la muestra para la validación de la misma población,

con cálculos estadísticos correspondientes, mediante la prueba del estadístico Káiser-Meyer-Olkin KMO y de esfericidad de Bartlett en la Tabla 1.

**Tabla 1.**

Análisis factorial

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,809
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	3132,991
	GI	325
	Sig.	,000

Nota: Información del SPSS de la investigación (2023).

### 2.3. Población

Se conceptualiza a la población como un grupo de casos con semejanzas determinadas, generalmente objetos o individuos que son el centro de una investigación científica (Hernández et al., 2014). La población establecida para la presente investigación pertenece a la Unidad Educativa San Alfonso, formada por niños y adolescentes, con 500 estudiantes de entre 5 y 18 años. No se realizó muestra ni muestreo, la población objeto de estudio son estudiantes de bachillerato de 124 adolescentes, por lo que se trabaja con toda la población, 62,9% hombres y 37,1% mujeres; sus edades están conformadas entre 14 y 17 años (22,6% corresponde a 14 años; 21,8%, 15 años; 27,4% posee 16 años y 28,2%).

### 2.4. Análisis descriptivo de la ficha Sociodemográfica

Es una herramienta que permite la recolección de información de los participantes, también es conocida como formato de datos sociodemográficos. En este estudio se aplicó a los estudiantes del centro educativo escogido para la investigación, el investigador diseñó esta herramienta para recoger información sobre datos generales, familiares, académicos y económicos. La aplicación de esta herramienta fue individual, con una duración de 15 minutos, recaba información general sobre la población de manera clara, eficaz y breve. En la Tabla 2 se describen las principales características de los adolescentes del estudio realizado.

**Tabla 2.**

Análisis sociodemográfico de los participantes

<b>Categorías</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Género</b>		
Femenino	46	37,1%
Masculino	78	62,9%
<b>Edad</b>		
14	28	22,6%
15	27	21,8%
16	34	27,4%
17	35	28,2%
<b>Escolaridad</b>		
Décimo	23	18,5%
Primero de Bachillerato	31	25,0%
Segundo de Bachillerato	34	27,4%
Tercero de Bachillerato	36	29,0%
<b>Sector domiciliario</b>		
Urbano	87	70,2%
Rural	37	29,8%
<b>Situación Socioeconómica familiar</b>		
Buena	69	55,6%
Muy bueno	19	15,3%
Regular	36	29,0%
<b>Tipo de Familia</b>		
Extensa	26	21,0%
Monoparental	41	33,1%
Nuclear	57	46,0%
<b>Cómo percibe a su familia</b>		
Disfuncional	24	19,4%
Funcional	100	80,6%
<b>Ha asistido al psicólogo</b>		
Si	20	16,1%
No	104	83,9%
<b>Antecedentes de suicidio en su familia</b>		
Si	14	11,3%
No	110	88,7%
<b>Antecedentes de suicidio en su entorno</b>		
Amigo/a	20	16,1%
Compañero/a	6	4,8%
Ninguno	86	69,4%
Novio/a	5	4,0%
Vecino	7	5,6%

Fuente: Análisis de datos del SPSS versión 22

Se observa que, del total de la población, está conformada en su mayoría por hombres (62,9%); los estudiantes tienen entre los 14 y 17 años de edad de la Unidad la Unidad Educativa "San Alfonso", con mayor incidencia de estudiantes de tercer año de bachillerato (29.0%); la situación socioeconómica que prevalece es la buena (55,6%); respecto al tipo de familia predomina la familia nuclear (57%); el (80,6%) de los adolescentes percibe a su familia como funcional; así mismo, existe

un alto porcentaje de estudiantes que no han asistido al psicólogo (83,9%); se registra que el (88.7%) no tienen antecedentes de suicidio en su familia; y se evidencia que los estudiantes no tienen ningún antecedente de suicidio en su entorno social (69,4%).

### **Procesamiento y análisis de la información**

Se seleccionó la población de interés conformada por estudiantes de décimo a tercer año de una Unidad Educativa de la provincia de Tungurahua, ciudad Ambato, se contactó con el Departamento de Consejería Estudiantil (DECE), donde se identificó las dificultades de los estudiantes, por lo tanto, se accionó a conversar con autoridades de la Unidad Educativa San Alfonso, debido a lo cual, se entrega una solicitud a la máxima autoridad es el rector de la institución, para la autorización de la investigación de los estudiantes de décimo a tercer año de bachillerato.

De igual forma, se informa al departamento de consejería estudiantil de la finalidad de este estudio, para informar a los padres o representantes legales de la población seleccionada y entregar el consentimiento informado, así tomar la decisión de pertenecer a ella mediante un conocimiento claro de la confidencialidad, ética profesional y anónimo, que permite tomar decisiones con libertad. También, se resalta que la participación en la investigación es voluntaria y que el participante desiste de ella si así lo desea al estar de acuerdo que su hijo o hija participe en la investigación, este documento estará firmado, además, al adolescente también se le entregó el asentimiento en el que expresa su deseo de participar o no en este estudio de investigación.

Para la recolección de datos se utilizó en primer lugar la carta de consentimiento informado y asentimiento informado, una vez obtenida la autorización por parte de los padres de familia y el asentimiento por parte de los adolescentes, se aplica inventario de ideación suicida (PANSI). Posterior a la recolección de información, se depuran los datos en Excel, para que no existan errores y luego ser analizados estos datos mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 22, con la finalidad

de obtener media, moda, desviación estándar, además se describen las frecuencias y porcentajes.

Con la finalidad de cumplir con los objetivos propuestos en esta investigación, se consultó distintas fuentes de información referente a la variable estudiada que es la Ideación suicida, para lo cual se revisó artículos científicos, libros y revistas, para tener conocimientos relevantes acerca de lo que se investigó.

Una vez desarrollado el capítulo del estado del arte, el capítulo metodológico y el capítulo de análisis de resultados, se realizan las conclusiones y recomendaciones de la investigación, se diseña la propuesta de intervención para la ideación suicida en adolescentes.

La Unidad Educativa San Alfonso es un centro laico de sostenimiento particular de habla hispana. Se encuentra ubicada en la zona 3, provincia de Tungurahua, cantón de Ambato en la parroquia de Ficoa, en las calles las limas y aguacates. El código Aimé del establecimiento es 18H00016, su modalidad es presencial de jornada matutina y nivel educativo de primero EGB hasta tercer año de bachillerato, la misma está integrada de 500 alumnos, 24 profesores y 10 personas que conforman el personal administrativo (Escuelas Ecuador, 2021). A continuación, se describirá la misión y visión de este centro educativo:

Su misión es formar holísticamente a niños y jóvenes en base a los principios morales y cristianos, fundamentados en el amor de Dios, padres, miembros de la comunidad y con conciencia ambiental. Y su visión ser líderes en la formación de los estudiantes como seres autónomos, críticos y creativos, de la mano de una educación de calidad, mediante la mejora continua e implementación de avances tecnológicos con el fin de que apliquen estos conocimientos y habilidades ante las necesidades de la sociedad y medio ambiente.

### CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado, se presentan con base al estudio realizado los resultados y análisis descriptivo, obtenidos mediante la aplicación del instrumento Inventario de Ideación Suicida (PANSI), para medir los niveles ideación suicida de los adolescentes.

#### 3.1. Análisis descriptivo del inventario de ideación suicida (PANSI)

Los resultados del Inventario de Ideación Suicida fueron realizados a los adolescentes que cursan el décimo año de educación básica a tercer año de bachillerato de la Unidad Educativa “San Alfonso”. A continuación, en la Tabla 3. se presentan el análisis descriptivo de Inventario de Ideación Suicida (PANSI) en medidas de mínimo (MIN), máximo (MAX), media aritmética (M), desviación estándar (DE), asimetría (As) y curtosis (Cu).

**Tabla 3.**

Análisis descriptivo del Inventario de Ideación Suicida (PANSI)

Variable	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis
Negativo	8	40	19,05	10,519	497	-1,287
Positivo	6	30	18,54	7,154	-514	-966

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la dimensión del Pansi Negativo se muestra un valor mínimo de 8, y un valor máximo de 40, una media aritmética de 19,05, una desviación estándar de 10,519, una asimetría de ,497 y una curtosis -1,287. Lo que se interpreta que la mayoría de los adolescentes no forman parte del alto riesgo suicida, es decir no presentan problemas de ideación suicida sin embargo es necesario intervenir para la demás población de estudio. Para el Pansi Positivo se evidencia un valor mínimo de 6, y un valor máximo de 30, una media aritmética de 18,54, una desviación estándar de 7,154, una asimetría de -514, y una curtosis -966. Lo que se entiende que la mayoría de los adolescentes tienen un alto porcentaje de niveles protectores con los que cuenta el adolescente, frente a la acción de pensar en el suicidio como una posible opción.

A continuación, en la Tabla 4 y Tabla 5 se indican los resultados del análisis categorial sobre el nivel de riesgo de la ideación suicida y factores protectores obtenidos en el Inventario de Ideación Suicida (PANSI).

**Tabla 4.**

Análisis categorial sobre el nivel del riesgo suicida

<b>Niveles del riesgo suicida</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Alto Riesgo	33	26,6%
Riesgo Moderado	17	13,7%
Poco Riesgo	32	25,8%
Sin Riesgo	42	33,9%

Nota: Análisis de datos del SPSS versión 22

En un total de 124 estudiantes participantes que corresponden a la población seleccionada para esta investigación, se obtuvo que el 26,6% que los adolescentes tienen un alto riesgo de ideación suicida y un 13,7% un riesgo moderado, por lo que se suscita en un inconveniente en el desarrollo de la adolescencia. Al existir presencia de ideación suicida en los discentes, se evidencia la existencia de pensamientos de quitarse la vida de forma intencional y planificada.

En una revisión donde analizan artículos sobre el problema de las ideaciones y comportamientos suicidas continúan es multifactoriales, se incrementa las estadísticas de suicidio en todos los países del mundo, especialmente entre los jóvenes, afecta a todo el núcleo familiar y su entorno. Los adolescentes, que cuentan con menos herramientas para la solución de problemas, y una menor tolerancia a la decepción, son más propensos a este fenómeno. El suicidio tiene diversas implicaciones socioculturales y sociopolíticas y es un proceso que comienza con pensamientos e intentos suicidas convirtiéndose ya en un importante factor de riesgo para el suicidio (Cañon & Camona, 2018).

**Tabla 5.**

Análisis categorial sobre el nivel del factor protector

<b>Niveles del factor protector</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Alto	65	52,4%
Medio	28	22,6%
Bajo	31	25,0%

Nota: 124 observaciones

De 124 estudiantes participantes que corresponden a la población seleccionada para esta investigación, se evidenció que el 52,4% de factores protectores de los adolescentes, que ayudan al desarrollo de la adolescencia y disminuyen el riesgo de suicidio.

En una investigación se realiza el estudio con 1.414 estudiantes universitarios, se encuentra que, variables como altos niveles de inteligencia emocional y autoestima y, a su vez, claridad emocional, regulación emocional y autoconfianza, se repetían en estudiantes que no habían estado en riesgo suicida, es parte de factores protectores. De esta forma, existe una conexión consciente entre los pensamientos suicidas y la inteligencia emocional en estudiantes universitarios, refleja que una adecuada atención a las propias emociones mejora la capacidad de procesarlas, reconocerlas e identificarlas, crea un perfil en habilidades emocionales (Gómez, Agudelo, Núñez & Caballo, 2020).

### **Análisis descriptivos de las preguntas del Inventario de Ideación Suicida (PANSI)**

Los resultados, por cada pregunta se describen a continuación. Se visualiza en la Tabla 6. y Tabla 7, los resultados respecto a los 14 ítems clasificados por sus dos dimensiones PANSI negativo y positivo.

**Tabla 6.**

Resultados de las preguntas del Inventario de Ideación Suicida Negativo

Preguntas	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
1. ¿Has considerado seriamente matarte porque no pudiste cumplir con lo que otras personas esperaban de ti?	Nunca	58	46,8
	Rara vez	27	21,8
	A veces	14	11,3
	Frecuentemente	8	6,5
	Siempre	17	13,7
3. ¿Pensaste en matarte porque no tenías esperanza en el futuro?	Nunca	60	48,4
	Rara vez	21	16,9
	A veces	10	8,1
	Frecuentemente	11	8,9
	Siempre	22	17,7
4. ¿Te sentiste tan triste por tu relación con alguien importante, que quisiste estar muerto?	Nunca	56	45,2
	Rara vez	22	17,7
	A veces	15	12,1
	Frecuentemente	5	4,0
	Siempre	26	21,0
5. ¿Pensaste en matarte porque no pudiste hacer algo que era muy importante en tu vida?	Nunca	55	44,4
	Rara vez	18	14,5
	A veces	17	13,7
	Frecuentemente	11	8,9
	Siempre	23	18,5
7. ¿Pensaste en matarte porque no encontraste una solución a un problema personal?	Nunca	53	42,7
	Rara vez	16	12,9
	A veces	14	11,3
	Frecuentemente	17	13,7
	Siempre	24	19,4
9. ¿Pensaste en matarte porque un fracaso?	Nunca	55	44,4
	Rara vez	18	14,5
	A veces	9	7,3
	Frecuentemente	14	11,3
	Siempre	28	22,6
10. ¿Pensaste que tus problemas eran tan graves que la única opción que tenías era suicidarte?	Nunca	62	50,0
	Rara vez	18	14,5
	A veces	8	6,5
	Frecuentemente	11	8,9
	Siempre	25	20,2
11. ¿Te sentiste tan solo(a) o tan triste que querías matarte para así terminar con ese sufrimiento?	Nunca	55	44,4
	Rara vez	21	16,9
	A veces	13	10,5
	Frecuentemente	11	8,9
	Siempre	24	19,4

Fuente: Análisis de datos del SPSS versión 22

Por otro lado, en la Tabla 6 se evidencia un análisis de los ítems de ideación suicida negativa, donde prevalecen los pensamientos negativos frente a la conducta suicida, la consideran como única salida a sus problemas. Los adolescentes de la Unidad Educativa San Alfonso con 26,6% de los estudiantes que tienen un alto riesgo de ideación suicida y un 13,7% un riesgo moderado, entre los factores de riesgo con más puntuación se evidencia: Tristeza por alguna relación con alguien

importante, que quisieron estar muertos (21,0%) y pensamientos que matarse debido a un fracaso (22,6%).

**Tabla 7.**

Resultados de las preguntas del Inventario de Ideación Suicida Positivo

Preguntas	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
2. ¿Has sentido que tenías el control de la mayoría de las situaciones de tu vida?	Nunca	30	24,2
	Rara vez	28	22,6
	A veces	33	26,6
	Frecuentemente	26	21,0
	Siempre	7	5,6
6. ¿Tuviste esperanza en el futuro porque las cosas estaban saliendo como tú querías?	Nunca	24	19,4
	Rara vez	30	24,2
	A veces	26	21,0
	Frecuentemente	23	18,5
	Siempre	21	16,9
8. ¿Te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?	Nunca	24	19,4
	Rara vez	15	12,1
	A veces	25	20,2
	Frecuentemente	26	21,0
	Siempre	34	27,4
12. ¿Tuviste confianza en las capacidades que tenías para enfrentar la mayoría de los problemas de tu vida?	Nunca	32	25,8
	Rara vez	21	16,9
	A veces	19	15,3
	Frecuentemente	34	27,4
	Siempre	18	14,5
13. ¿Sentiste que valía la pena vivir la vida?	Nunca	31	25,0
	Rara vez	3	2,4
	A veces	23	18,5
	Frecuentemente	20	16,1
	Siempre	47	37,9
14. ¿Tuviste confianza en lograr tus metas en el futuro?	Nunca	24	19,4
	Rara vez	12	9,7
	A veces	18	14,5
	Frecuentemente	21	16,9
	Siempre	49	39,5

Fuente: Análisis de datos del SPSS versión 22

De igual manera, en la Tabla 7 se evidencia el análisis de las preguntas de la ideación suicida positiva, donde se reflejan los pensamientos de protección que utilizan los estudiantes de la Unidad Educativa San Alfonso, para prevenir la ideación suicida; entre las puntuaciones más altas se encuentra la confianza de metas futuras con un (39%) y un grupo representativo de adolescentes sienten que vale la pena vivir la vida (37,9%).

En la investigación realizada por Villalobos (2010), concluyen que los factores protectores que previenen la conducta suicida que puntuaron alto en la prueba

Inventario de ideación suicida positiva, en una población de 643 estudiantes de un colegio de Colombia, los más relevantes fueron: satisfacción con la vida, se evidencia autoconfianza, esperanza, alegría y sentido de control.

### **Análisis descriptivos de los niveles del Inventario de ideación suicida (PANSI) por datos sociodemográficos**

Se evidencia los resultados respecto a la comparación de los datos sociodemográficos de los adolescentes del estudio se describen a continuación. Se visualiza en la Tabla 8. y Tabla 9. los resultados respecto a los niveles de ideación suicida y factores protector por género.

**Tabla 8.**

Resultados del nivel ideación suicida por género

<b>Género</b>	<b>Nivel de Ideación Suicida</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Femenino</b>	Alto Riesgo	11	23,92%
	Riesgo Moderado	9	19,56%
	Poco Riesgo	13	28,26%
	Sin Riesgo	13	28,26%
<b>Masculino</b>	Alto Riesgo	22	28,20%
	Riesgo Moderado	8	10,26%
	Poco Riesgo	19	24,36%
	Sin Riesgo	29	37,18%

Fuente: Análisis de datos del SPSS versión 22

De acuerdo a lo que respecta la comparación entre niveles de ideación suicida negativa por género, se consigue apreciar que las mujeres, aunque sean en menor cantidad que hombres se evidencia la existencia de un alto nivel de riesgo suicida (23,92%) y un riesgo moderado con (19,56%), en los hombres que presentan en mayor cantidad un alto riesgo con un (28,20%) y un riesgo moderado un (10,26%). Aucapiña (2019), en su investigación con una población de 131 estudiantes de la ciudad de Cuenca, con edades de 12 a 18 años concluye que después de la aplicación del inventario suicida negativo que el género que mayor porcentaje tiene pensamientos suicidas es el masculino con el 15,27%, en relación con género femenino que presenta un 13,74%.

**Tabla 9.**

Resultados del nivel factor protector por género

<b>Género</b>	<b>Nivel de Ideación Suicida</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Femenino</b>	Alto	21	45,66%
	Medio	14	30,43%
	Bajo	11	23,91%
<b>Masculino</b>	Alto	44	56,41%
	Medio	14	17,95%
	Bajo	20	25,64%

Fuente: Análisis de datos del SPSS versión 22

De acuerdo a lo que respecta la comparación entre niveles de ideación suicida positiva por género, se consigue apreciar que las mujeres un (45,66%) de alto nivel de factores protectores, en los hombres se evidencia un (56,41%), es un alto índice de factores de protección que ayuda a desarrollarse de una forma correcta la etapa de la adolescencia.

A continuación, se evidencia la comparación de datos sociodemográficos de los adolescentes. Se visualiza en la Tabla 10 y Tabla 11 los resultados respecto a los niveles de ideación suicida y factores protectores por edad.

**Tabla 10.**

Resultados del nivel ideación suicida por edad

<b>Edad</b>	<b>Nivel de Ideación Suicida</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>14 años</b>	Alto Riesgo	5	17,86%
	Riesgo Moderado	3	10,71%
	Poco Riesgo	9	32,14%
	Sin Riesgo	11	39,28%
	Total	28	100%
<b>15 años</b>	Alto Riesgo	6	22,22%
	Riesgo Moderado	5	18,52%
	Poco Riesgo	9	33,33%
	Sin Riesgo	7	25,93%
	Total	27	100%
<b>16 años</b>	Alto Riesgo	10	29,41%
	Riesgo Moderado	5	14,71%
	Poco Riesgo	10	29,41%
	Sin Riesgo	9	26,47%
	Total	34	100%
<b>17 años</b>	Alto Riesgo	12	34,28%
	Riesgo Moderado	4	11,43%
	Poco Riesgo	4	11,43%
	Sin Riesgo	15	42,86%
	Total	35	100%

Fuente: Análisis de datos del SPSS versión 22

En la Tabla 10. Se evidencia un análisis de la población por edad sobre ideación suicida negativa. Los adolescentes de la Unidad Educativa San Alfonso con un alto riesgo de ideación suicida donde en la edad que prevalece son los estudiantes de 17 años 34,28%, también sobresalen los adolescentes de 16 años con el 29,41% los mismos que consideran que conducta suicida es la única salida a sus problemas.

**Tabla 11.**

Resultados del nivel factor protector por edad

<b>Edad</b>	<b>Nivel de Ideación Suicida</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>14 años</b>	Alto	20	71,43%
	Medio	3	10,71%
	Bajo	5	17,86%
	Total	28	100%
<b>15 años</b>	Alto	14	51,85%
	Medio	7	25,93%
	Bajo	6	22,22%
	Total	27	100%
<b>16 años</b>	Alto	14	41,17%
	Medio	10	29,41%
	Bajo	10	29,41%
	Total	34	100%
<b>17 años</b>	Alto	17	48,57%
	Medio	10	28,58%
	Bajo	8	22,86%
	Total	35	100%

Fuente: Análisis de datos del SPSS versión 22

Igualmente, en la Tabla 11. se observa el análisis de las preguntas de la ideación suicida positiva, donde prevalece los pensamientos de protección que utilizan los estudiantes de la Unidad Educativa San Alfonso, para prevenir la ideación suicida; entre las puntuaciones más altas se encuentra la edad de 14 años (71,43%) y 15 años (51,85%).

### **3.2. Propuesta de intervención**

A continuación, en el presente apartado, se muestra el diseño de la propuesta del plan de intervención para disminuir el alto nivel de ideación suicida en adolescentes de 14 a 17 años de la Unidad Educativa San Alfonso, ubicada en la ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua. La confección del diseño de este plan surge de los datos alcanzados de la escala de ideación suicida (PANSI) y el análisis de las herramientas e instrumentos utilizados. El diseño de esta propuesta tiene fundamento en los conceptos abordados en el capítulo del estado del arte y la práctica.

Los resultados conseguidos del instrumento para valorar el nivel de ideación suicida, el cual, demuestra que existen estudiantes con un alto nivel de ideación suicida, afecta su adecuado desarrollo durante la adolescencia, por lo cual, esta propuesta de intervención se orienta en disminuir el alto nivel de ideación suicida en adolescentes. Es decir, la propuesta del plan de intervención diseñado para este estudio aborda varias técnicas y actividades para disminuir el alto índice de ideación suicida, se estructura en 9 sesiones, con una durabilidad de dos meses, se trabajará una vez por semana con la duración de 60 minutos aproximadamente, con el fin de tener una mejor organización y ejecución, se considera trabajar de forma individual para precautelar la confidencialidad de los estudiantes.

### **Antecedentes**

La terapia cognitivo conductual es una de las más utilizadas que demuestran en corto tiempo avances significativos, mejora el estado del individuo y permite reconocer y actuar de una mejor manera ante las dificultades (González & Duarte, 2014).

Para Muñoz (2021) la utilización de la terapia cognitivo conductual en pacientes con trastornos del estado de ánimo ha demostrado mejorar el estado del individuo, así como también de facilitar herramientas para afrontar situaciones que generen ansiedad, estrés o depresión. Por lo tanto, se considera que este modelo de intervención cumple con el objetivo de disminuir el nivel de intento suicida en adolescentes al ser de corta duración y tener una estructura favorable para la intervención.

En pacientes con intento suicida el enfoque de intervención de la terapia cognitivo conductual ha permitido reestructurar aquellas distorsiones que afectan al sujeto, como también se ha encontrado que disipa el diálogo interno negativo, al ser una terapia con base científica cuenta con mayor eficacia, se ha demostrado que la intervención de este enfoque más un tratamiento psicofarmacológico presenta resultados favorables en pacientes con alto nivel de intento suicida (González & Duarte, 2014).

**Nombre de la propuesta**

Propuesta de intervención para la ideación suicida.

**Datos informativos**

Nombre de la institución: Unidad Educativa San Alfonso.

Ubicación geográfica y dirección: La institución se encuentra ubicada en la provincia de Tungurahua, cantón Ambato, parroquia Atocha- Ficoa.

Tiempo estimado para la ejecución: Se plantea ejecutar las sesiones en un tiempo estimado de 60 minutos, de manera individual.

**Beneficiarios**

- Directos: El plan de intervención se dirige a los 33 adolescentes que participaron en la investigación, de entre 14 y 17 años de décimo a tercero de bachillerato.
- Indirectos: Autoridades, Departamento de Consejería Estudiantil (DECE), representantes legales y tutores.

**Personal administrativo y técnico:**

- Responsable de la propuesta: Carina Elizabeth Guevara Arroba, maestrante de Psicología Clínica mención Psicoterapia Infantil y de Adolescentes por la Pontificia Universidad Católica, sede Ambato.
- Equipo de trabajo: Departamento de consejería estudiantil (DECE) de la Unidad Educativa "San Alfonso".

Recursos:

- Humanos.
- Equipos tecnológicos.
- Materiales de oficina.

### **Justificación**

Se entiende por ideación suicida a la presencia de ideas por terminar su propia vida, por lo que se considera importante que durante la adolescencia se aporte positivamente en brindar factores protectores, debido que es un período en el cual surgen diversos cambios a nivel físico, psicológico y social.

Con base a los resultados obtenidos a través de la investigación realizada, acerca de los niveles de ideación suicida en los adolescentes de la Unidad Educativa San Alfonso de la ciudad de Ambato con un total de 124 estudiantes, se plantea elaborar una propuesta de intervención para la IS en los adolescentes. Por lo cual, la presente propuesta de intervención tiene como beneficiarios a 33 adolescentes entre los 14 a 17 años, que marcaron un alto nivel de ideación suicida, que corresponden a la población escogida dentro del estudio, se trabajará de manera individual, se utiliza la psicoeducación y técnicas procedentes de la terapia cognitivo conductual.

### **Objetivo General**

Desarrollar un plan de intervención cognitivo conductual para disminuir el alto nivel de ideación suicida.

### **Objetivos Específicos**

- Educar a los beneficiarios con temas relacionados a la ideación suicida.

- Facilitar técnicas cognitivo- conductuales a los adolescentes para disminuir los altos niveles de ideación suicida.
- Evaluar el nivel de ideación suicida de los discentes posterior a la propuesta de intervención mediante la escala de ideación suicida (PANSI).

### **Fases de la propuesta de intervención psicológica**

Dentro del presente plan de intervención se toman en cuenta las siguientes fases:

- **Fase I Diagnóstico:** Se obtiene de los resultados de la aplicación de la escala de ideación suicida (PANSI) una vez analizados e interpretados.
- **Fase II Intervención Psicológica:** Se desarrolla las sesiones mediante matrices operativas que se observan a continuación en los siguientes cuadros.
- **Fase III: Monitoreo y Evaluación:** Se realiza una valoración con la aplicación nuevamente la escala de ideación suicida (PANSI).

**Cuadro 1.**

## Primera sesión

<b>Sesión:</b> Primera					
<b>Tema:</b> Psicoeducación.					
<b>Objetivo:</b> Explicar el análisis funcional de la ideación suicida.					
<b>Etapas</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Introducción</b>	Dar la bienvenida al estudiante. Presentar el programa, objetivo y las normas de convivencia.	Saludo y Bienvenida.	Se inicia con el saludo de bienvenida al estudiante. La psicóloga explica el objetivo general y la finalidad de las intervenciones y el tiempo que se empleará en las mismas.	Laptop	5 minutos
<b>Desarrollo</b>	Identificar los mitos sobre el suicidio.	Mitos y verdades.	Se procede a exponer temas informativos sobre la ideación suicida y a continuación la psicóloga proyecta un cuadro de mitos y el adolescente clasifica si son verdaderos o falsos. A continuación, se apoya con las respuestas correctas: <b>Mitos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● El suicidio no se consigue prevenirlo, porque ocurre de forma impulsiva.</li> <li>● El que se quiere matar no lo dice.</li> <li>● El que lo dice no lo hace.</li> <li>● Las personas que intentan suicidarse no desean morir, solo lo hacen para llamar la atención.</li> <li>● Solo las personas con trastornos mentales son suicidas.</li> <li>● Hablar sobre el suicidio es peligroso porque se motiva a alguna persona hacerlo.</li> </ul> <b>Verdades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● La mayoría de las personas manifiestan sus propósitos previos al suicidio.</li> <li>● En muy común observar cambios de comportamientos, manifestaciones verbales o amenazas en personas que</li> </ul>	Hoja con el cuadro de mitos. Diapositivas informativas Materiales de oficina	30 minutos

			<p>se suicidan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría de las personas se encuentran en un estado ambivalente y la idea de seguir vivo les parece demasiado dolorosa.</li> <li>• Aunque es frecuente algún antecedente de trastorno mental, no necesariamente tiene que darse.</li> <li>• Para una persona con ideaciones suicidas representa un gran alivio poder expresarse. Siempre y si la conversación esté basada en respeto mutuo y empatía.</li> </ul> <p>Una vez terminado se procede a leer y reflexionar.</p>		
<b>Cierre</b>	Realizar una carta para hacer conciencia de sus fortalezas, cualidades y recursos internos que posee.	Carta para los días de lluvia.	Se propone al estudiante que escriba una carta dirigida hacia el mismo, en ella se incluyen sus fortalezas, cualidades y recursos que le ayuden en los días difíciles. Se sugiere que la redacción sea en un papel especial, es decir, en una hoja de cuaderno o cartulina.	Hoja bon Cartulina Esferos	15 minutos
<b>Evaluación de la sesión por el beneficiario</b>	Culminar la sesión repaso de las experiencias cognitivas adquiridas.	Evaluación cognitiva.	La psicóloga entrega una hoja con la siguiente pregunta: ¿Qué aprendizaje se lleva con lo visto el día de hoy?	Hoja de trabajo	10 minutos

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 2.**

## Segunda sesión

<b>Sesión:</b> Segunda					
<b>Tema:</b> Círculos de apoyo y contrato terapéutico.					
<b>Objetivo:</b> Generar círculos de apoyo con cada estudiante que presenta un alto nivel de ideación suicida.					
<b>Etapas</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Introducción</b>	Dar la bienvenida al estudiante.	Saludo y Bienvenida.	Se inicia con el saludo de bienvenida al estudiante y se realiza una retroalimentación de la sesión anterior. Para dar comienzo se proyecta un vídeo y posteriormente la facilitadora hace una reflexión acerca del cortometraje. <b>Enlace:</b> <a href="https://www.youtube.com/watch?v=t56Pyzu_Xsc">https://www.youtube.com/watch?v=t56Pyzu_Xsc</a>	Laptop Micrófono Parlantes	10 minutos
<b>Desarrollo</b>	Identificar y crear una lista de círculos de ayuda.  Pactar con el estudiante un compromiso terapéutico.	Círculos protectores externos.  Contrato terapéutico.	Llenar la hoja de trabajo, dónde el estudiante coloca círculos de apoyos externos, personales, familiares y sociales donde constan números telefónicos, a continuación, pedir que se memorice los números de emergencia o de algún familiar de apoyo y controlar el aprendizaje. Se realiza con el adolescente un compromiso a no realizar ningún intento de suicidio o autolesión mediante un contrato terapéutico. En este contrato se especifica que el estudiante que no debe suicidarse o hacerse daño en el tiempo pactado, también el compromiso asistir a la siguiente sesión y que en caso de aparecer pensamientos suicidas con cierta intensidad contacte con las personas especificadas, familia, llamar a urgencias, en casos muy puntuales contactar con el terapeuta.	Marcadores Esferos Anexo.5	30 minutos
<b>Cierre</b>	Reflexionar sobre la autopercepción.	Tu fotografía.	El adolescente se dibujará así mismo, luego hace una pequeña biografía, incluir aspectos de que le agrada y desagrada, cuáles han sido sus logros y fracasos.	Hojas bond Lápices	15 minutos
<b>Evaluación de la sesión por el beneficiario</b>	Retroalimentar las experiencias emocionales vividas.	Evaluación afectiva.	La psicóloga realiza la siguiente pregunta ¿Cómo te sientes con las actividades realizadas hoy?, al final la facilitadora hace una pequeña retroalimentación.	Hojas impresas Esferos	5 minutos

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 3.**

Tercera sesión

<b>Sesión:</b> Tercera.					
<b>Tema:</b> Termómetro del estado de ánimo.					
<b>Objetivo:</b> Identificar y monitorear el estado de ánimo de los adolescentes.					
<b>Etapas</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Introducción</b>	Dar la bienvenida al estudiante.	Saludo y Bienvenida.	Se inicia con el saludo de bienvenida al estudiante. Para dar inicio se comienza con una retroalimentación de la sesión anterior.	Laptop	5 minutos
<b>Desarrollo</b>	Favorecer un razonamiento emocional, así como detectar y expresar las emociones.	Termómetro del estado de ánimo.	El adolescente escribe los días de la semana en los espacios que están sobre la escala. Por ejemplo, si usted empieza a calificar su estado de ánimo de la semana, un miércoles, escriba "miércoles" (o "mi") en la primera línea, "jueves" (o "j") en la segunda línea, También escribir la fecha (4/15, 4/16.) si quiere llevar la cuenta de cómo va el mejoramiento de semana en semana. Usar todos los números, no sólo el 1, 5, o 9. No hay ninguna respuesta correcta. Sólo usted sabe cómo se ha sentido cada día. Si quiere llevar la cuenta de su estado de ánimo por un período más largo que una semana, escriba el número que califique su estado de ánimo de cada día en un calendario. Tarea: Mantenga la escala a lado de su cama. Antes de irse a dormir, piense en su estado de ánimo de ese día y circule el número que corresponda a su estado de ánimo.	Laptop Proyector Micrófono Diapositivas Esferos Anexo.6	30 minutos
<b>Cierre</b>	Recolectar información sobre su estado de ánimo.	Calificar su estado de ánimo antes y después del taller.	Realizar la hoja de trabajo y contestar lo siguiente: Antes de que asistiera al taller de hoy, mi estado de ánimo era (circule un número), ahora mi estado de ánimo es (circule un número).	Anexo.7 Esferos	15 minutos

<b>Evaluación de la sesión por el beneficiario</b>	Realizar una evaluación afectiva.	Evaluación afectiva.	El estudiante contesta las siguientes preguntas: ¿Qué se le hizo útil de la sesión de hoy? ¿Qué se le hizo menos útil? ¿De lo que aprendió hoy que se le hizo más útil para el mejoramiento de su estado de ánimo?	Hoja Esferos Marcadores	10 minutos
--	-----------------------------------	----------------------	---	-------------------------------	------------

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 4.**

Cuarta sesión

<b>Sesión:</b> Cuarta.					
<b>Tema:</b> Distorsiones y reestructuraciones cognitivas.					
<b>Objetivo:</b> Conocer y debatir los pensamientos que tienen los adolescentes que generan un alto nivel de ideación suicida.					
<b>Etapas</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Introducción</b>	Dar la bienvenida al estudiante.	Saludo y Bienvenida.	Se inicia con el saludo de bienvenida al estudiante. Para dar inicio se comienza con una retroalimentación de la sesión anterior.	Laptop	5 minutos
<b>Desarrollo</b>	Retroalimentar acerca de la ideación suicida. Identificar y reestructurar pensamientos disfuncionales para reducir los pensamientos suicidas.	Psicoeducación Técnica ABCD.	Se realiza una retroalimentación acerca de la ideación suicida con énfasis en cómo influyen los pensamientos en la conducta suicida. Se trabaja con el registro ABCD, se indica al estudiante que anote una situación, pensamientos, emociones y conductas que aparecen en momentos de malestar intenso. Posteriormente, se entrenará en el cuestionamiento de aquellos pensamientos disfuncionales mediante diálogo socrático, la psicóloga ayuda a comprobar cuáles aparecen si está considerando quitarse la vida.	Laptop Anexo.8	30 minutos
<b>Cierre</b>	Identificar y modificar las cogniciones desadaptativas del estudiante y mostrar el impacto perjudicial que tienen sobre su conducta y emociones.	Reestructuración cognitiva.	Se entrega una hoja para realizar la técnica. Se explica al estudiante que hay pensamientos distorsionados que muchas veces están enraizados y que generan dolor y sufrimiento. Una vez realizada esta explicación, se le dice al adolescente que traiga a colación una distorsión de pensamiento (por ejemplo, soy muy rara(o), la gente me odia). Posterior a ello se le pide que en la primera casilla explique qué tan importante es este pensamiento en su vida y atribuya su significado.	Anexo.9 Esferos	20 minutos

			<p>Luego se les explica que ponga aspectos favorables y desfavorables de este pensamiento.</p> <p>Posterior a ello, que expliquen qué ventajas y desventajas existen de mantener esos pensamientos.</p> <p>Se le invita a pensar, si se cambia este pensamiento pongan las ventajas de hacerlo y desventajas de realizar este cambio.</p> <p>Acto siguiente se escribe el grado de creencia que tengan con respecto a este pensamiento. Luego se explica cómo se sienten a medida que aplican la técnica.</p> <p>Por último, ponen qué cambios desean realizar.</p>		
<b>Evaluación de la sesión por el beneficiario</b>	Establecer un espacio para conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la sesión.	Actividad: ¿Cuéntame qué tal vamos?	Preguntar al adolescente: ¿cómo se siente con la sesión de hoy?	Laptop	5 minutos

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 5.**

Quinta sesión

<b>Sesión:</b> Quinta.					
<b>Tema:</b> Instauración de conductas alternativas funcionales.					
<b>Objetivo:</b> Diseñar estrategias de afrontamiento para una mejor adaptación en situaciones de crisis.					
<b>Etapas</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Introducción</b>	Dar la bienvenida al estudiante.	Saludo y Bienvenida Metáfora: Como un autobús.	Se inicia con el saludo de bienvenida al estudiante. Para dar inicio se comienza con una metáfora acerca de los pensamientos intrusivos y posteriormente la facilitadora hace una reflexión.	Hoja de asistencia Anexo.10	10 minutos
<b>Desarrollo</b>	Identificar estrategias de afrontamiento.  Explicar formas de afrontamiento.	Formas de afrontamiento.  Exposición de las estrategias de afrontamiento.	Se explica que en esta sesión se examina la forma en que las personas actúan en las diferentes situaciones que se vive. Con esta técnica, el estudiante dibuja en una hoja de papel un círculo y escribe cómo suele lidiar con sus problemas o situaciones que le preocupa. La psicóloga dará ejemplos (como pedir ayuda a otras personas, rezar, ignorar problemas, resolver problemas solo, etc.). Después de escribir, lee lo que escribiste. Con la información obtenida en la técnica anterior, la psicóloga explicará brevemente los componentes de las estrategias de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento más utilizadas. Use una hoja de trabajo para esta actividad. La psicóloga explicará que las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales que se utiliza para hacer frente a situaciones internas y externas que se perciben como demasiado para los recursos humanos. Se explicará que algunas estrategias tienen un visto, otras una x, las estrategias productivas,	Hoja bond Lapiceros  Anexo.11 Esferos	30 minutos

			funcionales y llevan a obtener buenos resultados, mientras que las estrategias de una x tienen resultados improductivos y negativos.		
<b>Cierre</b>	Interiorizar las estrategias positivas.	Escenificación de las estrategias.	El estudiante presenta una situación cotidiana que considere un problema que requiera estrategias de afrontamiento positivas. Los ejemplos incluyen las siguientes situaciones: Muerte de un ser querido, despido del trabajo, falta de varios cursos en la escuela, malas notas, divorcio de los padres, padre o madre agresivo, violencia doméstica, bullying.	Laptop Hojas Esferos	15 minutos
<b>Evaluación de la sesión por el beneficiario</b>	Repasar experiencias cognitivas vividas.	Retroalimentación cognitiva.	Se pregunta al estudiante ¿Cuál es su aprendizaje? Tarea: Traer un frasco	Laptop	5 minutos

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 6.**

Sexta sesión

<b>Sesión:</b> Sexta.					
<b>Tema:</b> Actividades saludables.					
<b>Objetivo:</b> Vencer obstáculos para hacer actividades saludables.					
<b>Etapas</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Introducción</b>	Dar la bienvenida al estudiante.	Saludo y Bienvenida.	Se inicia con el saludo de bienvenida al estudiante. Para dar inicio se comienza con una retroalimentación de la sesión anterior.	Laptop	5 minutos
<b>Desarrollo</b>	Aprender cómo crear un balance en su vida a través de varias actividades.	Actividades para disfrutar.	Se pide al estudiante que escoja una actividad que le parezca divertida. Primero, en la hoja de trabajo escribir en el primer cuadro en la tabla. Segundo, haga la actividad bajo las condiciones que la hará más divertida para usted. Por ejemplo, si usted ha escogido una película para ver, escoja si la quiere ver solo/a o con alguien. Tercero, haga un poco de “adivinar el placer.” Antes de hacer la actividad, adivine cuánto cree que la va a disfrutar. Aunque no piensa que la va a disfrutar, hágala de todos modos. Después de que haya hecho la actividad, piense que tanto realmente la disfrutó. La mayoría de las personas encuentran que disfrutaron de la actividad más de lo que esperaban y luego se sienten motivados/as para hacer otra actividad.	Anexo.12	25 minutos
<b>Cierre</b>	Entrenar las habilidades para desarrollar una actitud positiva.	Frasco de la felicidad.	Se entrega al adolescente 6 tiras pequeñas de papel de colores (8 cm de largo y 3 cm de alto), en cada tira de papel de colores escribir las situaciones o experiencias hermosas, satisfactorias o felices que les hayan sucedido en los últimos años. Después de eso, el frasco de vidrio o plástico, decorar con témpera o acuarela. Luego, el estudiante pone cada nota en un frasco para llevar a casa, y cada vez que	Frasco Hojas de papel	25 minutos

			tengan una experiencia satisfactoria a lo largo del día, la escriben en una hoja de papel y la ponen en el frasco para seguir en la práctica. Después de unos meses o si se encuentran en una situación emocionalmente difícil, leer todo lo que escribió y guardarlo en el frasco. Al final de la lección, la psicóloga explicará que este ejercicio ayudará a reflexionar sobre lo bueno sucede y apreciar los pequeños detalles que se pasaron por alto, se escribe otra vez lo bueno que sucedió después. Permanecerán en la memoria durante algún tiempo. Y al recordar las cosas buenas que pasan, llena de energía positiva y afronta mejor las situaciones de la vida.		
<b>Evaluación de la sesión por el beneficiario</b>	Preguntar por sus comentarios sobre cómo le fue en el taller.	Ronda de preguntas.	Se pregunta al estudiante: ¿Qué fue útil de la sesión de hoy? ¿Qué se le hizo menos útil? ¿De lo que aprendió hoy que se le hizo más útil para el mejoramiento de su estado de ánimo?	Laptop Hojas Esferos	5 minutos

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 7.**

Séptima sesión

<b>Sesión:</b> Séptima					
<b>Tema:</b> Respiración profunda (RP) y relajación muscular profunda.					
<b>Objetivo:</b> Producir efectos fisiológicamente beneficiosos que provocan relajación.					
<b>Etapas</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Introducción</b>	Dar la bienvenida al estudiante. Facilitar el control voluntario de la respiración para usarse en situaciones de ansiedad, miedo y estrés.	Saludo y Bienvenida. Respiración profunda (RP).	Se inicia con el saludo de bienvenida al estudiante. Para dar inicio se procede educar al docente, se expresa el objetivo y la utilidad del ejercicio, a continuación, se emite las siguientes instrucciones: Siéntate o recuéstate en una posición cómoda. Relaje los hombros. Poner una de tus manos en el estómago y la otra en el pecho. Se toma el aire más lentamente (4-5 s), se mantiene dentro (2-3 s) y lo vuelve a soltar por la boca todo lo lento que se consiga (6-7 s). Después se hace una pausa (3-4 s) hasta la próxima inspiración y se empieza de nuevo hasta completar el entrenamiento. La idea es endentecer todavía más el patrón respiratorio para recuperar el equilibrio entre O <sub>2</sub> y CO <sub>2</sub> . Se repite el ciclo 5 veces, descansa unos minutos, y realiza después 5 ciclos de inspiración-espriación más.	Laptop Micrófono Silla	20 minutos
<b>Desarrollo</b>	Disminuir la tensión o el estrés que tenga en los músculos.	Relajación muscular.	Se le comenta al estudiante que se va a realizar una técnica de relajación muscular. Se pide que se acueste y, a continuación, se le dan las instrucciones. Se explica que el cuerpo humano tiene 16 grupos musculares y que se trabaja con cada uno de ellos. Acto seguido se empieza con los grupos musculares:	Sillas USB Equipos electrónicos	30 minutos

		<p><b>1.º Grupo: manos y antebrazos.</b> Proceder de forma simultáneamente ambos puños., y apretarlas, verificar la tensión en tus antebrazos y manos. Céntrate en esas sensaciones. Esto es tensión. Se suelta las manos, se libera la tensión, céntrate en las sensaciones que recorren tus antebrazos y las diferentes son respecto a la tensión.</p> <p><b>2.º Grupo: bíceps.</b> Lleva las manos a los hombros y aprieta los bíceps contra los antebrazos. Localiza la tensión en los bíceps. Céntrate en ella. Nota la tensión. Se suelta los bíceps, y se deja que las manos vuelvan a la posición inicial. Nota la diferencia de sensaciones en tus bíceps.</p> <p><b>3.º Grupo: tríceps.</b> Se estira los dos brazos al frente de forma que se queden paralelos entre ellos y con respecto al suelo, tensa la parte posterior de los brazos, los tríceps. Nota los puntos de tensión. Fíjate en ellos. Suelta los tríceps, deja caer los brazos y analiza lo que notas. Notas la diferencia.</p> <p><b>4.º Grupo: hombros-trapecios.</b> Se eleva los hombros hacia arriba como si quisieras tocar las orejas. Mantén la tensión y siente tus hombros y trapecios. Focaliza tu atención en lo que notas. Suelta los hombros, déjalos caer. Elimina la tensión. Presta atención a lo que notas.</p> <p><b>5.º Grupo: cuello I.</b> Inclina la cabeza hacia delante como si quisieras tocar con la barbilla el pecho. Hazlo lentamente. Nota tensión en la parte de atrás del cuello. Nota la tensión. Vuelve lentamente a la posición de reposo. Céntrate en los cambios que estás nota en la parte posterior del cuello. Nota la distensión.</p> <p><b>6.º Grupo: cuello II.</b> Empuja, con la parte posterior de la cabeza y no con la nuca, el sofá hacia atrás. Nota la tensión en la parte frontal del</p>		
--	--	---	--	--

		<p> cuello. Céntrate en ella y mantenla. Se suelta lentamente, elimina la tensión y ve la diferencia.  <b>7.º Grupo: frente.</b> Se sube las cejas hacia arriba hasta notar arrugas en la frente. Nota la tensión. Suelas tu frente y se deja que las cejas reposen. Nota las sensaciones diferentes a la tensión que aparecen en tu frente.  <b>8.º Grupo: ojos.</b> Se aprieta fuertemente los ojos hasta crear arrugas en los párpados. Se nota la incomodidad y la tensión. Suelta los párpados y deja los ojos cerrados suavemente. Nota la diferencia. Lo que sientes ahora es diferente a la tensión.  <b>9.º Grupo: labios y mejillas.</b> Se hacer una sonrisa forzada sin que se vean los dientes. Localiza los puntos de tensión alrededor de tu boca. Se concentra en esa tensión. Suelta, elimina la sonrisa, y nota las sensaciones que aparecen.  <b>10.º Grupo: pecho- espalda.</b> Hacemos este ejercicio muy lentamente. Arquea el torso, de manera que tu pecho salga hacia delante y tus hombros y codos hacia atrás. Mantén esta postura y nota la tensión en pecho y espalda. Vuelve muy lentamente a la posición original destensa. Y deja que tu espalda se apoye completamente en el sofá. Nota la diferencia.  <b>12.º Grupo: abdominales I.</b> Mete la zona del estómago hacia adentro. Nota la tensión. Se suelta y se deja que los músculos vuelvan a su posición original. Discrimina las sensaciones.  <b>13.º Grupo: abdominales II.</b> Se saca la zona del estómago hacia fuera hasta notar tensión. Céntrate en la tensión. Suelta y observa los cambios que se producen. Discrimina las nuevas sensaciones.  <b>14.º Grupo: muslos.</b> Contraemos ambos muslos simultáneamente. Nota las sensaciones de </p>		
--	--	--	--	--

			<p>tensión que te producen. Suéltalos y analiza la diferencia.</p> <p><b>15.º Grupo: gemelos.</b> Apunta los pies hacia la cabeza y nota la tensión de tus gemelos. Suelta. Observa las diferentes sensaciones.</p> <p><b>16.º Grupo: pies.</b> Se lleva los pies hacia abajo intenta formar una línea recta con tus piernas. Localiza la tensión en pies y gemelos. Suelta y sé consciente de las diferencias que notas.</p>		
<b>Cierre</b>	Establecer un espacio cognitivo.	Cierre cognitivo.	<p>Se les explica que la relajación muscular ayuda a disminuir las emociones negativas y aumenta la sensación de tranquilidad y bienestar.</p> <p>Se recomienda al adolescente realizar la respiración todos los días antes de dormir o si se presenta ideas de suicidio.</p>	Laptop	5 minutos
<b>Evaluación de la sesión por el beneficiario</b>	Evaluar las experiencias cognitivas vividas.	Retroalimentación cognitiva.	<p>El estudiante contesta la siguiente pregunta: ¿Cómo se siente antes, durante y después de aplicada la técnica ?, al final la facilitadora hace una pequeña retroalimentación</p>	Laptop Hoja de preguntas Esfero	5 minutos

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 8.**

Octava sesión

<b>Sesión:</b> Octava.					
<b>Tema:</b> Cierre.					
<b>Objetivo:</b> Diseñar su proyecto de vida.					
<b>Etapas</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Introducción</b>	Dar la bienvenida al estudiante.	Saludo y Bienvenida.	Se inicia con el saludo de bienvenida al estudiante. Para dar inicio se comienza con una retroalimentación de la sesión anterior.	Laptop	5 minutos
<b>Desarrollo</b>	Fijar metas a largo plazo Definir algunos pasos a corto plazo que le ayudarán a alcanzar su meta a largo plazo.	Dialogar de la importancia de fijar metas.	Presentar diapositivas con los siguientes subtemas: La importancia de fijar metas, las mismas consiguen darle sentido a la vida de uno, algunas metas son destructivas. Se procede a explicar los pasos para construir sueños para el futuro. Paso 1. fije una meta a largo plazo Paso 2. Asegúrese de que su meta sea realista Paso 3. Sea específico Paso 4. Asegúrese de que su meta sea algo que usted logra manejar Paso 5. Divida su meta en pasos Paso 6. Fije una meta a corto plazo Paso 7. Si alcanza su meta o complete un paso hacia su meta, celebre. Se procede a realizar su hoja de metas a largo y corto plazo. El estudiante comparte sus metas que se ha propuesto a largo y corto plazo.	Laptop Proyector Micrófono Diapositivas Esferos Anexo.13	35 minutos
<b>Cierre</b>	Realizar un cierre emocional.	Canción de la felicidad.	Este video es una canción que describe la felicidad desde las cosas más simples y promueve el optimismo. El propósito es introducir a los adolescentes al tema, disfrutar de la música y sentir una sensación de felicidad. Enlace del vídeo de la canción:	Multimedia	15 minutos

			<p><a href="https://www.youtube.com/watch?v=Y4lQnwmo2Y4">https://www.youtube.com/watch?v=Y4lQnwmo2Y4</a>.</p> <p>El estudiante se parará en un lugar y escucha la canción, y la psicóloga le pide al estudiante que caminará por el salón al ritmo de la música. Después de que termine la canción, la psicóloga te pregunta ¿cómo te sientes? Escucha la respuesta y explica el cierre de todo el proceso de intervención y las actividades realizadas ayudan a desarrollar una actitud más positiva ante la vida para que se pueda enfrentar las situaciones difíciles de manera diferente.</p>		
<b>Evaluación de la sesión por el beneficiario</b>	Finalizar el taller mediante una frase.	Frase: me di cuenta de... y me comprometo a...	Para finalizar se pide al estudiante que complete la frase en voz alta, acerca de lo que se dio cuenta acerca de sus pensamientos y a que se compromete.	Hoja Laptop	5 minutos

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 9.**

Novena sesión

<b>Sesión:</b> Novena					
<b>Tema:</b> Monitoreo y Evaluación.					
<b>Objetivo:</b> Realizar un monitoreo y valoración con la aplicación la escala de ideación suicida (PANSI).					
<b>Etapas</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Introducción</b>	Dar la bienvenida al estudiante.	Saludo y Bienvenida	Se inicia con el saludo de bienvenida al estudiante. Para dar inicio al monitoreo y evaluación.	Laptop	5 minutos
<b>Desarrollo</b>	Realizar una evaluación final a los adolescentes.	Aplicación del inventario PANSI.	La psicóloga realiza una explicación sobre la actividad que se va a realizar e indica las consignas del reactivo que será aplicado, y procede a la entrega a la escala de ideación suicida PANSI.	Materiales de oficina Test	30 minutos
<b>Cierre</b>	Reflexionar sobre las actividades realizadas durante todo el taller.	Retroalimentación.	Se cierra y se hace la despedida con un agradecimiento emotivo a cada adolescente por su excelente participación en todos los talleres.	Materiales de oficina Computadora Parlantes	15 minutos
<b>Evaluación de la sesión por el beneficiario</b>	Establecer un espacio para conocer el nivel de satisfacción del adolescente de todo el taller.	Encuesta de satisfacción sobre el taller.	La psicóloga indica el cuestionario de satisfacción del taller y hace la entrega de este a cada adolescente. El cuestionario está conformado por 5 preguntas abiertas: ¿Qué es lo que más te gusto del taller? ¿Los temas tratados fueron adecuados? ¿La psicóloga fue clara en exponer los temas? ¿Crees que la ideación suicida disminuyó o desapareció con el taller que recibiste? ¿Qué es lo que has aprendido en las sesiones desarrolladas?	Encuesta de satisfacción Materiales de oficina	10 minutos

Fuente: elaboración propia

### 3.3. Validación de la propuesta

Se aplica el método de validación por criterio de expertos. Para ello se realizan los siguientes pasos:

Paso 1. Se seleccionan los posibles expertos y se envía un documento donde se solicita la participación en calidad de expertos. Para la presente investigación, los datos son los siguientes:

Se decide trabajar con 5 expertos, de los cuales son Psicólogos clínicos, un profesional es Mg. en Ciencias de la Educación, Máster en Neuropsicología y Educación, un Mg. en Psicología Clínica con Mención en Psicoterapia Infantil y de Adolescentes, un Mg. en Dirección, un Mg. en Psicopedagogía en la Especialidad de Intervención Psicopedagógica en Educación Infantil y Primaria y un PHD en Psicología Forense, que cuentan con una amplia experiencia en trabajos realizados con adolescentes a nivel terapéutico, académico e investigativo.

De acuerdo al cálculo del coeficiente de conocimiento o información ( $K_c$ ), mediante la siguiente fórmula  $K_c = \frac{n}{n+1}$ , dos expertos tienen  $K_c = 1.0$ , dos expertos tienen  $K_c = 0.9$  y un experto tiene  $K_c = 0.8$ , equivalente a un excelente nivel de conocimiento en ideación suicida. Los resultados del coeficiente de argumentación ( $K_a$ ), mediante la siguiente fórmula  $K_a = \frac{\sum n_i}{n}$ , dos expertos tienen  $K_a = 2.8$  y tres expertos tienen  $K_a = 2.7$ .

Después de obtener el cálculo del coeficiente de Conocimiento ( $K_c$ ) y el Coeficiente de Argumentación ( $K_a$ ) se procede con el Coeficiente de Competencia ( $K$ ), mediante la siguiente fórmula  $K = 0,5 (K_c + K_a)$ , donde dos expertos tienen  $K = 1.85$ , dos tienen  $K = 1.80$ , un experto tiene  $K = 1.75$ . Se verifica que los resultados, son mayores a  $0,8 < K < 1,0$  por lo tanto los expertos seleccionados poseen un Coeficiente de Competencia Alto sobre ideación suicida.

Paso 2. Se elabora el instrumento de validación para la aplicar a los expertos, compuesta por dimensiones con sus indicadores, en escala del 1 al 100, la cual se

distribuye de la siguiente manera: 1-20 es deficiente; 21- 40 es baja; 41-60 es regular; 61-80 es buena; 81-100 es muy buena. Las dimensiones son: *procedimental* con 7 indicadores y *factibilidad* con 2 indicadores:

1. Procedimental/indicadores:

- Planificación operativa
- Ajuste ético-profesional
- Suficiencia
- Coherencia
- Relevancia
- Organización
- Relación entre las variables

2. Factibilidad/indicadores:

- Relación costo- beneficio
- Adaptabilidad

A más de lo indicado, el instrumento contiene, el objetivo de la propuesta, datos personales de los expertos (nombres, apellidos, grado académico, experiencia e institucional a la que pertenece, instrucciones), el conocimiento y argumentación del experto sobre el tema, resumen de la propuesta y la matriz con los criterios para la valoración de cada experto.

Paso 3. Se aplica el instrumento, para lo que se envía a los jueces el instrumento a calificar por criterio de expertos, se solicita que otorguen su calificación, observaciones y sugerencias de forma detallada, cerca de los aspectos de cada criterio de la investigación, la misma es por escrito, se da un plazo prudencial para el retorno del documento con la calificación de cada experto.

Paso 4. Se realiza la validación en base al criterio de los 5 jueces, quienes asignaron un valor de 1-20 es deficiente; 21- 40 es baja; 41-60 es regular; 61-80 es

buena; 81-100 es muy buena, cada ítem de los criterios de la propuesta de investigación y los resultados estadísticos de cada uno de los criterios sometidos a valoración de expertos, se obtiene los siguientes datos:

En cada dimensión e indicadores de 500 puntos, se observa que los resultados más sobresalientes están en los indicadores de Relevancia y Organización con 481 puntos, Suficiencia y Relación entre variables con 480 puntos, y en la renuncia de Factibilidad con 480 puntos, indica que la mayoría de los jueces coinciden en los puntajes otorgados en cada criterio.

**Tabla 12.**

Resultados de cada criterio valorado

<b>CRITERIO</b>	<b>SUMATORIA POR CRITERIO</b>
<b>Procedimental</b>	475
Planificación operativa	465
Ajuste ético-profesional	475
Suficiencia	480
Coherencia	475
Relevancia	481
Organización	481
Relación entre las variables	480
<b>Factibilidad</b>	480
Relación costo-beneficio	470
Adaptabilidad	470

Fuente: Planilla de expertos (2021).

Para el consenso de los criterios de expertos se utilizó el coeficiente Aiken con intervalos de confianza al 99% para el análisis de concordancia de los expertos, el cual permite estimar cuantitativamente la evidencia de validez, en base a las calificaciones obtenidas mediante el método de criterio de expertos (jueces), con los siguientes resultados que se evidencian en la Tabla 13.

**Tabla 13.**

Análisis de concordancia de expertos

<b>Dimisiones/Indicadores</b>	<b>V</b>	<b>IC Límite Superior (99%)</b>	<b>IC Límite Inferior (99%)</b>
<b>Procedimental</b>	0.95	0.97	0.92
Planificación operativa	0.93	0.95	0.89
Ajuste ético- profesional	0.95	0.97	0.92
Suficiencia	0.96	0.98	0.93
Coherencia	0.95	0.97	0.92
Relevancia	0.96	0.98	0.93
Organización	0.96	0.98	0.93
Relación entre las variables	0.96	0.98	0.93
<b>Factibilidad</b>	0.96	0.98	0.93
Relación costo- beneficio	0.94	0.96	0.91
Adaptabilidad	0.94	0.96	0.91

Fuente: elaboración propia

En la dimensión Procedimental, el valor de V de Aiken es de 0,95 con intervalos de confianza al 99% de IC Límite Superior de 0.97 y IC Límite Inferior de 0.92 en los indicadores de suficiencia, relevancia , organización y relación entre las variables se obtuvo un V de Aiken de 0.96 con un IC Límite Superior de 0.98 y un IC Límite Inferior de 0.93, en los indicadores de Ajuste ético- profesional y coherencia se variables se obtuvo un V de Aiken de 0.95 con un IC Límite Superior de 0.97 y un IC Límite Inferior de 0.92 y como puntaje más bajo se evidenció en el indicador de Planificación operativa con un V de Aiken de 0.93 y un IC Límite Superior de 0.95 y un IC Límite Inferior de 0.89.

En la dimensión de Factibilidad de evidencia un de V de Aiken es de 0,96 con intervalos de confianza al 99% de IC Límite Superior de 0.98 y IC Límite Inferior de 0.93 en los cuales sus indicadores de Relación costo- beneficio y adaptabilidad se obtuvo un de V de Aiken es de 0,94 con un IC Límite Superior de 0.96 y IC Límite Inferior de 0.91.

Para concluir, el mínimo es del 80% de consenso de los criterios de expertos, y como se evidencia, el consenso de los criterios del plan de intervención es muy buena con un puntaje igual o superior de 90%, se concluye que la propuesta es válida y los procesos, métodos y estrategias de intervención que componen a la propuesta, tienen niveles óptimos de validez, por lo que se considera que la

propuesta de intervención, es fiable y válido para ser aplicado en los adolescentes con problemas de ideación suicida. A su vez, el tipo de intervención, métodos y estrategias que componen el presente taller de asesoramiento, permitirá a los adolescentes disminuir el alto índice de ideación suicida al ser puesto en marcha su aplicación, así como observar los cambios en los pensamientos y conductas de los adolescentes.

A partir de los resultados obtenidos y las observaciones de los expertos, se procede a realizar las mejoras a la propuesta, en los siguientes aspectos:

- Colocar al final del proceso monitoreo y evaluación.
- Retirar la primera sesión debido que no constituye una sesión de intervención psicológica sino un trámite administrativo.
- Disminuir y ordenar las sesiones terapéuticas de catorce a nueve sesiones.

## CONCLUSIONES

- La revisión de la bibliografía científica relacionado a la ideación suicida en adolescentes establece que los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, influye en el desarrollo y en el bienestar del estudiante, por lo que se tiene que intervenir a tiempo para mejorar su estilo de vida.
- De acuerdo a los resultados psicométricos, en el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI) que mide el nivel de la ideación suicida de los adolescentes, aplicados de forma presencial en la Unidad Educativa San Alfonso a los adolescentes de 14 a 17 años mismos que se evidenció que de un total de 124 estudiantes existen 33 (26,6%) que tienen un alto riesgo de ideación suicida y 17 discentes (13,7%) un riesgo moderado, lo que se convierte en un problema para el adecuado desarrollo de la adolescencia.
- El diseño de la propuesta de intervención para la ideación suicida se diseñó para 33 estudiantes que presentaron un alto riesgo de ideación suicida en base a los resultados obtenidos mediante Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI), se trabajará dentro de la Unidad Educativa San Alfonso y está compuesta de nueve sesiones con diferentes técnicas, como la psicoeducación y técnicas cognitivo conductuales, con un tiempo establecido de 2 meses aproximadamente, se trabajará de forma individual con el estudiante con el fin de precautelar y respetar la confidencialidad del adolescente
- La propuesta de intervención es validada favorablemente por los expertos en las dimensiones procedimental con 7 indicadores y factibilidad con 2 indicadores, con un puntaje de  $v$  de Aiken superior de 0.90 lo que indica concordancia entre criterios y expertos, se concluye que los procesos, métodos y estrategias de intervención que componen a la propuesta, tienen niveles óptimos de validez, por lo que se considera que la propuesta de

intervención, es fiable y válida para ser aplicada en los adolescentes con alto riesgo de ideación suicida.

## RECOMENDACIONES

- Presentar los resultados de la investigación y la propuesta de intervención a los padres, representantes legales, autoridades y docentes de la Unidad Educativa San Alfonso para concientizar sobre la presencia de esta problemática y severidad de los casos, de igual manera la Unidad Educativa necesita ejecutar actividades que ayuden a desarrollar estrategias de afrontamiento a niños y adolescentes. Su personal docente podría recibir formación en temáticas de las emociones y suicidio que generen concientización sobre la importancia que tiene la participación de los docentes en el proceso de crecimiento de los niños y adolescentes.
- Es importante que el Ministerio de Educación, incluya la educación emocional y programas de afrontamiento en crisis dentro de la malla curricular de los programas educativos, pues es tan importante como el resto de las temáticas de estudio, es de conocimiento que el suicidio impacta no solo al entorno educativo sino familiar y, es primordial crear espacios para desarrollar habilidades adaptativas en los adolescentes que son muy necesarias para la vida diaria.
- Valorar de manera más exhaustiva y de forma individualizada los casos que arrojaron el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI), con alto riesgo de ideación suicida y verificar la eficacia de la propuesta de intervención y diseñar actividades de seguimiento para los estudiantes que mostraron niveles altos de ideación suicida.
- Es necesario investigar más el suicidio en adolescentes, porque es un problema social marcado, que con estrategias y seguimientos se detecte a tiempo y emplear más propuestas de intervención para superarlo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, Á. (2009). *Psicología de la adolescencia*. Barcelona, España: Marcombo.  
Recuperado de:  
[https://www.academia.edu/12005926/Psicolog%C3%ADa\\_de\\_la\\_adolescencia\\_Angel\\_Aguirre\\_Bastan](https://www.academia.edu/12005926/Psicolog%C3%ADa_de_la_adolescencia_Angel_Aguirre_Bastan)
- Álvarez, A. (2020). Clasificación de las investigaciones. Recuperado de:  
<https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/10818/restricted-resource?bitstreamId=b8261dda-583c-467d-947b-76c88ee9a029>
- Asamblea Nacional del Ecuador (2003). *Código de la Niñez y Adolescencia* (Registro Oficial 737). Recuperado de [https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/codigo\\_ninezyadolescencia.pdf](https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/codigo_ninezyadolescencia.pdf)
- Baquedano, S. (2021). El suicidio por causa ontológica: el caso Mainländer. *Tópicos*, (41),1-18. [fecha de Consulta 18 de enero de 2024]. ISSN: 1666-485X. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28870130001>
- Barón, B. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*, (6),48-69. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300605>
- Barragán, V. (2020). *Terapia dialéctico conductual en el tratamiento de conductas suicidas en adolescentes* (tesis de pregrado). Recuperado de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7877/1/8.-Valeria%20Michelle%20Barrag%c3%a1n%20Pinos-PSC.pdf>
- Cañón, S. & Carmona, A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397.

Córdoba, M., Rosales, M., Caballero, R. & Rosales, J. (2007). Ideación Suicida en Jóvenes Universitarios: su Asociación con Diversos Aspectos. *Psicosociodemográficos. Psicología Iberoamericana*, 15(2),17-21. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915933003>

De la Torre, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Centro de Psicología Aplicada (CPA). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid España. Recuperado de [http://www.uam.es/UAM/documento/1446762028628/protocolo\\_ideacion\\_suicida.pdf?blobheader=application/pdf](http://www.uam.es/UAM/documento/1446762028628/protocolo_ideacion_suicida.pdf?blobheader=application/pdf)

Dirección Nacional de Investigación de Delitos contra la Vida, Muertes Violentas, Desapariciones, Secuestro y Extorsión (DINASED, 2023). Recuperado de <https://www.policia.gob.ec/dinased/>

Durkheim, E. (1987). *El Suicidio*. Francia: Payot. Recuperado por <https://circulosemiotico.files.wordpress.com/2018/08/durkheim-c3a9mile-el-suicidio.pdf>

Escuelas Ecuador. (2021). Unidad Educativa San Alfonso. Escuelas Ecuador. Recuperado de <https://www.escuelasecuador.com/unidad-educativa-sanalfonso-tungurahua-ambato-18h0001>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2020), *¿Qué es la adolescencia?* Recuperado de <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>

García, M. (2013). *La psicoterapia hoy desde un enfoque cognitivo-conductual*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

- Gavidia, P. & Shugulí, C. (2016). *Ideación suicida y razones para vivir* (tesis de pregrado). Recuperado de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24165/2/Gavidia%20Bernal%20Pamela%20Stean%c3%ada.pdf>
- Gerstner, R., Carpio, J., Díaz, V., Troya, M. & López, M. (2021). “*Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o Intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador*”. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-intencion-e-intentos-de-suicidio.pdf>
- Gerstner, R., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffé, S. & Kestel, D. (2018) Epidemiología del suicidio de adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Rev Pan Am Salud Publica*. Recuperado de <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>
- Gómez, L., Arenas, L., Valdez, R., Rojas, M., Astudillo, C. & Agudelo, M. (2021). Barreras para la atención de las conductas suicidas en Ciudad de México: experiencias del personal de salud en el primer nivel de atención. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 40(1). Recuperado de <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e346540>
- Gómez, S., Agudelo, M., Nuñez, C., & Caballo, V. (2020). Riesgo suicida y su relación con la inteligencia emocional y la autoestima en estudiantes universitarios. *Terapia Psicológica*, 38(3), 403-426. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082020000300403>
- González, M. & Duarte, G. (2014). Terapia cognitivo- conductual y enfermería: A propósito de un caso. *Ene*, 8(1). Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100010>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, 2010). *Guía de práctica clínica de prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (I. Evaluación y Tratamiento). Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCprevencionconductasuicida.pdf>

Güemes, M., Ceñal, M. & Hidalgo, M. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, XXI (4), 233-244. Recuperado de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. 6ta. Edición. Recuperado de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Herrera, J. (2018). Las prácticas investigativas contemporáneas. Los retos de sus nuevos planteamientos epistemológicos. *Revista Scientific*, 3(7), 6–15. Doi: 10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2018.3.7.0.6- 15

Iglesias, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*, XVIII (2), 88-93. Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>

Instituto Nacional de estadística y Censos (INEC, 2012). Mortalidad Adolescente. Sistema Integrado de consultas electrónicas y estadísticas vitales. Recuperado de <http://inec.gov.ec>

Londoño, V. & Cañón, S. (2020). Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes escolarizados: revisión de tema. *Umanizales*. 20(2). Recuperado de <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3582>.

- López, E., Guzmán, G., López, C., & Rodríguez, A. (2011). Educación ambiental para la sustentabilidad, un paradigma que se reinventa después de treinta años. *Horizonte Sanitario*, 10(1),32-48. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845137002>
- López, L. (2019). Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicancias para la prevención. Jujuy, noroeste de Argentina. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 197–208. Recuperado de <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1872>
- Ministerio de Salud Pública (MSP, 2021). Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o Intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-intencion-e-intentos-de-suicidio.pdf>
- Molina, M. & Restrepo, D. (2018). “*Internet y Comportamiento Suicida En Adolescentes: ¿Cuál es la conexión?*”. *Revista Pediatría*, 51(2), 30–39. Recuperado de <https://revistapediatria.org/rp/article/view/109>
- Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica*. Neiva: Universidad Surcolombiana. Recuperado de <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9- 18 Recuperado de [http://www.revistapcna.com/sites/default/files/mosquera\\_2016\\_revision\\_critica\\_conduc](http://www.revistapcna.com/sites/default/files/mosquera_2016_revision_critica_conduc).

- Muñoz, M., Pinto, J., Callata, V., Napa, H. & Perales, C. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes universitarios entre 15 y 24 años. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 239-246. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342006000400002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400002&lng=es&tlng=es)
- Muñoz, Z. (2021). Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual en un paciente con depresión orgánica e ideación suicida. *Indexia*, (2), 23-28. Recuperado de [https://revistaindexia.com/wp-content/uploads/2021/08/Aplicacion-de-la-terapia-cognitivo-conductual-en-un-paciente-con-depresion-organica-e-ideacion-suicida-INDEXIA-2\\_.pdf](https://revistaindexia.com/wp-content/uploads/2021/08/Aplicacion-de-la-terapia-cognitivo-conductual-en-un-paciente-con-depresion-organica-e-ideacion-suicida-INDEXIA-2_.pdf)
- Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología* 15(2) 1-5. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3994798>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021). *Suicidio*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012). *Suicidio*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Osman, A., Gutiérrez, P., Jiandani, J., Barrios, F., Linden, S. & Truelove, R. (2003). Una validación preliminar del inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI) con muestras de adolescentes normales. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 493-512. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/jclp.10154>
- Oyanadel, C., Carrasco, H., Nanjarí, L., Peñate, J. & Sepúlveda, C. (2021). “Reduciendo La Ideación Suicida En Adolescentes Con Terapia de Perspectiva Temporal. Un Estudio Experimental.”. *Acta Colombiana de Psicología* 24(1), 63–71. Recuperado de <https://doi.org/10.14718/acp.2021.24.1.6>.

- Prieto, B., Pérez, M., Vianchá, M., Martínez, L., & Toro, R. (2018). Propiedades psicométricas del inventario de ideación suicida positiva y negativa PANSI. *Revista Evaluar*, 18(1).
- Reyna, T. & Tachella, D. (2016). *Ideación suicida en adolescentes* (tesis de pregrado). Recuperado de <https://repositorio.21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/13032/VARENGO%20Judith.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rivera, G. (2015). Suicidio: Consideraciones Históricas. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98. Recuperado en 18 de enero de 2024, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es&tlng=es).
- Rivero, J. & González, M. (2005) Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Unidad de Medicina del Adolescente. Servicio de Pediatría. Hospital de Móstoles, Madrid*. Recuperado de <https://cursos.aiu.edu/Desarrollo%20Humano%20II%20Adolescencia/PDF/Tema%202.pdf>
- Rodas, N., Toro, R., & Flores, P. (2021). Inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI): propiedades psicométricas en universitarios peruanos.
- Rodríguez, M., y Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Revista médica sanitas*, 21(3), 141-146.
- Rosselló, J., Duarté, Y., Bernal, G., & Zuluaga, P. (2011). Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 45 (3),321-329. [fecha de Consulta 18 de enero de 2024]. ISSN: 0034-9690. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28425426002>

- Salvo, L. & Castro, A. (2013). Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Revista médica de Chile*, 141(4), 428-434. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000400002>
- Sánchez, J., Villarreal, M., Musitu, G., & Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 279-287.
- Sánchez, F. (2020). *Síndrome de burnout*. Grupo Rodrigo Porrúa.
- Tamayo, J., Pérez, V., Molina, I., & Arroba, E. (2022). Caracterización del suicidio y su incidencia en la provincia de Tungurahua: estudio descriptivo y análisis estadístico. *Revista Científica UISRAEL*, 9(1), 81-99. Epub 10 de abril de 2022. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n1.2022.467>
- Valdivieso, V. (2017). El suicidio desde Platón y Karl Marx. Dos visiones distintas ante un mismo problema filosófico. *Versiones. Revista De Filosofía*, (12), 50–61. Recuperado a partir de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/versiones/article/view/330613>
- Villalobos, F. (2010). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa-PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9(2), 509-520.

## ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento Informado



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador | Sede  
Ambato

#### PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES

#### CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. / Sra.....

Por medio de la presente se quiere obtener su autorización para que su hijo(a)/representado (a), se le incluya como objeto de estudio en el proyecto de titulación “PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES”, llevado a cabo para la obtención de título de cuarto nivel Maestría en Psicología Clínica Mención en Psicoterapia Infantil y de Adolescentes en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Sede Ambato. El objetivo general de este proyecto es: Diseñar una propuesta de intervención para la ideación suicida en adolescentes de la Unidad Educativa “San Alfonso”. Para cumplir con este objetivo se ha planteado un instrumento: Como el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI). En esta carta se solicita su consentimiento para la participación de su hijo(a)/representado(a) en esta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. La colaboración en este estudio no tomará mucho tiempo. La participación será anónima, es decir, que el nombre no aparecerá de ningún modo ni en el instrumento, ni en los informes del proyecto que se redactarán. El instrumento de evaluación llevará un código desde el inicio que reemplazarán los nombres. Luego, los datos producidos por el instrumento serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que faciliten el curso de la investigación. Se garantiza la absoluta confidencialidad de la información. Si lo estima pertinente, recurra a la Dirección de posgrado de la PUCESA si tuviese alguna duda. Las personas a cargo del proyecto de titulación son: Carina Elizabeth Guevara Arroba estudiante y la Psc.Catherine Shugulí Mg directora del proyecto de titulación.

Autorizo la participación de mí hijo(a)/representado(a). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Representante C.C. \_\_\_\_\_

## Anexo 2. Carta de asentimiento informado



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

Sede  
Ambato

### PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES

#### CARTA ASENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Carina Elizabeth Guevara Arroba, actualmente soy maestrante de Psicología Clínica Mención en Psicoterapia Infantil y de Adolescentes por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Sede Ambato. Se realiza un trabajo de investigación con usted con la finalidad de identificar la presencia de ideación suicida y diseñar una propuesta de intervención para la ideación suicida en los adolescentes de la Unidad Educativa San Alfonso de la ciudad de Ambato. Para cumplir con este objetivo se ha planteado un instrumento: El Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI)), una carta de consentimiento informado dirigida a sus padres, una carta de asentimiento informado para usted y una ficha sociodemográfica. No tiene que contestar ahora si no desea, hable con sus padres primero, y si no entiende cualquier cosa pregunte las veces que quiera y yo le explicaré lo que necesite. Si decide no participar en este trabajo no pasa nada.

Si decide participar:

1. Se enviará una carta de consentimiento informado a sus padres.
2. Se hará la entrega de la ficha sociodemográfica para llenar en el espacio establecido por las autoridades.
3. Se aplicará el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI).
4. Todas las cosas que se haga, las guardaré entre nosotros y solo las comparto con los demás si usted está de acuerdo.
5. En caso de querer participar o no querer participar, haga un círculo en las opciones dadas.

Mientras realiza el trabajo si tiene alguna duda, pregunte todo lo que quiera saber y si más adelante no quiere seguir con el trabajo, pare si desea. Yo (nombre del adolescente):

SI quiero participar

NO quiero participar

Nombre/firma del profesional responsable:

### Anexo 3. Ficha sociodemográfica



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

Sede  
Ambato

#### FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Estimados alumnos de la Unidad Educativa “San Alfonso”, la presente ficha sociodemográfica de carácter confidencial hace parte de la investigación para la realización de la propuesta de intervención para la ideación suicida en adolescentes. Su participación en la ficha es importante, esto permite acercarnos a los objetivos de esta investigación.

*Lea detenidamente cada una de las indicaciones y complete la información requerida o marque con un “X” en la respuesta que corresponda.*

#### INFORMACIÓN GENERAL

<p><b>1. Edad</b></p> <p>4 ( )</p> <p>5 ( )</p> <p>6 ( )</p> <p>7 ( )</p>	<p><b>5. Con quién vive actualmente</b></p> <p>Madre ( )</p> <p>Padre ( )</p> <p>Hermanos (as) ( )</p> <p>Abuelos ( )</p> <p>Tíos ( )</p> <p>Primos ( )</p> <p>Otro ___ ¿Cuál? _____</p>
<p><b>2. Género</b></p> <p>Masculino ( )</p> <p>Femenino ( )</p> <p>Otro ___ ¿Cuál? _____</p>	<p><b>9. ¿Señale cómo percibe a su familia? <sup>[Obj.]</sup></b></p> <p><b>Funcional ( )</b></p> <p><i>Familias funcionales o sanas pueden actuar para resolver los conflictos familiares.</i></p> <p><b>Disfuncional ( )</b></p> <p><i>Familias disfuncionales o enfermas son fuente permanente de conflictos.</i></p>

<p><b>3. Escolaridad</b></p> <p>Décimo ( <input type="checkbox"/> )</p> <p>Primero de Bachillerato ( <input type="checkbox"/> )</p> <p>Segundo de Bachillerato ( <input type="checkbox"/> )</p> <p>Tercero de Bachillerato ( <input type="checkbox"/> )</p>	<p><b>10. En éstos últimos tres meses, ¿usted asistido al psicológico?</b></p> <p>Si ( <input type="checkbox"/> )</p> <p>No ( <input type="checkbox"/> )</p>
<p><b>4. Sector del domicilio</b></p> <p>Urbano ( <input type="checkbox"/> )</p> <p>Rural ( <input type="checkbox"/> )</p>	<p><b>11. ¿Existen antecedentes de suicidio en su familia?</b></p> <p>Sí ( <input type="checkbox"/> )</p> <p>No ( <input type="checkbox"/> )</p>
<p><b>5. Identificación Étnico</b></p> <p>Mestizo(a) ( <input type="checkbox"/> )</p> <p>Indígena ( <input type="checkbox"/> )</p> <p>Afro ( <input type="checkbox"/> )</p> <p>Blanco(a) ( <input type="checkbox"/> )</p> <p>Otro __ ¿Cuál? _____</p>	<p><b>12. ¿Existen antecedentes de suicidio en su entorno cercano?</b></p> <p>Si ( <input type="checkbox"/> )</p> <p>No ( <input type="checkbox"/> )</p> <p><b>(Si tu respuesta es SI marca en las opciones)</b></p> <p>Amigo/a ( <input type="checkbox"/> )</p> <p>Novio/a ( <input type="checkbox"/> )</p> <p>Vecino ( <input type="checkbox"/> )</p> <p>Compañero de colegio ( <input type="checkbox"/> )</p> <p>Otro __ ¿Cuál? _____</p>
<p><b>6. Situación socioeconómica familiar:</b></p> <p>Mala ( <input type="checkbox"/> )</p> <p>Regular ( <input type="checkbox"/> )</p> <p>Buena ( <input type="checkbox"/> )</p> <p>Muy buena ( <input type="checkbox"/> )</p>	

**Responsable: Psc. Carina Guevara**

*Agradezco su colaboración*

## Anexo 4. Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI)



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador | Sede  
Ambato

### Instrucciones

#### Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI)

Señala la frecuencia con la que has tenido estos pensamientos y sentimientos.

**1. Nunca 2. Rara Vez 3. A Veces 4. Frecuentemente 5. Siempre**

N	Ítem	NUN CA 1	RAR A VEZ 2	A VECE S 3	FRECUE NTE 4	SIEMP RE 5
1	¿Has considerado seriamente matarte porque no pudiste cumplir con lo que otras personas esperaban de ti?					
2	¿Has sentido que tenías el control de la mayoría de las situaciones de tu vida?					
3	¿Pensaste en matarte porque no tenías esperanza en el futuro?					
4	¿Te sentiste tan triste por tu relación con alguien importante, que quisiste estar muerto?					
5	¿Pensaste en matarte porque no pudiste hacer algo que era muy importante en tu vida?					

6	¿Tuviste esperanza en el futuro porque las cosas estaban saliendo como tu querías?					
7	¿Pensaste en matarte porque no encontraste una solución a un problema personal?					
8	¿Te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?					
9	¿Pensaste en matarte porque viste que tu vida era un fracaso?					
10	¿Pensaste que tus problemas eran tan graves que la única opción que tenías era suicidarte?					
11	¿Te sentiste tan solo(a) o tan triste que querías matarte para así terminar con ese sufrimiento?					
12	¿Tuviste confianza en las capacidades que tenías para enfrentar la mayoría de los problemas de tu vida?					
13	¿Sentiste que valía la pena vivir la vida?					
14	¿Tuviste confianza en lograr tus metas en el futuro?					

## Anexo 5. Contrato terapéutico

Fecha:

Validez del contrato hasta la fecha:

Yo..... acuerdo con la psicóloga .....que en el caso de sentirme muy mal o aparecer pensamientos suicidas no voy a hacerme daño o suicidarme. En este caso haré lo siguiente:

- Hacer algo físico (EJEMPLO: dar una vuelta o pasear, hacer ejercicio) como lo siguiente:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

- Hace algo que me resulta o resultaba agradable (tanto si te parece agradable ahora mismo como si no) como lo siguiente:

.....  
 .....

- Llamar y hablar con un amigo y otra persona, como con (lista de nombres y teléfonos

.....  
 .....

- Psicólogo:

-Médico:

- Emergencias:

- Servicio telefónico de ayuda:

- Otros:

## Anexo 6. Termómetro de Ánimo

Termómetro de Ánimo							
Día de la semana							
<b>Estado de ánimo bueno.</b>	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6
<b>Estado de ánimo regular.</b>	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2
<b>Estado de ánimo pésimo.</b>	1	1	1	1	1	1	1
¿Cuántas actividades saludables hizo cada día?							

### Anexo 7. Clasificar mi estado de ánimo

Califique su estado de ánimo antes y después de la sesión			
Antes de que asistiera a la sesión hoy, mi estado de ánimo era (circule un número).		Ahora mi estado de ánimo es (circule un número).	
El mejor estado de ánimo.	9	El mejor estado de ánimo.	9
	8		8
	7		7
	6		6
Estado de ánimo regular.	5	Estado de ánimo regular.	5
	4		4
	3		3
	2		2
Estado de ánimo pésimo.	1	Estado de ánimo pésimo.	1

### Anexo 8. Registro ABCD

<b>A. Evento Activante</b> (antecedente/desencadenante). ¿Qué sucedió?	<b>B. Belief</b> (creencias/pensamientos)	<b>Consecuencia</b> ¿Cómo reaccionaste?	<b>D. Discutir o Debatir la creencia</b> (respuesta racional alternativa)
Darme cuenta de que la casa está desordenada.	Podría mantener las tareas de casa al día. Soy un inútil.	Llanto/ bajón	No soy una inútil – estoy deprimida en estos momentos. Aunque sea preferible mantener las tareas de casa al día, no es una ley del universo.

## Anexo 9. Reestructuración cognitiva

<b>Hoja de debate de pensamiento o reestructuración cognitiva</b> (Basado en la RCCCS de Bas y Adrés, 1986)	
Nombre:	Fecha:
<b>Pensamiento</b>	
¿Por qué es importante para mí?	¿Qué significa para mí?
Grado de creencia (0-100) <b>antes</b> del debate: % Grado de creencia (0-100) <b>después</b> del debate: %	
<b>PROCESO DE DEBATE</b>	
Distorsiones cognitivas:	
Ideas Irracionales:	
<b>VALIDEZ DE ESTE PENSAMIENTO</b>	
Hechos a favor de este pensamiento	
Hechos en contra de este pensamiento	
<b>UTILIDAD DEL PENSAMIENTO: CONSECUENCIAS DE CAMBIAR ESTE PENSAMIENTO</b>	
Ventajas	
Inconvenientes	

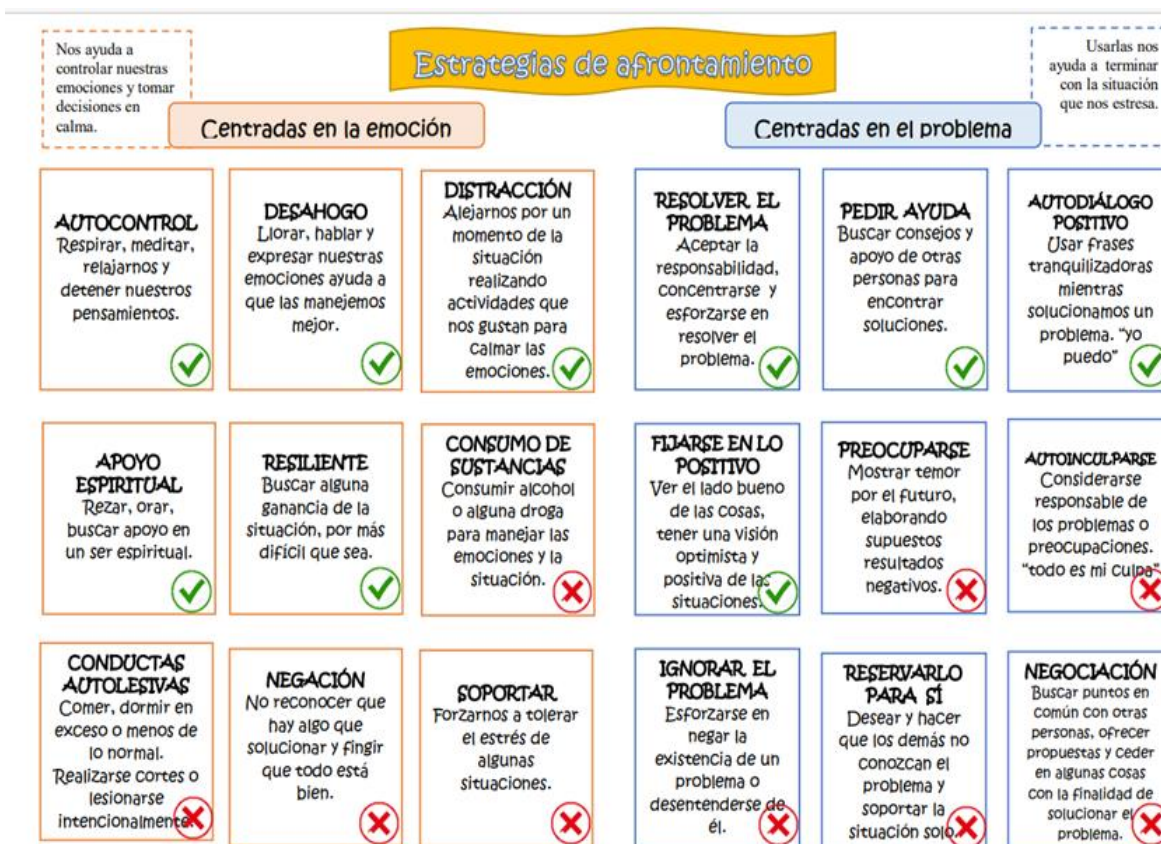
<b>PENSAMIENTO ALTERNATIVO Y GRADO DE CREENCIA (0-100)</b>
Este pensamiento me lo creo en un %
<b>COMO ME SIENTO AHORA</b>
<b>¿QUÉ CONSIGO HACER ENTONCES?</b>

## Anexo 10. Metáfora del autobús

### Metáfora del autobús

*La mente es como un autobús, y nosotros somos el conductor. A lo largo del día, van a subir y bajar muchos pasajeros, que serían los pensamientos. Algunos pasajeros se sientan al final y no molestan durante todo el trayecto. Otros, sin embargo, se sientan en el asiento delantero, y están constantemente con críticas o quejas de la conducción. Otros, también se ponen a discutir a gritos con otros pasajeros o simplemente a incomodarnos todo el camino con su conducta. El poder de estos pasajeros se basa en amenazas al conductor (nosotros) del tipo: “si no haces lo que te decimos, aparecemos y haremos que se mire, y te sentirás mal”. Parece que hacen mucho daño, y por eso usted acepta el trato y hace lo que le dicen para que le dejen tranquilo y se vayan al final del autobús donde no los vea. Intente mantener el control de los pasajeros, en realidad ha perdido la dirección del autobús ¡Ellos no giran el volante, ni manejan el acelerador ni el freno, ni deciden dónde parar! El conductor es usted. Que no decidan tus pasajeros por tí”.*

## Anexo 11. Formas de afrontamiento



## Anexo 12. Actividades que vas a disfrutar

<b>Tablas de adivinar el placer</b>		
<p><b>Instrucciones:</b> Averigüe que tan bueno/a es para adivinar la diversión. En la columna de la izquierda escriba algunas actividades nuevas que podría hacer. Use el sistema de calificación de las estrellas para predecir cuanto disfrutará las actividades. Haga dos o más de las actividades, luego clasifique cuanto disfrutó de la actividad en REALIDAD.</p> <p>¿Ve algún parecido en los hechos? ¿Qué ha aprendido? Observa en los ejemplos de que a veces la persona disfruta una actividad más de lo que él o ella esperaba.</p>		
* Para nada ** un poco	*** moderadamente **** mucho	***** muchísimo
<b>La actividad</b>	<b>Antes de hacer la actividad: ¿Cuánto piensa que disfrutará esta actividad?</b>	<b>Después de hacer la actividad: ¿Cuánto realmente disfrutó de la actividad?</b>
<b>Ejemplo:</b> Ir al museo	**	***
Hablar con un amigo	***	*****

### Anexo 13. Mi proyecto de vida

<b>Mi proyecto de vida</b>	
<i>Metas a largo y corto plazo</i>	
<p><b>Mi meta a largo plazo</b> (en algún momento el próximo año o más adelante).</p>	<p><b>Mi meta a corto plazo</b> (en los próximos seis meses).  <i>Para alcanzar mi meta a largo plazo, necesito fijar una meta a corto plazo que me ayudará a llegar a la meta de largo plazo. Mi meta a corto plazo es:</i></p>
<p><b>Pasos para alcanzar mi meta a corto plazo</b>  <i>Piense en estas preguntas relacionadas a lo que usted necesita hacer para lograr su meta a corto plazo.</i></p>	
Yo voy a empezar (cuándo):	
Yo voy a hacer (qué):	
Yo voy a hacer este tanto (que tanto o que poco):	
Yo lo haré en este lugar (dónde):	
Yo lo haré de esta manera (su método o los pasos que va a tomar):	
<b>¡Celebre!</b>	
Yo celebraré el alcance de mi meta a corto plazo:	
Yo celebraré el alcance de mi meta a largo plazo:	

## Anexo 14. Instrumento de validación juicio de expertos

### Respetado Juez experto:

Usted ha sido seleccionado para evaluar la “**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA IDEACIÓN SUICIDA**”. Su evaluación y observaciones a la presente propuesta, es de gran relevancia para su utilidad, validez y aplicabilidad con los adolescentes. Se Agradece su colaboración y aporte para esta investigación.

### Datos personales:

**Nombres y apellidos del juez:**

**Título académico:**

**Áreas de experiencia profesional:**

**Tiempo que lleva como profesional:**

**Cargo actual:**

**Institución a la que pertenece:**

**Nivel de conocimiento y argumentación:**

Realice una valoración sobre el nivel de conocimiento e información que posee usted sobre la ideación suicida. Marque con una X, en una escala creciente del 1 al 10. El número 1, es el nivel más bajo de conocimiento y 10 el más alto grado de conocimiento o información que tienen sobre el tema a estudiar.

¿Cuál es el nivel de conocimiento e información que posee sobre ideación suicida?									
CONOCIMIENTO									
Mínimo					Máximo				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

La siguiente tabla muestra diferentes fuentes de argumentación de dónde se obtiene su conocimiento e información acerca de ideación suicida. Marquen con

una X, la influencia que tiene cada fuente de argumentación en el nivel de conocimiento que usted tiene sobre el tema de estudio.

<b>¿Cuál es la influencia que tiene cada fuente de argumentación, por las que se valió usted para obtener su nivel de conocimiento sobre ideación suicida?</b>			
	Grado de influencia		
<b>Fuentes de argumentación</b>	<b>ALTO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>BAJO</b>
1. Investigación realizada por usted sobre ideación suicida.			
2. Experiencia en la atención de sujetos con ideación suicida.			
3. Trabajos de autores nacionales sobre ideación suicida.			
4. Trabajos de autores extranjeros sobre ideación suicida.			
5. Su conocimiento sobre ideación suicida y su influencia en la vida personal.			
6. Conocimiento de ideación suicida por intuición.			

### **Datos sobre la investigación**

**Objetivo de la investigación:** Diseñar una propuesta de intervención para la ideación suicida en adolescentes de la Unidad Educativa San Alfonso.

**Objetivo de la propuesta:** Desarrollar un plan de intervención cognitivo conductual para disminuir el nivel alto de ideación suicida en adolescentes de la Unidad Educativa San Alfonso.

**Objetivo del juicio de expertos:** Realizar una validez de contenido de la propuesta de intervención para la ideación suicida en adolescentes de la Unidad Educativa San Alfonso.

### **Propuesta a ser evaluada**

Se entiende por ideación suicida a la presencia de ideas por terminar su propia vida, por lo que se considera importante que durante la adolescencia se aporte positivamente en brindar factores protectores, debido que es un período en el cual surgen diversos cambios a nivel físico, psicológico y social.

Con base a los resultados obtenidos a través de la investigación realizada, acerca de los niveles de ideación suicida en los adolescentes de la Unidad Educativa "San Alfonso" de la ciudad de Ambato con un total de 124 estudiantes, se plantea elaborar una propuesta de intervención para la ideación suicida en los adolescentes. Por lo cual, la presente propuesta de intervención tiene como beneficiarios a 33 adolescentes entre los 14 a 17 años, que marcaron un alto nivel de ideación suicida, que corresponden a la población escogida dentro del estudio, se plantea ejecutar 9 sesiones en un tiempo estimado de 60 minutos por sesión, de manera individual, se utiliza la psicoeducación y técnicas procedentes de la terapia cognitivo conductual.

Para evaluar la validez de contenido de este plan de intervención propuesto, se le solicita su valoración, se considera los siguientes criterios con sus indicadores. Si desea agregar un nuevo aspecto a la propuesta u observación, escríbalo al final y justifique su inclusión.







## Anexo. 15

### Información de expertos

Se hace la sección de profesionales en calidad de expertos de acuerdo al grado de conocimiento y argumentación.

Nombre	Título	Experiencia profesional	Lugar de trabajo	Cargo actúa
Marlon Mayorga Lascano	Doctor en Psicología Clínica, Magíster en Ciencias de la Educación, Máster en Neuropsicología y Educación.	21 años en Psicología, Comportamiento Humano, Rendimiento Académico, Consumo de Sustancias	PUCE- Ambato	Docente investigador
Ana del Rocío Martínez	Dra. Psicología Clínica, Mg. Psicología Educativa, Mg. Psicología Clínica con mención en Psicoterapia Infantil y de Adolescentes.	20 años en Salud y educación	PUCE- Ambato	Docente de la Escuela de Psicología
Dayamy Lima Roja	Licenciada en Psicología y Máster en Dirección	26 años en Psicología Clínica y Psicología Organizacional	PUCE- Ambato	Docente de la Escuela de Psicología
Flavio Bonilla Flores	Master en Psicopedagogía en la Especialidad de Intervención Psicopedagógica en Educación Infantil y Primaria.	13 años en Salud y educación	Ministerio de Salud Pública	Ministerio de Salud Pública
William Jiménez Flores	Psicólogo Clínico, Mg. Terapia Psicológica y PHD en Psicología Forense	10 años en Salud, Educación Superior, Judicial	Universidad Técnica de Ambato	Docente en la Uta

Fuente: Elaboración propia (2024)