



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Procesos de Psicología de la Salud

Nombre del trabajo

Ideación suicida: Prevalencia y factores determinantes en trabajadores de la industria hotelera del municipio de Los Cabos-San Lucas, BCS

Tipo de manuscrito

Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Esmeralda Maldonado Bahena

Director: Doctor Omar Moreno Almazán

Dictaminadores: - Vocal: Lic. Dulce María Velasco Hernández
- Secretaria: Dra. Liliana Chimal Ornelas
- Suplente: Lic. Graciela Gutiérrez González
- Suplente: Dra. Oralia Espinoza Montiel



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México; a 01 de junio de 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Resumen	2
Presentación	5
Introducción	7
CAPÍTULO 1. CONCEPTOS GENERALES SOBRE EL SUICIDIO	10
Definiciones	10
El proceso del riesgo suicida	12
Factores internalizantes y externalizantes del suicidio	18
CAPÍTULO 2. EL PAPEL DE LA PSICOLOGIA ANTE EL SUICIDIO	22
Procesos de evaluación y detección de riesgo suicida	23
Métodos de intervención psicológica	26
Procesos en la detección y tratamiento del suicidio	29
CAPÍTULO 3. DETECCION Y ATENCION AL RIESGO SUICIDA EN EMPLEADOS DEL SECTOR HOTELERO	35
Planteamiento del problema	35
Justificación	36
Objetivo	37
Tipo y diseño de intervención	37
Participantes	37
Instrumentos	38
Procedimientos	41
Análisis estadístico	42
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	43
Estadística descriptiva	43
Situación que considera el inicio del problema	60
Estadística inferencial	71
CAPÍTULO 5. HALLAZGOS RELEVANTES Y CONCLUSIONES	73
Consideraciones finales	74
Limitaciones	75
Conocimientos adquiridos durante el proyecto	75
Aplicaciones de la presente investigación	75
Recomendaciones posteriores	76
Referencias	77
ANEXOS	89

Resumen

El suicidio es una de las principales causas de muerte a nivel mundial y de las que pocos sujetos hablan. Según la OMS, cada cuarenta segundos se suicida una persona. En el caso de México, de acuerdo con cifras del INEGI (2022), el total de suicidios durante el año 2021 fue de 8 351, reportados mayormente del sexo masculino, siendo el grupo de mayor riesgo el de 15 a 29 años de edad. En Baja California Sur no es la excepción, puesto que tan sólo en el año 2021 la cifra fue de 58 suicidios. Debido a la importancia de este tema se considera aplicar la presente investigación en la industria hotelera de Los Cabos-San Lucas, ya que en este municipio se presenta la mayor concentración de habitantes por su zona turística, en dónde la hotelería es la principal fuente de empleos, además de que dicha población no ha sido estudiada anteriormente en el país. Para ello se toma una muestra de 300 empleados seleccionados de forma probabilística en el hotel Hacienda del Mar (en donde el 40% son meseros y cocineros, y el 60% restante es ocupado por personal de limpieza y de mantenimiento), con el objetivo de conocer la prevalencia y los factores determinantes que influyen en la ideación suicida, esto con la aplicación de la escala de riesgo de suicidio de Plutchik y considerando datos sociodemográficos que permitan conocer más sobre su estilo de vida, nivel de apoyo social y los problemas que padece. Además de analizar el grado de impulsividad y depresión de los sujetos con puntuaciones altas de ideación suicida. Los resultados arrojan que únicamente 16 de ellos, esto es, el 5.33% de la muestra poblacional, tienen ideaciones suicidas, mismos con los que se continúa en el resto de la investigación. Se trabaja con un diseño transversal, descriptivo-comparativo, con enfoque cuantitativo, de tipo no experimental. Los resultados arrojaron que, en el tema de la impulsividad, como variable independiente, únicamente la orientación sexual muestra es estadísticamente significativa, arrojando valores de $F = 4.163$, $p = .040$, sin embargo, no hay diferencias entre el resto de las variables. En cuanto a las correlaciones de las variables independientes, existe una relación positiva, pero con bajo nivel de significancia entre la impulsividad y la depresión, con una $r = .440$, $p = .088$, en el resto de las variables no existe una relación que se pueda demostrar en esta muestra. Se concluye que, aunque factores inicialmente considerados pueden influir de cierta forma en

los sujetos, ninguno en sí mismo es capaz de provocar ideación suicida sin el predominio de la depresión y la impulsividad.

Palabras clave: Ideación suicida, depresión, impulsividad, hotelería, personalidad, riesgo suicida, terapia cognitivo conductual.

Summary

Suicide is one of the main causes of death worldwide and about which few subjects speak. According to the WHO, every forty seconds a person commits suicide. In the case of Mexico, according to figures from INEGI (2022), the total number of suicides during 2021 was 8,351, reported mostly by men, with the highest risk group being 15 to 29 years of age. Baja California Sur is no exception, since only in 2021 the figure was 58 suicides. Due to the importance of this topic, it is considered to apply the present investigation in the hotel industry of Los Cabos-San Lucas, since in this municipality there is the highest concentration of inhabitants for its tourist area, where the hotel industry is the main source of income. jobs, in addition to the fact that said population has not been previously studied in the country. For this, a sample of 300 employees selected probabilistically at the Hacienda del Mar hotel is taken (where 40% are waiters and cooks, and the remaining 60% is occupied by cleaning and maintenance staff), with the aim of knowing the prevalence and determining factors that influence suicidal ideation, this with the application of the suicide risk scale of Plutchik and considering sociodemographic data that allow us to know more about his lifestyle, level of social support and the problems he suffers. In addition to analyzing the degree of impulsivity and depression of subjects with high scores of suicidal ideation. The results show that only 16 of them, that is, 5.33% of the population sample, have suicidal ideation, the same with which the rest of the investigation continues. We work with a cross-sectional, descriptive-comparative design, with a quantitative approach, of a non-experimental type. The results showed that, in the subject of impulsivity, as an

independent variable, only the sexual orientation sample is statistically significant, yielding values of $F = 4.163$, $p = .040$, however, there are no differences between the rest of the variables. Regarding the correlations of the independent variables, there is a positive relationship, but with a low level of significance between impulsivity and depression, with $r = .440$, $p = .088$, in the rest of the variables there is no relationship. that can be demonstrated in this sample. It is concluded that, although factors initially considered may influence the subjects in a certain way, none in itself is capable of causing suicidal ideation without the predominance of depression and impulsivity.

Keywords: Suicidal ideation, depression, impulsivity, hospitality, personality, suicidal risk, Cognitive Behavioral Therapy.

Presentación

En la mayoría de los sujetos que cometen suicidio, independientemente al factor relacionado a su decisión, existe un sufrimiento agotador del que no pueden escapar o al menos eso creen y sienten en ese momento, por lo que no están buscando la muerte en sí, sino escapar de esa vida en la que no encuentran esperanza alguna de que las cosas mejoren (Shneidman E.,1984). La OMS lo define como un acto deliberado de quitarse la vida, diferenciando el suicidio, del intento de suicidio. El primero es con intención letal, mientras que en el segundo está la intención, pero la muerte no es consumada (OMS, 1969, p.12). Según cifras del IMSS (2022), en México, por cada suicidio consumado hay al menos 20 intentos de suicidio no letales, así mismo hay personas que por desinformación y estigma tardan hasta catorce años en llegar a un servicio de psiquiatría.

El propósito de la presente investigación es detectar dentro del sector turístico hotelero a personas en riesgo de cometer un suicidio, así como identificar los factores que influyen en sus ideaciones. Para ello nos centraremos en un estudio aplicado en el hotel Hacienda del Mar, del municipio de Los Cabos-San Lucas, Baja California Sur. Dicho estudio se plasmará en cinco capítulos:

- Capítulo 1 Conceptos generales sobre el suicidio: se enumeran los principales factores de riesgo y de protección que influyen en la toma de decisiones de una persona con riesgo suicida, así como los principales trastornos o enfermedades mentales que intervienen en su ideación suicida.
 - Definiciones
 - El proceso del riesgo suicida
 - Factores internalizantes y externalizantes del suicidio
- Capítulo 2 El papel de la psicología ante el suicidio:
 - Procesos de evaluación y detección de riesgo suicida
 - Métodos de intervención psicológica

- Procesos en la detección y tratamiento del suicidio
- Capítulo 3 Detección y atención al riesgo suicida en empleados del sector hotelero:
 - Planteamiento del problema
 - Justificación
 - Objetivos
 - Tipo y diseño de intervención
 - Participantes
 - Instrumentos
 - Procedimientos
 - Análisis estadístico
- Capítulo 4 Análisis de resultados: se presentan los resultados de los test aplicados a la población seleccionada, identificando así a las personas vulnerables al suicidio, y con ello el grupo al que corresponde de acuerdo a la edad, el sexo y los principales factores determinantes a dicha ideación. Esto con ayuda de tablas, gráficas y el uso de herramientas informáticas y matemáticas.
- Capítulo 5 Hallazgos relevantes y conclusiones: se plasman las conclusiones obtenidas de la investigación considerando la información existente sobre el tema. Identificando también si se lograron los objetivos planteados al inicio de la investigación y si ha superado o no las expectativas en general de aportar nueva información al tema.
- Referencias
- Anexos

Introducción

De acuerdo con cifras del INEGI (2022), el total de suicidios en México durante el año 2021 fue de 8 351, reportados mayormente del sexo masculino con una tasa de 10.9 suicidios por cada 100 mil (6 785), mientras que, en el caso de las mujeres, la tasa de suicidios fue de 2.4 por cada 100 mil (1 552). En cuanto a las edades con mayor riesgo, se encuentran los sujetos de entre 15 a 29 años con una tasa de 10.4 por cada 100 mil personas, esto es mucho mayor que años anteriores. El segundo grupo de mayor riesgo en cuanto a la edad, son los que oscilan entre 30 y 59 años con una tasa de 8.3 por cada 100 mil.

En el tema de los hombres, podría influir en estas cifras el peso de la cultura machista, ya que no permite a muchos hombres expresar sus emociones, lo que les impide hablar del tema y creer que no hay solución. La depresión en hombres no se ha podido diagnosticar de forma correcta debido a este tipo de causas, son más propensos a suprimir sus emociones para evitar ser juzgados, por lo que son más propensos que las mujeres en refugiarse en el alcohol y las drogas (Álvarez, N., Ochoa, Á., 2014).

Segun González-Abarca AJ et al, (2014), “el suicidio es un fenómeno real, producto del efecto de los factores personales, psicosociales, familiares y psiquiátricos” (p.48). Para algunos adolescentes, puede jugar un papel muy importante en la ideación suicida los problemas escolares, la falta de conexiones sociales y los problemas o trastornos psicológicos. En edades un poco más maduras, los factores asociados a una ideación suicida pueden ser las cuestiones económicas, sentimentales, o inclusive biológicas. En personas de tercera edad, las enfermedades, la soledad, o la añoranza pueden ser de los principales factores para considerar esta decisión. Durante las diferentes etapas de la vida puede adquirirse una mayor vulnerabilidad hacia el acto suicida, por lo que es importante intervenir en cada una de estas etapas (Mansilla, F., s.f). Dentro de los trastornos psicológicos más comunes en la ideación suicida está la depresión, ya que dicha sintomatología activa esquemas cognitivos irracionales y el sujeto percibe la realidad y su

entorno de forma negativa y/o desadaptativa (Sales A., 2015).

Según cifras de la asociación internacional para la prevención del suicidio (IASP), a nivel mundial se estima que 703,000 personas mueren por suicidio cada año (“IASP”, 2023). En México, las entidades que presentan mayores tasas de suicidio son Chihuahua, Yucatán y Campeche respectivamente. Baja California Sur ocupa el décimo lugar en suicidios en el país con una cifra de 58 suicidios en el 2021, en donde los principales métodos utilizados para cometer suicidio es el ahorcamiento-sofocación, (INEGI, 2022).

Las autoridades de la salud estatal han buscado disminuir las cifras anuales de suicidios cometidos en Baja California Sur. Desde el año 2014 al 2019 se han aplicado tamizajes para detección de pensamientos suicidas por la secretaría de salud de la entidad, a personas que presentan riesgo derivado de problemas mentales. Estos son aplicados principalmente en unidades de especialidades médicas en Salud Mental y en centros de atención primaria en adicciones que posee el estado, considerando también los centros educativos. Se han enfocado en capacitar a más de 7500 jóvenes voluntarios para detectar compañeros con esta problemática y así poder ayudar a prevenirla. También se cuenta con la línea de la esperanza (612 165 4761) enfocada en ofrecer primeros auxilios psicológicos (“Secretaría de Salud de Baja California Sur”, 2020). Sin embargo, estas medidas están enfocadas únicamente a tres sectores de la población de forma prioritaria, a personas con alguna enfermedad mental, adictos en recuperación y a jóvenes estudiantes; la línea de la esperanza es para el público en general, pero al no haber mucha información al respecto, no todos saben de su existencia. El eliminar el tabú sobre el tema del suicidio es un paso enorme que nos acerca más la disminución de cifras de suicidas, ya que en muchos países aún existe el tabú sobre el tema del suicidio y en algunos otros, los intentos de suicidio son un delito. Es como si el no hablar de ello hiciera que no existiera (Angulo, L, 2022).

En Baja California Sur, particularmente en el municipio de Los Cabos, la economía se basa principalmente en el turismo, tal es su éxito, que según cifras del INEGI entre el 2015 y el 2020 llegaron a vivir 72,475 personas al Estado, procedentes del resto de las entidades del país, principalmente de Guerrero, Sinaloa, Estado de México, Veracruz y Ciudad de México. Cabe mencionar que más del 50% de los inmigrantes nacionales al estado de Baja California Sur lo hacen por razones laborales (INEGI Cuéntame, 2020), por

lo que muchos de ellos no viajan con su familia, muchas veces llegan solos a rentar algún lugar y poder trabajar para visitar a su familia durante sus vacaciones. Lo que podría resultar un factor involucrado en la ideación suicida en algunos de sus habitantes.

En este sentido, considerando que la hotelería es una de las mayores fuentes de ingresos en el municipio de Los Cabos. El objetivo de la presente investigación es identificar empleados con riesgo suicida en uno de los hoteles de Los Cabos-San Lucas considerando el sexo, el estado civil, la edad, círculo social, nivel de apoyo, orientación sexual, estado de salud física y mental, documentando también los factores que podrían intervenir en dichos pensamientos suicidas. Esto con el fin de detectar el tipo de suicidio que pudiera presentarse en los casos de riesgo, así como las probables causas, permitiendo promover y fortalecer estrategias en promoción de la salud mental en dicho hotel, además de recolectar información importante sobre ese sector de la población para futuros estudios. Cabe señalar que por la falta de tiempo no será posible intervenir más allá en el problema, sin embargo, se referirá a los sujetos con puntuaciones altas en ideación suicida a profesionales de la salud o centros de apoyo que puedan continuar con su tratamiento.

CAPÍTULO 1. CONCEPTOS GENERALES SOBRE EL SUICIDIO

Definiciones

La autoaniquilación puede tener varias definiciones dependiendo la perspectiva de cada autor. La OMS define el suicidio como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal (INEGI, 2022). Mientras que el intento de suicidio es el mismo acto cuando no causa la muerte (OMS, 1969). Para Stone, D.M et al. (2017), es la muerte causada por un comportamiento perjudicial dirigido hacia uno mismo, adoptado con la intención de morir a causa de dicho comportamiento, mientras que el intento de suicidio lo define como un comportamiento no mortal, potencialmente perjudicial, dirigido hacia uno mismo... los intentos de suicidio pueden o no tener como resultado una lesión” (p. 7). Por su parte, Emile Durkheim (1897), denomina suicidio a “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, a sabiendas del resultado”. Mientras que la tentativa sería el mismo acto cuando no llega a término y no arroja como resultado la muerte (p.13). Por otro lado, Shneidman (como citó en Rangel V. J. y Jurado C. S, 2022), considera al suicidio como un acto consciente de aniquilación autoinducida, mejor entendida como un malestar multidimensional en las necesidades de un individuo que representa un problema para el cual el suicidio se percibe como la mejor solución (p. 40). En palabras de Echeburúa, E. (2015), “el suicidio es una urgencia vital ubicada no sólo en un contexto biográfico de pérdida de la salud de la persona, sino también de debilitamiento de sus redes afectivas y sociales” (p. 118). Dicha palabra tiene raíces del latín moderno: sui, indicando a uno mismo, y el sufijo -cidium, que plantea un asesinato, asociado al verbo caedere, que refiere a matar explícitamente (Veschi, B, 2019).

Tipos de suicidios tomando en cuenta su regulación e integración social según Durkheim

Suicidio egoísta: El individuo a medida que crece es más dependiente de la sociedad. Cuando esta participación social no se da y el individuo tiende a ser solitario. Es posible que al no tener de dónde agarrarse fuera de sí mismo, busca dentro de sí, en donde muchas veces al sobre pensar las cosas llega a la conclusión de que nada tiene sentido.

Suicidio altruista: El individuo es totalmente absorbido por el grupo/sociedad y por consiguiente no tiene ningún tipo de individualidad o esta es demasiado rudimentaria. El individuo es importante únicamente como un medio dentro del grupo, por el que está dispuesto a dar la vida por el bienestar de este.

Suicidio anómico: Es la pasión, al no reconocer nuevos límites, la que carece de objetivo. Al cambiar totalmente las reglas, el individuo vive una ruptura del equilibrio del que estaba acostumbrado, la actividad social está desorganizada, lo que genera mucho sufrimiento.

Suicidio fatalista: El individuo se ve atrapado ya sea por su mente, o por alguna circunstancia externa. Como lo son las personas que lo tienen todo y ya nada puede satisfacerlos o aquellos presos que al saber que jamás verán la luz del día están dispuestos a quitarse la vida (Durkheim, E. 2015, [1897]).

Considerando la intención existen otros tipos de suicidio, como lo son:

Parasuicidio o Suicidio Histriónico: Existen algunos casos en los que el individuo atenta contra su vida sin la intención de terminar con ella, o terminar con su vida si no obtiene los cambios deseados que otra persona le debe proporcionar. Muchas veces este tipo de suicidas no miden el peligro y terminan quitándose la vida de forma real.

La ideación suicida por balance: Esta surge en las personas que a pesar de sus esfuerzos no logran obtener la situación deseada. Engloba más a las personas de la tercera

edad que creen que ya no hay nada que aportar o recibir de esta vida.

Tipos de suicidios tomando en cuenta lo que motiva a cometer el acto según Neira Villar J. (2016):

- **Suicidio de escape-huida:** El tipo de suicidio más común en donde se pretende evitar una situación desagradable.
- **Suicidio Apático:** La persona no encuentra motivos para vivir, ni sentido en su vida. Puede ser de forma pasiva: dejándose morir por ejemplo al no tomar su medicamento. De forma activa: planifican su muerte. Según algunos estudios, este suicidio cubre el 76% de ellos.
- **Suicidio Esquizoide:** Los delirios y alucinaciones inducen al paciente a realizar actos temerarios que acaban en la muerte.
- **Suicidio heroico:** Suicida que busca refuerzo social pretendiendo ayudar a la sociedad con su muerte voluntaria, o aquellos que prefieren suicidarse a ser castigados.

El proceso del riesgo suicida

Se puede observar que una persona está comenzando una crisis suicida cuando experimenta la ideación suicida, asociado al intento de poner fin a la vida, y consumir el acto suicida (Bahamón M., García C., 2017). La conducta suicida puede ser definida como una preocupación o acto que intencionalmente inflija un daño o cause la muerte de sí mismo (Silva, D. et al, 2013 p. 1275), hace referencia a una amplia gama de conductas manifiestas en términos de ideas, amenazas, intentos y el suicidio consumado (Toro, R., 2013, p. 94).

Todo empieza con la ideación suicida, que son los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método (Cañón,S. & Carmona, J., 2018, p. 388). Dicha ideación, es derivada muchas veces a trastornos depresivos, consumo

de sustancias, abuso de alcohol, violencia, sensación de pérdida, influencia del contexto; problemas académicos, financieros e interpersonales, dolor crónico e indefensión y dolor psicológico (Toro-Tobar et al, 2016 p. 476). Las ideas suicidas se presentan con variada intensidad, por lo que su alcance y características pueden ser alternadas de forma sorpresiva (Harmer B. et al, 2023).

El intento de suicidio constituye una enorme carga social y económica por la utilización de servicios de salud para tratar las lesiones, el impacto psicológico y social (Dávila, C., & Luna, M., 2019, p. 607). Shneidman E. (1984), detectó una serie de características que orillan a la persona a querer suicidarse como única salida a sus problemas. Según esto, el dolor es un estímulo que proviene de las necesidades no cubiertas del individuo, que, al querer eliminarlo, se topa con la idea de la muerte.

- Propósito: encontrar una solución (la muerte)
- Objetivo: Cese de conciencia
- Estímulo: dolor psicológico insoportable
- Factor estresante: necesidades psicológicas frustradas
- Emoción: desesperanza-desamparo
- Estado cognitivo: Ambivalencia, morir-vivir
- Estado perceptual: constricción (visión de túnel)
- Acto interpersonal común: comunicación de intención suicida
- Acción: autoagresión, escape
- Consistencia: copiar patrones previos de ajuste

Según Kielholz (citado de Capponi, R., 2000) otros Indicadores claves de la presencia de vulnerabilidad suicida son:

- Anteriores tentativas e indicios propios.
- Suicidios en la familia o el entorno (efecto sugestivo).
- Amenazas directas o indirectas de suicidio.
- Manifestación de ideas concretas en cuanto a ejecución o preparativos de suicidio.
- "Calma inquietante" tras la temática suicida, con agitación.
- Sueños de autodestrucción, caída y catástrofe.

Dentro de los síntomas y síndromes especiales enlista las siguientes manifestaciones, muchas veces aisladas, que por su sintomatología difícil de sobrellevar pueden conducir a la ideación suicida:

Tónica ansiosa y agitada; trastornos persistentes del sueño; acumulación de emociones y de agresividad; principio o fin de fases depresivas, estados mixtos; crisis biológicas (pubertad, embarazo, lactancia, menopausia); graves sentimientos de culpabilidad e insuficiencia; enfermedades incurables, dolencia imaginaria; etilismo y toxicomanía.

Dichos estados contribuyen a lo que se conoce como crisis. Caplan (1971), (citado por González de Rivera y Revuelta, J., 2001), nos da un panorama más amplio sobre las crisis dividiéndolas en cuatro fases: 1) Shock o Impacto agudo, en donde cada individuo reacciona según sus pautas características de reactividad al estrés. 2) Desorganización crítica. En esta etapa el sujeto en crisis busca la realización de actividades para escapar de sus pensamientos o descargar tensión acumulada, en donde muchos de ellos recurren al abuso de tóxicos, conductas autodestructivas y episodios emocionales bruscos, aumentando así su sentimiento de fracaso. 3) Resolución. Esta fase es el núcleo central de la crisis, en la que se toma una decisión, que puede significar la salida a través de la creación de nuevos recursos personales o la consolidación de mecanismos maladaptativos de evitación y retraimiento 4) Retirada final. Si la crisis no se resuelve, en las fases anteriores, se llega a la fase final, la retirada puede ser total, como a través del suicidio, o parcial, que puede ser interna, o externa (González de Rivera y Revuelta, J. 2001 p. 1300/38).

Factores predisponentes y precipitantes que pueden desencadenar un acto suicida

Según Baca G., & Aroca F. (2014), el 90% de las personas que fallecen por suicidio sufren algún trastorno o enfermedad mental que les afecta a nivel cognitivo y comportamental (p. 374). Esto debido a que son más vulnerables emocionalmente, por lo que cualquier situación mínima de estrés podría desencadenar pensamientos suicidas (Bahamón M., García C, 2017). Dentro de los trastornos antes mencionados, la depresión es

la de mayor riesgo (Baca G., & Aroca F, 2014), ya que provoca en el individuo una gran tristeza y pesimismo que les impide ver las cosas positivas, percibiendo todo de forma fatalista. Consideran sus fracasos y decepciones como un todo (González-Abarca J. et al, 2014), haciendo que su visión del mundo circundante se estreche hasta tal punto que llegan a distorsionar la realidad (González-Abarca AJ et al. 2014, p. 47). Según el modelo cognitivo tradicional, la depresión inicia y se mantiene por la interpretación que hace la persona de sí misma, el mundo y el futuro (López Pell A. et al 2010). Esto es a lo que Aaron Beck llama la Tríada negativa, en donde el sujeto tiene una apreciación negativa sobre sí mismo, sobre el mundo que lo rodea y sobre su futuro, lo que lo lleva a considerar que no hay razón para luchar. Por ello la depresión se ha considerado como un predictor significativo de llegar a cometer actos suicidas (López Pell A. et al, 2010).

Además de los trastornos mentales como la depresión, existen otros factores que pueden contribuir a la ideación suicida como lo es el envejecimiento, ya que en esta etapa se producen cambios, especialmente físicos y cognitivos que llevan a las personas a sentirse menos útiles y dañar así la autoestima (Sales A. et al, 2015).

Así mismo, las personas con orientación sexual minoritaria tienen una mayor prevalencia de trastornos comórbidos (Cochran SD, Mays VM, Sullivan JG., 2003) puesto que con frecuencia experimentan victimización verbal y física debido a su identidad sexual real o percibida (Baams L, Grossman AH, Russell ST., 2015). Las lesbianas y los hombres gay pueden verse perjudicados al dirigir valores sociales negativos hacia uno mismo (homofobia internalizada) (Meyer IH, 2003). Roque Quintanilla (2015), realizó un estudio con personas homosexuales en dónde encontró una relación entre los intentos de suicidio y los rechazos por homofobia en todos los sentidos. Además de la falta de redes de apoyo, la homofobia internalizada generaba una falta de pertenencia y aislamiento. Contrariamente, los que no presentaron ningún tipo de comportamiento suicida, dicen haber tenido la oportunidad de revelar su preferencia sexual, contando con el apoyo de su familia y amigos, además de apoyo psicoterapéutico y mucha información (Quintanilla, R. et al, 2015).

La impulsividad paralelamente es un predictor suicida, ya que desinhibe el comportamiento y origina conductas de alto riesgo e incluso comportamientos suicidas, razón por la cual se asocia con intentos fallidos de suicidio o gestos suicidas (Mayorga, E.

2018, p. 208). Diversos suicidios se han consumado en momentos de crisis tomando la decisión de manera impulsiva evidenciando su falta de habilidad para confrontar los factores estresantes tales como problemas financieros, fines de relación o dolores y enfermedades crónicas (Bahamón, M. y García, C., 2017). En un estudio hecho en China se mostró que existe una relación con los eventos estresantes de la vida y la impulsividad que tienen los jóvenes para tomar la decisión de suicidarse (Zhang, J. & Lin L., 2014). Chamberlain & Sahakian (2007), (como se citó en Bahamón, M., y García, C., 2017), define a la impulsividad como una predisposición de tener reacciones rápidas y no planificadas hasta los estímulos internos o externos en lo que respecta a la disminución de consecuencias negativas de estas reacciones para el individuo impulsivo o para los demás (p. 47). Por lo que la impulsividad aumenta la posibilidad de ejecutar un acto suicida, sea cual fuere la psicopatología o los estresantes que afectan al individuo. Pues muchas veces el suicidio se da de forma premeditada, cuando el sujeto tiene falta de control de impulsos, es muy probable cometer dicho acto suicida en un momento de alta carga emocional y estados de intensa ansiedad y desesperanza (Elvira, L. 2015, p. 25).

El alcohol es otro de los factores importantes a mencionar. Estudios como el de Pimentel de Sousa S. & Ferreira de Souza M, C., (2021) mostraron que el consumo de alcohol influyó en la presencia de ideación suicida. Su acción psicofisiológica y farmacodinámica es muy depresiva, similar a la producida por anestésicos generales. Como ellos, actúa sobre la membrana neuronal, gracias a su alta solubilidad en los lípidos, por lo que en dosis altas deprime la conductividad neuronal y la transmisión sináptica, mientras que en pequeñas dosis puede favorecer una acción estimuladora (p. 134). Entre sus síntomas está la fatiga, apatía, pérdida de interés, depresión y en ocasiones ansiedad, agitación o cambios de personalidad como irritabilidad y aislamiento social (Arias, R. 2005, p. 144).

El uso del tiempo libre también puede tener una influencia tanto positiva como negativa para la persona vulnerable emocionalmente. Estudios recientes aplicados en adolescentes mexicanos han comprobado que los adolescentes que dedican su tiempo a actividades recreativas, así como relaciones sociales fuera del ámbito laboral, tienen un efecto protector al reducir la probabilidad de riesgo de un intento suicida. y por el contrario

las actividades pasivas que no estimulan la creatividad incrementan casi dos veces la probabilidad de riesgo de suicidio (Valadez-Figueroa, et al, 2019).

Otros estudios como los de Pimentel de Sousa (2021), pudieron corroborar la relación entre estar sin pareja y el riesgo suicida. Encontrando que el ser divorciado (a), o viudo (a), así como separado recientemente de su pareja, agrega en 4 veces las posibilidades de ideación suicida clínicamente considerable y el ser soltero aumenta en 2,9 el riesgo en presentar ese nivel de ideación suicida. Esto se atribuye a la dependencia emocional que existe (Pimentel, S. & Ferreira M. 2021).

Además dicho autor, entre sus hallazgos relaciono también la falta de sueño con la ideación suicida, mencionando que los individuos que presentaron problemas en el sueño tuvieron 2,9 veces más probabilidades de ideación, ya que pueden causar consecuencias en el equilibrio emocional y provocar disturbios depresivos de ansiedad y estrés en los sujetos, además de que pueden provocar un elevado riesgo de trastornos físicos y psicológicos que afectan de forma negativa la calidad de vida (Pimentel, S. & Ferreira, M.. 2021, p. 136). Escobar-Córdoba es al (2017) define al insomnio como la incapacidad para iniciar el sueño y mantenerlo, destacando la mala calidad o la poca duración del mismo con un mal funcionamiento diurno. Dicho autor considera que este problema influye en el suicidio a manera que baja los niveles de serotonina, que es un neurotransmisor involucrado tanto en el inicio del sueño, como en el riesgo de impulsividad y conducta violenta (Escobar-Córdoba F., Quijano-Serrano M., Calvo-Gómez J. 2017).

National Institute of Mental Health en su 75 aniversario lanzó una publicación que ayuda a reconocer y tratar la depresión relacionada a alguna enfermedad crónica, en donde comenta que algunas personas pueden tener síntomas de depresión después de ser diagnosticadas con una enfermedad médica. Estos síntomas pueden disminuir a medida que se adaptan o reciben tratamiento para esa enfermedad. Aunque es posible que ciertos medicamentos que se usan para tratar la enfermedad también produzcan depresión o que la depresión no disminuya a pesar del tratamiento para la enfermedad y eso pueda contribuir a empeorar también dicha enfermedad (NIMH, 2021). Por otra parte, investigaciones realizadas han descubierto que las personas que han sido hospitalizadas y padecen alguna

enfermedad ya sea crónica o degenerativa, tienen más de riesgo de intento de suicidio (Tuesca , R., & Navarro, E. 2003).

Factores internalizantes y externalizantes del suicidio

Neira, J. (2016), realiza una investigación en dónde identifica algunos factores precipitantes y de protección en la evaluación del suicidio:

- **Factor precipitante biológico:** El acetato 5-hidroxyindolacético en niveles bajos en el líquido cefalorraquídeo se asocia con la conducta agresiva, puesto que tiene influencia en los niveles bajos de serotonina. También influyen los niveles bajos de colesterol, además del Omega 3 que podría servir como predictor del riesgo de suicidio, puesto que en índices altos está relacionado con depresión grave.
- **Factor precipitante genético:** Los factores genéticos no pueden considerarse definitorios en este estudio más bien circunstancias como el ambiente familiar y social son los que influyen en mayor medida en la probabilidad de riesgo.
- **Factor precipitante psicológico:** De entre los más importantes asociados a intentos de suicidio está el fracaso en la resolución de problemas interpersonales, mala regulación o gestión del afecto, niveles de desesperanza con respecto al futuro y la falta de resiliencia en los problemas comunes.
- **Factor precipitante sociológico:** Se valora el grado de integración del individuo y grado de reglamentación social de los deseos individuales.
- **Factores personales:** La persona requiere poseer habilidades para resolución, confianza y valoración en uno mismo, habilidades sociales y de comunicación, apertura a nuevos conocimientos y experiencias.
- **Factores sociales y medioambientales:** Es de suma importancia el apoyo familiar,

la integración social, las creencias, los valores culturales y tradicionales y los accesos a mecanismos de búsqueda de ayuda.

Las personas con conducta suicida están pasando por situaciones que los sobrepasan mentalmente y estos pueden ser factores psicosociales, familiares o personales. En cuanto a las variables sociales, los problemas más frecuentes que experimentan los sujetos con este tipo de ideación son el mal funcionamiento familiar, problemas escolares o laborales, victimización por algún grupo social o aislamiento. En cuanto a las variables personales pueden influir la alimentación, las tendencias depresivas, baja autoestima, comportamientos antisociales, baja autoeficacia, uso de drogas ilegales, etc. (Toro-Tobar R. 2016). Otra de las características que tienen los grupos de riesgo son el vivir en zonas con aislamiento o no contar con redes de apoyo sociales; haber vivido con personas con algún trastorno o enfermedad psicológica; tener algún trastorno de salud, ya sea física o mental (Mansilla, F. S.n). En la mayoría de casos, la conducta suicida suele estar asociada con la presencia de trastornos psiquiátricos entre los que se puede mencionar la depresión (Valdés G. K. et al, 2019). En algunos pacientes vulnerables, el riesgo de suicidio puede incrementarse durante los primeros días de cualquier tratamiento farmacológico o conductual (Gutiérrez, A, & Contreras, M, 2008).

Aaron Beck hace referencia a los trastornos de personalidad como potencializador de dicha conducta suicida, ya que, dependiendo de las creencias innatas y aprendidas del sujeto, en las situaciones de la vida antes mencionadas pueden ser afrontadas de forma positiva y seguir adelante aprendiendo de su entorno y la influencia de otras personas, o maximizar sus creencias negativas hasta adquirir un sentimiento de desesperanza ante la vida (Beck, A. & Freeman, A. 2005).

La desesperanza precedida de la depresión es predictora del suicidio, ya que en la etapa del suicidio la desesperanza se presenta con mayor intensidad y por ende la ideación suicida aparece (Toro-Tobar R. 2016). Aunado a esto, las personas suelen interpretar de forma incorrecta y negativamente exagerada diversas situaciones que viven en su día a día,

logrando así tener una percepción terrible sobre sí mismo, sobre su futuro y del mundo que los rodea (Triada cognitiva de Beck), por lo que ajustarán los sucesos diarios a su percepción, ignorando o minimizando las cosas buenas y resaltando las malas. Por ello la depresión se ha considerado como un predictor significativo de llegar a cometer actos suicidas, esto junto con el dolor psicológico, desesperanza y deseos de escape (Toro, R. 2013).

De acuerdo con Aaron Beck et al. (1990) En su libro terapia cognitiva de los trastornos de personalidad (2005), el individuo tiene tendencias innatas y creencias fijadas por situaciones traumáticas o repetitivas en su niñez que pueden desencadenar un trastorno de personalidad. Este tipo de temperamento o conducta es modificado a lo largo de su vida por medio de las situaciones ambientales y la influencia de las personas con las que se rodean, generando distinciones en las pautas cognitivas, afectivas y conductuales. Sin embargo, a los individuos que presentan algún trastorno de personalidad les es más difícil modificar sus creencias por su carácter compulsivo y difícil de controlar. Por lo que sus actitudes y conductas desadaptativas son resistentes al cambio. Para personas con algún trastorno, principalmente en la depresión, las creencias básicas las llevan a tal nivel que encajan en cualquier situación para desenlazar en su mente un hecho negativo, activándose así características de pérdida o amenaza personal, accionando también el esquema afectivo, por ejemplo, el exceso de tristeza (Beck, A. & Freeman, A. 2005 Cap. 2).

El sistema de control también se basa en creencias, muchas veces realistas o adaptativas, que funcionan como órdenes sobre hacer o no hacer dicha acción, a falta de éste, predominarán los deseos, actuando únicamente por impulso. Las personas con una inhibición escasa son más propensas a la impulsividad. Cuando una persona tiene depresión, los pensamientos automáticos se pueden volver hipervalentes y generalizados, maximizando así las ideas negativas (Beck, A. & Freeman, A. 2005 Cap. 2).

Téllez-Vargas (2006), habla de esta falta de autocontrol o impulsividad asociándolo con sentimientos de rabia y agresión, en dónde los individuos son incapaces de resistir las tentaciones, actúan sin pensar y el aburrimiento se convierte en un motivo para la búsqueda

de nuevas emociones (p. 70). En el caso de su relación con el suicidio, ocurre porque desinhibe el comportamiento, lo que motiva al sujeto a actuar ante estímulos internos y externos sin detenerse a pensar en las consecuencias de los actos. Esas características pueden incrementarse cuando el individuo sufre de depresión, o está bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas, aunque no padezcan un trastorno mental. Es importante mencionar que su influencia va a depender también de las características del individuo. Además, dicha conducta se asocia también con alteraciones en la biodisponibilidad de la serotonina cerebral (Téllez-Vargas, 2006, p. 76), lo que se desarrolla en fallas a nivel cognitivo que afectan la capacidad de reflexionar sobre los actos.

CAPÍTULO 2. EL PAPEL DE LA PSICOLOGIA ANTE EL SUICIDIO

Psicoanálisis: Sigmund Freud dentro de sus escritos hace mención sobre la melancolía relacionada al suicidio, considerando a este cómo el desenlace del conflicto psíquico, en dónde el superyó impulsivo toma el control del sujeto involucrando dos factores primordiales como la agresividad primaria del sujeto y el arquetipo paterno interviniente en la formación del superyó (Aranguren M. 2009).

Terapia cognitivo conductual: Los principales representantes son Aaron Beck y Albert Ellis y sus respectivos planteamientos teóricos y terapéuticos (Hernández Lira N., Ramírez Beltrán B., Díaz Pineda C., 2011). La TCC ha permitido a través de sus actividades reestructurar cognitivamente las distorsiones desreguladas, disminuye el diálogo interno negativo y autoculpabilizador y reduce las ideas catastrofistas (Muñoz Z. 2021). Ha demostrado ser de gran valor como parte del tratamiento integral o biopsicosocial de muchos cuadros mentales, y entre ellos la enfermedad depresiva. Su fundamento es doble y ecléctico; se basa en la psicología cognitiva de Beck y en los principios del aprendizaje clásico, operante y vicario (Manzanera-Escarti R. et al, 2007). El psiquiatra estadounidense y padre de la terapia cognitiva, Aaron T. Beck (1921-2021), realizó aportes basados en el trastorno de la personalidad, en donde encontró que uno de los factores más influyentes en la ideación suicida, es la depresión. En la Terapia Cognitiva se parte del supuesto básico de que las personas suelen padecer psicopatologías no por las situaciones en sí, sino por la interpretación que suelen hacer de estas (Beck & Freeman, 1990, citado por Toro, R. 2013).

Procesos de evaluación y detección de riesgo suicida

Son muchos los factores de riesgo asociados a la conducta suicida, estos factores pueden entrelazarse multiplicando aún más la posibilidad del suicidio, como en el caso de la depresión, que tiene un efecto potenciador en la ideación suicida ante niveles más bajos de autoestima (Luna-Contreras, M. & Dávila-Cervantes, C., 2020). Otro de los trastornos asociados a una elevada tasa de suicidio es el trastorno bipolar. Se calcula que el riesgo de suicidio en esta enfermedad es 22 veces mayor que el de la población general (Gutiérrez, G. & Contreras, C., 2008). Por ello, es primordial identificar alguna enfermedad mental o física asociada, ya que las personas con algún dolor, ya sea físico o mental, tienen mayor riesgo (Echeburúa, E., 2015).

Aunque estos factores pueden predecir alguna ideación suicida, existen otras advertencias que podemos conocer muchas veces a simple vista. El sujeto puede hacer comentarios sobre su pesar, mostrándose desesperanzado ante la vida y en ocasiones es posible que comente sobre dejar de existir. Se puede mostrar ansioso, extremadamente triste, con mucha ira y un gran vacío, además de tener comportamientos extraños como desprenderse de sus pertenencias favoritas, dormir mucho o muy poco, alejarse de los amigos, mostrar cambios de humor muy extremos, buscar formas de morir, o recurrir al consumo de sustancias psicoactivas (National Institute of Mental Health, s/f). La presencia frecuente de sentimientos de soledad, abandono, irritabilidad hacia las figuras paternas o maternas por la falta de entendimiento o comunicación, falta de autoestima y sentimientos de culpa por los eventos o circunstancias que está viviendo son otros de los indicadores (Quintanilla, R et al. 2003).

Las ideas suicidas se presentan en forma de “altibajos”, por lo que la magnitud y características de dicha ideación, fluctúan dramáticamente (Harmer B, et al, 2023). En el caso de las manifestaciones de crisis dependen de la personalidad del sujeto, de sus experiencias anteriores, incluyendo su historia crítica y traumática, de su entorno sociocultural, de la fase en que llegue a recibir atención, y del tipo de situación que precipite la crisis, en donde muchas de estas cumplen criterios de depresión, algún trastorno de ansiedad o adicción (González de Rivera y Revuelta, J. 2001). En el caso de los

primeros auxilios psicológicos, lo primero que se debe de hacer antes de evaluar el riesgo, es atender la crisis inicial con el objetivo de asegurar la integridad física del sujeto, para después ayudarlo a alcanzar un nivel de funcionamiento adecuado. Esto se logra identificando las quejas principales de la persona en crisis, así como evaluar sus recursos personales y sociales para planear una salida viable que permita alcanzar los objetivos más inmediatos, asegurándose que el sujeto se comprometa a un cambio firme (Muñoz M., Ausín B. y Pérez-Santos E. 2007). Las intervenciones de apoyo psicológico pueden facilitarse por parte de profesionales de salud mental y por parte de personas no profesionales de salud mental suficientemente entrenados (voluntarios entrenados, familiares, otros profesionales sanitarios, etc.), esto debido a que no siempre se tiene acceso a un psicólogo inmediatamente después de los hechos (Muñoz M., Ausín B. y Pérez-Santos E. 2007 p. 488).

Pérez Barrero (1999), comparte algunos de los pasos para abordar al individuo en situación de crisis (primera ayuda psicológica), los cuales consisten en establecer contacto con la persona en crisis, escucharla atentamente sin juzgarla, ni minimizar sus sentimientos. Conocer la dimensión del problema realizando preguntas que ayuden a expresar sus sentimientos y poder reconocerlos, evaluando así el peligro suicida y poder tomar una acción concreta dependiendo de la gravedad de la situación. Esto con el propósito de reducir la intensidad emocional, mental, física y del comportamiento, y ayudar a que vuelva a su nivel de funcionamiento anterior (Mansilla, F., s.f, p. 63).

En el caso de la atención psicológica, es de suma importancia dar seguimiento para saber si las acciones antes realizadas fueron las correctas o redireccionar las acciones. Se trata de potenciar las fortalezas del paciente y sus recursos de afrontamiento (Echeburúa, E, 2015), por lo que la actitud del terapeuta debe ser simultáneamente permisiva y contenedora, desdramatizando la experiencia disfórica, y educando sobre el significado y la metodología de la descarga emocional. Las emociones son tratadas como indicadores de estados internos y como la expresión de decisiones y juicios extra conscientes; se aceptan, por lo tanto, como fuentes de información, al mismo tiempo que se desactivan como sufrimientos indeseables (González de Rivera y Revuelta, J. 2001, p.1311/49).

Una vez atendida la crisis inicial, y a pesar de la dificultad para realizar una evaluación en ese momento, es necesario realizarla para evaluar las variables claves del funcionamiento psicológico del individuo. Para ello Muñoz M. et al (2007) recomienda el protocolo ACERCARSE:

Ambiente: Antes de recibir al paciente el psicólogo debe averiguar todo el contexto y conocer las redes de apoyo del paciente. **Contacto:** El primer contacto con el paciente debe ser cuidadoso en el comportamiento verbal y no verbal, haciendo sentir al paciente respetado buscando un ambiente óptimo en el que el paciente se pueda desenvolver con facilidad, así como realizar preguntas que lleven al procesamiento cognitivo y no simplemente al emocional. **Evaluación:** En esta exploración inicial se lleva a cabo un examen de estado mental, de estilos de afrontamiento además de identificar sus recursos personales y apoyo social próximo. **Restablecimiento emocional:** Para ello el psicólogo puede promover la escucha activa, Ayudar al paciente a facilitar su expresión emocional, emplear técnicas de desactivación o activación fisiológica, así como hacerle saber la disposición que se tiene para él. **Comprensión de la crisis:** Ofrecer al paciente información general y específica de su problema. **Activar:** Para activar nuevamente a la persona en su vida normal se debe ayudar a La persona a centrarse en actividades y hechos, realizando planes de acción y actividades en compañía, además de planificar contratos verbales en donde se compromete a llevar a cabo actividades. **Recuperación del funcionamiento:** Para ello el psicólogo debe asegurarse de la planificación de tareas del paciente, dejarle siempre acompañado, pero también promover su funcionamiento independiente, estudiar su posible traslado a un hospital y si es el caso anunciarle al paciente, además de planificar sus actividades ya sea para su hogar o alojamiento. **Seguimiento:** siempre será conveniente plantear un seguimiento a corto (horas o días) y medio plazo (un mes) para que la persona afectada sienta una continuidad en la atención recibida y se puedan identificar problemas de mayor alcance que precisarán de otro tipo de intervención más específica y duradera (Muñoz M., Ausín B. y Pérez-Santos E. 2007 p. 501).

En México existen diversas campañas promovidas por las autoridades de la salud y otros medios buscando compartir la información existente para la detección del riesgo

suicida en personal vulnerable, esto con la intención de que cualquier persona cercana a un suicida pueda influir en su búsqueda de ayuda, o el suicida mismo, decida buscar una solución opuesta al suicidio. En Baja California Sur, la secretaría de salud con la ayuda de psicólogos, buscan reducir la tasa de suicidios aplicando desde el 2014 más de 32 mil 600 tamizajes para la detección del pensamiento suicida, además de que dicha institución ha formado como guardianes informados a más de siete mil 500 jóvenes que voluntariamente se capacitan para poder detectar a compañeros con este tipo de problemática y estar en condiciones de brindarles apoyo emocional en tanto son canalizados con los especialistas (Saludbcs, 2020). Aunque estos programas están más apegados en las escuelas y centros de rehabilitación la información que transmiten es muy útil para hablar más del suicidio y poder ayudar así a las personas evitando que siga siendo un tema tabú.

Métodos de intervención psicológica

Son varios los enfoques y por ende los métodos de intervención utilizados en psicología, como ejemplo se encuentran la terapia psicoanalítica, la terapia cognitivo conductual, terapia sistémica breve, terapia neuropsicológica, terapia Gestalt, terapia racional emotiva (TREC), terapia cognitiva, terapia breve centrada en soluciones, entre otras.

Para Quintanilla R. et al (2003), el factor motivacional y, sobre todo, el cognitivo se asocian más a pensamientos que a sentimientos, situación que favorece una intervención psicoterapéutica orientada a un proceso racional emotivo (Quintanilla, R. et al. 2003). Sin embargo, el enfoque más utilizado es la terapia cognitivo conductual, ya que se centran en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión. El terapeuta adopta un estilo educativo, buscando la colaboración del paciente, de manera que pueda aprender a reconocer sus patrones de pensamiento negativo y reevaluarlos (Grupo de trabajo de GPC, 2024 p. 70).

El psicólogo garantiza la seguridad del paciente buscando nuevos lazos que puedan ayudar a trabajar en conjunto. Es por ello por lo que se busca involucrar a la familia y amigos cercanos para indagar información relevante al problema, así mismo, educar a los involucrados sobre el tema del suicidio, buscando también que estos participen en vigilar al paciente (OPS, s.f), ofrecer apoyo emocional y detectar cualquier situación que no esté al alcance del profesional de la salud. Como menciona Quintanilla, R. et al, (2003), el proyecto de muerte que alimenta cognitivamente y afectivamente a la persona con ideación suicida podría replantearse al modificar sus esquemas de referencia sobre: a) la percepción que tiene de sí mismo; b) la percepción que tiene de las demás personas con respecto a él, y c) la percepción que tiene sobre el futuro (p.7).

De la Torre, M. (2013), propone una serie de pasos que deben ser tomados por el psicólogo/a en el tratamiento al paciente suicida, entre las que incluyen una evaluación continua semanal de la aparición e intensidad de los pensamientos suicidas, y el nivel de desesperanza y culpa que el paciente siente. Esto con ayuda de los datos obtenidos del paciente, de su familia o círculo más cercano y los instrumentos aplicados:

- Se le debe dar al paciente y a la familia, si fuese el caso, una explicación de su análisis funcional, con la intención de ayudarlo a comprender sus sentimientos y pensamientos, normalizando así el malestar que vive.
- Darle prioridad del buen manejo y control de la conducta suicida en los momentos de malestar hasta que se instauran conductas alternativas más funcionales.
- Ayudarlo a reducir el ánimo depresivo hasta conseguir que se participe en actividades a un nivel similar al que realizaba antes de presentar ideación suicida.
- Reducir la desesperanza y falta de expectativas positivas hasta alcanzar los niveles normales.
- Identificar y reestructurar el pensamiento disfuncional hasta reducir los pensamientos suicidas.

- Ampliar las alternativas de solución hasta que perciba más salidas que el suicidio.
- Ayudar al paciente a reflexionar sobre sus valores y enriquecer o reequilibrar su vida, así como fortalecer las relaciones y mejorar el apoyo social.
- Ayudarle a prevenir recaídas cambiando la espiral disfuncional o suicida por la funcional/adaptativa, trabajando en la resolución de pequeñas dificultades que puedan producirse con la ayuda de las habilidades adquiridas durante el tratamiento.

El psicólogo puede provocar una disonancia cognitiva que ayude al paciente a replantearse su decisión de morir, evidenciando las consecuencias que podría traer su muerte y los beneficios de seguir viviendo. Cuando se logra un avance significativo es importante llevar un seguimiento para corroborar que el paciente sea capaz de seguir con su vida demostrando control y dominio ante eventos estresantes que antes generaban esta conducta problema. Por lo que se continúan con sesiones semanales o quincenales hasta que se vea una mejora mayor. Habrá situaciones en las que será imposible influir en la ideación suicida del paciente, por lo que será necesario buscar otros medios como el referir al paciente a psiquiatría o a un hospital psiquiátrico De la Torre, M. (2023).

Procesos en la detección y tratamiento del suicidio

Como se ha visto anteriormente, existen varios factores que precipitan o predisponen el intento suicida, algunos de ellos son la impulsividad/agresividad, la depresión y la desesperanza. Existen un sinnúmero de Inventarios o test que aportan una información complementaria en la evaluación, pero no pueden sustituir a la entrevista clínica. Algunas de las escalas que podrían resultar útiles en la evaluación de depresión son la Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), la Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) y el Inventario de depresión de Beck (BDI). Otras escalas frecuentemente empleadas son la Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Zung Self-Rating Depression Scale o Center for Epidemiologic Studies Depression Rating Scale (CES-D). Todas ellas cuentan con adaptación y validación al castellano (Grupo de trabajo de GPC, 2024):

La escala heteroaplicada de Hamilton para la depresión (HRSD o HAM-D, **Hamilton Rating Scale for Depression**. Escala diseñada para evaluar la intensidad o gravedad de la depresión por clínicos. La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960. Sumando las puntuaciones de cada ítem, la escala de Hamilton proporciona una puntuación global de la gravedad del cuadro depresivo (Grupo de trabajo de GPC, 2024 p.56).

Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) es una escala heteroaplicada mediante entrevista que consta de 10 ítems que evalúan la gravedad de los síntomas depresivos. Los ítems incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6 puntos y para asignar la puntuación, el clínico puede utilizar información de fuentes distintas al paciente (Grupo de trabajo de GPC, 2024 p. 57).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-I). Es una escala tipo Likert diseñada por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), mide la presencia y gravedad de la depresión en

adultos y adolescentes. Se compone de 21 ítems que evalúan la severidad de los síntomas cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos de la depresión en un marco temporal de la última semana. Cada elemento se responde en una escala de 0 a 3. Las puntuaciones van de 0 a 63. Los puntos de corte son: 0-9, depresión leve o mínima; 10-16, depresión leve; 17-29, depresión moderada; y 30-63, depresión grave (Tabarés A. et al, 2020).

El Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9) es la versión autoaplicada del módulo de depresión del PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders Procedure). Consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas. El diagnóstico de depresión mayor se sugiere cuando 5 de los 9 síntomas han estado presentes “más de la mitad de los días” en las últimas dos semanas y uno de los síntomas está relacionado con el estado de ánimo o anhedonia (Grupo de trabajo de GPC, 2024 p. 58).

Escala de desesperanza:

La escala de desesperación de Beck (BHS) Diseñada por Aaron Beck y colaboradores para detectar pesimismo y actitudes negativas hacia el futuro de pacientes con depresión y riesgo de suicidio, es una escala breve que consta de 20 afirmaciones con dos opciones de respuesta verdadero o falso, y está basada en el modelo de tres factores: el Factor Afectivo indaga acerca de sentimientos de esperanza, felicidad, fe, entusiasmo y momentos agradables. El Factor Motivacional recoge información respecto de la pérdida de motivación en la persona, manifestada en las decisiones de no querer esforzarse por algo deseado, querer rendirse o no querer conseguir nada en especial. El Factor Cognitivo está orientado a obtener información acerca de las expectativas futuras y anticipaciones negativas respecto a la vida. La BHS permite explorar el riesgo potencial de presentar ideas suicidas y/o intento de suicidio en fases tempranas siendo, además, una escala de auto aplicación que no requiere ser aplicada por especialistas ni en modalidad de entrevista (Alamo P. et al, 2019 p. 168-169).

Escalas de riesgo suicida:

Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI). Es un cuestionario diseñado por Osman et al. (2002) , que consta de 14 ítems, 6 de ideación suicida positiva (factores protectores) y 8 de ideación suicida negativa (factores de riesgo), evalúa la frecuencia en que el individuo ha tenido alguno de los 14 pensamientos en las últimas dos semanas . Su escala es de 5 puntos que oscilan entre 0 (nunca) a 4 (siempre) (Tabarés A. et al, 2020).

Escala de riesgo suicida de Plutchik (RS). Es una escala tipo Likert diseñada por Plutchik & van Praag, (1989), que busca diferenciar las personas que presentan algún riesgo de presentar un intento de suicidio de los que no. La escala se compone de 15 ítems cuyas opciones de respuesta son de Si o No, cada respuesta afirmativa suma un punto, para un total de 15; a mayor puntaje mayor es el riesgo suicida. (Tabarés A. et al, 2020)

El factor impulsividad/agresividad:

La Escala de Impulsividad de Plutchik (EI). Es una escala de diseño original por Plutchik & Van Praag (1989) , validada al español por Rubio et al., (1999). Es una escala tipo Likert diseñada para evaluar la impulsividad relacionada con la agresividad y la conducta suicida. Se compone de 15 ítems con una escala de respuesta que se puntúa de 0 a 3 (nunca, a veces, a menudo, casi siempre). Los ítems 4, 6, 11 y 15 se puntúan en sentido inverso, con una puntuación que va de 0 a 45 puntos. Ha sido validada en población de habla hispana en Salvador y México (Alcázar, Bouso, & Verdejo, 2015, citado por Tabarés A. et al, 2020).

la Escala de Control de los Impulsos «Ramón y Cajal» (ECIRyC) que contiene 20 ítems: base a tres modelos experimentales que explican la conducta impulsiva se desarrolló la escala mencionada para hacer frente a la prevalencia de los Trastornos de control de los impulsos, siendo estos la gratificación que mide la impulsividad como la incapacidad de retrasar las recompensas inmediatas despreciando una recompensa mayor. El segundo modelo se encuentra vinculado con el automatismo en el cual se considera a la impulsividad como la repetición de una conducta. Mientras que el tercer modelo está relacionado con la dimensión atencional que es la interferencia entre la percepción y la generación de las respuestas (Ramos, J. 2000 citado por Arroyo Enríquez, 2022 p. 16).

Otras escalas citadas por Salvo, L. y Castro, A. (2013) son las siguientes:

Escala de Impulsividad de Barratt-11: escala con 30 ítems cada uno con 4 opciones de respuesta tipo Likert. La BIS-11 es la versión de la Escala de Impulsividad de Barratt actualmente en uso, psicométricamente validada en diversas poblaciones e internacionalmente más empleada, en adultos y adolescentes.

El cuestionario de impulsividad 1-7 de Eysenck et al (1985). Consta de 54 ítems de formato verdadero falso diseñado para medir impulsividad y atrevimiento. Conformada por 19 ítems en la subescala de impulsividad, 16 ítems en la escala de atrevimiento y otros 19 restantes en la subescala de empatía.

La escala de impulsividad funcional y disfuncional de dickman D-II (1990) consta de 46 ítems en formato verdadero o falso, de los cuales 11 corresponden a la subescala de impulsividad funcional y 12 a la subescala de impulsividad disfuncional mientras que los 23 ítems restantes constituyen ítems de relleno.

La escala de conducta impulsiva UPSS de Whiteside y Lynam (2001), consta de 45 ítems medidos en una escala Likert de cuatro puntos la escala se divide en cuatro subescalas urgencia falta de premeditación falta de perseverancia y búsqueda de sensaciones.

En cuanto al tratamiento, el tratamiento más utilizado y con mayores resultados en alguna psicopatología o problema que pueda causarle la ideación suicida son las que ofrece la Terapia cognitivo conductual, (TCC) pues ésta se basa en una serie de técnicas que son explicadas inicialmente al paciente generando un diálogo bidireccional terapeuta-paciente. Estas técnicas en donde se incorpora la experiencia del paciente tienen la finalidad de que éste tome conciencia y modifique sus ideas o pensamientos distorsionados que le están causando problemas, generando así puntos de vista alternativos y racionales corrigiendo así los errores de pensamiento (Muñoz, Z. 2021). Presenta una serie de ventajas, dado que existe una disminución de la sintomatología depresiva y la ideación suicida; mejor control

de los impulsos y agresividad, y mejor aceptación y adaptación al tratamiento psicofarmacológico, lo que mejora la percepción de sí mismo y la relación con su entorno (Muñoz, Z. 2021). Se enfoca en el componente cognoscitivo como la emoción, y a lo conductual, lo que se puede observar y verificar, originándose así la conciencia del pensamiento, pasando por la emoción y expresada por la conducta, creándose la interrelación en un circuito que se repite retroalimentándose (Hernández, N., Ramírez, B., Díaz, C. 2011).

En estudios realizados por Wenzel A., Brown GK y Beck AT. (2009), en personas con comportamiento suicida se encontró que la terapia cognitiva tuvo un impacto significativo en la reducción de la desesperanza y por ende de un eventual suicidio. En el tema contrario, los pacientes que consumaron el suicidio habían mostrado una mejoría mínima y abandonaron el tratamiento prematuramente.

Para iniciar el tratamiento recomiendan preguntarles a las personas con ideación suicida sobre su deseo de vivir frente a su deseo de morir y si la persona ha intentado suicidarse anteriormente, preguntarle sobre su reacción al intento. Esto es importante, ya que con sus pacientes pudieron observar que están en una lucha constante entre sus deseos de vivir y sus deseos de morir. Cuando sus deseos de morir son mayores, están en un riesgo inminente de cometer suicidio. Eso también puede evaluar su nivel de desesperanza, sino representa una mejoría durante el tratamiento, ellos recomiendan darle un seguimiento a largo plazo y una atención especial. En sus estudios pudieron concluir que la terapia cognitiva reduce la depresión y la ideación suicida al igual que la farmacoterapia y reduce la probabilidad de recaída significativamente mejor (Wenzel, A., Brown, GK y Beck, AT. 2009 p. 10).

Algunas de las técnicas utilizadas en la TCC para la atención en el paciente suicida son las siguientes:

Psicoeducación directa: Consiste en proporcionar información completa sobre el tratamiento, describiendo todos los escenarios en los cuales se ejecutará la TCC.

Identificación de pensamientos automáticos y/o distorsionados: Esto con la utilización de protocolos y mediante autorregistros.

Re-atribución: El paciente reestructurará creencias erróneas que han ahondado su estado afectivo-emocional con ayuda de diálogos socráticos.

Modelado: Se emplearán distintas estrategias para ayudar a modificar cogniciones, conductas y sensaciones para el paciente en su vida cotidiana.

Uso de imágenes: Se utilizan las imágenes para ayudar a modificar experiencias cognitivas erróneas del paciente además de estrategias directas en estado de vigilia, encubiertas o en estado de sueño sugerido.

Resolución de problemas: Se pretende activar el estado de conciencia de enfermedad, categorizar y jerarquizar, según la importancia, la toma de decisiones.

Comprobación de predicciones: Su objetivo básico consiste en identificar predicciones específicas que conlleven a un seguimiento de los resultados.

Las técnicas conductuales son actividades de activación conductual y neurofisiológica, constan de acciones que el paciente debe realizar diariamente para lograr la inhibición de la conducta problema. El uso de tareas graduadas suele ser utilizada cuando el paciente tiene dificultades para realizar una conducta dada. La realización de dichas actividades a largo plazo logrará la meta deseada (Muñoz, Z. 2021), que en este caso es la inhibición de la conducta suicida.

Otras técnicas cognitivo-conductuales se basan en el entrenamiento asertivo, entrenamiento en relajación progresiva, neurofeedback, activación neurofisiológica, ensayos conductuales, role-playing, moldeamiento conductual, exposición in vivo, visualización dirigida, inoculación del estrés, entrenamiento en habilidades sociales, entre otras estrategias que se emplean según la problemática del paciente (Muñoz, Z. 2021).

Los beneficios de la TCC, junto con el tratamiento farmacológico, permiten mejorar los distintos niveles de autonomía personal, social, funcional, ánimo y afecto, extinguiendo conductas autodestructivas que llevan a la ideación suicida, así como la remisión de síntomas depresivos (Muñoz, Z. 2021).

CAPÍTULO 3. DETECCION Y ATENCION AL RIESGO SUICIDA EN EMPLEADOS DEL SECTOR HOTELERO

Planteamiento del problema

El suicidio es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, tan solo en Baja California Sur, México, han ocurrido 628 suicidios del 2010 al 2021. Este problema va en aumento junto con el incremento de la población. Con datos obtenidos del comunicado de prensa 31/21 del INEGI, es posible observar que en el año 2000 había un promedio de 424,000 habitantes y en 10 años aumentó más del 66% de la población llegando a un total de 637,000 habitantes para el 2010, mientras que para el año 2020 la población creció más del 25% de la década anterior, llegando a una cifra poblacional de 798,447 habitantes. En cuanto a los suicidios, la cifra más alta se dio en el año 2020 con 67 suicidios, mientras que en el 2021 fue de 58. En cifras del año 2021, Baja California Sur se encuentra en la posición 10 Con una tasa de 7.2 por cada 100,000 habitantes (INEGI, 2021).

Justificación

Baja California Sur es uno de los 32 estados de la república mexicana, cuya posición geográfica colinda al norte con Baja California, al este con el Golfo de California y al sur y oeste con el Océano Pacífico. Tiene una extensión de 73,909.4 km² lo que representa el 3.8% del territorio nacional. El número de habitantes es de 798,447 de los cuales 392,568 son mujeres y 405,879 hombres. Casi la mitad de la población reside en el municipio de Los Cabos, conformado por San José del Cabo y Cabo San Lucas, en donde habita la mayor parte de inmigrantes nacionales debido al éxito que ha tenido en el turismo tanto nacional como internacional (principalmente de los Estados Unidos de América). Este municipio tiene 351,111 habitantes, considerando hasta el 2020 (Cuéntame INEGI, 2023).

Las estadísticas arrojadas por el censo nacional de población hecho por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) indican que tan sólo entre los años 2000 y 2020 se observa que la población casi se duplicó (Cuéntame INEGI, 2023). Las cifras siguen aumentando constantemente debido al incremento de empleos, ya que, en cuanto a su economía, la rama de actividad más importante de la entidad son los hoteles, moteles y similares con 16.9% del valor de la producción total con cifras del año del 2015 (INEGI, 2017), por lo que ahora las cifras estarán más elevadas, ya que muchas empresas optan por reclutar personal de otros estados para cubrir las vacantes en cuanto a hotelería se refiere.

Con cifras tan escandalosas en cuanto a la inmigración en este estado de la República, y considerando los diversos cambios que experimentan sus habitantes, es posible que factores como el choque de culturas, estilos de vida poco saludables y habituales como la vida nocturna, o la falta de red de apoyo social en el caso de personas que se mudan sin su familia y amigos, puedan influir en la tasa de suicidios de este estado. Es importante saberlo para poder trabajar en ello en estudios posteriores y aportar en la prevención del suicidio.

Objetivo

Identificar empleados con riesgo suicida en el hotel Hacienda del Mar, Los Cabos San Lucas, para conocer la prevalencia y los factores determinantes que influyen en su ideación suicida y poder aportar información relevante para futuras investigaciones o campañas de prevención. Esto considerando datos sociodemográficos que permitan conocer más sobre su estilo de vida, nivel de apoyo social y los problemas que padece. Además de analizar el grado de impulsividad y depresión de los sujetos con puntuaciones altas de ideación suicida.

Tipo y diseño de intervención

Transversal, descriptivo-comparativo, con enfoque cuantitativo, de tipo no experimental.

El diseño es descriptivo, ya que únicamente se busca recoger y medir información sobre las variables que pueden afectar en la ideación suicida de nuestros sujetos y especificar las características de estas personas. Es transversal, ya que su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en una sola instancia. Su enfoque es cuantitativo, con el que se podrá realizar la comparación de los datos entre sí, además de la oportunidad de enfocarse sobre los puntos específicos de los factores de riesgo que se pretenden localizar, además de facilitar la comparación entre estudios similares (Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. 2014).

Participantes

El presente estudio se aplica a 300 personas que laboren en el Hotel "Hacienda Del Mar", Los Cabos-San Lucas, sin importar el puesto que tengan dentro de la empresa. Todos

ellos seleccionados por muestreo probabilístico, aunque se considera a los colaboradores que están con mayor disposición al momento de realizar la encuesta. En donde el 17% de los sujetos participantes en el estudio fueron meseros, el 23% cocineros, 7% jardineros, el 16% operadores de mantenimiento, el 6% steward, el 13% mozos de áreas públicas, y el 18% fueron camaristas. En cuanto al promedio de antigüedad en la empresa fue de 4 años. Del total de los encuestados el 57% fueron del sexo masculino, mientras que el 43% fue del sexo femenino. En cuestión de edad, se encontró que los participantes oscilaban entre los 18 y 66 años, con una mediana de 34 años, una media 36.2 y la moda de 28 años.

Instrumentos

Consentimiento informado

El consentimiento informado es un documento que funciona como contrato entre el personal de salud y el paciente, en donde una vez garantizada la comprensión de la información a través de los medios y apoyos necesarios, la población usuaria de los servicios de salud tiene el derecho de aceptarlos o rechazarlos. Es por ello que se dice que dicho consentimiento constituye el núcleo del derecho a la salud (SEGOB, 2022). En cuanto a la investigación en salud, las normas, cantidad y calidad de la información intercambiada entre las partes se amplía para exponer claramente los objetivos de la experimentación y posibles consecuencias para su salud (LGS 100-IV) con la salvaguarda del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (R-LGS-IS 13) (Vázquez Guerrero et al. 2017, p. 179).

En el artículo 51 Bis 2, se anuncia que todos los prestadores de servicios de salud, ya sean públicos o privados, deben de otorgar toda la información al paciente siempre de forma clara, con un lenguaje acorde y con la información real y completa. Sin olvidar comunicar los objetivos y los posibles riesgos, así como otras opciones de tratamiento para que el sujeto tome una decisión libre e informada (SEGOB, 2022).

En el caso de la presente investigación, el consentimiento informado contiene una pequeña introducción al tema del suicidio, los objetivos que se desean alcanzar con el presente estudio, mencionando también el alcance de la investigación. Esto con el fin de que los sujetos participantes conozcan la privacidad de su información y sepan que no existe ningún riesgo en la aplicación de los test, y que las consecuencias únicamente podrían ser positivas al detectar a personas que necesiten ayuda, y dirigir las con personal especializado para su atención **(ver anexo A)**.

Datos sociodemográficos

Con la información sociodemográfica se pueden obtener las variables que se requieren para identificar los principales factores asociados a la ideación suicida. Las preguntas utilizadas son:

¿Cuál es su edad? ¿Cuántos años lleva radicando en este municipio?, ¿De dónde eres originario?, sexo, orientación sexual, estado civil, vives con tu familia?, ¿Cuántas personas dependen de ti económicamente y qué parentesco tiene contigo?, ¿Qué tanto te gusta el trabajo que realizas?, ¿Qué tanto crees que otras personas consideran que el trabajo que realizas es valioso?, ¿Qué tanto consideras que tu salario es suficiente para atender tus necesidades y las de quienes dependen de ti?, ¿Cuántas horas duermes diariamente? ¿Cuántas horas dedicas a socializar a la semana?, ¿Consumes alcohol o alguna droga?, ¿Qué actividades realizas con el objetivo de lograr bienestar físico y emocional?, ¿Padeces alguna enfermedad crónica o degenerativa?, ¿Cuál?, ¿Qué tanto crees que tu padecimiento afecta tu calidad de vida?, ¿Cuál es la situación que consideras que ha marcado un antes y un después de forma negativa en tu estado de ánimo? **(ver anexo B)**.

Evaluación de riesgo suicida: Test de Vulnerabilidad al suicidio Escala de Plutchick.

La escala de riesgo suicida Plutchik (ERSP), se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SÍ-NO que procede de una versión de 26 ítems. Un estudio aplicado en adolescentes colombianos concluyó en que la nueva versión reducida de la escala de riesgo de suicidio de Plutchik, posee características psicométricas adecuadas (Suárez-Colorado, 2019). Cada respuesta afirmativa puntúa 1, el total, es la suma

de las puntuaciones de todos los ítems. Las cuestiones están relacionadas con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. La prueba no intenta predecir el suicidio sino el grado en que un individuo revela un conjunto de características similares a un prototipo de suicidio (Plutchik, R., Van Praag, HM, Conte, HR y Picard, S., 1989). Es validada por la población española con alfa de Cronbach de 0,89, sensibilidad y una especificidad del 88 %, para discriminar entre individuos con antecedentes de tentativa de suicidio y sin antecedentes (Rubio G, 1998). **Resultados:** Puntuación total 0-5 puntos: Existe un riesgo escaso o mínimo de cometer suicidio. Puntuación total de 6-10 puntos: Existe cierto riesgo de cometer suicidio. Puntuación total de 11-15 puntos: Existe alto riesgo de suicidio (**ver anexo C**).

Escala de control de los impulsos de Ramón y Cajal.

En términos muy amplios, la impulsividad hace referencia a un pobre autocontrol de la conducta, caracterizado por la toma inmediata de decisiones sin tener en cuenta el alcance de sus consecuencias. No es un constructo único ni simple, implica diversas dimensiones en un fenómeno multifacético (Elvira Peña L., 2015). La escala de control de los impulsos de Ramón y Cajal es un instrumento que califica la conducta impulsiva en un rango de uno a cuatro puntos. La puntuación se estructura de la siguiente forma: “siempre” tres puntos, “a veces” dos puntos; “casi nunca” un punto y “nunca” cero puntos. **La escala no tiene punto de corte**, mientras mayor puntuación se obtenga, más impulsivo será el sujeto (Medina, P. et al., 2013). Tomando las relaciones encontradas entre la impulsividad medida por la ECIRyC con los diferentes trastornos de la personalidad, podría concluirse que la escala diseñada es un buen instrumento para ubicar cada entidad en función de su control/descontrol de los impulsos (Ramos Brieva J, 2002). (**Ver anexo D**).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Es un instrumento de autoaplicación de 21 ítems, diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir la frase que mejor describe su estado

durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a la corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. Tiene una alta fiabilidad test-retest (Pearson $r = 0,93$). También tiene una alta consistencia interna (Alfa 0.91). (Upton, J., 2013). **(ver anexo E)**

Procedimientos

Con el apoyo de la psicóloga de la empresa, se comparte a 300 colaboradores del hotel "Hacienda del Mar" Los Cabos, B.C.S., información clave sobre el gran problema mundial en casos de suicidio, así como la importancia de saber detectar los focos rojos y saber cuándo pedir ayuda. Esto con el fin de eliminar tabúes y como presentación, para después solicitarles a cada uno contestar el Test de Vulnerabilidad al suicidio Escala de Plutchick. (todo el proceso se realiza visitando cada uno de los departamentos, ya que en hotelería no hay tiempo de reunir a todo el personal). El test de vulnerabilidad al suicidio se aplica de forma manual/impresa **(ver en el anexo 3)**, y en la parte de atrás de la hoja se les pide que anoten su correo electrónico para posteriormente enviarles el cuestionario sociodemográfico con la intención de que puedan contestarlo en su tiempo libre **(ver anexo B)**.

Se les pide que contesten la hoja del test con la mayor discreción y de forma totalmente honesta, sin olvidar escribir sus datos en la parte superior, para que al interpretar el test y detectar los posibles riesgos o pensamientos suicidas, nos sea posible identificar al personal vulnerable. Se realiza el conteo de puntuación del Test de Vulnerabilidad al suicidio de Plutchick de forma manual, para posteriormente detectar las puntuaciones más altas, considerando estas últimas para la aplicación de los dos cuestionarios restantes (la Escala de control de los impulsos de Ramón y Cajal y el Inventario de Depresión de Beck) y así poder comparar los datos. Por último, se les pide a los sujetos con riesgo positivo que expliquen la situación que consideren importante para la contribución a sus síntomas. Con

la información en la base de datos se procede a graficar y con la ayuda del programa SPSS conseguir también los datos inferenciales.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se realizará por medio de estadística descriptiva e inferencial. El primer paso es interpretar cada una de las 300 Escalas aplicadas de Plutchik con 15 preguntas para detectar a las personas con mayor vulnerabilidad, siendo estas últimas las que se considerarán en el desarrollo de la investigación, al tener esta información de forma manual, se procede a cargar los datos obtenidos en Excel para posteriormente realizar las comparaciones y encontrar asociaciones entre ellos. Los datos sociodemográficos se presentan en figuras gráficas, comparando los porcentajes de las personas con riesgo suicida con el resto de la población muestra. Para conocer los factores de vulnerabilidad en el suicidio, se realiza un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos enfocados en los agentes que más influencia han resultado tener en estudios anteriores como la edad, el género, la orientación sexual, estado civil, el poseer alguna enfermedad, las redes familiares, entre otros. Estos datos serán utilizados también para la aplicación de la estadística inferencial, en donde se realizan comparaciones en cuanto al resto de los datos obtenidos de los sujetos con ideaciones suicidas, como son el nivel de depresión y la impulsividad, considerando también la puntuación de la escala de Plutchik para detectar posibles correlaciones. Esto con la ayuda del programa SPSS.

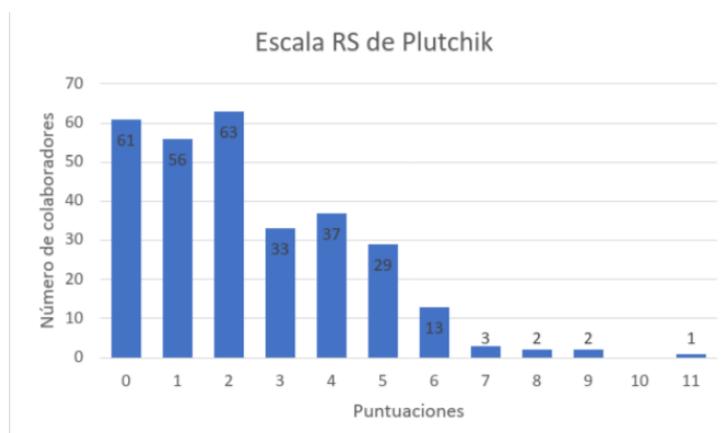
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Estadística descriptiva

Test de Vulnerabilidad al suicidio Escala de Plutchick.

En la aplicación de la Escala de Plutchick a los 300 colaboradores, se obtuvo que el 20% de estos no reflejan ninguna puntuación (ver figura 1), ya que todas sus respuestas fueron negativas. El 19% contestó de forma positiva solamente una de las preguntas del test, siendo esta sin ningún tipo de riesgo, ya que fue la respuesta sobre algún cambio en su estado civil o tener alguna dificultad para conciliar el sueño. El 21% de los colaboradores encuestados respondieron dos preguntas de forma positiva, sin embargo, al igual que el resultado anterior, esto sin ningún tipo de riesgo. Estos tres primeros bloques representan el 60% de la población encuestada. Nos centraremos en el 40% restante, ya que sus respuestas comienzan a ser preocupantes.

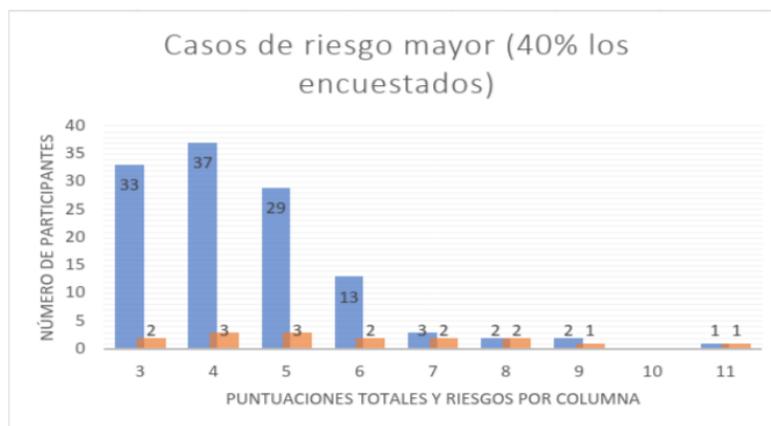
Figura 1.



Fuente: Elaboración propia

En la figura 2 se puede observar de forma más detallada el 40% de la población restante del personal encuestado (barras color naranja), dichas cifras muestran que el 11% respondió tres preguntas de la escala de Plutchik de forma positiva, y aunque tres preguntas no son muchas, dos de estas personas admite haber pensado en algún momento en suicidarse. El 12.34% respondió cuatro preguntas de forma positiva en donde tres de estas personas también tienen algún tipo de riesgo. El 9.66% contestó cinco preguntas de forma positiva y tres de estas personas tienen mayor riesgo al suicidio habiendo contestado que han tenido algún familiar que sea suicidado y que en algún momento han pensado en suicidarse. El 4.33% que equivale a 13 personas de las 300 encuestadas, han respondido seis preguntas de forma positiva y dos de estas personas tienen un alto riesgo suicida. Finalmente llegamos a la mayor cantidad de respuestas contestadas de forma positiva por ocho personas que equivale al 2.67% de la población total encuestada. La cantidad de respuestas positivas que dieron estas personas están entre 7 y 11, en donde seis de estas ocho personas presentan también alto riesgo de cometer suicidio.

Figura 2.



Fuente: Elaboración propia

Las 16 personas con riesgos altos en suicidio equivalen al 5.33% de las 300 personas encuestadas, colaboradores del Hotel Hacienda del Mar. Por lo que los datos siguientes a partir de aquí, abordan a únicamente esas 16 personas.

Considerando las respuestas de las personas con riesgo alto en el Test de Vulnerabilidad al suicidio Escala de Plutchick. Se puede observar que únicamente el 12.5% de los sujetos consumen algún medicamento para conciliar el sueño (ver figura 3), no obstante, el 43.8% tiene dificultades para dormir (ver figura 4).

Figura 3.

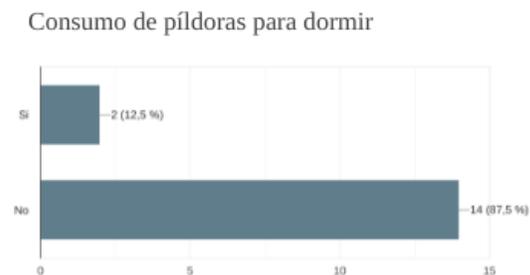
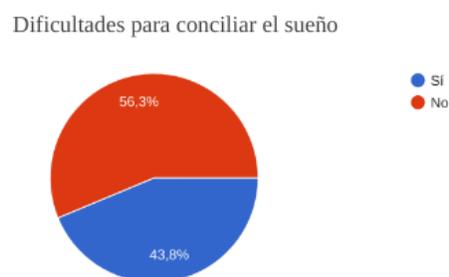


Figura 4.

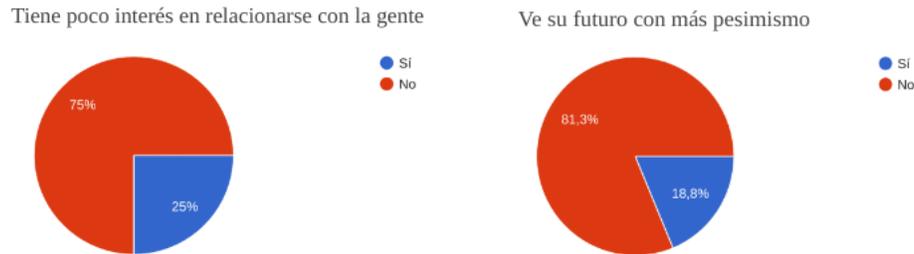


Fuente: Elaboración propia

Otras cifras son relativamente bajas como el tener poco interés en relacionarse con las personas, en donde únicamente el 25% de la población dice no tener mucho interés (ver figura 6), del mismo modo, únicamente el 18.8% ve su futuro con más pesimismo que optimismo (ver figura 7).

Figura 6.

Figura 7.



Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, el 81.3% se ha sentido alguna vez inútil o inservible (ver figura 8), el 87.5% se ha sentido alguna vez tan fracasado que solo quería meterse a la cama y olvidarlo todo (ver figura 10). El 25% ve su futuro sin ninguna esperanza (ver figura 9). Estas cifras representan el estado de ánimo que han tenido en algún momento los sujetos con ideación suicida, sin embargo, el 25% dice sentirse deprimido en el momento presente (ver figura 11)

Figura 8.

Se ha sentido alguna vez inútil o inservible

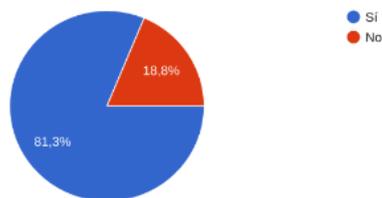


Figura 9.

Ve su futuro sin ninguna esperanza

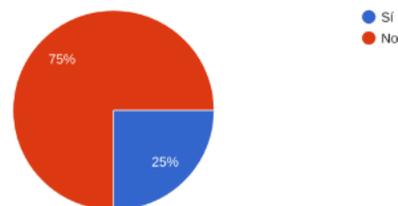


Figura 10.

Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que solo quería meterse a la cama y olvidarlo todo

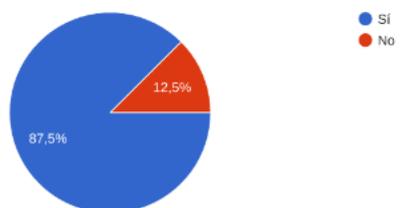
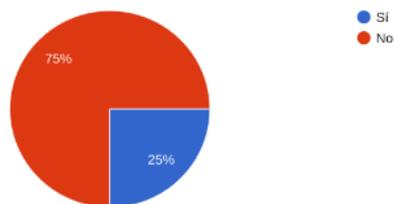


Figura 11.

Está deprimido ahora



Fuente: Elaboración propia.

De nuestra población conformada por 16 personas con riesgo suicida, el 100% de ellas declara que ha pensado alguna vez en suicidarse. Sin embargo, solo el 37.5% afirma haberle comentado a alguien sobre dicha ideación (ver figura 14). Aunado a esto, el 18.8% ha intentado alguna vez quitarse la vida, esto equivale a tres personas (ver figura 15). En cuanto al control de impulso relacionados con dicha ideación, siete personas, equivalentes al 43.8%, han estado a punto de la impulsividad (ver figura 12). Únicamente

Figura 12.

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

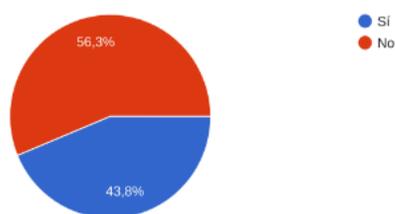


Figura 13

Ha pensado alguna vez en suicidarse

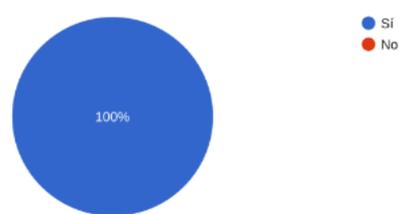


Figura 14.

Le ha contado a alguien que quería suicidarse

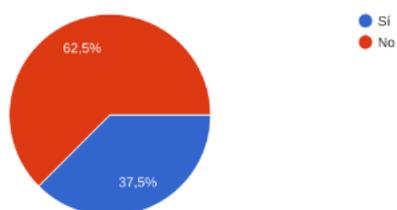
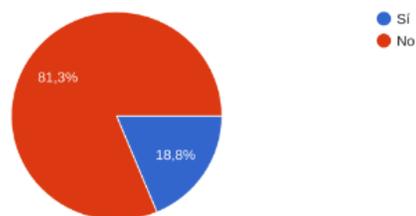


Figura 15.

Ha intentado alguna vez quitarse la vida



Fuente: Elaboración propia

Cuestionario de datos sociodemográficos

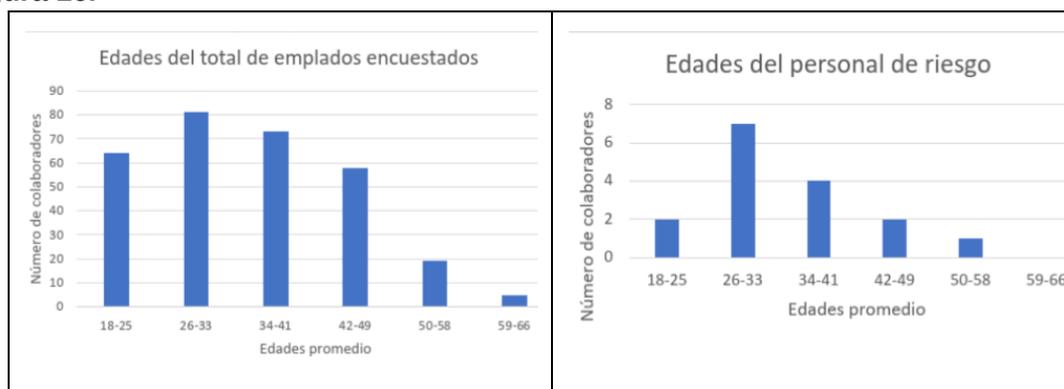
Se aplicó el cuestionario para recolectar información sociodemográfica a los 300 participantes para poder comparar algunas variables como la edad, estado civil y otras características con el personal de riesgo, con el resto de los sujetos participantes, la información recolectada se describe a continuación:

Edad

Considerando los 300 sujetos encuestados inicialmente, se puede observar en la siguiente figura que los grupos de edades son muy, únicamente con un grupo un poco mayor está el que oscila entre los 26 y 33 años de edad con un 27% de la población encuestada, siendo el menor grupo el que participa entre edades de 59 a 66 años con un 1.66% de los sujetos.

Por otro lado, considerando únicamente a las personas con ideación suicida, el grupo mayor es el que oscila entre edades de los 26 y 33 años cubriendo el 44% de esta población, siendo el menor grupo el equivalente al 6% entre las edades de 50 y 58 años.

Figura 16.



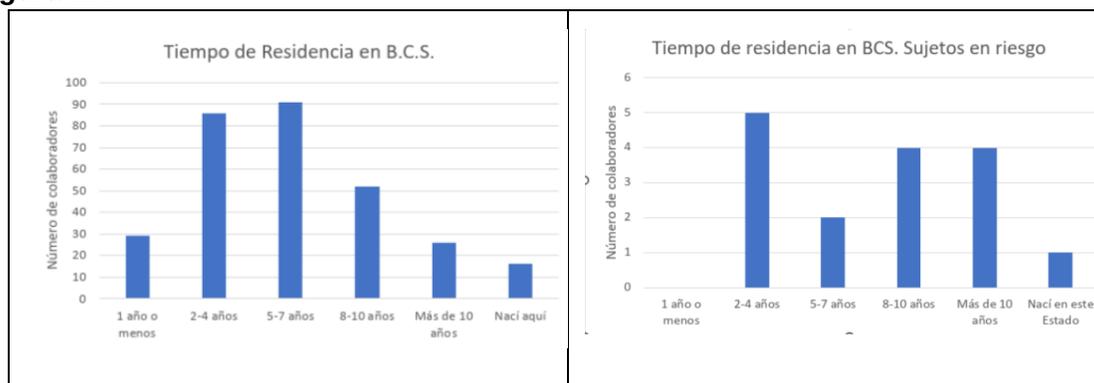
Fuente: Elaboración propia

Tiempo de residencia en el estado de Baja California Sur.

De las 300 personas, la población mayor equivalente al 30.34% (91 respuestas), dicen haber radicado en este Estado por entre 5 y 7 años, el 28.64% comenta vivir en Los Cabos-San Lucas desde entre 2 y 4 años. La cifra menor fue de las personas que nacieron en Baja California Sur, ya que el porcentaje fue del 5.33% correspondiente a 16 personas.

Por otra parte, basándonos en las respuestas de las 16 personas con riesgo de suicidio, cinco de los sujetos que equivale al 31.25% de la población refieren haber vivido en este estado de 2 a 4 años; cuatro personas, equivalentes al 25% de la población comentan vivir en este estado de la República de 8 a 10 años de su vida; mientras que la cifra menor correspondiente a una persona, refiere haber nacido en este Estado de la República, esto equivale al 6.25% de nuestra población muestra.

Figura 17.



Fuente: Elaboración propia

Estado de origen

En cuanto al lugar de origen de los 300 sujetos, el 26% es proveniente del Estado de Guerrero, siguiéndole el Estado de Sinaloa con un 13%, siendo el de menor aflujo Sonora, Nuevo León, Tabasco y Baja California Norte, con tan solo un 1%, equivalente a entre 3 y 4 personas provenientes de estos estados.

Considerando al segundo grupo, estos son provenientes en mayor medida del Estado de Guerrero también, esto equivale al 18.75% de la población en riesgo.

Figura 18.

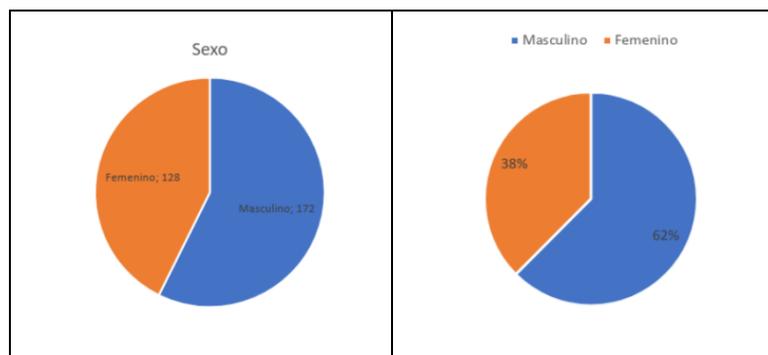


Fuente: Elaboración propia

Sexo

Del total de los 300 sujetos encuestados, el 42.6% son mujeres mientras que el 57.4% son del sexo masculino. De la misma forma, considerando las 16 personas en riesgo, se puede observar que la cifra mayor pertenece al sexo masculino con 62%, mientras que el 38% son mujeres.

Figura 19.



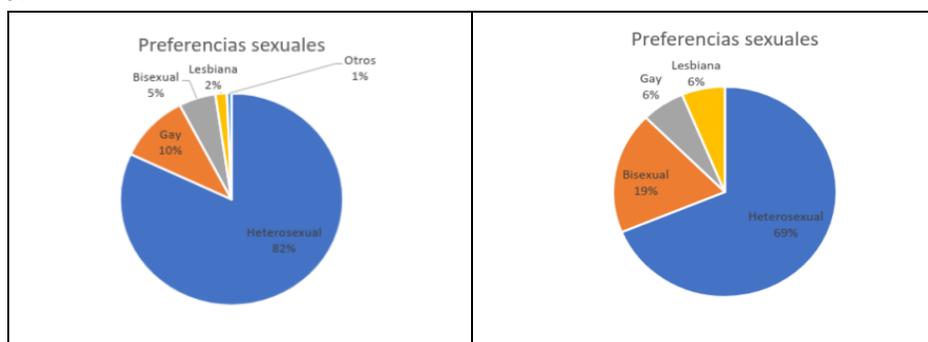
Fuente: Elaboración propia

Preferencias sexuales

Considerando las preferencias sexuales de los 300 encuestados, los resultados muestran que 246 personas dijeron ser heterosexuales, esto es lo equivalente al 82% de la población encuestada. El 10% de dicha población declara ser gay. El 5% Es bisexual, 2% lesbianas y 1% otros.

Mientras tanto, los resultados muestran que 69% de las personas en riesgo son heterosexuales, el 19% son bisexuales, 6% es gay y el 6% lesbiana.

Figura 20.



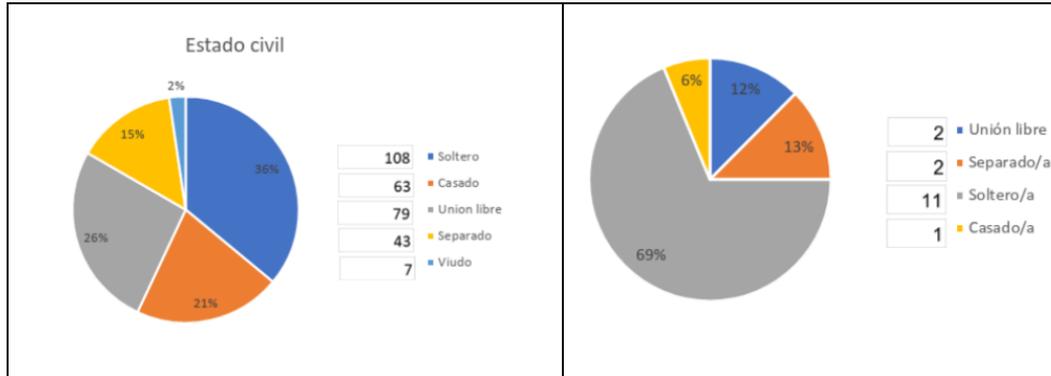
Fuente: Elaboración propia

Estado civil

En cuanto al estado civil, la mayor parte de la población, esto es el 36%, afirma ser soltero, mientras que el 26% vive en unión libre. Los porcentajes menores corresponden a los viudos con únicamente el 2% de la población equivalente a siete personas de las 300 encuestadas.

Así mismo, de las 16 personas con ideación suicida que conforman el total, 11 de ellas equivalentes al 69% afirman ser solteros.

Figura 21.



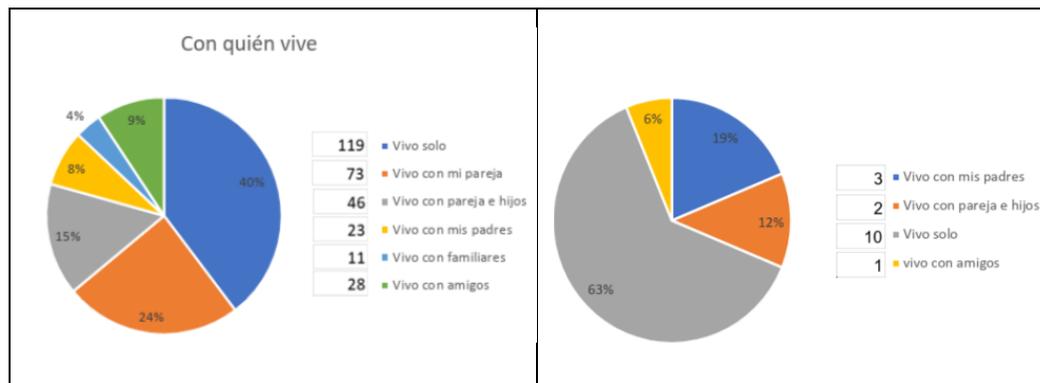
Fuente: Elaboración propia

Con quién vive

En cuanto a sus relaciones o convivencia familiar, 40% de nuestra población muestra vive solo, mientras que el 39% vive en pareja, ya sea con o sin hijos. Que en cifras menores que corresponden al 4% de la población encuestada, vive con familiares.

En personas con ideación suicida, el 63% de la población en riesgo dice vivir solo, el 19% de la población en riesgo vive con sus padres, y sólo el 6% de esta población vive con amigos.

Figura 22.



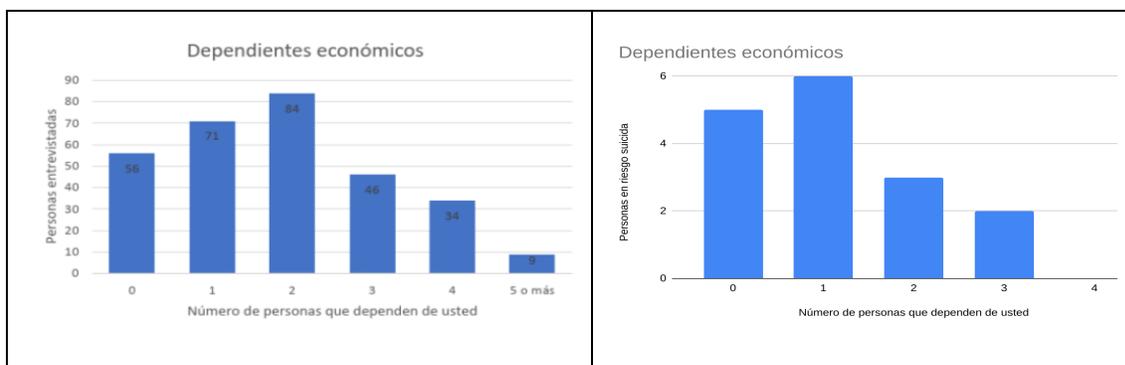
Fuente: Elaboración propia

Dependientes económicos

En cuanto a la responsabilidad económica que tienen nuestros 300 sujetos, el 30% declara tener más de tres personas a cargo económicamente hablando, el 28% de la población es proveedor de dos personas, mientras que el 19% dice no tener ninguna responsabilidad económica sobre otra persona.

Por otro lado, el 37.5% de los sujetos con alguna ideación suicida mantiene económicamente a una persona y el 31.25% no tiene ningún dependiente económico. La cifra menor de esta población lo ocupa el 12.5% que dice ser proveedor de tres personas.

Figura 23.



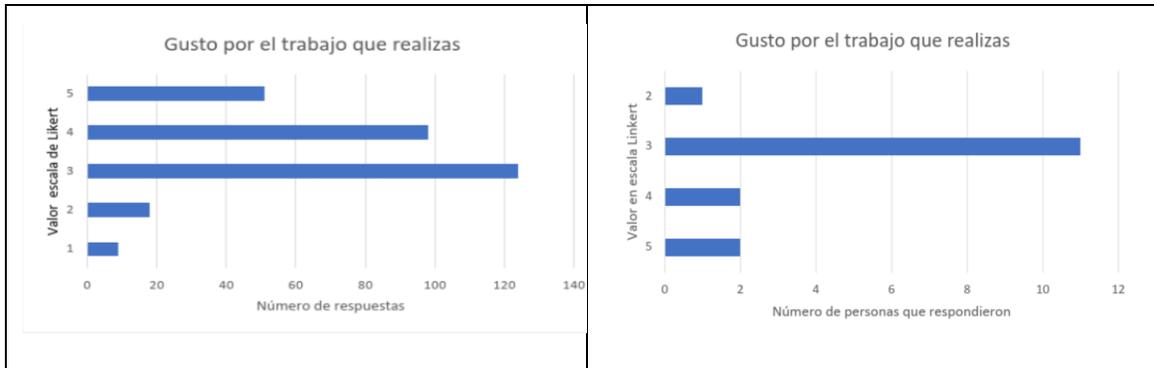
Fuente: Elaboración propia

Nivel de satisfacción laboral

Midiendo su nivel de satisfacción laboral, y considerando la escala Likert en donde uno es nada y cinco es mucho, se encontró que el 41% de la muestra total dice ser indiferentes a su actividad laboral, el 17% de los encuestados, respondieron disfrutar el trabajo que realizan, y solo el 3% de la población refirió no gustarle el trabajo que realiza.

En el caso de los sujetos en riesgo, se puede observar que el 68.75% muestran indiferencia ante la satisfacción laboral, mientras que el 6.25% de la población con ideación suicida refiere no gustarle el trabajo que realiza.

Figura 24.



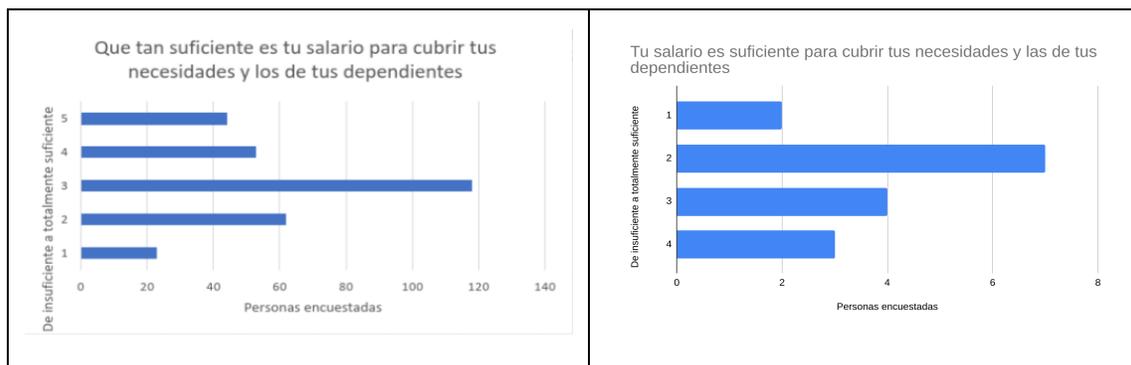
Fuente: Elaboración propia

Rendimiento del salario

En cuanto al salario que perciben los 300 sujetos, el 29% considera a su salario insuficiente; el 39% comenta que no es suficiente, pero cubre sus necesidades, y solo 44 personas correspondientes al 32% de la población considera que su salario es suficiente para tener un buen estilo de vida.

En temas de salario, cuestionando a los sujetos en riesgo, 56.25% de la población refiere que su salario es insuficiente; 25% de la población comenta que no es suficiente su salario, pero cubre sus necesidades, y solo el 18.75% considera que su salario es suficiente para cubrir sus necesidades y darse pequeños gustos.

Figura 25.



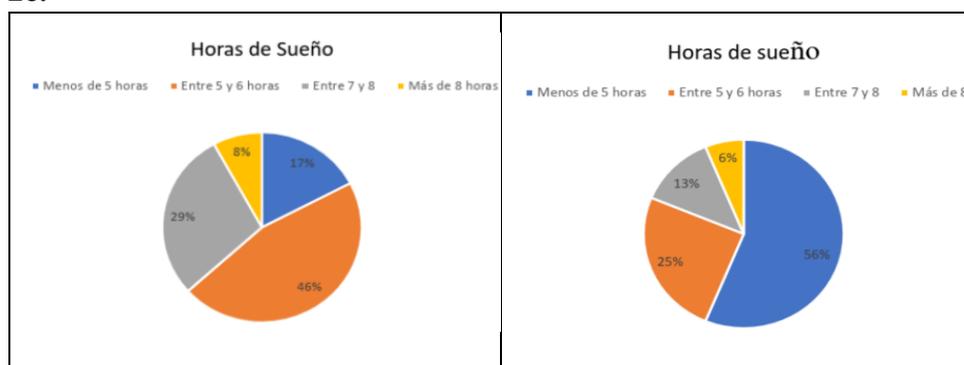
Fuente: Elaboración propia

Horas de sueño diarias

Considerando las horas de sueño diarias de nuestros encuestados, el 46% dice dormir entre 5 y 6 horas diarias, el 29% tiene un sueño normal de entre 7 y 8 horas, y solo el 8% de la población refiere dormir más de 8 horas diarias.

Por otro lado, en los sujetos con riesgo se puede observar que el 56% duerme menos de 5 horas, el 25% duerme entre 5 y 6 horas, y solo el 6% duerme más de 8 horas.

Figura 26.



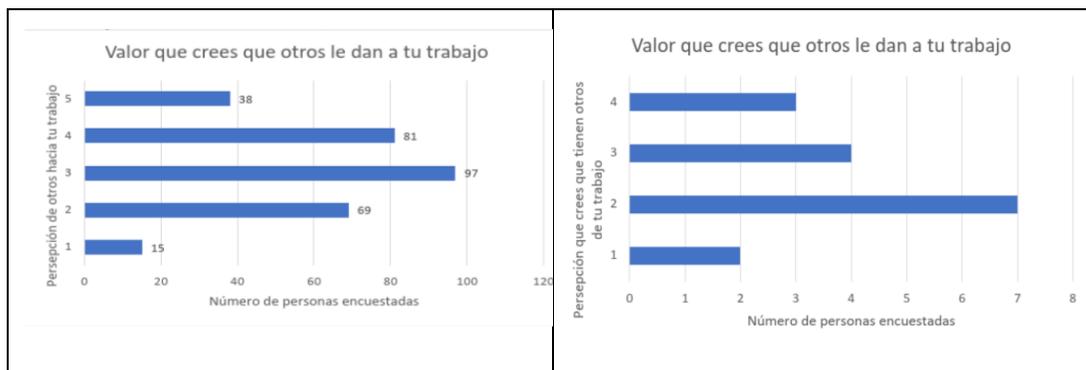
Fuente: Elaboración propia

Reconocimiento por el trabajo que realizan

En este tema, el 60 % comentan sentirse tomados en cuenta y valorados parcialmente, el 23% comentan percibir solo un poco de reconocimiento laboral, mientras que el 5% de los colaboradores encuestados refiere no sentir que le den un valor a su trabajo.

En el caso del grupo de riesgo, el 43.75% dicen sentirse tomados en cuenta y valorados parcialmente, el 43% comenta sentirse valorado muy de vez en cuando y por pocas personas, y el 12.5% refiere no sentir ningún tipo de reconocimiento por su trabajo,

Figura 27.



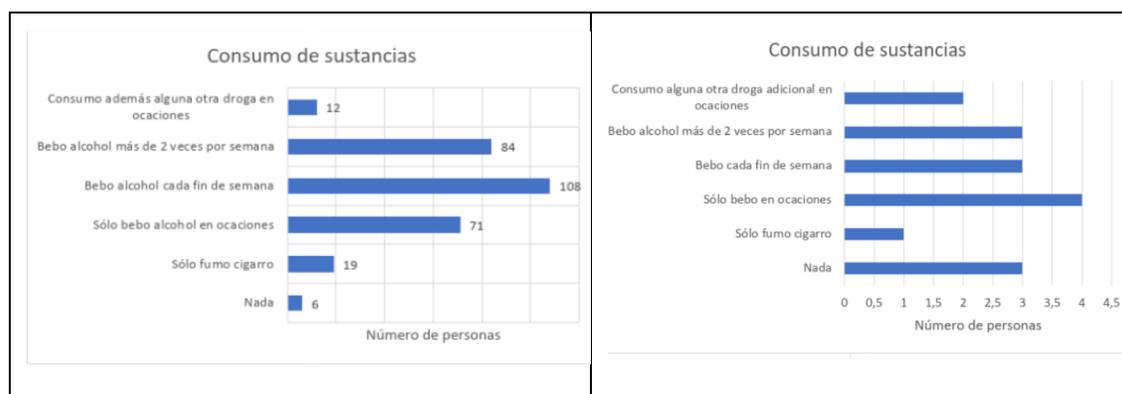
Fuente: Elaboración propia

Consumo de alcohol o alguna sustancia psicoactiva

En el consumo de alcohol o alguna sustancia psicoactiva, el 60% de la población, dice consumir alcohol en ocasiones y máximo cada fin de semana. el 28% asegura consumir alcohol más de dos veces por semana, y únicamente el 2% de los encuestados refiere no consumir ninguna sustancia legal o ilegal.

Considerando a las 16 personas en riesgo, el 43.75% consume alcohol en ocasiones y máximo cada fin de semana; el 18.75% dice consumir alcohol más de dos veces por semana; y únicamente una persona, equivalente al 6.25% de la población dice fumar únicamente nicotina.

Figura 28.



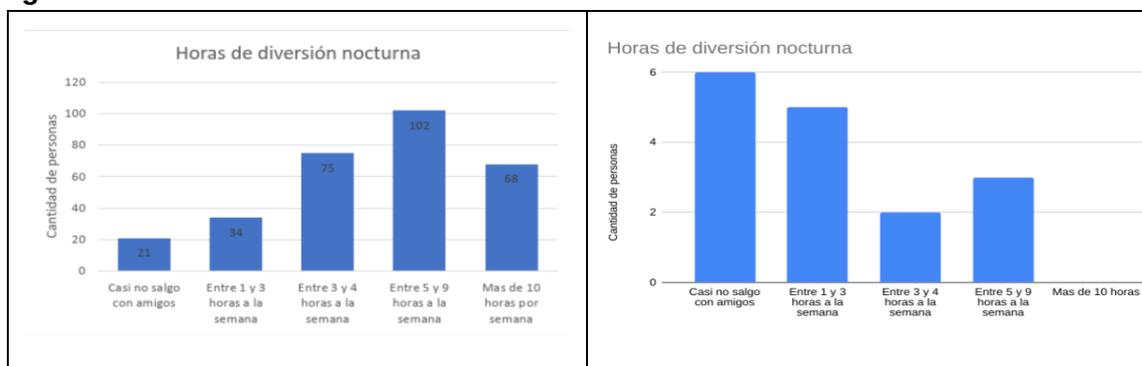
Fuente: Elaboración propia.

Vida nocturna

En cuanto a la diversión nocturna, el 36% refieren salir con amigos entre 1 y 4 horas a la semana, 34% de la población dicen salir de fiesta entre 5 y 9 horas a la semana mientras que el 7% de la población dice no salir.

Por otra parte, el 37.5% de nuestra población con ideación suicida refiere no salir de manera constante o definitivamente no hacerlo, mientras que el 31.25% dice divertirse de entre 1 y 3 horas a la semana. Por otro lado, el 12.50% sale de entre 3 y 4 horas a la semana.

Figura 29.



Fuente: Elaboración propia

Ejercicio u otra actividad física que realicen

Tomando en cuenta la realización de actividades físicas para el mantenimiento de la salud, el 31% de los sujetos encuestados declaran no realizar ningún deporte u otra actividad física adicional a su trabajo diario. El 25% solo sale a caminar-correr y solo el 11% de nuestra población disfruta hacer algún deporte con sus amigos.

En cuanto a las personas en riesgo, el 46.6% declara no realizar ninguna actividad física.

Figura 30.



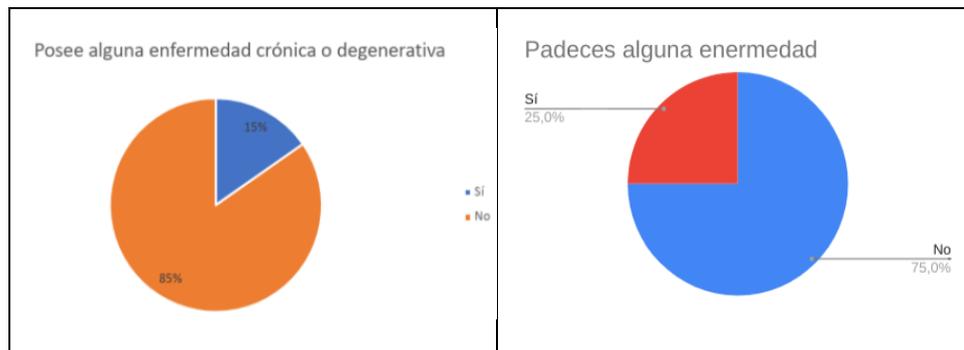
Fuente: Elaboración propia

Enfermedades

En cuestión de la salud, solo el 15% de los 300 sujetos encuestados refieren tener alguna enfermedad Crónica o degenerativa que puede afectar también su salud mental.

Tomando en consideración alguna enfermedad que pueda padecer el sujeto con ideación suicida, se puede observar que el 25% de ellos padece alguna enfermedad. Las enfermedades que padecen se muestran en la **tabla 1**.

Figura 31.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 1.

Población muestra	Enfermedades Crónica o degenerativas que padecen							
	Diabetes	Hipertensión	Migraña	Artritis	Problemas con la tiroides	VIH	Ansiedad	Cáncer
300 sujetos encuestados	7	12	9	2	4	3	7	1
16 sujetos con ideación suicida.	1	0	0	0	1	1	1	0

Fuente: Elaboración propia

Situación que considera el inicio del problema

¿Cuál es la situación que consideras que ha marcado un antes y un después de forma negativa en tu estado de ánimo?

Sujeto 1.- He pasado por muchos cambios muy rápidamente, tuve que juntarme con mi pareja porque estaba esperando un bebé, pero no me siento feliz.

Sujeto 2.- Recientemente recuperé a mi hija de 6 años que había dejado con su abuela para venir a trabajar, la extrañaba mucho, pero ahora me siento muy triste y frustrada. No puedo darle el tiempo que merece y estoy sola aquí, por lo que no me dan los tiempos entre la guardería y el trabajo.

Sujeto 3.- No me gusta mi cuerpo, siempre he tenido problemas de bullying en las escuelas. Ahora es diferente, pero yo no me acepto, siento que no puedo obtener lo que quiero debido a ello.

Sujeto 4.- Hace 10 años me separé de mi esposa. Ella se llevó a mis dos hijos y ya no me dejó volverlos a ver. Ahora empezaba a tener contacto con ellos, pero se nota que me odian a pesar de que nunca dejé de darles pensión. Siento que están en contra de mí y eso me pone muy mal. Además de que no he vuelto a tener otra relación estable.

Sujeto 5.- Me gusta la vida de aquí y me encanta pasar mucho tiempo con mis amigos, pero cuando llego a casa me pongo a pensar que mi vida la estoy desperdiciando y no tengo a nadie de mi familia cerca para aprovecharla con ellos.

Sujeto 6.- Mi familia está pasando por una situación muy difícil y soy su único sustento, sin embargo, siento mucha presión y creo que eso no me permite enfocarme en otras cosas.

Sujeto 7.- De un tiempo para acá me siento muy cansada, en el trabajo no estoy dando lo que debería. Me pone triste pensar que tengo que esperar a mis vacaciones para ver a mi familia, continuamente estoy triste y malhumorada. Mis médicos me dicen que es por el hipotiroidismo, pero yo creo que va más allá.

Sujeto 8.- Recientemente falleció mi abuela, es la persona que consideraba como mi madre. Lamentablemente no pude estar cerca de ella en sus últimos días.

Sujeto 9.- Hace un tiempo me diagnosticaron VIH, en ese momento no lo tomé en serio y creí que era un mal diagnóstico porque no me sentía mal. Pero ahora lo siento como si apenas me lo hubieran diagnosticado.

Sujeto 10.- Hace tres meses falleció mi hermano en un accidente automovilístico, tenía años sin verlo y habíamos quedado de reunirnos el mes siguiente. Me siento culpable por haberme alejado tanto.

Sujeto 11.- Desde hace como dos años, creo que fue cuando dejé de frecuentar a mi familia para conservar el trabajo aquí.

Sujeto 12.- En este último año he pasado por muchas situaciones estresantes. He tenido algunos problemas familiares y económicos. Recién encontré este trabajo y aún no me acoplo, me siento tonto. Nunca me han gustado los cambios.

Sujeto 13.- No me siento el mismo de antes desde que me diagnosticaron la diabetes, aunque mi familia está conmigo, no me gusta sentirme una carga. Es cansado tener que estar cuidando todo para poder estar en buena salud, no quiero seguir haciéndole esto a mi familia. El sentirme así se me junta todo, es como si repasara mi pasado y me arrepintiera de muchas cosas que no puedo remediar.

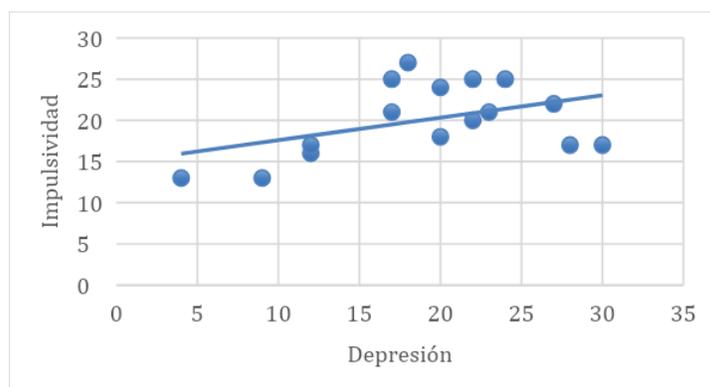
Sujeto 14.- Hace 2 meses terminé con mi pareja, me siento mal porque no puedo salir de mi depresión, todos me dicen que es pasajero, pero no puedo ver la vida sin esa persona, compartimos todo.

Sujeto 15.- Desde hace un tiempo siento que nada me llena, no puedo definir cuál es el momento en el que hubo esa fractura.

Sujeto 16.- No me siento libre, no sé lo que me pasa, pero desde hace un tiempo me he sentido sin energía. Me siento peor cuando veo a mis amigos salir a divertirse y yo simplemente no tengo ganas de hacer nada.

A continuación se realizan algunas comparaciones con la Escala de control de los impulsos de Ramón y Cajal y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), entre sí mismas y con las respectivas variables dependientes:

Figura 31.



Fuente: Elaboración propia

En la figura anterior se puede observar que la línea de tendencia precisa entre los puntos más convergentes, delatando claramente que el nivel de impulsividad de los sujetos participantes, va acompañada de un nivel proporcional de depresión. Esto confirma lo anteriormente dicho por Téllez-Vargas, (2006), en dónde explica que el nivel de impulsividad, que se caracteriza por la desinhibición del comportamiento del sujeto y su motivación a actuar ante estímulos sin considerar las consecuencias, puede incrementarse cuando el individuo sufre de depresión (Téllez-Vargas, 2006, p. 76).

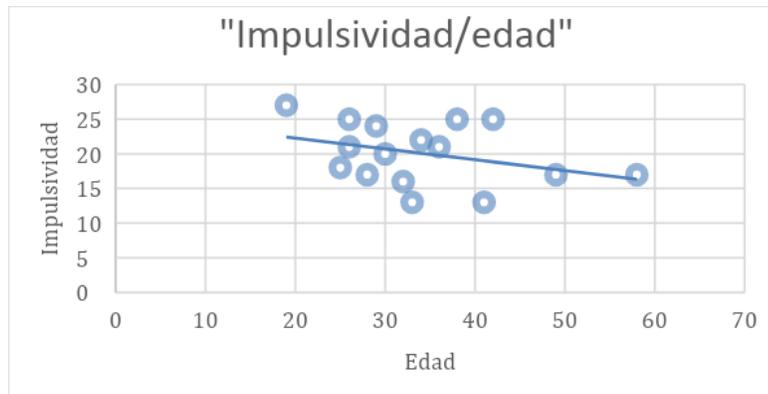
Tabla 2.

Tipo de riesgo suicida	Promedio Depresión	de
Alto riesgo	23	
Poco riesgo	17.25	
Mínimo riesgo	20.57142857	

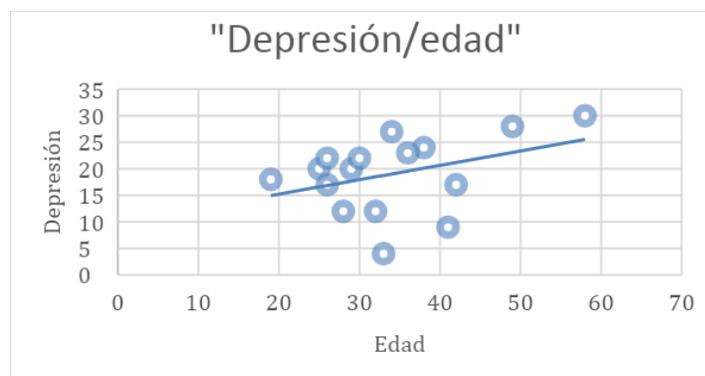
Fuente: Elaboración propia

Una vez corroborando el impacto que tiene la depresión en la ideación suicida, se analizan por separado tanto la depresión, como la impulsividad para localizar las edades en dónde más fluctúan estos padecimientos, observando que, en el caso de la impulsividad, se presenta en los más jóvenes, mientras más avanza la edad, este disminuye. Esto tiene sentido comparándolo con otros estudios en dónde encuentran que su relación de la impulsividad con el suicidio, se da por la falta de habilidad para confrontar los factores estresantes tales como problemas financieros, fines de relación o dolores y enfermedades crónicas, dichos factores son predominantes en los jóvenes (Bahamón M. M., García G. C., 2017)

En caso contrario, entre más avanza la edad de los individuos, la depresión se presenta en puntuaciones mayores. En este tema se debe aclarar que, aunque los adultos mayores no presenten impulsividad, existen otros factores que influyen en gran manera al suicidio, como se mencionó en el marco teórico, muchos autores como Sales A. et al, (2015) y Toro-Tobar R. (2016), mencionan que algunos factores como el envejecimiento, y sus cambios en general que presentan los sujetos, pueden contribuir a la disminución de autoestima, además de que en mayor edad, aumenta también la desesperanza. Aunado a esto, es más probable que tengan alguna enfermedad ya sea física o mental o no contar con redes de apoyo (abandono/soledad) (Mansilla Izquierdo F., S/n).

Figura 32.

Fuente: Elaboración propia

Figura 33.

Fuente: Elaboración propia

El presente apartado muestra la asociación entre el estado civil y la ideación suicida, en donde se puede observar que la mayor parte de la población en riesgo pertenece a los solteros, siguiéndole los separados, unión libre y por último y con menos riesgo, los sujetos que están casados. Estos resultados prueban lo mencionado en otros estudios, como los de

Pimentel de Sousa (2021), quien lo atribuye a la dependencia emocional que existe en los seres humanos (Pimentel de Sousa S. & Ferreira de Souza M. 2021).

Tabla 3.

Estado Civil	Suma de Plutchik
Soltero/a	65
Separado/a	16
Unión libre	10
Casado/a	5
Total	96

Fuente: Elaboración propia

En cuestión de enfermedades, anteriormente se presentó una comparación a la muestra inicial (Tabla 1). En la siguiente tabla se observan las enfermedades presentadas en el grupo de riesgo dependiendo el nivel de éste. La tabla muestra que la cuestión de tener una enfermedad no es muy influyente en cuanto a la ideación suicida, esto pudiera ser por que las personas que se saben insanas físicamente, prestan más atención en la recuperación de su enfermedad que a la idea de no vivir. Por supuesto que en primera instancia aparece la depresión, esto, como bien menciona López Ibor, M. I. (2007), puede influir el miedo a lo desconocido, al dolor, a la pérdida de autonomía y en muchos casos, miedo a la muerte en sí. Aunque eso no descarta totalmente lo mencionado por Tuesca Molina, R., & Navarro Lechuga, E. (2003), en donde aseguran una relación significativa entre personas hospitalizadas y el riesgo al suicidio, cabe resaltar que los estudios mencionados por estos autores están enfocados a pacientes hospitalizados, en donde se entiende que su enfermedad está más avanzada y prefieren morir a seguir luchando con el sufrimiento.

Tabla 4.

Enfermedad crónica o degenerativa	Tipo de riesgo suicida			Total
	Alto riesgo	Poco riesgo	Mínimo riesgo	
Ninguna		6	6	12
Depresión y ansiedad		1		1
VIH		1		1
Diabetes			1	1
Hipotiroidismo	1			1
Total	1	8	7	16

Fuente: Elaboración propia

En la tabla siguiente (Tabla 5), se puede observar que, aunque dentro de los sujetos en riesgo haya un porcentaje considerable de sujetos de minoría sexual, esto es, con preferencias sexuales distintas a lo habitual, no son la causa principal las afectaciones que por esta índole puedan atraer como las que menciona Baams L, et al (2015), que son: victimización verbal y física debido a su identidad sexual real o percibida y homofobia en general. Más bien, sus afectaciones van más allá de la preferencia sexual que, para esta época y con el sinfín de marchas e inclusiones, ya está más que aceptada. Esta información se puede contrastar con las respuestas que los sujetos dieron de forma precisa sobre la pregunta **¿Cuál es la situación que consideras que ha marcado un antes y un después de forma negativa en tu estado de ánimo?**, presentadas en la página 62.

Tabla 5.

Preferencia sexual	Muestra total	Personas con ideación suicida	con cada preferencia	Equivalente en cada preferencia	Equivalente del total general
Heterosexual	246	11	5%	3.66%	
Bisexual	30	3	10%	1%	
Lesbiana	15	1	7%	0.33%	
Gay	6	1	17%	0.33%	
Otros	3	0	0%	0%	
Total general	300	16			5.33%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla siguiente, se muestra las horas de sueño diarias y el promedio de los sujetos, en dónde se puede relacionar la falta de sueño y el riesgo suicida, en dónde se cumple lo descrito por Pimentel de Sousa S. & Ferreira de Souza M. (2021), en dónde menciona que en un estudio, los individuos que presentaron problemas en el sueño tuvieron 2,9 veces más probabilidades de ideación, ya que, según él, dicho problema pueden causar consecuencias en el equilibrio emocional y provocar disturbios depresivos de ansiedad y estrés en los sujetos, además de que pueden provocar un elevado riesgo de trastornos físicos y psicológicos que afectan de forma negativa la calidad de vida (Pimentel de Sousa S. & Ferreira de Souza M.. 2021 p. 136)

Tabla 6.

¿Cuántas horas duermes diariamente?	Muestra total	Muestra riesgo
5 o menos	51	9
Entre 5 y 6 horas	138	4
Entre 7 y 8	87	2
Más de 8	24	1
Total general	300	16

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la convivencia familiar como un factor de riesgo, se puede observar que efectivamente más del 62% de los sujetos no vive con su familia, esto, aunque no sea un factor directo que pueda causar la ideación suicida, si es una de las variables que influye de manera indirecta. Beck lo simplifica de esta forma: Para personas con algún trastorno, principalmente en la depresión, las creencias básicas las llevan a tal nivel que encajan en cualquier situación para desenlazar en su mente un hecho negativo, activándose así características de pérdida o amenaza personal, accionando también el esquema afectivo, por ejemplo, el exceso de tristeza (Aaron T. Beck & Arthur Freeman, 2005. Cap. 2).

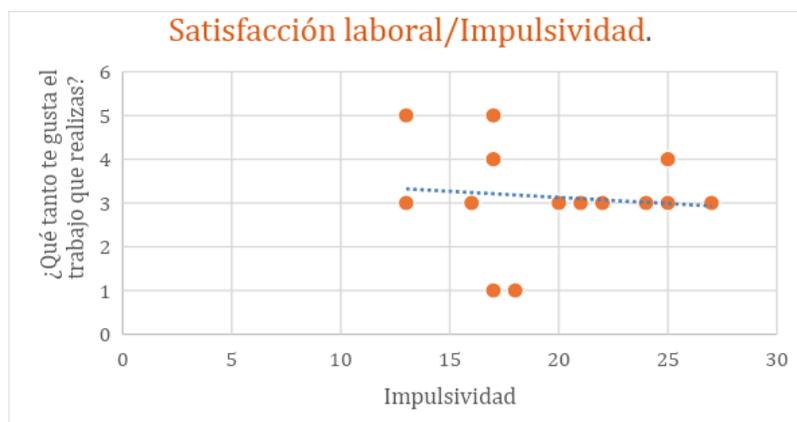
En el párrafo anterior se puede comprender mejor qué la depresión es una de las principales causas de la ideación suicida (Baca G., & Aroca, F. 2014), en este caso, el sujeto puede sentir una añoranza inmensa por la convivencia familiar al grado de sentir que sin esa red de apoyo no podrá seguir adelante. Sin embargo, se puede entender que no es causa suficiente para querer suicidarse, ya que cualquier situación va a ser negativa en los ojos de una persona con depresión.

Tabla 7.

¿Vives con tu familia?	¿Vives con tu familia?
No	10
Padres	3
pareja (con o sin hijos)	2
Con amigos	1
Total general	16

Fuente: Elaboración propia

En la figura siguiente se puede observar una pequeña influencia de la satisfacción laboral en la impulsividad, pues a medida que el sujeto muestra incomodidad en su trabajo, las medidas de impulsividad aumentan. Al igual que en el apartado anterior, aunque en este caso la satisfacción laboral no es un factor importante en la ideación suicida si es una variable que puede influir en la impulsividad del sujeto, lo que contribuye a que dicha ideación se presente.

Figura 34.

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al alcohol, estudios como el de Pimentel de Sousa S. & Ferreira de Souza M, C., (2021) mostraron que su consumo influyó en la presencia de ideación suicida. Esto debido a la acción depresiva que causa. Entre sus síntomas está la fatiga, apatía, pérdida de interés, depresión y en ocasiones ansiedad, agitación o cambios de personalidad como irritabilidad y aislamiento social (Arias Duque, Rodrigo., 2005 p. 144).

En la siguiente gráfica se muestra claramente que los sujetos que beben alcohol de manera constante tienen niveles más altos de impulsividad que los que no lo hacen. Es tu prueba lo dicho anteriormente por Arias Duque (2005), en donde menciona que algunos de los síntomas del consumo de alcohol son irritabilidad, cambios de personalidad y aislamiento social (Arias Duque, Rodrigo., 2005 p. 144).

Figura 35.

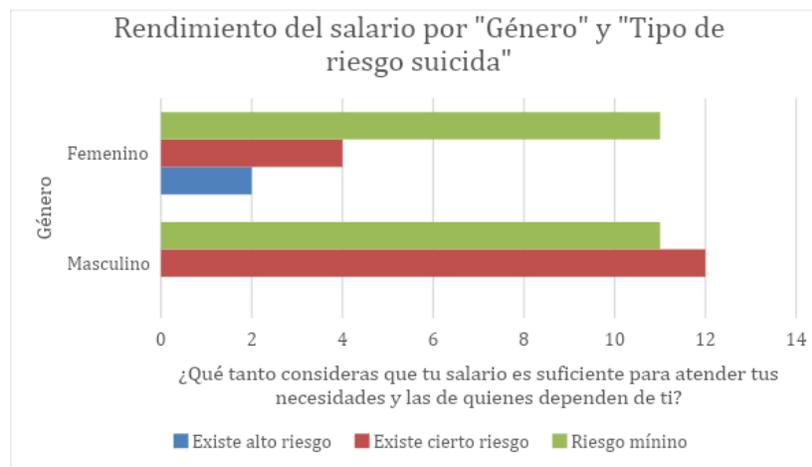


Fuente: Elaboración propia

La gráfica siguiente se puede observar que existe una relación considerable entre el rendimiento económico y la ideación suicida, en el caso de los hombres y las mujeres con riesgo mínimo de suicidio, consideran que su sueldo cubre sus necesidades. Así mismo, se presenta también un grupo femenino que considera que su sueldo no es suficiente para

cubrir sus necesidades y este mismo grupo también tiene una puntuación alta en riesgo suicida. Lo que podría parecer que las cuestiones económicas también son un factor de riesgo, Téllez-Vargas (2006), explica la relación de los problemas económicos con la conducta suicida, y es que no todos los individuos que tienen una crisis económica se plantean el suicidio, en esto influye también qué tan impulsiva es la persona para considerar dicho acto o si es que tiene algún nivel de ansiedad o depresión considerable que pueda influir directamente.

Figura 36.



Fuente: Elaboración propia

Estadística inferencial

En las gráficas y cuadros de comparación antes presentados, se puede observar datos muy interesantes que a simple vista pareciera que los resultados son estadísticamente significativos, por lo que podríamos suponer que todas las variables tienen un alto grado de influencia en la ideación suicida. Sin embargo, al utilizar el programa de SPSS y comparando cada variable dependiente con el nivel de impulsividad, de depresión y con el grado de riesgo suicida. En cuanto a impulsividad, se puede demostrar que únicamente

existe una diferencia en el caso de la orientación sexual, arrojando resultados de $F = 4.163$, $p = .040$, en dónde los sujetos heterosexuales tienen una puntuación de impulsividad de 18.27, los homosexuales de 23.50 y los bisexuales de 24.33 (ver anexo F). Para el resto de las comparaciones no hubo diferencias en ninguna variable. En el caso de la depresión, tampoco hubo diferencias, si acaso un solo caso grave de un hombre con orientación heterosexual, que vive en unión libre, duerme menos de 5 horas, casi no sale a fiestas, no consume alcohol y padece de diabetes; pero es un caso aislado, no es representativo de esta población. En la comparación en cuanto al riesgo suicida, de igual manera no resultaron diferencias.

A continuación, se presentan las correlaciones entre las tres variables independientes, en dónde se observa que existe una relación positiva entre la impulsividad y la depresión, con una $r = .440$, $p = .088$; aunque dicha relación no es significativa. En todas las demás variables no existe una relación que se pueda demostrar en esta muestra.

Correlaciones

		Nivel de impulsividad	XNivel de depresión	Nivel de riesgo suicida
Nivel de impulsividad	Correlación de Pearson	1	.440	.276
	Sig. (bilateral)		.088	.301
	N	16	16	16
XNivel de depresión	Correlación de Pearson	.440	1	.104
	Sig. (bilateral)	.088		.701
	N	16	16	16
Nivel de riesgo suicida	Correlación de Pearson	.276	.104	1
	Sig. (bilateral)	.301	.701	
	N	16	16	16

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO 5. HALLAZGOS RELEVANTES Y CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue identificar los factores predominantes que influyen en la conducta suicida, en este caso de los 16 sujetos con puntuaciones altas en ideación suicida del Hotel Hacienda del mar, Los Cabo San Lucas. Inicialmente considerando que estos factores podrían ser el choque de culturas, estilos de vida poco saludables y habituales como la vida nocturna, o la falta de red de apoyo familiar en el caso de personas que se mudan sin su familia y amigos, considerando además la orientación sexual de los sujetos, su consumo de alcohol, las horas de sueño que tienen diariamente y su percepción económica, así como su nivel de depresión e impulsividad, sin embargo, llegando hasta este punto se puede concluir que, la personalidad, como lo menciona Aaron Beck, es el factor más influyente para que un sujeto tenga una conducta suicida independientemente de las variables que contribuyan a dicha ideación. La personalidad se hace desde pequeños con las creencias innatas y aprendidas, por cada situación se va aprendiendo, sin embargo, hay personas que al contrario de afrontar las situaciones de la vida maximizan sus creencias negativas hasta adquirir un sentimiento de desesperanza ante la vida (Aaron T. Beck & Arthur Freeman, 2005). Es posible que lo anterior suene insensible con los sujetos en riesgo, sin embargo, es importante que la gente identifique estos patrones y no los normalice.

Una vez aclarado lo anterior, podemos continuar con la información recabada en esta investigación, en donde los resultados muestran que la depresión y la impulsividad están presentes la mayor parte de situaciones, pues en escenarios como el beber mucho alcohol, dormir poco, estar soltero, vivir lejos de la familia, tener problemas económicos, las diferencias de edades, las enfermedades, y el nivel de satisfacción laboral, aunque resultaron positivos en cuanto los sujetos observados, ninguno en sí mismo es capaz de influir sin la ayuda de los factores principales antes mencionados que son en estos casos, la depresión y la impulsividad.

Es importante resaltar a modo de conclusión final, que reduciendo los factores asociados a la depresión e impulsividad se reduce la incomodidad, sin embargo, eso no asegura que el sujeto esté libre de pensamientos suicidas por mucho tiempo, de modo que, si factores tan poco influyentes en una persona común pueda llegar a contribuir tanto en una conducta suicida, es posible que a lo largo del tiempo se creen otros factores que hagan el trabajo por sí mismos. Lo que demuestra la importancia de un seguimiento terapéutico de preferencia con la terapia cognitivo conductual para modificar dichos pensamientos suicidas, y si fuese requerido también referir al paciente a tratamiento farmacéutico. Y es que independientemente de la información cuantitativa que se pudo recolectar, la pregunta abierta a cada participante sobre su consideración a la posible causa de su acercamiento al suicidio, muestra problemas que muchos de nosotros hemos vivido sin ser el motivo para pensar en el suicidio.

Consideraciones finales

Las gráficas y tablas de los apartados fueron indispensables para realizar las comparaciones de los resultados de forma independiente. Sin embargo, al considerar el programa estadístico se pudo observar que no existen muchas diferencias entre las variables consideradas inicialmente y que las correlaciones entre las variables independientes tampoco son muy significativas, lo que demuestra que no hay en sí una generalidad que se pueda utilizar como un factor determinante para detectar el riesgo suicida. Concluyendo que, al menos en esta población estudiada, no existe un común denominador y aunque en sus respuestas sobre el hecho que consideran fue la mayor influencia en su estado de ánimo y posterior ideación suicida, predomine características de depresión, los diversos factores estudiados como variables dependientes no arrojaron similitudes significativas entre sí.

Volviendo a las gráficas manuales en dónde se percibe un poco de relación entre sus factores inicialmente considerados como posibles causas, el choque de culturas fue nulo, así como las preferencias sexuales, ya que, aunque pudieron influir de forma indirecta quizá

modificando su personalidad y haciéndolos más vulnerables, al día de hoy no parece ser un problema que esté afectando directamente con su ideación.

Lo que considero más relevante dentro de mi investigación, aunque ya se haya demostrado en otras investigaciones, es que la impulsividad es directamente proporcional a la depresión, y estas son diferentes en cuanto a la edad, pues mientras que la impulsividad es más relativa a los jóvenes, las personas de mayor edad suelen tener mayor depresión.

Limitaciones

Al considerar únicamente a los sujetos con puntuaciones altas en riesgo suicida, se redujo enormemente la probabilidad de encontrar relaciones significativas entre las variables. Otra de las limitaciones fue que al trabajar en el mismo lugar que los sujetos entrevistados pudiera influir en que sus respuestas fueran más moderadas.

Conocimientos adquiridos durante el proyecto

Una investigación es un estilo de vida. Si es difícil en sí misma por toda la metodología que se debe de seguir, es doblemente difícil si se trata de un tema poco común de hablar. Pude darme cuenta que las personas temen a que los demás vean más allá de ellas, es como si al mostrar su vulnerabilidad perdieran la imagen que quieren proyectar. Sin embargo, una vez que te permiten entrar, se desenvuelven como si de un carrete de hilo se tratara. Esa apertura me sirvió mucho para conseguir la información aquí presentada y me será de gran utilidad en mi carrera.

Aplicaciones de la presente investigación

La información aquí presentada puede ser de gran utilidad si se requiere seguir investigando el tema de suicidios en la industria hotelera, y aunque no fuese el caso es posible recuperar algunos datos importantes. En cuanto a mi aplicación, esta será dándole

seguimiento a las personas vulnerables, refiriéndose tanto con la psicóloga de la empresa cómo otorgándoles también información sobre centros que brindan apoyo psicológico de forma gratuita.

Recomendaciones posteriores

Es importante considerar una muestra mayor y no centrarse únicamente en los sujetos que en un principio demuestran mayor riesgo, ya que se pueden obtener datos adicionales que aunque no se están buscando pueden contribuir a un hallazgo importante, además que existe más variabilidad que puede contribuir a encontrar relaciones entre sí.

Referencias

- Aaron T. Beck & Arthur Freeman (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Ediciones Paidós Ibérica.
<https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/beck-terapia-cognitiva-de-los-trastornos-de-personalidad.pdf>
- Alamo P., Baader M., Antúnez S., Bagladi L., & Bejer T. (2019). Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(2), 167-175.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-9227201900200167
- Álvarez, N., Ochoa, Á. (2014). *La depresión: una realidad masculina*. 1. PP. 45- 57
<file:///home/chronos/u0d7024074db51763919eaafef8d6d72ae5ec2b52/MyFiles/Downloads/ojsub.+3.pdf>
- Angulo C. L. (2022) Hablemos de suicidio, *El heraldo de mexico*. Blog, Instituto Mexicano del Seguro Social.
<https://www.gob.mx/imss/articulos/hablemos-de-suicidio#:~:text=El%20suicidio%20es%20un%20problema,por%20cada%20100%20mil%20habitantes.>
- Aranguren, M. (2009). Modelos teóricos de comprensión del suicidio. *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación. Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
<https://www.aacademica.org/000-020/155.pdf>
- Arias, R. (2005). *Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo*. Diversitas: Perspectivas en Psicología , 1 (2), 138-147
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200003
- Arroyo Enríquez (2022). *Informe de investigación sobre: “Validación de la escala de control de los impulsos Ramón y Cajal en estudiantes universitarios”* Universidad Técnica de Ambato. Perú

<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/34776/1/Arroyo%20Enr%C3%A1quez%20Yoma%20Joan-%20repositorio.pdf>

ASP (Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio). (2023) *Prevención del Suicidio en Atención Primaria SIG*. Recuperado

de: <https://www.iasp.info/2023/02/02/suicide-prevention-in-primary-care-sig/>

Baams L, Grossman, H, Russell, T. (2015) *Minority stress and mechanisms of risk for depression and suicidal ideation among lesbian, gay, and bisexual youth*. *Dev Psychol.* 51(5):688-96. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25751098/>

Baca G., E., & Aroca, F. (2014). *Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad*. *Salud Mental*, 37 (5),373-380.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232671003>

Bahamón, M., García, C. (2017) *Teoría cognitiva y teoría interpersonal psicológica del comportamiento suicida*. *Debates emergentes en Psicología Sello Editorial UNAD*

<https://libros.unad.edu.co/index.php/selloeditorial/catalog/view/128/122/838>

Bedoya, E., & Montaña, L. (2016). *Suicidio y Trastorno Mental*. *Rev. CES Psicol.*, 9(2),

179-201. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802016000200179

Cañón, S., & Carmona, J. (2018). *Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes*. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014#:~:text=

Capponi, R. (2000). *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Edt. Universitaria: Santiago:

<https://02708967113280622284.googlegroups.com/attach/d33ee3bf64f8c939/>

Carmona P. J., Carmona G. D., Maldonado S. N., Rivera L. C., Fernández A. O., Cañón B. S., Jaramillo E. J., Narváez M. M. y Alvarado S. S. (2017). *El suicidio y otros comportamientos autodestructivos en jóvenes universitarios de Colombia y Puerto Rico: acciones interacciones y significaciones*. Manizales: Universidad de

Manizales. <https://ridum.umanizales.edu.co/xmlui/handle/20.500.12746/3204>

- Chávez-Hernández, A., & Leenaars, A. (2010). *Edwin S Shneidman y la suicidología moderna*. *Salud Mental*, 33 (4),355-360.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58216022008>
- Cochran, D, Mays VM, Sullivan JG. (2003) *Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States*. *J Consult Clin Psychol*. 71(1):53-61
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4197971/>
- Corcuera, E. e Iglesias, N. (s.f) *Intervención Cognitiva Conductual En El Abordaje Terapéutico En La Depresión Como Factor De Riesgo En El Suicidio De Adolescentes*.
<https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/3298/1/DDEPCEPNA21>
- Dávila, C., & Luna, M. (2019). Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados. *Revista chilena de pediatría* , 90 (6), 606-616
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-4106201900600606
- De Bedout, A., (2008). PANORAMA ACTUAL DEL SUICIDIO: ANÁLISIS PSICOLÓGICO Y PSICOANALÍTICO. *Revista Internacional de Investigación Psicológica* , 1 (2), 53-63. <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508007.pdf>
- De la Torre M. (2023). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA)*. Universidad Autónoma de Madrid (UAM).
https://psicologosemergenciasbaleares.files.wordpress.com/2018/01/protocolo_ideacion_suicida.pdf
- Durkheim, E. (2015) [1897]. *El Suicidio*. Madrid, España: Editorial Akal, S.A.
<https://circulosemiotico.files.wordpress.com/2018/08/durkheim-c3a9mile-el-suicidio.pdf>
- Echeburúa, E. (2015). *Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica*. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Echavarría, K. & Uribe, A. (2019). *Ideación suicida en adolescentes. Un estado de arte desde la teoría cognitivo-conductual*. Corporación Universitaria Minuto de Dios.

[http://uniminuto-dspace.scimago.es:8080/bitstream/10656/10353/1/T.P_Echavarr%
c3%adaVillaKatherineAndrea_2019.pdf](http://uniminuto-dspace.scimago.es:8080/bitstream/10656/10353/1/T.P_Echavarr%C3%adaVillaKatherineAndrea_2019.pdf)

Elvira, L. (2015) *Impulsividad: Definición y modelos en psicopatología. Ideación autolítica y conducta impulsiva. Bases teóricas y clínicas del comportamiento impulsivo*. Ediciones San Juan de Dios – Campus Docent.

[https://bibliosjd.files.wordpress.com/2015/02/bases-teoricas-y-clinica-comportami
ento-impulsivo.pdf](https://bibliosjd.files.wordpress.com/2015/02/bases-teoricas-y-clinica-comportamiento-impulsivo.pdf)

Escobar-Córdoba F., Quijano-Serrano M., Calvo-Gómez J. (2017). Evaluación del insomnio como factor de riesgo para suicidio. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*; 74(1):37-45 <http://cidics.uanl.mx/nota-71/>

Galindo, S. (2021). *Salud mental y prevención del suicidio. El caso español y análisis internacional*. Universidad Complutense de Madrid.

[http://papageno.es/wp-content/uploads/2022/12/Memoria-TFM-SergioGalindoMeri
no.p](http://papageno.es/wp-content/uploads/2022/12/Memoria-TFM-SergioGalindoMerino.p)

González-Abarca, J., Ramos-Corrales J, Nolasco-García A, Lara-Flores A., Ramírez-Piedras A., Márquez-Alcaraz M.E., Illán-López O.C., Amaya-G. M.R. (2014) *Depresión y suicidio*. *Sal Jal*.(1):47-55.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141k.pdf>

González de Rivera y Revuelta, J. (2001). Psicoterapia de las crisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (79), 35-53.

<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n79/n79a04.pdf>

Guerrero, V., Navarro, Y. (2022) *Programa de salud para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en el ámbito escolar*. Trabajo de final de grado-Enfermería. Tecnocampus, escuela superior de ciencias de la salud.

<https://repositori.tecnocampus.cat/bitstream/handle/20.500.12367/1949/12670>

Grupo de trabajo (2024) *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.

https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/05/gpc_534_depresion_adulto

[avaliat_compl-1.pdf](#)

- Gutiérrez, G. & Contreras, M. (2008). *El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos*. Segunda parte. *Salud Mental*, 31 (5), 417-425.
<https://www.redalyc.org/pdf/582/58231509.pdf>
- Harmer B, Lee S, Duong TVH, Saadabadi A. (2023) *Suicidal Ideation*. Stat Pearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing;
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33351435/>
- Hernández R. Fernández C. Batiste P. (2014) *Metodología de la investigación*. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hernández, N., Ramírez B., Díaz, C. (2011). Terapia Cognitivo–Conductual y Entrenamiento en Habilidades Sociales para Esquizofrenia. *Revista de psiquiatria*
<https://psiquiatria.com/trabajos/1083.pdf>
- Hume (2002). Sobre el suicidio y otros ensayos. *Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol. XIV: 152-156 <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex52.pdf#page=73>
- INEGI (2017). *Conociendo Baja California Sur*. Séptima edición.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/conociendo/702825093891.pdf
- INEGI (2020) *Cuéntame*. Información por entidad.
https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/bcs/poblacion/m_migratorios.aspx?tema=me&e=03#:~:text=Emigraci%C3%B3n%20internacional,a%20Estados%20Unidos%20de%20Am%C3%A9rica.
- INEGI (2022) *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. Comunicado de prensa Núm. 503/22. Página 1-5.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf
- INEGI (2023). *Cuéntame* <https://cuentame.inegi.org.mx/default.aspx#>.
- López, I. (2007). *Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad*. *Anales de Medicina Interna*, 24(5), 209-211.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000500001&lng=es&tlng=es.

- López, A., Rondón J., Cellerino C., & Alfano S. (2010). *Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de personalidad para profesionales desde el modelo de Beck, Freeman, Davis y otros (2005)*. *Ciencias Psicológicas*, 4(1), 97-124
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-4221201000010009#Beck7
- Luna-Contreras, M. & Dávila-Cervantes, C. (2020). *Efecto de la depresión y la autoestima en la ideación suicida de adolescentes estudiantes de secundaria y bachillerato en la Ciudad de México*. *Papeles de población*, 26(106), 75-103.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252020000400075#B31
- Mayorga, E. (2018). *PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO INICIAL DE LA IDEACIÓN SUICIDA*. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP, 16(1), 203-219.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-2161201800010009&lng=es&tlng=es.
- Mansilla, F. (s.f). *Suicidio y prevención*. Psicodoc.org.
<https://www.psicodoc.org/edoc/E-531.pdf>
- Manzanera-Escarti R, Ibáñez-Tarín C, Scoufalos S, Arbesú-Prieto J. (2007) *Terapia cognitivo conductual y medicina de familia en el tratamiento integral de la depresión*. Aproximación práctica. *Semer - Med Fam*.
[http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593\(07\)73933-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1138-3593(07)73933-3)
- Medina P., Valdés-Sosa, M., Galán L., Vergara S., & Couso O. (2013). *Confiabilidad y validez de la Escala de Psicopatía Revisada de Hare (PCL-R) en la población carcelaria cubana*. *Salud Mental* , 36 (6), 481-486.
- Melipillán R., Cova F., Rincón P., & Valdivia M. (2008). *Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos*. *Terapia psicológica*, 26(1), 59-69.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-4808200800010000

- Meyer, H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.*129(5):674-697.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072932/>
- Montes, G. y Montes, F. (2009). *El pensamiento social sobre el suicidio en estudiantes de bachillerato*. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14 (2),311-324.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992007>
- Muñoz M., Ausín B. y Pérez-Santos E. (2007) *Primeros auxilios psicológicos: protocolo acercarse Psicología Conductual*, Vol. 15, Nº 3, pp. 479-505
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/10.Mu%C3%B1oz_15-3oa.pdf
- Muñoz Z. (2021). *Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual en un paciente con Depresión Orgánica e ideación suicida*. Reporte de caso. Indexia.
<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>
- National Institute of Mental Health (s.f). *Señales de advertencia sobre el suicidio*.
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/senales-de-advertencia-sobre-el-suicidio>
- Neira, J. (2016). *Prevención de riesgos laborales. El suicidio*. Universidad Miguel Hernández.
<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3343/1/Neira%20Villa%2C%20Manuel%20TFM.pdfH.pdf>
- NIMH (2021) *Las enfermedades crónicas y la salud mental: Cómo reconocer y tratar la depresión*. Publicación de NIH Núm. 21-MH-8015S.
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion>
- OMS (1969) *Prevención del suicidio*. Ginebra.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37857/WHO_PHP_35_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Panamericana de la Salud (s.f). *Prevención del suicidio*.
<https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Otiñano M; Alcántara, A; Castán, E. (2015). *Ideación autolítica y conducta impulsiva. Bases teóricas y clínicas del comportamiento impulsivo*. Ediciones San Juan de Dios – Campus Docent.
<https://bibliosjd.files.wordpress.com/2015/02/bases-teoricas-y-clinica-comportamiento-impulsivo.pdf>
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera-Villarroel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista médica de Chile*, 137(2), 226-233.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000200006
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 196-217.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013&lng=es&tlng=es.
- Pérez V. (2026) Conducta suicida. Protocolo de intervención. Psicología, ciencia y profesión: Mirando al futuro. INFAD Revista de Psicología, N°1-Vol.2. ISSN: 0214-9877. pp:233-250
<https://psicologosemergenciasbaleares.files.wordpress.com/2016/12/298-928-1-pb.pdf>
- Pimentel, C. & F, C. (2021). *Niveles de ideación suicida asociados con el consumo de alcohol*. *Enfermería Global*, 20 (63), 127-161.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000300005#:
- Plutchik, R., Van Praag, HM, Conte, HR y Picard, S. (1989). *Correlatos del riesgo de suicidio y violencia: I. La medida del riesgo de suicidio*. *Psiquiatría integral*, 30 (4), 296–302. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(89\)90053-9](https://doi.org/10.1016/0010-440X(89)90053-9)
- Quintanilla, R., Haro, LP, Flores, ME, Celis, A., & Valencia, S. (2003). *Desesperanza y tentativa suicida*. *Investigación en Salud*, V (2), 0.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14250206>

Quintanilla, R, Sánchez, LM, Correa-Márquez P, Luna, F. (2015) *Proceso de aceptación de la homosexualidad y la homofobia asociados a la conducta suicida en varones homosexuales*. MCS; 14 (1): 1-25.

https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=ncJkg_sAAAAJ&citation_for_view=ncJkg_sAAAAJ:IjCSPb-OG4C

Ramos, J., Gutiérrez-Zotes A. y Sáiz, J. (2002). *Escala de Control de los Impulsos «Ramón y Cajal» (ECIRyC)*. Desarrollo, validación y baremación. Banco de instrumentos y metodologías en salud mental.

https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=biblio_ECIRyC.pdf

Rangel, J. y Jurado, S (2022). *Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión*. Instituto de Investigaciones Psicológicas - Universidad Veracruzana

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/2709/4585/12399>

Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, Santo, J. (1998). *Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española*. Arch Neurobiol; 61(2): 143-52.

Rueda, T. (2011). *Crónicas Sobre el Suicidio en Baja California Sur*. Registros Analíticos 2005-2009. Inmujeres. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/BCS/bcsmeta11_1.pdf

Sales A., Pardo A. A., Mayordomo T., Satorres-Pons E., y Meléndez JC. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 165-172.

https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/15170/pdf_50

Salvo G, L. y Castro S, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 51 (4), 245-254. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000400003>

Secretaría de Salud de Baja California Sur (2020). *Más de 32 mil tamizajes para*

prevención y detección se han aplicado en BCS. Instituto de Servicios de Salud.

<http://saludbcs.gob.mx/noticia.php?id=1281>

SEGOB (2022). *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud en materia de Salud Mental y adicciones*. Diario Oficial de la Federación.

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5652074&fecha=16/05/2022#gsc.tab=0

Semper, R. (2015). *Historia del suicidio en Occidente*. Barcelona: Acanalado.

Shneidman E. (1984) *Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy*. American J Psychotherapy ;38:319-328.

<https://eds-s-ebcohost-com.pbidi.unam.mx:2443/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=4e017329-cdd5-4e52-bac7-224ed9038ad4%40redis>

Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S., & Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista médica de Chile*, 141(10), 1275-1282. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001000006

Suárez-Colorado, Y., Palacio-Sañudo, J., Caballero-Domínguez, C., & Pineda-Roa, C. (2019). Adaptación, validez de construcción y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchik en adolescentes colombianos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51 (3), 145-152.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342019000300145#:~:text=La%20escala%20de%20riesgo%20suicida%20Plutchik%20\(ERSP\)%2C%20es%20una,%26%20Van%20Praag%2C%201989\).](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342019000300145#:~:text=La%20escala%20de%20riesgo%20suicida%20Plutchik%20(ERSP)%2C%20es%20una,%26%20Van%20Praag%2C%201989).)

Stone, D.M., Holland, K.M., Bartholow, B., Crosby, A.E., Davis, S., and Wilkins, N. (2017). *Preventing Suicide: A Technical Package of Policies, Programs, and Practices*. Atlanta, GA: Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

<https://www.cdc.gov/suicide/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>

Tabarés A. Núñez C. Osorio M. Aguirre A. (2020) Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. *Revista*

Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - y Avaliação Psicológica, vol. 1, núm. 54. <https://www.redalyc.org/journal/4596/459664448014/html/>

Téllez-Vargas (2006) *Impulsividad y suicidio*. SUICIDIO - Neurobiología, factores de riesgo y prevención.

https://www.academia.edu/15446192/IMPULSIVIDAD_Y_SUICIDIO

Toro, R., (2013). *Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva*. psicología. Avances de la disciplina, 7 (1), 93-102.

<https://www.redalyc.org/pdf/2972/297226904010.pdf>

Toro-Tobar R., Grajales-Giraldo F., & Sarmiento-López, J. (2016). *Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión*. Aquichan, 16(4), 473-486.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-5997201600040047

Tuesca, R., & Navarro, E. (2003). *Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio*. Salud Uninorte, (17), 19-28.

<https://www.redalyc.org/pdf/817/81701703.pdf>

Upton, J. (2013). *Inventario de depresión de Beck (BDI)*. En: Gellman, MD, Turner, JR (eds) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer, Nueva York, NY.

https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_441

Valadez-Figueroa, I., Chávez-Hernández, A., Vargas-Valadez, V., Hernández-Cervantes, Q., & Ochoa-Orendain, M. (2019). *Suicide attempt and leisure in Mexican adolescents*. Terapia psicológica, 37(1), 5-14.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082019000100005>

Valdés, K., González, F., Monroy, I., Rivera, M. (2019). *Estudio e intervención del suicidio en México*. La psicología, estudio e intervención de las problemáticas actuales. Unidad Académica de Psicología Universidad Autónoma de Zacatecas.

<http://www.investigacionyposgrado.uadec.mx/site/wp-content/uploads/2021/04/2020-La-psicologia-estudio-e-intervencion-interiores-1.pdf>

Valiente-Morejón W, Junco-Sena B, Padrón-Vega Y, Ramos-Águila Y, Rodríguez-Méndez A. (2018). Caracterización clínico-epidemiológica del suicidio en adultos mayores.

Revista Finlay. <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/567>

Vázquez, A., Ramírez, É., Vázquez, J., Cota, F., & Gutiérrez, J. (2017). *Consentimiento informado. ¿Requisito legal o ético?*. *Cirujano general*, 39(3), 175-182.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992017000300175

Veschi, B. (2019). *Etimología, Origen de la palabra*. <https://etimologia.com/suicidio/>

Wenzel, A., Brown, GK y Beck, AT (2009). *Terapia cognitiva para pacientes suicidas: aplicaciones científicas y clínicas*. Asociación Americana de Psicología.

<https://doi.org/10.1037/11862-000>

Zhang, J. & Lin, L. (2014). *The moderating effects of impulsivity on Chinese Rural Young Suicide*. *Journal of Clinical Psychology*, 70 (6)

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.22039>

ANEXOS

Anexo A

Los Cabos, San Lucas, BCS. a 16 de abril de 2023

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ideación suicida: Prevalencia y factores determinantes en trabajadores de la industria hotelera del municipio de Los Cabos-San Lucas, BCS

Nombre del Investigador Principal: Esmeralda Maldonado Bahena

A través de este documento que forma parte del proceso para la obtención del consentimiento informado, me gustaría invitarlo a participar en la investigación titulada: Ideación suicida: Prevalencia y factores determinantes en trabajadores de la industria hotelera del municipio de Los Cabos-San Lucas, BCS.

De acuerdo con con cifras del INEGI (2022), el total de suicidios en México durante el año 2021 fue de 8 351, reportados mayormente del sexo masculino. En el caso de Baja California Sur, hubo 58 suicidios tan sólo en ese mismo año. La población de Los Cabos va aumentando rápidamente, considerando los diversos cambios que experimentan sus habitantes, es posible que factores como el choque de culturas, estilos de vida poco saludables y habituales como la vida nocturna, o la falta de red de apoyo social en el caso de personas que se mudan sin su familia y amigos, puedan influir en la tasa de suicidios de este estado. Es importante saberlo para poder prevenirlo y trabajar en ello en estudios posteriores.

El objetivo de la presente investigación es identificar a colaboradores con riesgo suicida en el hotel Hacienda del Mar, Los Cabos San Lucas, para conocer la prevalencia y los factores determinantes que influyen en su ideación suicida. Esto considerando datos sociodemográficos que permitan conocer más sobre su estilo de vida, nivel de apoyo social y los problemas que padece. Además de analizar el grado de impulsividad y depresión de los sujetos con puntuaciones altas de ideación suicida.

Los participantes son incluidos si: Son colaboradores del hotel Hacienda del mar y aceptan participar en la investigación.

Su participación es voluntaria, anónima y confidencial, además de que no comprende ningún riesgo. En caso de que acepte participar, esta consiste en contestar un cuestionario sociodemográfico y una evaluación de riesgo suicida: Test de Vulnerabilidad al suicidio Escala de Plutchick. Solo en caso de que sus resultados arrojaran algún tipo de riesgo suicida, se le solicitará que resuelva otros dos test que son la Escala de control de los impulsos de Ramón y Cajal y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), dichos test ayudarán a conocer un poco más de usted con el fin de comparar resultados y poder comprender mejor el tema para prevenirlo. Además de que se le referirá a personal de salud capacitada para que pueda ayudarle a superar la situación.

Cabe señalar que no recibirá ninguna compensación por su participación. Sin embargo, la información que nos proporcione podría ayudar a salvar vidas.

Es posible que la presente investigación pueda ser usada para otros proyectos de investigación relacionados, previa revisión y aprobación por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación, Siempre cuidando proteger sus datos personales.

Si está de acuerdo en participar, le pediremos que escriba su nombre y firme el formato de Consentimiento Informado y firme al final del mismo.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, manifiesto que fui informado (a) del propósito, procedimientos y tiempo de participación y en pleno uso de mis facultades, es mi voluntad participar en esta investigación titulada Ideación suicida: Prevalencia y factores determinantes en trabajadores de la industria hotelera del municipio de Los Cabos-San Lucas, BCS

No omito manifestar que he sido informado clara, precisa y ampliamente, respecto de los procedimientos que implica esta investigación.

He leído y comprendido la información anterior, y todas mis preguntas han sido respondidas de manera clara y a mi entera satisfacción, por parte de Esmeralda Maldonado Bahena.

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE



NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

Anexo B

Evaluemos tus emociones para mantenerte con nosotros- Prevención al suicidio

Te invito a responder las siguientes preguntas con el objetivo de detectar personas con comportamiento suicida dentro del sector turístico hotelero del municipio de Los Cabos, B.C.S. Hotel Hacienda del Mar, Los Cabos. Asimismo conocer más sobre los factores que influyen en su ideación, para ello es muy importante que tus respuestas sean del todo honestas y concientizarte de que es un tema muy sensible del que si hay que hablar, el ser empáticos con las personas que sufren puede cambiar su vida.

Recuerda, todas las crisis son pasajeras y siempre hay una solución, no estás solo/a.

* Indica que la pregunta es obligatoria.

Información general

Es importante conocer mas sobre ti, por lo que es necesario que compartas algunos datos generales:

1. Edad *

2. ¿Cuántos años llevas radicando en este municipio? *

3. ¿De donde eres originario? (en una sola palabra) *

4. Género *
Selecciona todos los que correspondan.
 Masculino
 Femenino
5. Orientación sexual *
Marca solo un óvalo.
 Heterosexual
 Bisexual
 Gay
 Lesbiana
 Queer
6. Estado Civil *
Marca solo un óvalo.
 Soltero/a
 Casado/a
 Unión libre
 Separado/a
 Viudo/a
7. ¿Vives con tu familia? *

8. ¿Cuántas personas depende de ti económicamente contigo?

9. ¿Cuántas horas al día dedicas a trabajar? *

10. En una escala de 1 a 5 donde 1 es nada y 5 es mucho, ¿qué tanto te gusta el trabajo que realizas?
Marca solo un óvalo.
 1
 2
 3
 4
 5
11. En una escala de 1 a 5 donde 1 es nada y 5 es mucho, ¿qué tanto crees que otras personas consideran que el trabajo que realizas es valioso?
Marca solo un óvalo.
 1
 2
 3
 4
 5

12. En una escala de 1 a 5 donde 1 es totalmente insuficiente y 5 es totalmente suficiente. ¿Qué tanto consideras que tu salario es suficiente para atender tus necesidades y las de quienes dependen de ti? (es caso de que así fuera).

Marca solo un óvalo.

- 1
 2
 3
 4
 5

13. En general, ¿cuántas horas duermes diariamente? *

Marca solo un óvalo.

- Menos de 5 horas
 Entre 5 y 7 horas
 Más de 8 horas

14. ¿Cuántas horas dedicas a socializar a la semana? *

Marca solo un óvalo.

- Casi no salgo de casa
 Entre 3 y 4 horas a la semana
 Entre 5 y 9 horas a la semana
 Mas de 10 horas por semana

15. ¿Consumes alcohol?

Marca solo un óvalo.

- No
 Si, pero solo en eventos especiales.
 Si, entre 1 y 2 veces por semana
 Si, mas de dos veces por semana

16. ¿Consumes alguna droga?

Marca solo un óvalo.

- Si
 No
 Solo de vez en cuando

17. ¿Qué actividades realizas con el objetivo de lograr bienestar físico o emocional?

18. De todas las características positivas que posees, ¿Cuál es la que te hace sentir mayor orgullo de ti mismo/a?

19. ¿Padeces alguna enfermedad crónica o degenerativa? *

Marca solo un óvalo.

- Si
 No

20. ¿Cual?

21. En una escala de 1 a 5 donde 1 es muy poco y 5 es mucho, ¿Qué tanto cree que tu padecimiento afecta tu calidad de vida?

Marca solo un óvalo.

- 1
 2
 3
 4
 5

Anexo C



Escala RS de Plutchik

Fecha de aplicación: 27-Abril-23
 Nombre completo: Fernando García Herrera Edad: 34
 Escolaridad: Carretera Técnica Ocupación: Empleado - conductor, mecánico

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un **SI** o **NO**.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO
Puntuación total		1

Escala RS de Plutchik

Fecha de aplicación: 22/04/2023
 Nombre completo: Carolina Fidalgo Edad: 48
 Escolaridad: Preuniversitaria Ocupación: _____

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un **SI** o **NO**.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO
Puntuación total		1

Anexo D

Escala de control de impulsos Ramón y Cajal (ECIRyC)

<i>La conducta planteada me ocurre:</i>	<i>Siempre</i>	<i>A menudo</i>	<i>Rara vez</i>	<i>Nunca</i>
1. «Salto» a la menor provocación o cuando me llevan la contraria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me siento mejor cuando hago algo sin necesidad de meditarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Soy una persona con mucha paciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tiendo a perder el control de mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Las cosas que hacen los demás suelen dejarme satisfecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No puedo resistir el impulso de hacer algo inmediatamente después de que se me haya ocurrido; me pongo nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mis reacciones son imprevisibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me gusta quedar por encima de los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hago y digo cosas sin pensar en sus consecuencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. He hecho cosas que me resultaban imposibles de resistir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Creo que soy bastante impulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Si me excito sexualmente, necesito encontrar pronto la satisfacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me alivia mucho conseguir con rapidez algo que necesite hacer irresistiblemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mi carácter es «fuerte», «temperamental»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mis méritos deben reconocerse inmediatamente, no con el paso del tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me he colocado en situaciones de riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Puedo esperar largo tiempo para recibir cualquier cosa que me haya merecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Cuando hago o digo algo, espero que los resultados se vean pronto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. En líneas generales soy una persona bastante exigente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me coloco en algunas situaciones que suelen acelerarme el corazón al límite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo E

Inventario de Depresión de Beck

1	<input type="checkbox"/> No me siento triste <input type="checkbox"/> Me siento triste. <input type="checkbox"/> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. <input type="checkbox"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2	<input type="checkbox"/> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. <input type="checkbox"/> Me siento desanimado respecto al futuro. <input type="checkbox"/> Siento que no tengo que esperar nada. <input type="checkbox"/> Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3	<input type="checkbox"/> No me siento fracasado. <input type="checkbox"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. <input type="checkbox"/> Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. <input type="checkbox"/> Me siento una persona totalmente fracasada.
4	<input type="checkbox"/> Las cosas me satisfacen tanto como antes. <input type="checkbox"/> No disfruto de las cosas tanto como antes. <input type="checkbox"/> Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. <input type="checkbox"/> Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5	<input type="checkbox"/> No me siento especialmente culpable. <input type="checkbox"/> Me siento culpable en bastantes ocasiones. <input type="checkbox"/> Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. <input type="checkbox"/> Me siento culpable constantemente.
6	<input type="checkbox"/> No creo que esté siendo castigado. <input type="checkbox"/> Me siento como si fuese a ser castigado. <input type="checkbox"/> Espero ser castigado. <input type="checkbox"/> Siento que estoy siendo castigado.
7	<input type="checkbox"/> No estoy decepcionado de mí mismo. <input type="checkbox"/> Estoy decepcionado de mí mismo. <input type="checkbox"/> Me da vergüenza de mí mismo. <input type="checkbox"/> Me detesto.
8	<input type="checkbox"/> No me considero peor que cualquier otro. <input type="checkbox"/> Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores. <input type="checkbox"/> Continuamente me culpo por mis faltas. <input type="checkbox"/> Me culpo por todo lo malo que sucede.
9	<input type="checkbox"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio. <input type="checkbox"/> A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. <input type="checkbox"/> Desearía suicidarme. <input type="checkbox"/> Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10	<input type="checkbox"/> No lloro más de lo que solía llorar. <input type="checkbox"/> Ahora lloro más que antes. <input type="checkbox"/> Llora continuamente. <input type="checkbox"/> Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11	<input type="checkbox"/> No estoy más irritado de lo normal en mí. <input type="checkbox"/> Me molesto o irritado más fácilmente que antes.

	<input type="checkbox"/> Me siento irritado continuamente. <input type="checkbox"/> No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12	<input type="checkbox"/> No he perdido el interés por los demás. <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado en los demás que antes. <input type="checkbox"/> He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. <input type="checkbox"/> He perdido todo el interés por los demás.
13	<input type="checkbox"/> Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. <input type="checkbox"/> Evito tomar decisiones más que antes. <input type="checkbox"/> Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. <input type="checkbox"/> Ya me es imposible tomar decisiones.
14	<input type="checkbox"/> No creo tener peor aspecto que antes. <input type="checkbox"/> Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. <input type="checkbox"/> Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo. <input type="checkbox"/> Creo que tengo un aspecto horrible.
15	<input type="checkbox"/> Trabajo igual que antes. <input type="checkbox"/> Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. <input type="checkbox"/> Tengo que obligarme mucho para hacer algo. <input type="checkbox"/> No puedo hacer nada en absoluto.
16	<input type="checkbox"/> Duermo tan bien como siempre. <input type="checkbox"/> No duermo tan bien como antes. <input type="checkbox"/> Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. <input type="checkbox"/> Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17	<input type="checkbox"/> No me siento más cansado de lo normal. <input type="checkbox"/> Me canso más fácilmente que antes. <input type="checkbox"/> Me canso en cuanto hago cualquier cosa. <input type="checkbox"/> Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18	<input type="checkbox"/> Mi apetito no ha disminuido. <input type="checkbox"/> No tengo tan buen apetito como antes. <input type="checkbox"/> Ahora tengo mucho menos apetito. <input type="checkbox"/> He perdido completamente el apetito.
19	<input type="checkbox"/> Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. <input type="checkbox"/> He perdido más de 2 kilos y medio. <input type="checkbox"/> He perdido más de 4 kilos. <input type="checkbox"/> He perdido más de 7 kilos. <input type="checkbox"/> Estoy a dieta para adelgazar Si/NO.
20	<input type="checkbox"/> No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. <input type="checkbox"/> Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. <input type="checkbox"/> Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más. <input type="checkbox"/> Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21	<input type="checkbox"/> No he observado ningún cambio reciente en mi interés. <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes. <input type="checkbox"/> Estoy mucho menos interesado por el sexo. <input type="checkbox"/> He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Anexo F

Comparación de impulsividad

SEXO	Mujer	20.66	T = 413, p = .686
	Hombre	19.70	
Orientación sexual	Heterosexual	18.27	F = 4.163, p = .040
	Homosexual	23.50	
	Bisexual	24.33	
Estado civil			F = 2.150, p = .147
Vivir con familia			F = 2.138, p = .149
Horas de descanso			F = 1.55, p = .252
Horas promedio de fiesta por semana	Casi no salgo	18.16	F = 1.195, p = .353
	Entre 1 y 3 hrs	19.40	
	Entre 3 y 4 hrs	23.00	
	Más de 5 hrs	23.00	
Consumo de alcohol			F = 1.395, p = .292
Enfermedades crónicas			F = .379, p = .819