



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LA IMPULSIVIDAD Y EL RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA  
UNIDAD EDUCATIVA QUISAPINCHA DE LA CIUDAD DE AMBATO.”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Velastegui Hernández, Diana Catalina

Tutor: Psc. Mst. Gaibor González, Ismael Álvaro

Ambato-Ecuador

Junio-2016

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“LA IMPULSIVIDAD Y RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA QUISAPINCHA DE LA CIUDAD DE AMBATO”** de Diana Catalina Velastegui Hernández, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Febrero del 2016

EL TUTOR

---

Psi. Cl.. Mst Gaibor González, Ismael Álvaro

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**LA IMPULSIVIDAD Y RIESGO SUICIDA LA IMPULSIVIDAD Y EL RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA QUISAPINCHA DE LA CIUDAD DE AMBATO**”, así como todos los contenidos, ideas, análisis, conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Febrero del 2016

LA AUTORA

---

Velastegui Hernández, Diana Catalina

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación. Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis confines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Febrero del 2016

LA AUTORA

---

Velastegui Hernández, Diana Catalina

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema “LA IMPULSIVIDAD Y EL RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA QUISAPINCHA DE LA CIUDAD DE AMBATO” de Diana Catalina Velastegui Hernández, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Junio del 2016

**Para constancia firman:**

---

**PRESIDENTE (A)**

---

**1° VOCAL**

---

**2° VOCAL**

## DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado primeramente a Dios por haberme dado sabiduría y guiarme paso a paso en mi carrera y concederme la mejor familia, a mi querida madre Jenny quien fue el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentó en mi las bases de responsabilidad y deseos de superación, en ella tengo el espejo en el cual quiero siempre reflejarme pues sus virtudes infinitas y su gran corazón me llevan admirarla cada día, a mis abuelitos Mauro y Rosi, hermanos Elizabeth y Santiago que me han ofrecido el amor y la calidez de la familia a la cual amo; a mi amado padre Rommel que desde el cielo guía mis pasos y aunque esté lejos de mí, lo siento muy cerca, siempre está en mi mente y mi corazón, le agradezco por brindarme siempre su amor incondicional hasta el último día de su vida a pesar de mis errores y tropiezos, y como no a mis queridas amigas Cris, Jacky, Jenny, Giss con las cuales he cultivado una hermosa amistad que con el paso del tiempo se ha reforzada por un cariño sincero.

Diana Catalina Velastegui.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco Dios por darme la vida y permitirme llegar a este momento importante de mi vida profesional. A la Universidad Técnica de Ambato por de preparación académica brindada y en especial a los docentes de la Carrera de Psicología Clínica por compartir sus conocimientos y guiarnos en la culminación de mi Carrera universitaria, de igual manera agradezco a mi Tutor MST. PS.CL. Gaibor Ismael y calificadores por su gran labor y comprensión. Diana Velastegui.

Diana Catalina Velastegui.

# ÍNDICE

## Páginas Preliminares

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES .....	x
ÍNDICE DE TABLAS .....	x
RESUMEN .....	xii
ABSTRACT.....	13
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I .....	2
EL PROBLEMA.....	2
1.1 TEMA .....	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	12
1.4 JUSTIFICACION .....	12
1.5 OBJETIVOS .....	14
1.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	14
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	14
CAPÍTULO II.....	16
MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 ESTADO DEL ARTE.....	16
2.2 MARCO TEÓRICO.....	25
Impulsividad .....	25
Causas .....	28
Indicadores.....	29
Tipos de Impulsividad .....	30
Factores de Riesgo y Vulnerabilidad .....	30
Causas .....	31
Síntomas.....	34
Indicadores.....	35

Factores de riesgo .....	35
Expectativas (pronóstico).....	37
Prevención .....	37
Suicidio según contexto cultural.....	38
Diagnóstico .....	41
Cómo realizar la exploración .....	41
Aspectos bioéticos y morales.....	42
RESPECTO A LA VIDA .....	43
Aspectos religiosos del acto médico .....	43
Aspectos médico-legales del suicidio .....	44
El consentimiento informado en psiquiatría .....	46
2.3 HIPÓTESIS.....	46
2.3.1 Hipótesis Alternativa .....	46
2.3.2 Hipótesis Nula.....	46
CAPÍTULO III.....	47
MARCO METODOLÓGICO .....	47
3.1 Tipo de Investigación.....	47
3.2 Selección del área o ámbito de estudio .....	47
3.3 Población.....	47
3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión .....	48
3.4.1 a. Criterios de inclusión .....	48
3.4.2 b. Criterios de exclusión.....	48
3.5 Diseño Muestral .....	49
3.6 Operacionalización de las Variables.....	50
Variable dependiente: Riesgo Suicida .....	52
3.7 Descripción de intervención y procedimientos para la recolección de información.....	53
3.8 Aspectos Éticos.....	54
CAPÍTULO IV.....	62
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	62
4.1 Análisis del aspecto cuantitativo.....	62
4.2 Verificación de hipótesis.....	90
CONCLUSIONES .....	95
RECOMENDACIONES.....	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
Bibliografía .....	97

Linkografía.....	97
Citas bibliográficas: Bases de Datos UTA.....	100

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Género.....	63
Ilustración 2 Impulsividad.....	65
Ilustración 3 Impulsividad género.....	67
Ilustración 4 Tipos de impulsividad.....	69
Ilustración 5 Impulsividad no planeada.....	71
Ilustración 6 Impulsividad no planeada dos.....	73
Ilustración 7 Impulsividad motora uno.....	75
Ilustración 8 Impulsividad motora dos.....	77
Ilustración 9 Impulsividad cognitiva uno.....	79
Ilustración 10 Impulsividad cognitiva dos.....	81
Ilustración 11 Riesgo suicida.....	83
Ilustración 12 Riesgo suicida uno.....	85
Ilustración 13 Riesgo suicida dos.....	87
Ilustración 14 Riesgo suicida tres.....	89
Ilustración 15 Impulsividad y riesgo suicida.....	93

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Impulsividad.....	51
Tabla 2 Riesgo suicida.....	52
Tabla 3 género.....	62
Tabla 4 impulsividad resultado general.....	64
Tabla 5 personas con impulsividad.....	66
Tabla 6 tipos de impulsividad.....	68
Tabla 7 impulsividad no planeada uno.....	70
Tabla 8 impulsividad no planeada dos.....	72
Tabla 9 impulsividad motora uno.....	74
Tabla 10 impulsividad motora dos.....	76
Tabla 11 impulsividad cognitiva uno.....	78
Tabla 12 impulsividad cognitiva dos.....	80
Tabla 13 riesgo suicida.....	82
Tabla 14 Riesgo pregunta uno.....	84
Tabla 15 Riesgo pregunta dos.....	86
Tabla 16 Riesgo pregunta tres.....	88
Tabla 17 Procedimiento de casos.....	90
Tabla 18 Tabla cruzada.....	91

Tabla 19 Pruebas de chi- cuadrado .....	94
---	----

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“LA IMPULSIVIDAD Y EL RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA  
UNIDAD EDUCATIVA QUISAPINCHA DE LA CIUDAD DE AMBATO.”**

Autora: Velastegui Hernández, Diana Catalina

Tutor: Psc. Mst. Gaibor González, Ismael Álvaro

Fecha: Febrero 2016

**RESUMEN**

El nivel de impacto entre los distintos tipos de impulsividad y el riesgo suicida implica una correlación existente entre dichas variables; el objetivo principal de la investigación fue determinar si la impulsividad se relaciona de alguna manera con el riesgo suicida en estudiantes de la institución de la cual se obtuvo la población de muestra, se trabajó con una población de 100 estudiantes con un rango de edad que varía de 10 a 25 años, la población escogida pertenece a la Unidad Educativa “Quisapincha”, ubicada en el cantón Ambato. En el estudio se utilizó la Escala de impulsividad de Barratt BISS- 11 el cual evalúa impulsividad de tipo cognitiva, motora y no planeada y la Escala de riesgo Suicida de Plutchik el cual discrimina a sujetos con tentativa de suicidio. Como resultado se obtuvo que existe una estrecha relación entre impulsividad y riesgo de violencia.

**PALABRAS CLAVES:** IMPULSIVIDAD, IMPULSIVIDAD\_MOTORA,  
IMPULSIVIDAD\_COGNITIVA, IMPULSIVIDAD\_NO \_PLANEADA,  
RIESGO\_SUICIDA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**"IMPULSIVITY AND SUICIDALITY STUDENTS OF EDUCATIONAL UNIT  
CITY QUISAPINCHA AMBATO."**

Author: Velastegui Hernández, Diana Catalina

Tutor: Psc. Mst. Gaibor González, Ismael Álvaro

Date: February 2016

**ABSTRACT**

The level of impact between the different types of impulsivity to present suicidal risk involves a correlation between these variables; the main objective of the research was to determine whether impulsivity is related in some way to suicide risk among students of that institution, in a population of 100 students ranging in age ranging from 10 to 25 years, the population chosen belongs to Education Unit " Quisapincha " located in canton Ambato. In the study the Barratt Impulsiveness Scale BISS- 11 which evaluates cognitive impulsivity type, motor and unplanned and Suicide Risk Scale Plutchik which discriminate subjects with attempted suicide was used. As a result it was found that there is a close relationship between impulsivity and risk of violence.

**KEYWORDS:** IMPULSIVENESS, MOTOR\_IMPULSIVITY,  
COGNITIVE\_IMPULSIVITY, IMPULSIVITY\_UNPLANNED, SUICIDE\_RISK.

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es una perturbación multicausal y compleja que ha estado presente en todas las épocas históricas y todas las sociedades, se manifiesta por una variedad de comportamientos que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta consumir el suicidio. La presencia de cualquiera de estos indicadores ya sean ideas, amenazas, gestos e intentos debe considerarse como un signo de riesgo, es un problema trágico y prevenible de salud pública, actualmente existen varios casos de suicidio, el objetivo de la investigación es determinar si la impulsividad se relaciona de cualquier forma con esta problemática y buscar posibles estrategias de acción y prevenir de alguna manera que se sigan cometiendo suicidio.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1TEMA**

La impulsividad y el riesgo de suicidio en estudiantes de la Unidad Educativa Quisapincha de la Ciudad de Ambato.

#### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Existen varios casos de suicidio diariamente, varios aislados tanto en tiempo como espacio en distintas formas de exposición, sin embargo, todos tienen el mismo efecto inevitable, estas reflejan un alarmante fenómeno que va creciendo gradualmente y de una forma casi inevitable en todas las partes del mundo, la tasa de mortalidad por el suicidio va aumentando de una forma alarmante dándose así 1000 muertes diarias aproximadamente, sin embargo esta cifra aumenta sin poder ser evitada. (Arias & Blanco, 2010)

Los suicidios se ha convertido en una epidemia de tendencia creciente, se estima que varias personas que comprenden las edades de 15 a 29 años son las que frecuentemente deciden acabar con su vida por varias circunstancias que traviesan en el desarrollo, sin embargo muchas están ligadas a la crisis que pasa el planeta actualmente, sin olvidar las que comúnmente se conocen como son problemas familiares, académicos de pareja y sociales como el alcoholismo drogadicción, etc. (Arias & Blanco, 2010)

En Latino América pocos son los estudios que se encuentran realizados para saber las distintas causas del suicidio, la magnitud, causalidades y significados de este fenómeno, en especial en las zonas aisladas y rurales del continente ya que la mayoría de los estudios se encuentran aplicados en las zonas urbanas ya que se ha considerado varios estereotipos que en esta zona se encuentran espacios de presión social y económica y es así que el individualismo y presión social son mayores y a la vez estos factores son más relacionados con el suicidio. (Arias & Blanco, 2010)

No obstante pocos estudios realizados en las zonas rurales del mundo son considerablemente superiores a las zonas a las cuales se denominan urbanas, es asique se encuentran realizando varios estudios concretos permitirán aumentar el nivel de realismo y comprensión de lo que ocurre en las zonas rurales, se cree que varias muertes se dieron por una promesa de prosperidad y aumento del crecimiento económico y al o ser cumplido varias personas tomaron la fatal decisión, se estima que en promedio 1400 toman la

decisión de quitarse la vida considerando que en estas áreas existe menos población. (Arias & Blanco, 2010)

Datos de la Organización Mundial de la Salud sobre salud a nivel mundial señalan que más de 800 mil personas cometen suicidio esto ocurre anualmente, sin embargo muchos más intentan quitarse la vida a diario. Es así que varios millones de personas se ven sensibles y advierten el dolor que causa estas acciones en la familia y en la sociedad cada año. En el año 2012, se dio a conocer que se dio un aproximado de 804 mil suicidios siendo así una cifra simbólica en América latina en especial México, esto a nivel general de víctimas hablando de una forma universal, estando así está la décima quinta fuente de muerte en el año antes aludido, con una tasa de 11.4 muertes por cada 100 mil poblaciones por libremente del sexo, la pauta es de 14.5 por cada 100 mil hombres y de 8.2 por cada 100 mil mujeres. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía;, 2015)

Las compendias antes indicadas personifican una chica disminución en relación al año 2000, cuando se apreciaron alrededor de 883 mil muertes, indicar un general de víctimas, un número muy considerable el cual establece como la décimo cuarta origen de víctimas, con una pauta de 14.4 muertes por cada 100 mil pobladores en aquel período. El suicidio es un prodigio a ras universal que empieza en todas las zonas y naciones. Sin requisición, entre los jóvenes de 15 a 29 años se trata de la segunda causa de personas que mueren, completamente a que este simboliza una gran cifra del total de víctimas en este conjunto de

edad, con una pauta de 13.5 suicidios por cada 100 mil personas que se encuentran en una edad joven. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015)

En América Latina, los países que presentan las cifras más elevadas se encuentran en Nicaragua, Cuba y Chile con cifras que se encuentran entre 10.7 y 12.1 por cada 100 mil habitantes. Pero en términos generales, a comparación de países latinoamericanos no se encuentran en una manera tan significativa, pero en relación del país México se encuentra una elevada cifra con tasas de 4.3 suicidios por 100 mil habitantes en el año de 2004 (Hernández-Bringas & Flores-Arenales, 2011)

Estos datos han sido recogidos de la OMS indicando la confiabilidad de las estadísticas de varios de los países. México ocupa un lugar de 90 puestos este ocupa el número 88. Esto indica que como varios países este se encuentra dentro del 25 por ciento con las tasas de muerte por suicidio bajas. Dentro del conjunto de América ocupa también un lugar dentro del grupo con menores tasas de suicidios, considerando a países como Estados Unidos y Canadá. (Hernández-Bringas & Flores-Arenales, 2011)

Una investigación realizada por Galeano, F. (2012), en Latinoamérica en la cual cita a Casullo el cual indica que se aprecia que alrededor de un 15% de los individuos con alguno de los factores anteriormente mencionados intentan quitarse la vida, dos tercios de quienes intentaron quitarse la vida sufría de algún malestar entre los principales una depresión primaria. Existen factores de riesgo elevados cuando se presentan diferentes trastornos

psicopatológicos relacionados con los comportamientos suicidas, no puede decirse que son causantes del suicidio pero sí que la presencia de alguno de ellos aumenta la probabilidad de que se cometa el suicidio. Al aludir a presencia de psicopatologías nos estamos refiriendo a regresiones importantes y el inadecuado uso de los mecanismos de defensa, todo lo cual reduce las posibilidades adaptativas así como el empleo adecuado de estrategias de afrontamiento frente a situaciones conflictivas.

En América Latina fundamentalmente en el país de México, en 2013 se reconocieron 5 909 muertes, que simbolizan una cifra muy pequeña del general de víctimas reconocidas, ubicando como la décima cuarta causa de defunción y exteriorizando una pauta inminente de cinco por cada 100 mil habitantes, las urbes con mayor pauta de muerte son la ciudad de Aguascalientes con 9.2 suicidios, Quintana Roo 8.8 suicidios y Campeche 8.5. Es decir que un poco menos de la mitad de estas muertes acontecen en jóvenes de 15 a 29 años, entre ellos, la pauta consigue 7.5 muertes por cada 100 mil jóvenes. Es indicar un total de muertes acontecidos en 2013 más de la mitad de muertes existieron fueron ejecutados por hombres y menos de la mitad de las estadísticas fueron realizadas por mujeres. Frecuentemente acontecen por estrangulación o sofocación es el primer uso de muerte que es el 77.3 por ciento, mientras que el trascendental lugar en que suceden los fallecimientos es centralmente la morada personal que es el 74 por ciento. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía;, 2015)

En 2013 se reconocieron 5 909 muertes, que simbolizan 1% del total de víctimas reconocidas, ubicadas como la décima cuarta causa de defunción a nivel nativo. Los suicidios en el país presentan una tasa de cerca de cinco suicidios por cada 100 mil habitantes. Del total de registros en 2013, 5 754 suicidios ocurrieron en el mismo año 97.4%, 131 suicidios ocurrieron en 2012 un 2.2% 12; y 24 ocurrieron en 2011 o antes 0.2 por ciento. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía;, 2015).

Habiendo en circunspección; las muertes acontecidas y reconocidas en 2013, 81.7 por ciento fueron ejecutados por hombres y 18.2 por ciento fue ejecutado por damas. Lo que simboliza que acontecen más de cuatro muertes de hombres por cada suicidio de una mujer. La sobre aniquilación masculina predomina en cada uno de los conjuntos de edad, sin embargo, en los conjuntos jóvenes la simetría de mujeres es mayor que entre los grupos de edad más avanzada. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía;, 2015)

Particularmente en México las personas que se suicidan en su mayoría son hombres esto es lo que indican varias estadísticas que fueron tomadas y con las que se cuenta, esto debido a que las mujeres son menos determinantes a tomar la decisión de suicidarse, Si en 1950 los suicidios de hombres duplicaban a los de las mujeres, para el año 2008 la relación había aumentado a 4.6 hombres suicidas por cada mujer suicida pero cuando se analiza un periodo más corto en los años 1990-2008 pero año por año, como la que se puede observar entre 1997 y el año 2000 hay una baja en las cifras de suicidios y, luego, también entre

2005 y 2007 generalmente, tiende a incrementar en la intensidad del fenómeno, más notorio en el caso de los hombres. (Hernández-Bringas & Flores-Arenales, 2011)

Los encomendados de efectuar la prevención y descubrimiento del riesgo suicida en los alumnos no deben ser simplemente los progenitores, consejeros y pedagogos, además debe coexistir una preparación en localización exterior de elementos de conflicto por parte de compareces de la colectividad y congregar a gobernadores, progenitores de familia, instructores, clérigos y educadores para darles la averiguación oportuna que les sirva ante un factible riesgo. Entre los años 1960 y 1988, en la Argentina, la pauta de prevalencia de muertes aumentó del 3.6 al 11.8 por cada cien mil habitantes entre quienes tienen quince y diecinueve años. La ampliación es mucho más significativa en la población adolescente (200%) que en la población general. (Pasqualini & Llorens, 2010)

La depresión es sin dudas es la más correspondida con conductas suicidas. Se dice que un pequeño porcentaje de las personas con esta patología cumplen tentativas para sacrificarse y dos tercios de quienes pretendieron quitarse la vida aguantaban de algún malestar del tipo de una depresión primaria. Exploraciones en las que se confrontó a muchachos que lograron matarse con quienes sólo lo pretendieron muestran un poco más de la mitad de los que se suicidaron y en una cifra alarmante de los que lo quisieron poseían sido determinados con presencia de trastornos afectivos primarios. Esquemas análogos se han encontrado para representar al empleo de alcohol y uso de sustancias y su relación con comportamientos suicidas. (Galeano F, 2012)

De 122 presidiarios que cumplieron el interrogatorio de edades entre los 20 y 35 años. La edad media se ubicó en 28,7 años. La edad más habitual fue treinta y cinco años. Un cuarto de la totalidad de personas tenía veintiséis años o menos; la mitad exhibía edades equipares o mínimas a veintinueve años y las tres cuartas partes tenía menos de treinta y cuatro años. Se halló que un poco más de la mitad efectuó estudios secundarios. En todo lo que al estado porcentajes de civiles, el 45,9 revelaron estar solteros, 36,1 en unión libre, 9,8 casados, y un 0,8 afirmó estar viudo. El 80,4 consume en este momento SPA, 63,9 tiene condenas superiores a los cuarenta y nueve meses, 66,4 no había sido encerrado con anterioridad, 72,1 tiene hijos y el 7,4 ha pretendido quitarse la vida. (Rubio et al., 2014)

Al inquirir por la ideación suicida, porcentajes indican que se encontró que el 67,2 de la localidad muestra un peligro suicida bajo, mientras que los niveles altos y medios se topan en un 16,4, individualmente. Al revisar el proceder de la ideación alta en las diferentes variables, se justificó que las proporciones más altas existieron entre: los que tenían entre veinte y treinta años, quienes sólo tienen estudios primarios, los solteros, aquellos que tienen condenas mínimas a cuarenta y ocho meses, los que han estado recluidos con anterioridad, quienes no tienen hijos y aquellos que han intentado quitarse la vida con anterioridad. (Rubio et al., 2014)

En Ecuador tiene una tasa de suicidios relativamente baja. Los datos de la OMS que su principal fuente de información es el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos sus siglas son INEC7, Ecuador presenta una tasa de 6.1 por cada 100.000 habitantes en el 2008, esta

estadística es mínima en comparación de las cifras en Europa; sin embargo, estadísticas más recientes del INEC muestran tasas de 7.1 para el 2005 y 6.7 para el 2006. Pese a que las tasas continúan siendo bajas respecto a otros países, llama la atención el constante incremento de los suicidios en las últimas tres décadas. En 1971, el país registraba una tasa de 2.3 que ascendió a 2.8 en 1980, la cual a mediados de estos 10 años había subido en más de un punto, situándose en 4.2. (Betancourt, 2008)

A partir de los años noventa, las cifras de suicidio han subido hasta el año de 1999, año a pasear de la caída económica que pasaba el país, los suicidios disminuyeron a una cifra de 1.8 por 100.000 habitantes. Es interesante y es un modelo inverso a las predisposiciones suicidas de distintas partes del planeta. Sin embargo en inicios del siglo 21 las cifras del suicidio en el Ecuador se elevan. Empieza con una cifra de 4.3 en el año 2000, elevándose a 5.3 rápidamente en el año 2003, luego a 6.1 en 2004, a 7.1 en 2005, para caer levemente a 6.7 en 2006. (Betancourt, 2008)

Estas cifras muestran que las tasas de suicidio en el Ecuador han aumentado tres veces más que en años anteriores. El número de casos de muertes relacionados con el suicidio ha llegado casi a duplicarse, pues en el año 2000 ocurrieron 538 suicidios, llegando a 900 en 2006. El Ministerio de Salud Pública con sus siglas MSP ha incluido el fenómeno del suicidio en el reporte de Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2007, con el objetivo de visibilizar este problema y fortalecer la vigilancia epidemiológica e intervención inmediata

sobre la morbilidad y mortalidad de procesos prevalentes y de notificación obligatoria (MSP et. al 2007).

En lo que ha pasado cada año en el Ecuador 801 individuos se suicidan y 352 mueren por casos que no han sido revelados, pudiendo ser una fuente de suicidios que no fueron revelados. Con esta información se pudo concluir gracias a un artículo científico publicado en internet por un equipo investigativo. Este artículo analiza los datos del país que constan en los registros del INEC y del MSP, en un período de 8 años sobre el suicidio en el Ecuador, considerándolo un problema de Salud Pública que ha crecido en los últimos años de manera gradual y progresiva. (González-A, López-P, Ga, & García C, 2010)

El 80% de los casos de suicidios están ligados a la depresión y pueden ser manifestados a tiempo. Dicha situación presta atención a las autoridades, quienes concuerdan en que hay que tomar medidas limpiantes. (Marie-F, Merlyn & Sacoto, 2015).

El año retrospectivo, la OMS despidió un artículo universal sobre el suicidio y allí marcó que el Ecuador tiene una tasa de 8,9 muertes de ese tipo por cada 100 000 habitantes. Es decir, está por debajo de la media internacional. En 2012 hubo 1 377 casos que se consiguieron a escala nativa. La cifra de personas que se han expedito la vida en Tungurahua se ha aumentado en un 300 % en analogía a los datos conseguidos del año anterior. (Modesto M, 2015)

Registros del Hospital Padre Carolo ha permitido determinar esta tendencia, la cual refleja que los primeros tres meses del 2015 se ha atendido 20 casos de suicidio de emergencia, de los cuales 17 son de adolescentes. En lo que va del mes la casa de salud tuvo 8 casos de intentos de suicidio crónicos por ingerir plaguicidas. En Ecuador la tasa de suicidios adolescentes, entre 2000 y 2012, ha crecido en un 9 por ciento. Y solo en 2012 se han registrado 1.377 suicidios de jóvenes entre 15 y 30 años, según datos de 2014 de la OMS. (Veletanga, 2015)

### **1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿La impulsividad se relaciona con el riesgo suicida en personas que estudian en la Unidad Educativa Quisapincha de la ciudad de Ambato?

### **1.4 JUSTIFICACION**

El actual producto es novedoso, ya que se aprovecha para confirmar si la impulsividad crea en las personas el riesgo de cometer el suicidio, debido a que se ha reportado un aumento de los suicidios en la provincia de Tungurahua, es importante e indispensable determinar si las variables estudiadas se encuentran asociadas problemática y si son causantes para que se provoque suicidio, es una investigación necesaria debido a que no existen suficientes estudios que exterioricen por que se originan los suicidios.

Es factible ya que en la localidad en que el estudio es aplicado se han confirmado varios casos en los cuales ya se ha cometido suicidio y es preciso determinar si la impulsividad concibe algún riesgo para cometer suicidio, es obligatorio para la colectividad ya que esta exposición consiente confirmar los datos que expone la investigación y determinar si alguno de los componentes influye para que se de estos casos.

Es de gran importancia en la psicología, situándola en un contexto social, por medio de esta se logrará estar al tanto a la realidad en el Ecuador en todo lo que a la impulsividad y el riesgo suicida en estudiantes.

Es de gran impacto social ya que permitirá poseer una idea clara sobre que es la impulsividad, las personas que son vulnerables a cometer suicidio y aquellas que tienen dificultades para controlar los impulsos y como estas particularidades se corresponden con las personas que quieren cometer suicidio.

Por otra parte tendrá un impacto directo los adolescentes, por lo que las conclusiones obtenidas a través de la actual investigación podrían ser utilizadas para el diseño de proyectos factibles que favorezcan crear y aplicar programas de prevención contra el suicidio y poder ofrecer atención pertinente y adecuada.

Es posible la elaboración de la investigación porque cuenta con el soporte del establecimiento donde fue elaborado el estudio, con el personal, además del interés de varias establecimientos de la provincia de Tungurahua que están alarmados por conocer acerca del por qué se dan los suicidios y buscar posibles enmiendas y estas sean orientadas de manera efectiva hacia los favorecidos inmediatamente.

Cuenta con un extenso soporte bibliográfico, mismo que accederá la colación de averiguación de distintos países en Latinoamérica con los efectos obtenidos en la presente investigación.

## **1.5 OBJETIVOS**

### **1.5.1 OBJETIVO GENERAL**

- Determinar si la impulsividad se relaciona con el riesgo suicida en estudiantes de la Unidad Educativa Quisapincha de la ciudad de Ambato

### **1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Detectar que tipo de impulsividad prevalece en estudiantes de la Unidad Educativa Quisapincha. de la ciudad de Ambato.

- Identificar el grado de riesgo suicida en estudiantes de la Unidad Educativa Quisapincha de la ciudad de Ambato.
  
- Analizar en qué género de la población de la Unidad Educativa Quisapincha de la ciudad de Ambato predomina la impulsividad.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ESTADO DEL ARTE**

Un gran problema de Salud Pública es el suicidio además se ha convertido en la tercera causa de muerte en los adolescentes y personas de mediana edad. Este problema conlleva a que la persona sea internada en un establecimiento de salud y encarna más de la tercera parte de visitas en todo el año. Las tentativas repetidas se relacionan con un peligro eminente de lograr una consumación fatal y aumentan los costos en la salud. Se trata de encontrar varios factores que pueden conllevar a un riesgo y buscar alguna solución para las personas que se encuentran en una vulnerabilidad en Colombia. El estudio fue aplicado a personas que se encuentran internadas con intentos y es así que se descubrió que un factor de riesgo importante para cometer suicidio es el consumo de alcohol con porcentajes de un 2,01%; 1,30% y 3,1%, mientras que una suma importante de factores también fueron adjudicados a problemas familiares o de pareja con prevalencias de 2,16%; 1,31% y 3,55% y así mismo se determinó como factor protector la edad que tenían los pacientes y los que tenían o no hijos. (Castro R a, Martínez V, Camacho, & Rueda J, 2010)

El suicidio fue proclamado como una dificultad de salud pública por la World Health Organization cuyas siglas son “WHO” en el año de 2003, y por tanto la Organización de las Naciones Unidas “ONU”, varios de los investigadores como Edwin S. Shneidman (1918–2009), fue uno de los principales eruditos en el tema y también en la prevención de este fenómeno, además de un fructuoso filósofo y literato acerca del tema, conservándose y actualizando sus estudios y reflexiones por más de 50 años. Su ingenio, sensibilidad y agudeza de conocimiento pudieron crear una nueva ciencia llamada: la Suicidología, término que fue acuñado por el mismo. Su trabajo se basa y da prioridad en que motiva ya sean causas psicológicas y sociológica. . (Chávez-H & Leenaars, 2010).

Las contribuciones principales de Shneidman han sido conceptuales. Recalcó frases y concepciones como suicidología, autopsia psicológica, obvención, muerte sub intencionada, dolor psicológico. En varios sondeos se reservó dos test el cual pueden percibir intentos suicidas los cuales son, el Cuestionario de Agresión Reactiva y Proactiva y la Escala de Impulsividad de Barratt se aplicaron a 400 jóvenes de la Comunidad de Madrid cuyas edades oscilaban entre 12 y los 18 años de edad. Las ramificaciones logradas consintieron determinar que los disparejos conjuntos de jóvenes agresores sacaron un mayor nivel de impulsividad que en jóvenes no agresivos. Peculiarmente, en correspondencia con las desiguales dimensiones de la impulsividad, no se localizaron indicaciones de estadísticas en correlación con amplificaciones cognitiva y no planificadora. A pesar de esto, la impulsividad conductual fue relevantemente preferente en los tres grupos de adolescentes reactivos, proactivos y mixtos a colación con los que no son bravucones. Es así que se

habla de estos efectos revelando la deferencia de la dimensión de la impulsividad como variable discriminativa entre conjuntos de jóvenes agresivos y no agresivos. (Chávez-H & Leenaars, 2010).

Una de las principales urgencias sanitarias y educativas en adolescentes y jóvenes es el suicidio. Se muestra diferentes partes conceptuales sobre esta causa además se trazan los elementos de amparo que están concernidos con la conducta suicida en esta localidad. Se brinda una perspectiva asentada en la investigación de ilustraciones sobre los aspectos prevalentes que conservan y que incumben ser desarrollados para excluir una marca negativa de los escenarios desfavorables a las que se exhiben. Conjuntamente, se despliegan modelos para la protección de la prevalencia, que se han justificado como poderosos para la lucha hacia el intento de suicidio y el suicidio cumplido en adolescentes y adultos jóvenes, conformando un perfil con todos aquellos semblantes preservadores a tener muy en cuenta para un análisis exhaustivo, dentro de la calidad de vida y bienestar emocional en este agrupado. (Sánchez Teruel & Robles Bello, 2014)

Las ilustraciones agrupan su aplicación en la determinación del fenómeno en los jóvenes latinoamericanos equiparando variables psicosociales coligadas como las dificultades interpersonales en la trama escolar, inestabilidades psíquicas, la exhibición a escenarios de agresión intrafamiliar y atentado sexual, y definitivamente los modos y habilidades de resistencia desplegados por las juventudes. Se ultima que el suicidio es un fenómeno multicausal que va en acrecentamiento con la visión de problemáticas convenientes de la

sociedad presente, tales como el acoso escolar, los trastornos alimentarios, el abuso sexual y el maltrato. Cabe sobresalir, que la cantidad más sensible a este tipo de problemas siguen siendo los niños y los jóvenes, lo que exige a los profesionales en salud mental generar estrategias de intervención orientadas a la identificación y prevención de las mismas. (Pinzón, Moñeton, & Alarcón, 2014)

Ilustraciones nuevas ejecutados juntamente en diferentes patrias europeas, han contribuido reseñas sobre el suceso de ideación suicida y la coexistencia de otros elementos de peligro latentemente sujetados a su presencia y al camino entre ideas suicidas y tentativas de suicidio. Un estudio colateral ejecutado en seis países europeos sobre una muestra total de 21.425 personas, halló una prevalencia del 4,4% para la ideación suicida y del 1,5% para los intentos de suicidio en España, mientras que la media europea para la ideación suicida fue del 7,8% y para los intentos de suicidio de 1,8%. En otro estudio se examinó la apariencia de ideación suicida en un espécimen aleatorio de 7.710 personas de cinco países europeos. En la muestra española se encontró que el 2,3% de la población adulta entre 18 y 65 años poseía cierto nivel de ideación suicida, un canon comparativamente bajo cotejado con las de la parte de países europeos circunscritos en el estudio (7,4% en Noruega y Gales, 9,8% en Finlandia y 14,6% en Irlanda) (Cano-L, Cicirello-S, López-L, & Aguilar-V, 2014)

Un problema de salud frecuente en los adolescentes es el suicidio, en su mayoría el tratar del tema ocasionalmente resulta complicado y deprimente. Una investigación

observacional, descriptivo, retrospectivo, cuyo objetivo caracterizaba varios de los factores de riesgo asociados al intento suicida en los adolescentes del municipio de Bayamo en el año 2014. La población de estudio estuvo conformada por los 108 adolescentes que presentaron intento suicida. Se estudiaron las variables edad, sexo, área de salud, informes patológicos particulares de padecimientos o síntomas psiquiátricos, problemas particulares, problemas familiares y el método empleado de suicidio. En la población de estudio prevaleció el sexo femenino (78,70 %), la edad de 14 a 16 años (50 %), el área de salud del policlínico Bayamo Oeste (tasa 74,9 x 10 000 habitantes), los deseos de hacerse daño (100 %), las malas relaciones con los padres (63,9 %) y la ingestión de tabletas (92,7 %). (Torre, Quesada, Rodríguez, Martínez, & Cabrales, 2015)

En las estadísticas se presenta al suicidio en el puesto nueve de las principales causas de muerte en el planeta en el mundo pero a la vez es la primera causa de muerte en Sudamérica. En el Uruguay la cifra es de 17 por cada 100.000 pobladores, la más alta de Sudamérica después de Guayana. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la muerte que ocurre existe que existen entre 10 y 40 Intentos de suicidio. Es indispensable dar la importancia que el Intento de suicidio es principalmente una causa de tipo medico y luego una emergencia psiquiátrica. Enfermería tiene un papel significativo para prevenir el suicidio y el procedimiento en situaciones de suicidio. (Garay & Vázquez, 2015)

El suicidio, comprendido como un problema que inicia la ideación hasta el suicidio consumado, atravesando por el intento de suicidio, es un inconveniente de salud

significativo en toda la tierra, tanto en urbe adulta como adolescente. El trastorno depresivo mayor es regularmente el trastorno más habitual entre las personas que se suicidan y una de las importantes motivas de incapacidad en todo el mundo. El tratamiento antidepresivo tiene efectos sobre los niveles de neuroquímicos necesarios para un adecuado funcionamiento que son opuestas a los del estrés o la depresión. Estudios clínicos han demostrado una menor presencia de producción del sistema dopaminérgico en los pacientes deprimidos que han intentado suicidarse en cotejo con los controles sanos. Existe relación entre la depresión mayor y el intento suicida. (Silva N, Vicente P, & Valdivia P, 2015)

El planeamiento suicida es un paso antepuesto a la tentativa suicida. En disímiles poblaciones se ha enfrentado tasas engrandecidas de proyección suicida en estudiantes universitarios, inclusive mayores a las de la población ordinaria de la que descenden. Los objetivos es fijar qué módulos están sindicados a proyección suicida en estudiantes de una academia. Se mandó una averiguación. En el estudio, ninguna variable quedó coligada con la proyección suicida. Se finiquitó que el conflicto para ajustar el sueño fue un componente de riesgo independiente revelador de proyección suicida en estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Nutrición estudiada. (Virú-Loza, Valeriano-Palomino & Zárate-Robles, 2013)

En esta prueba, se plantea que no obstante el sistema científico argentino juzga incitar la paciencia, varias veces recompensa la impulsividad. Por un lado, se incita la ejecución de

tesis doctorales, pero asimismo se requiere diferentes investigaciones anunciadas en revistas indexadas para inscribirse en la carrera de investigador científico. El régimen prevalece la cuantía de publicaciones por sobre la inspección de estudiantes al evaluar a científicos jóvenes. Sin embargo, la cuantía de tesis doctorales controladas finiquitadas es luego un factor restrictivo para suscitar a enfoques académicos más altas. Discutimos la problema de ejecutar estas acciones de forma comprometida y compatible, y exponemos indiscutibles encargos para optimar la relación de los juicios de valoración, formando concordar más las diligencias que teóricamente se incitan con aquellas que finalmente se premian. (Farji-Brener & Ruggiero, 2010)

La mente de las personas con impulsividad y agresividad se discute que las personas que tiene alguna de estas características actúan en contra de su naturaleza cuando declara comportamientos predatoras hacia su misma especie. Se explica la violencia e impulsividad través de la mixtura de semblantes biológicos y culturales en el ser humano. Cualquier cosa anteriormente mencionada se ennoblece mediante una sucesión de modelos que lleva a comprender de forma precisa e interesante sus planteamientos. En su introducción, se indica los motivos que lo llevaron a la realización de las indagaciones, cuya primordial contribución es la exposición de un enfoque integrador de la copiosa gramática que se ha derivado a través de la indagación de incomparables conductas. (Cauich-Sonda, 2010)

Las personas con conducta impulsiva tienen un principio de pasividad más bajo que el resto de las personas y sufren una pauta emocional enaltecida ante escenarios de la vida diaria naturales que no involucran trastornar pero que sí lo hacen. La impulsividad los lleva a la desesperanza y a perder el control sobre uno mismo. Se dice que alguno se aguanta de modo impulsivo cuando reconoce o procede sin deliberación ni sensatez, desistiendo trasladar por la opinión del instante. Cuando el entorno es descubierto como un desafío, el proceder impetuoso se declara a través de la cólera y la persona opera con irritación. No obstante opine que se consigue un bien a corto plazo, a medio plazo ya no es tan provechoso. (Virú-Loza, Valeriano-Palomino & Zárate-Robles, 2013)

La pérdida, el creer ser incitado o la falla de educación de la pareja que cuenta un hecho íntimo al frente de otras personas o un hecho provocador consiguen desatar la irritación y la constante rebeldía impetuosa. Las personas impulsivas utilizables se determinan por arrebatarse fallos fulminantes y sin profundizar. Es particular en personas creativas y positivas propias, competentes de posesionarse cierto nivel de riesgo y con un alto nivel de actividad y audacia. Por último, están los individuos en los cuales la impulsividad agresiva es una resistencia incontrolable. Las causas que liberan su impulsividad no evidencian el nivel de violencia que desarrollan. Cuando no consiguen distinguir que las situaciones de ímpetu son desacertados. (Virú-L, Valeriano-P & Zárate-R, 2013)

La relación entre impulsividad y psicopatía y la psicopatía. El método y materiales que fueron utilizados en la investigación han sido empleados plataformas de datos para investigar artículos científicos en los que contenían ilustraciones y ensayos. Los resultados obtenidos fueron que la psicopatía es un trastorno mental con causa orgánica y que no cursa con el quebranto de contacto con el entorno. Coexiste un subtipo o población específica dentro de los psicópatas, que subrayan por su considerable inteligencia y contenido de ajuste a la sociedad, sin quebrantar las reglas o al menos, sin que sea descubierta dicha contravención. Es indispensable una extensa indagación en el campo de la genética con mas modelos. De estar al tanto con mayor precisión la etiopatogenia del trastorno mejoraría las posibilidades de tratamiento. (Horcajo G, 2014)

La indagación tomó como objetivo nivelar los compendios neuropsicológicos y psicológicos asociados a la pauta de la impulsividad humana; concebida en el actual trabajo como el modelo de impulsividad a lo largo del adelanto progresivo que se narra en diferentes representaciones. La colección de la indagación fue acomodada por 31 artículos científicos recogidos de base de datos electrónicas; y 7 capítulos de libros anunciados entre 1990 y 2010. Como resultado del artículo de la investigación, se consiguió establecer subsiguientemente contextos explicativos de las substancias neuropsicológicos y la dinámica asociada. (Serrano, Hernandez, Salas, Castro, & Sapudio, 2014)

Ilustraciones nuevas han coligado altas tasas de impulsividad con la filiación a drogas. En este tratado se concierta la realización en una tarea de Drogo dependientes de dos grupos de

sujetos: dependientes de la cocaína (n = 15) y sujetos controles no dependientes (n = 15). Se esbozó una labor de drogo dependientes prototípica en la que los colaboradores correspondían optar entre tomar algunas cuantías inciertas de capital utilizables en el instante actual o una suma mayor en varios instantes futuros. Las consecuencias mostraron que los dependientes de la cocaína depreciaron más los reforzadores retrasados que los sujetos controles no dependientes. Los reforzadores demorados perdían su valor elocuentemente más rápido en el grupo de dependientes de la cocaína que en el grupo de sujetos controles no dependientes. (García R, Weidberg, Y, García F, & Secades V, 2015)

## **2.2 MARCO TEÓRICO**

### **Impulsividad**

La impulsividad es un rasgo del temperamento o personalidad que ha estado presente a lo largo de toda la evolución del ser humano, puede ser definida como un estado de activación neurobiológica o déficit de control inhibitorio. (Llort, 2015)

Estudios realizados en México sobre los distintos aspectos psiquiátricos de la impulsividad, buscó analizar la correspondencia entre la impulsividad y algunas perturbaciones psiquiátricas, además se tomaron en cuenta preliminares investigaciones, donde se hacía narración a que la impulsividad estaba correspondida claramente con trastornos de tipo bipolar, de la conducta, sin embargo lo más revelador de esta exploración fue que se logró establecer que la impulsividad es un factor clave para el desarrollo y perfeccionamiento de varios trastornos psiquiátricos, esto se debe a la relación en los

componentes biológicos de los trastornos psiquiátricos, teniendo en común también a la impulsividad (Guzmán Sabogal, 2006)

Mientras que otro informe científico indico el efecto de la impulsividad sobre la agresividad y sus resultados en el rendimiento de los adolescentes, esta investigación determinó la relación existente entre la impulsividad y la agresividad, luego de analizar los datos conseguidos se ha podido llegar a la conclusión de que no existe una relación entre la impulsividad disfuncional y el potencial intelectual innato del individuo, sin embargo se planteó que la impulsividad disfuncional si afecta a largo plazo en la ganancia de aprendizaje, se ha encontrado también que la impulsividad eficaz y disfuncional benefician al apareamiento de la agresividad, esto podría ser por la tendencia de responder de manera impulsiva frente a situaciones que tienen que ver con su elaboración académica y desarrollo personal (Guzmán Sabogal, 2006)

Escoje un trazo del temperamento, una forma de soportar de un indivisible que actúa sin presentir las secuelas que pueden comportar sus actos. No es raro que la impulsividad vaya asociada a conductas agresivas, cuyas causas consiguen ir ligadas a un déficit de serotonina o a factores hereditarios. Así, la impulsividad la podemos encontrar en pacientes afectos de patologías neuro psiquiátricos como la perturbación bipolar o el trastorno de la personalidad límite. Ciertos padecimientos degenerativos o los traumatismos craneales pueden beneficiar el desarrollo de conductas impulsivas (Guzmán Sabogal, 2006)

La investigación realizada por Benedict Carey conforma que la impulsividad esté relacionada con altos riesgos de tabaquismo, alcoholismo y drogadicción. Las personas que pretenden suicidarse tienen alto puntaje en las mediciones de impulsividad, al igual que los adolescentes con problemas en la alimentación. La agresión, el juego compulsivo, los severos desórdenes de temperamento y el déficit de atención se asocian con altos niveles de impulsividad, un problema solamente en Estados Unidos afecta al 9% de sus habitantes. (NACION, 2016)

Los expertos afirman que esta discrepancia en la capacidad de autorregulación se basa, en parte, en la variación genética. En un estudio publicado en marzo, investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental tomaron muestras de sangre de 142 voluntarios sanos y analizaron un gen llamado MAOA, que induce la producción de una enzima que reduce la actividad de una sustancia química cerebral llamada serotonina, que ejerce gran influencia sobre el estado anímico. Los científicos ejecutaron tomografías del cerebro de los participantes para medir el control de sus impulsos y hallaron que los hombres que tenían una variante común de MAOA, conocida como de alto riesgo, manifestaban una aceleración significativamente menor que sus pares que tenían la versión de bajo riesgo del gen, en la parte del área pre-frontal del cerebro donde se origina la conducta reflexiva. (NACION, 2016)

Los participantes con el gen de alto riesgo también tenían déficit en áreas del cerebro destinadas a moderar la emoción, respaldando de este modelo los hallazgos de estudios

anteriores que revelaron diferencias semejantes relacionadas con los genes. Según Andreas Meyer-Lindenberg, este déficit de regulación emocional predispone a las personas a intensas reacciones emocionales en la infancia y las hacen más vulnerables a los traumas. Según Carver, soportar mucho tiempo estrés, a cualquier edad, puede sobrecargar la región pre-frontal, dejando menos recursos disponibles para controlar las emociones. (NACION, 2016)

### **Causas**

Una potente combinación de genes y experiencias tempranas emocionalmente desorientadoras colocan a los individuos en situación de alto riesgo, al igual que ciertos instintos personales muy bien conocidos. Investigadores han empezado a resolver la contradictoria naturaleza de la impulsividad, los últimos trabajos en investigación cerebral y psicología ayudan a explicar cómo se desarrollan las tendencias impulsivas y en qué casos pueden llevar por mal camino a las personas. (NACION, 2016)

Factores orgánicos en la génesis de la impulsividad. Esta activación supone la liberación de una serie de sustancias internas neurotransmisores, hormonas que preparan al cuerpo para una reacción motriz inmediata. Es una energía que está ahí y debe “liberarse” de alguna manera según la edad que comprenda la persona pudiendo ser a modo de rabietas, los gritos, las huidas, etc. (Llort, 2015)

Tienen antecedentes familiares de primer grado que manifestaron o manifiestan el mismo problema, es así que la genética o herencia determina cierta predisposición a manifestar los síntomas en hijos de padres también con caracteres fuertes, impulsivos o con poca tolerancia a la frustración. Pero la impulsividad no es tan sólo un hereditario sino también una manifestación cognitiva y conductual que puede potenciarse o disminuir en función del entorno. (Llort, 2015)

## **Indicadores**

Algunas guías de la impulsividad son la excitación, baja tolerancia a la frustración, actuar antes de pensar, desorden, pobre destreza de proyección, descomunal cambio de una acción a otra, dificultad en situaciones grupales en las que se requiere aguante para proceder según tiempos, exigencias de mucha supervisión, continuamente en problemas por conductas inadecuados. (Copeland, Love 1995).

- Actúa sin pensar,
- Siempre busca vivir experiencias arriesgadas
- Tiene baja tolerancia al aburrimiento y la frustración es alterado es decir no planifica sus actividades.
- Es olvidadizo.
- Siempre llega tarde a todos lados.
- Es variable y cambia de actividad con mucha periodicidad.
- Actúa de manera inapropiada generando problemas.

- No puede esperar su turno para hablar.
- Es creativo pero siempre presenta las cosas sin perfeccionarlas demasiado. (Estilo Salta 2015)

### **Tipos de Impulsividad**

Es importante establecer la diferenciación entre una impulsividad primaria de la secundaria. En el primer caso, la impulsividad estuvo presente desde el mismo momento de nacer el niño sino antes un indicador es los excesivos movimientos fetales y es la que suele tener un componente genético más evidente. (Llort, 2015)

La secundaria aparece o se potencia en un momento dado del desarrollo normalmente asociado a factores de inestabilidad afectiva, cambios imprevistos, traumas, separaciones, etc. El peor de los escenarios es cuando un niño genéticamente predispuesto para ser impulsivo tiene, a su vez, un entorno poco acogedor o desestructurado. Por lo comentado hasta ahora parecería que la impulsividad es algo no deseable y que, en todo caso, comporta sólo problemas. Este planteamiento es muy simple y no obedece a la realidad de un tema mucho más complejo. (Llort, 2015)

### **Factores de Riesgo y Vulnerabilidad**

Debido a estos tipos, estos niños ejecutan comentarios fuera de lugar, tocan o se apropian de cosas que no deben, reaccionan con ira o rabia ante pequeñas fracasos o situaciones que descubren como amenazas. Tienen muchos problemas para hacer tiempo, guardar turno en

los juegos, cola para la comida o en el recreo, y puede que se muestren disgustados si tienen que hacer tiempo o que emprendan a portarse mal. (Guzmán S, 2006)

El suicidio es el hecho de impedir intencionadamente la propia vida. La conducta suicida es cualquier operación que lograra llevar a una persona a morir, como tomar una sobredosis de fármacos o estrellar un automóvil de forma deliberada. (Timothy R, 2016)

La OMS, lo define como todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil. Mientras que las conductas suicidas abarcan un amplio espectro que va desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva más allá de la intencionalidad supuesta. Se considera intento de suicidio a toda acción auto-infligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal. (Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2016)

### **Causas**

El suicidio y los comportamientos suicidas generalmente ocurren en personas con uno o más de los siguientes factores:

- Enfermedades mentales
- Consumo de alcohol o drogas
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Sociales que abarca un estilo de vida estresante como problemas serios a nivel financiero o en las relaciones interpersonales

Las personas que pretenden suicidarse frecuentemente están tratando de apartarse de una escenario de la vida que parece imposible de manejar. Muchos de los que cometen intento de suicidio están buscando alivio a:

- Situaciones que les hace sentir avergonzados, culpables o como una carga para los demás.
- Sentirse como víctima.
- Sentimientos de rechazo, pérdida o soledad.

Los comportamientos suicidas pueden ocurrir por una situación o hecho que la persona ve como agobiante, tales como:

- El envejecimiento.
- La muerte de un ser querido.
- El consumo de drogas o alcohol.
- Un trauma emocional.
- Enfermedad física grave.

- El desempleo o los problemas financieros.

Los factores de riesgo del suicidio en adolescentes incluyen:

- Acceso a armas de fuego.
- Miembro de la familia que cometió suicidio.
- Antecedentes de autoagresión deliberada.
- Antecedentes de abandono o maltrato.
- Vivir en comunidades en donde ha habido brotes recientes de suicidio en personas jóvenes.
- Ruptura sentimental.

La mayoría de los intentos de suicidio no terminan en muerte. Muchos de estos intentos se llevan a cabo en una forma en que el rescate sea posible. Estos intentos a menudo representan un grito en busca de ayuda. Algunas personas intentan suicidarse de una manera que sea menos probable de llevar a la fatalidad, como envenenamiento o sobredosis. Los hombres tienen mayor probabilidad de escoger métodos violentos, como dispararse. Como resultado de esto, los intentos de suicidio en ellos tienen mayor probabilidad de terminar en muerte. (Timothy R, 2016)

Los parientes de personas que intentan o cometen suicidio a menudo se culpan o se enojan mucho y pueden ver el intento de suicidio como egoísta. Sin embargo, las personas que

intentan cometer suicidio con frecuencia creen erróneamente que les están haciendo un favor a sus amigos y parientes al irse de este mundo. (Timothy R, 2016)

## **Síntomas**

A menudo, pero no siempre, una persona puede mostrar ciertos síntomas o comportamientos antes de un intento de suicidio, entre ellos:

- Tener dificultad para concentrarse o pensar claramente.
- Regalar las pertenencias.
- Hablar acerca de marcharse o la necesidad de "dejar todos mis asuntos en orden".
- Cambio repentino en el comportamiento, sobre todo calma después de un período de ansiedad.
- Pérdida de interés en actividades que solía disfrutar.
- Tener comportamientos autodestructivos, como tomar alcohol en exceso, consumir drogas ilícitas o hacerse cortaduras en el cuerpo.
- Alejarse de los amigos o no querer salir.
- Tener dificultad repentina en el colegio o el trabajo.
- Hablar acerca de la muerte o el suicidio o incluso declarar el deseo de hacerse daño.
- Hablar acerca de sentirse desesperanzado o culpable.
- Cambiar los hábitos alimentarios o de sueño.
- Preparar maneras de quitarse su propia vida (como comprar un arma o muchas

pastillas).

- Tratamiento

## **Indicadores**

### Administración de las otras conductas suicidas

La totalidad de los pacientes con conductas suicidas tienen algún grado de depresión, y los deprimidos no siempre se quejan de tristeza; incluso, en ocasiones pueden encontrarse irritables y también inquietados con el movimiento de su cuerpo. La depresión entraña un conflicto vital y, por lo tanto, se debe evaluar la ideación suicida. La disposición de hospitalizar o no dependerá de múltiples factores, ya comentados. (Guzmán Sabogal, 2006)

## **Factores de riesgo**

Uno de los elementos más continuamente incluidos en los materiales propuestos para la evaluación de riesgo suicida es el de los factores socio demográficos, como el estado civil, según el cual las personas viudas y separadas tienen un mayor riesgo que las personas solteras o casadas, y los antecedentes ocupacionales. A relación, es significativo tener en cuenta la impresión de fracaso en el ámbito profesional o en el propio rol social. Inmediato de la mitad de los pacientes que pretenden suicidarse soportan alguna enfermedad física. (Guzmán Sabogal, 2006)

La existencia de trastorno mental, alcoholismo y abuso de drogas, ideación suicida, tentativas suicidas antepuestas, senda a métodos letales, aislamiento y pérdida de apoyo social, desesperanza, antecedentes familiares de suicidio, acontecimientos estresantes en la vida, agresividad, impulsividad e irritabilidad, males físicas, la historia de intentos de suicidio previos, la desaliento, disponibilidad de método letal, los referencias familiares y factores de riesgo neurobiológicos. Se ha encontrado evidencia que apoya la teoría de la relación entre la disminución de la actividad serotoninérgica, el depósito y el sacrificio. (Guzmán Sabogal, 2006)

Es posible que las personas que están en riesgo de comportamiento suicida no busquen tratamiento por muchas razones:

- Creen que nada va a ayudar.
- No desean contarle a nadie que tienen problemas.
- Piensan que buscar ayuda es un signo de debilidad.
- No saben adónde acudir por ayuda.

Una persona puede necesitar tratamiento de emergencia después de un intento de suicidio. Se pueden necesitar primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar o tratamientos más intensivos. Las personas que intentan cometer suicidio pueden necesitar hospitalización para tratarlos y reducir el riesgo de futuros intentos. La terapia es una de las partes más importantes del tratamiento. (Timothy R, 2016)

Se debe evaluar y tratar cualquier trastorno de salud mental que pueda haber llevado al intento de suicidio. Esto abarca:

- Trastorno bipolar
- Trastorno límite de la personalidad
- Dependencia del alcohol o las drogas
- Depresión mayor
- Esquizofrenia

### **Expectativas (pronóstico)**

Cerca de un tercio de las personas que tratan de suicidarse lo intentarán de nuevo dentro de un período de un año. Cerca del 10% de las personas que amenazan o intentan suicidarse finalmente se quitan la vida.

### **Prevención**

El hecho de evitar el alcohol y las drogas (diferentes a los medicamentos recetados) puede reducir el riesgo de suicidio.

En hogares con niños o adolescentes:

- Almacene todos los medicamentos recetados en una parte alta y bajo llave.
- NO guarde alcohol en la casa o manténgalo bajo llave.
- NO guarde armas de fuego en la casa. Si las tiene, guárdelas bajo llave y las balas aparte.
- En adultos mayores, investigar en profundidad los sentimientos de desesperanza, de ser una carga y de no pertenecer.

Muchas personas que tratan de suicidarse hablan del tema antes de hacer el intento. Algunas veces, simplemente hablar con alguien a quien le importe y que no haga juicios es suficiente para reducir el riesgo de suicidio.

Sin embargo, si usted es un amigo, miembro de la familia o conoce a alguien que cree que puede intentar suicidarse, nunca trate de manejar el problema por su cuenta. Busque ayuda. Los centros de prevención de suicidio tienen servicios de "línea telefónica directa".

### **Suicidio según contexto cultural**

El suicidio es visto de desiguales formas a lo largo del tiempo y en diversas culturas, es así que para los griegos y romanos esta era tomada como un acto sublime; para los cristianos, el pecado más grande que existe, pues agredía contra la propia vida; mientras que para los

japoneses, como forma de poder restaurar el honor perdido. Actualmente es un problema de salud pública mental el cual puede y debe ser prevenido. (Guzmán Sabogal, 2006)

A modo se alude durante veinte siglos, el cristianismo supuso que el suicidio es uno de los más graves pecados, porque viola el prescrito que impide matar y no da la conformidad para arrepentirse, también por ser un acto que va en contra la ley de la ecosistema y la misericordia. Y para finiquitar, por ofender a Dios, el cual da vida y es el único que puede ponerle fin. Un tema muy contenido es la eutanasia ya que es vista como el suicidio o inclusive aún más se convirtió en un inconveniente combinado en aquellas sociedades que no se encuentran totalmente desarrolladas en que se usaba la eliminación de las vidas que no eran consideradas útiles, esta costumbre estuvo aceptada con respecto a los recién nacidos con malformaciones o a los ancianos, hasta que la autoridad del cristianismo acabó con estas prácticas. (Guzmán Sabogal, 2006)

Para los Galios, el suicidio se justificaba si el motivo era la vejez, la muerte de uno de los cónyuges, la muerte del jefe, o por razones de salud. La vejez y las enfermedades graves eran igualmente causas razonables de suicidio para los Celtas Hispanos y para los Vikingos y Nórdicos. Para los pueblos germánicos, si el suicidio tenía como finalidad evitar una muerte vergonzosa, era bien visto y hasta loable. Entre los chinos de unos veinte siglos antes de Cristo, el suicidio solía ejecutarse por razones de lealtad; en Japón se realizaba como una ceremonia bien fuera por expiación o por derrota, y en la India, se justificaba por

razones litúrgicas o religiosas, así como por muerte de los esposos o esposas. (Delgado Mujica, 2013)

Algunas tribus africanas lo consideran maligno, y terrible tener contacto físico con el cadáver de un suicida y llegaban incluso a quemar su casa o el árbol de donde se hubiese colgado, en el caso de ahorcamiento, pues consideraban que el suicidio era reflejo de la ira de los antepasados y era asociado con la brujería. En consecuencia el sepelio se llevaba a cabo sin los ritos reservados para quienes morían por otras razones. (Delgado Mujica, 2013)

Entre los antiguos cristianos el suicidio era poco frecuente debido a que desobedecía el V mandamiento: No matar. En la Biblia, no obstante, aunque no aparece la palabra suicidio de manera expresa, se pueden conseguir ocho referencias al acto suicida: 3 de guerreros para no entregarse al enemigo, 2 en defensa de la patria, 1 luego ser herido por una mujer, y 2 por decepción. Existe también la referencia a dos suicidios colectivos, uno de 40 personas en un subterráneo de Jerusalén y el suicidio de la fortaleza sitiada de Massada. En todos los casos se aprecia que el suicidio se llevó a cabo en momentos de dificultades extremas bien fuera por depresión, miedo, vergüenza o desesperación, lo cual indica que los motivos que hoy día esgrimen los suicidas, siguen siendo los antiguos motivos que, además, ya aparecían en las Sagradas Escrituras. (Delgado Mujica, 2013)

En la historia antigua de Grecia y de Roma se encuentran múltiples referencias a suicidios llevados a cabo por los más diversos motivos entre los cuales destacan: conducta heroica y patriótica, vínculos societarios y solidarios, fanatismo, locura y ejecuciones. Además se consideraba entonces razonable el suicidio del enfermo incurable, pero se despreciaba el suicidio cometido o intentado sin una causa aparente. Consideraban los romanos que, en determinadas circunstancias era mejor morir “de una vez” que tener que estar padeciendo indefinidamente, concepción en la que se nota la enorme influencia ejercida en ello por las filosofías de los estoicos, pitagóricos, platónicos, aristotélicos y epicúreos al considerar el suicidio como liberación de un sufrimiento insoportable. (Delgado Mujica, 2013)

Durante la Edad Media y el Renacimiento persisten las penalidades religiosas contra el suicidio y los suicidas hasta el punto de no ser enterrados, y ser difamados y humillados públicamente. Se le declaró un crimen y era sancionado penalmente.

La historia reciente del suicidio la abordaremos en columnas sucesivas de la manera más equilibrada y respetuosa posible. (Delgado Mujica, 2013)

## **Diagnóstico**

### **Cómo realizar la exploración**

Técnicas de entrevista

El paciente suicida es un paciente especial que, por lo general se debe operar su condición médica general-, amerita un acercamiento muy hábil para poder revelar el riesgo. Durante la entrevista con él se deben tener presentes los siguientes aspectos y comedimientos, con el objetivo de facilitar una adecuada valoración y manejo: el médico debe mantener una actitud a crítica y no moralizador con el paciente; al ser el sacrificio una cuestión extremadamente personal, el médico debe establecer cierto grado de empatía y parte personal antes de enunciar preguntas inmediatas sobre el suicidio. (Guzmán Sabogal, 2006)

Es mejor ir de las preguntas generales a las específicas. Modelo: ¿se siente desesperado?, ¿piensa a menudo en la muerte?, ¿se siente tan mal que preferiría no seguir existiendo?, ¿ha pensado en vedar la vida? Es necesario ofrecer al paciente la oportunidad de hablar a solas con el médico, pues, aunque a menudo es útil la información obtenida de la familia y los amigos, puede tener dificultades para divulgar sus ideas y sentimientos suicidas. El investigar por sus intenciones suicidas no lo va a inducir a llevarlas a cabo. No hay que evitar preguntar, ya que a menudo los pacientes se sienten tranquilizados y percibidos al poder comentar el tema. No hay que intentar desaconsejar para que no se suiciden. Hay que atender y valorar para luego adoptar una decisión de tratamiento. (Guzmán Sabogal, 2006)

### **Aspectos bioéticos y morales**

Uno de los símbolos éticos más conocidos es el juramento hipocrático. Su valor es esencial, ya que ha servido de ejemplo y antecedente obligado de los presentes códigos y

objetivos. Hoy día se recurre a los códigos deontológicos, o a los códigos legales, como resultado de una larga tradición histórica, en la que, partiendo de las ideas de Hipócrates y Maimónides y de las rezagadas adiciones religiosas y ético morales, se han ido perfeccionando una serie de concepciones elementales en torno a la misión ética en el ámbito de la medicina en frecuente y del suicidio en particular. (Guzmán Sabogal, 2006)

De esta manera, brotan los elementos hoy tan conocidos y publicitados de autonomía, beneficencia, justicia y honestidad, que han de aprovechar en forma específica al comportamiento suicida como a otros que entran en conflictos de valores y declaraciones con los contextos sociales o culturales tornadizos en los que se despliega la actuación clínica. (Guzmán Sabogal, 2006)

## **RESPECTO A LA VIDA**

### **Aspectos religiosos del acto médico**

Derecho respetable a la vida. La inviolabilidad de la vida humana significa por último la ilicitud de todo acto directamente sorpresivo. Dios mismo se yergue como vengador de toda vida honesta, requeriré la vida del hombre; a todos y cada uno reclamaré la vida de sus parientes. Y es categórico en su prescripción no matarás (Guzmán Sabogal, 2006)

Derecho propio de Dios. Por esto, nadie puede transgredir contra la vida de un hombre inocente sin oponerse al amor por él, sin vulnerar un derecho fundamental, necesario y personal (Guzmán Sabogal, 2006)

No terminante a toda otra autoridad. No hay ningún hombre, ninguna autoridad humana, ninguna ciencia, ninguna "indicación" médica, eugenésica, social, económica, decente que pueda hacer alarde o dar un título legal para una inmediata y reflexionada soltura sobre una vida humana inocente, vale decir una disposición que mire a su destrucción, ya sea como objetivo, ya sea como medio para otro fin que de por sí logre no ser ilícito (Guzmán Sabogal, 2006)

Deber de amparar la vida. Ministros de la vida y jamás materiales de muerte (Juan Pablo II, a las asociaciones médicas católicas italianas, 1978). De los empleados de salud la expectativa el deber de salvaguardar la vida, de vigilar, a fin de que ésta evolucione y se desarrolle en todo el arco de la existencia, en el respeto al designio trazado por el creador" (Guzmán Sabogal, 2006)

### **Aspectos médico-legales del suicidio**

Los problemas médico legales que pueden plantear los sujetos con comportamientos suicidas son múltiples y suelen proceder de un manejo descuidado u omiso, o, por el contrario, de una sobrevaloración de la capacidad del propio terapeuta. Una cuestión clave

es llevar una historia clínica concisa y correcta del paciente, que le ayudará al responsable del procedimiento a realizar un seguimiento adecuado y a prevenir problemas. Éstas consiguen derivarse de errores en la detección del suicidio, en el diagnóstico o en el tratamiento como la utilización de la medicación prescrita para realizar un intento de suicidio, o bien en el rastreo del paciente. Otras dificultades no menos importantes se presentan cuando éste presenta un riesgo elevado, pero se niega al internamiento en el momento del ingreso. No se debe olvidar que la misión del médico es salvar vidas en peligro y un paciente con riesgo suicida pone su vida en peligro. (Guzmán Sabogal, 2006)

El comportamiento humano es impredecible y por lo tanto, muchos suicidios son inevitables, por muy expertos y rápidos que sean los comprometidos del medio y la familia del paciente, ya que es imposible patrullar un día tras otro, durante las veinticuatro horas a una persona, exclusivamente si se la integra en unidades de vigilancia y tratamiento adecuado. La solución de internar al paciente en este tipo de dispositivos nos lleva claramente a los problemas de derecho civil que plantea el suicidio cuando el paciente se niega a ingresar en ellas. A partir de ese momento, su vida está en manos de su médico, y depende de éste que no incurra en una conducta suicida con un desenlace fatal. (Guzmán Sabogal, 2006)

## **El consentimiento informado en psiquiatría**

Concurren diversos asuntos en los cuales sólo la práctica clínica establece si un paciente está o no en riesgo suicida y el grado y el nivel de atención que requiere. Como no hay unas pruebas objetivas o estandarizadas para ser aplicadas y medir el riesgo suicida, el estándar de oro sigue siendo la entrevista de un buen clínico, quien definirá si el manejo es ambulatorio u hospitalario. Los cuadros primordiales que deberán ser usados para determinar el riesgo serán justamente los factores antes aludidos, uno de los primordiales, por su periodicidad en suicidio consumado, es la depresión o cualquier sintomatología depresiva, si es un médico ordinario quien hace la evaluación. Una vez hecha la evaluación, si se detecta riesgo suicida, debe pensar que la vida del paciente prima sobre lo demás y, teniendo en cuenta que la autonomía se ve marcadamente implicada, entonces las fallos con respecto a su manejo deben ser adoptadas por el médico y su familia. (Guzmán Sabogal, 2006)

## **2.3 HIPÓTESIS**

### **2.3.1 Hipótesis Alternativa**

La impulsividad si se relaciona con el riesgo suicida en estudiantes de la Unidad Educativa Quisapincha

### **2.3.2 Hipótesis Nula**

- La impulsividad no se relaciona con el riesgo suicida en estudiantes de la Unidad Educativa Quisapincha de la ciudad de Ambato

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de Investigación**

La presente es una investigación es correlacional.

#### **3.2 Selección del área o ámbito de estudio**

La investigación se realizara en la Unidad Educativa Quisapincha de la parroquia de Quisapincha ciudad de Ambato ubicada en la provincia de Tungurahua

#### **3.3 Población**

La población está constituida por 100 personas que estudian en la Unidad Educativa Quisapincha de la ciudad de Ambato

### **3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión**

#### **3.4.1 a. Criterios de inclusión**

- Personas que estudian en la Institución
- Personas que acudan constantemente a la institución educativa.
- Rango de edad de 10 a 27 años
- Estudiantes que se encuentren en nivel de estudio secundario
- Ambos géneros

#### **3.4.2 b. Criterios de exclusión**

- Personas mayores a 27 años de edad.
- Personas menores a 10 años de edad.
- Personas que no se encuentren asistiendo de manera regular a la Unidad Educativa.
- Sujetos analfabetos.

### **3.5 Diseño Muestral**

Se procederá a encuestar a 100 personas de las cuales se tomara la muestra de 100 personas

### 3.6 Operacionalización de las Variables

Variable independiente: Impulsividad

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Es la predisposición que posee el sujeto para actuar de manera rápida pero poco reflexiva ante estímulos internos y externos dando como resultados consecuencias negativas en el sujeto y en su entorno. Barratt E. (1997)	Impulsividad cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para concentrarse</li> <li>• Actuar sin razonamiento</li> <li>• Ideas erradas</li> <li>• Tiempo cognitivo sobrevalorado</li> </ul>	4. ¿Mis pensamientos pueden tener gran velocidad?	Escala de Impulsividad Barratt BIS II
	Impulsividad motora	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actuar de manera improvisada</li> <li>• Funciones ejecutivas finas</li> <li>• Agresividad</li> </ul>	2. ¿Hago las cosas sin pensarlas?	
	Impulsividad no planeada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para mantener el control</li> <li>• Actuar sin</li> </ul>	1. ¿Planifico mis tareas con cuidado?	

		<p>conocimiento de la situación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de alcohol</li> <li>• Presenta la misma respuesta comportamental ante diferentes estímulos.</li> <li>• Dificultad para modificar su conducta de manera que se presente más adaptativa para la sociedad.</li> </ul>		
--	--	---	--	--

Tabla 1 Impulsividad

Realizado por Diana Velastegui, 2016

**Variable dependiente: Riesgo Suicida**

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Es toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, es la intención de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las formas más representativas de la conducta suicida. Aunque el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación suicida: amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado. (Organización Mundial de la Salud, 2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con indicación Autolítica. (SI)</li> </ul>		<p>¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?</p>	<p>Escala de Riesgo Suicida Plutchik</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin indicación Autolítica. (NO)</li> </ul>		<p>¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?</p> <p>¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?</p>	

Tabla 2 Riesgo suicida

Realizado por Diana Velastegui 2016

### **3.7 Descripción de intervención y procedimientos para la recolección de información**

Para la obtención de información se acudió a la Unidad educativa a requerir la pertinente permisión a la persona comprometido de la propia, quien permitió el acceso a las aulas de clase para la aplicación de los reactivos los cuales se ejecutó en escolares de primeros a últimos años de bachillerato, los test utilizados en el plan es la Escala de Impulsividad de Barratt BIS-11 el cual consta de 30 ítems al que el sujeto tiene que responder marcando las opciones de contestaciones que el mismo presenta. Para medir el riesgo suicida se procedió a la aplicación del reactivo psicológico La Escala de Riesgo Suicida de Plutchik que similar que la Escala de Impulsividad es auto empleada y consta de 12 ítems, que evalúa las conductas suicidas, estas herramientas fueron auto aplicadas por los estudiantes de la Unidad Educativa, continuidad se procedió a añadir los puntajes de cada test, después de obtener los resultados mediante la suma de los ítems se procedió a determinar los resultados los cuales enseñaron si las personas que respondieron los cuestionarios tenían impulsividad y riesgo suicida, a continuación se separó los resultados de las personas que tienen o no impulsividad y las que tienen riesgo suicida o no, y mediante los puntajes se procedió a cuadrar la tabla y barras de datos para comparación y confirmación de objetivos.

### 3.8 Aspectos Éticos

#### REGLAMENTO DEL COMITÉ DE BIOÉTICA E INVESTIGACION EN SERES HUMANOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

El Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud en uso de sus atribuciones y considerando:

Que la Constitución de la Republica el Ecuador establece en:

El Art. 358, “El Sistema Nacional de Salud se guiará por los principios generales del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social y por los de bioética, suficiencia, interculturalidad, con enfoque de género y generacional.”

El Art. 362 “Dispone que la atención de salud como servicio público, se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y las que ejerzan medicinas ancestrales, alternativas y complementarias de calidad y calidez con el consentimiento informado con acceso a la información y la confidencialidad...”

Que, la Ley Orgánica de Salud, en el Art. 4 dice “La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de la rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias”.

Que, el Art 6 dice “Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública; inciso 32: “Participar, en coordinación con el organismo nacional competente, en la investigación

y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud, salvaguardando la vigencia de los derechos humanos, bajo principios bioéticos”.

Que, el Art 7 que corresponde a Derechos y Deberes de las personas y del Estado en relación con la salud:

- e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;
- h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la persona y para la salud pública;
- l) No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida.

Que, el Art 201 dice: “Es responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos”.

Que, el Art. 207 que corresponde de la investigación científica en salud dice: “La investigación científica en salud así como el uso y desarrollo de la biotecnología, se

realizará orientada a las prioridades y necesidades nacionales, con sujeción a principios bioéticos, con enfoques pluricultural, de derechos y de género, incorporando las medicinas tradicionales y alternativas”.

Que el Código de Ética de la UTA aprobado el 23 de octubre de 2015, en el artículo 13, numeral 2 señala que se debe cumplir las normas gubernamentales e institucionales que regulan la investigación, como las que velan por la protección de los sujetos humanos, el confort y tratamiento de los seres humanos, de los animales y del medio ambiente.

El Código de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud determina las responsabilidades en el respeto a la dignidad de las personas en todos los ámbitos.

**Resuelve expedir:**

**EL REGLAMENTO DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO (FCS-UTA)**

**CAPÍTULO I.**

**AMBITO, PRINCIPIOS Y OBJETIVOS**

Art. 2. Los principios del Comité de Bioética son: el respeto a la vida y a la dignidad de los seres humanos, la Autonomía (decisión libre y voluntaria), para participar o no en el proceso de investigación, materializado en el Consentimiento Informado previo a la misma; la Beneficencia - No maleficencia (buscar el bien e identificar los beneficios que genera la investigación) y la Justicia (especialmente en los casos en los que existan

personas con deficiencias o en situaciones especiales que no puedan tomar decisiones por sí mismas, es necesario aplicar este principio para velar por su bienestar proveyendo a cada uno atención según sus necesidades), salvaguardando los intereses de la ciencia, y los derechos de las personas, protegiéndolas del sufrimiento y manteniendo incólume su integridad.

Art. 3. Los objetivos del CEISH de la FCS-UTA son:

3.1.Promover los principios, los Derechos Humanos, valores, responsabilidades y compromisos éticos, brindando una protección a la dignidad y derechos de los seres humanos, así como también el bienestar y seguridad en el marco de los procedimientos, procesos y protocolos de Investigación en salud, para su estricto cumplimiento.

3.2.Asegurar la confidencialidad, privacidad de los estudios en los que se encuentren involucrados seres humanos, protegiendo sus derechos y el bienestar de los mismos.

Art. 4. Las Funciones del CEISH-UTA son:

4.1 Evaluar los aspectos éticos, metodológicos y jurídicos de los protocolos de investigación en salud, tanto institucionales como externos a la Institución, de acuerdo a:

4.1.1 Proteger la integridad de la persona y comunidad que participa en el estudio en todos sus aspectos.

4.1.2 Valorar el beneficio que generará el estudio para la persona, la comunidad, región y el país.

4.1.3 Garantizar la autonomía de la persona que participa en la investigación, con el correcto consentimiento informado de quien participa en el estudio o de su representante legal (en caso de menor de edad o con

situaciones especiales), la idoneidad del formulario escrito y del proceso de obtención del consentimiento informado y la justificación de la investigación en personas incapaces de dar su consentimiento.

- 4.1.4 Proteger los derechos, la seguridad, la libre participación, el bienestar, la privacidad y la confidencialidad de los participantes mediante medidas apropiadas a cada caso.
- 4.1.5 Identificar que los riesgos y beneficios potenciales del estudio a los que se expone la persona en la investigación hayan sido analizados y evaluados. Exigir que los riesgos sean admisibles, que no superen los riesgos mínimos en voluntarios sanos, ni que sean excesivos en los enfermos.
- 4.1.6 Velar que la selección y asignación de la muestra proteja principalmente a la población vulnerable y grupos de atención prioritaria. Para efectos de este Reglamento se define como vulnerables a aquellas poblaciones en las que la suma de circunstancias limitan sus capacidades para valerse por sí mismos. Los factores asociados a la vulnerabilidad social expresados como indicadores demográficos son los siguientes: analfabetismo, desnutrición crónica, pobreza de consumo, riesgo de mortalidad infantil y etnicidad. Son grupos de atención prioritaria los que se establecen en el Artículo 35 de la Constitución.
- 4.1.7 Garantizar la evaluación imparcial e independiente del estudio propuesto.
- 4.1.8 Evaluar la idoneidad ética y experticia técnica del investigador/a principal (IP) y su equipo.
- 4.1.9 Evaluar la pertinencia o relevancia clínica de la investigación y la justificación del estudio.
- 4.1.10 Evaluar la validez interna del diseño del estudio para producir resultados fiables, analizando elementos tales como: tamaño adecuado de la muestra, método

- aleatorización y enmascaramiento, criterios de inclusión y exclusión de la población de estudio.
- 4.1.11 Valorar la coherencia de los procedimientos estadísticos para el análisis de los datos.
- 4.1.12 Verificar la correcta asignación del grupo control respecto al equilibrio clínico y la justificación del placebo.
- 4.1.13 Revisar que las investigaciones internacionales cuenten con la aprobación del Comité de Ética del país donde radica el patrocinador del estudio, en casos de estudios metacéntricos.
- 4.1.14 Analizar los contratos entre el promotor o auspiciante del estudio y los investigadores.
- 4.1.15 Analizar los aspectos relevantes de cualquier acuerdo entre el promotor - auspiciante de la investigación y el sitio clínico en donde ésta se realice.
- 4.1.16 Exigir al promotor del estudio una póliza de seguro, ofrecida por una institución legalmente registrada en el país, que cubra las responsabilidades de todo los implicados en la investigación y prevea compensaciones económicas y tratamientos a los sujetos participantes, en caso de daño ocasionado por el desarrollo del ensayo clínico.
- 4.1.17 Verificar que las decisiones tomadas por este Comité en la evaluación de las investigaciones estén en concordancia con la legislación y normativa vigente.
- 4.2 Evaluar el entorno en el que se desarrolla la investigación; es decir, si los investigadores tienen suficiente tiempo, y el personal e instalaciones son adecuados para llevar a cabo y completar la investigación de manera segura.
- 4.3 Evaluar la justificación científica y ética para la inclusión de las poblaciones vulnerables y grupos de atención prioritaria establecidas en nuestra Constitución.

- 4.4 Analizar los procedimientos presentados para minimizar el riesgo que incluye el acceso a una población mínima y la disponibilidad de recursos médicos y/o psicosociales que los participantes puedan necesitar.
- 4.5 Evaluar los procedimientos que se utilizaran para garantizar la protección de los sujetos, así como la privacidad y confidencialidad de los datos.
- 4.6 Evaluar las cualidades científicas y la experiencia de los investigadores y su equipo; el entrenamiento en la protección de los sujetos de investigación, así como el potencial o revelado conflicto de interés de los investigadores.
- 4.7 Evaluar la justificación científica y ética para excluir a categorías de personas a partir de la investigación.
- 4.10. Reportar a la ARCSA los eventos adversos graves que se produzcan en cualquier etapa del ensayo clínico y dar seguimiento a las acciones que tomare el equipo de investigación del mismo.
- 4.11 Revocar la aprobación de la investigación cuando se incumplan los procedimientos establecidos. El CEISH-UTA deberá comunicar a los investigadores responsables, a las instituciones, al patrocinador y a la ARCSA los motivos de la revocación.
- 4.12. Preservar la neutralidad en las decisiones, para lo cual el CEISH-UTA receptara la declaración de conflicto de intereses del/los integrante/s implicado/s en tal proyecto.

#### Art. 5.- Autonomía del CEISH FCS-UTA.

El CEISH, es parte de la FCS-UTA, es fundamental para el crecimiento científico y ético de la universidad, por la naturaleza de sus funciones, debe gozar de autonomía e independencia, para la efectiva consecución de sus fines; y por lo tanto, no debe

dependen ni recibir injerencias de ninguna autoridad de la Facultad de Ciencias de la Salud, ni de la UTA.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Análisis del aspecto cuantitativo

GÉNERO	NÚMERO	PORCENTAJE
Hombres	54	54%
Mujeres	46	46%
TOTAL	100	100%

Tabla 3 género

Realizado por Diana Velastegui 2016

Análisis:

Del total de las personas parte en la presente investigación se observa que el 46% son mujeres, mientras que el 54% corresponden a hombres.

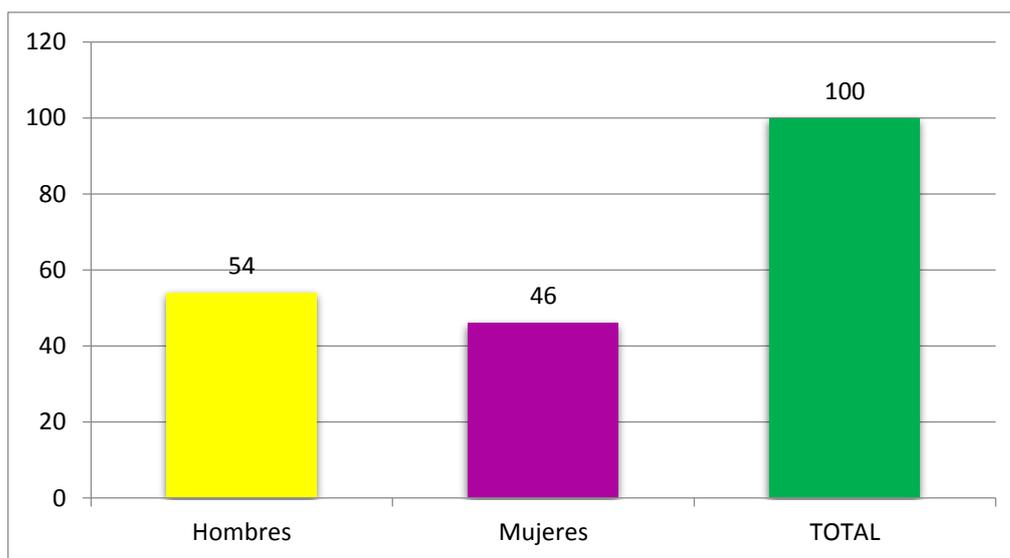


Ilustración 1 Género

Realizado por Diana Velastegui 2016

**Interpretación:**

De acuerdo al gráfico se observa que es mayor el número de hombres que de mujeres al cual se aplicaron los reactivos, debido a que la zona donde se ubica la institución es un área rural y existe una mayor población estudiantil de género masculino

## **VARIABLE INDEPENDIENTE: IMPULSIVIDAD (RESULTADO GENERAL)**

### **Escala de Impulsividad de Barratt BIS-11**

IMPULSIVIDAD	SUJETOS	PORCENTAJE
Con impulsividad	32	32%
Sin impulsividad	68	68%
TOTAL	100	100%

Tabla 4 impulsividad resultado general

Realizado por Diana Velastegui 2016

#### **Análisis**

Del total de las personas parte en la presente investigación se observa que 32 personas que representa el 32% presentan impulsividad mientras que 68 personas que representa el 68% de la población encuestada no presenta impulsividad.

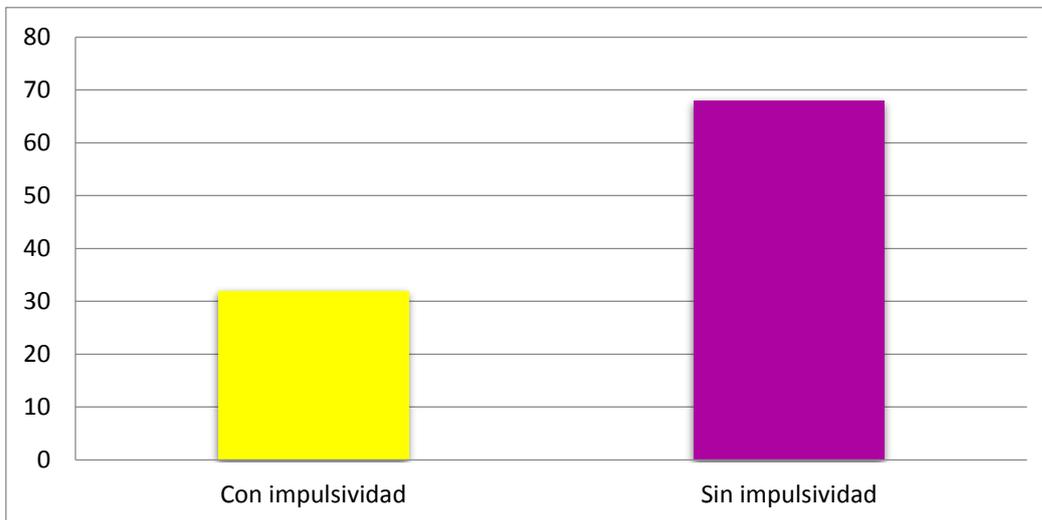


Ilustración 2 Impulsividad

Realizado por Diana Velastegui 2016

### Interpretación

La tabla indica que hay un porcentaje significativo de personas que presentan impulsividad de la población encuestada que en su mayoría son adolescentes y esta edad todavía no se encuentra un control de impulsividad siendo así una población muy vulnerable a presentar impulsividad.

### **PERSONAS CON IMPULSIVIDAD (Separadas por género)**

<b>GÉNERO</b>	<b>PERSONAS</b>	<b>PORCENAJE</b>
FEMENINO	13	41%
MASCULINO	19	59%
TOTAL	32	100%

Tabla 5 personas con impulsividad

Realizado por Diana Velastegui 2016

#### **Análisis**

Del total de las personas que respondieron a la encuesta se muestra que trece personas que representan el 41% pertenecen al género femenino mientras que diecinueve que representa el 59% representa al género masculino.

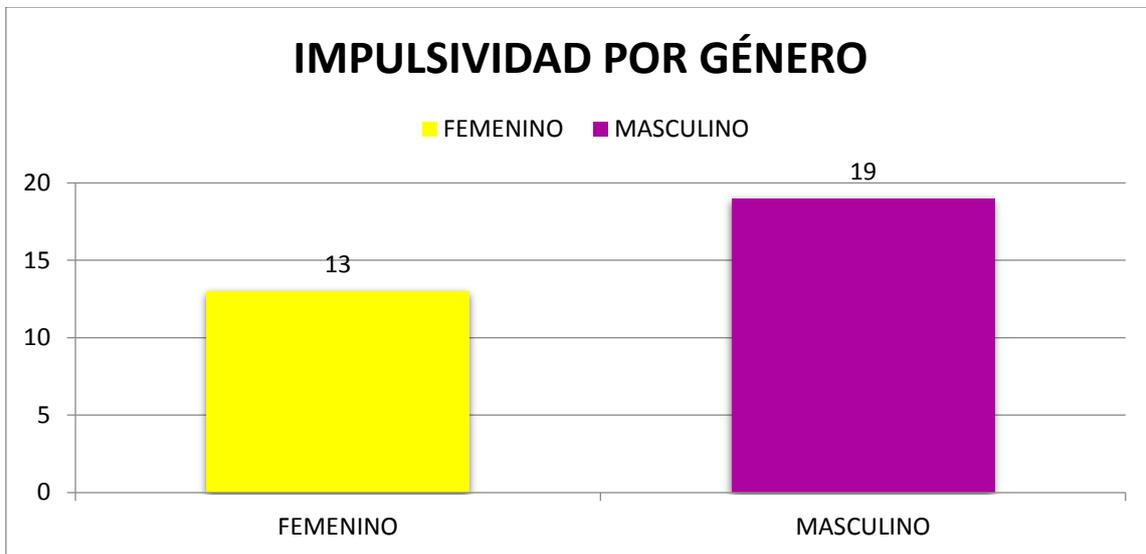


Ilustración 3 Impulsividad género

Realizado por Diana Velastegui 2016

#### Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos existe un mayor número de hombres con impulsividad que mujeres debido a que varios estudios indican que el género suele tener conductas más agresivas masculino es decir el comportamiento de los diferentes sexos varía por cuenta de las disposiciones psicológicas distintas esto es porque tienen distintas reacciones ante respuestas a problemas adaptativos distintos.

## TIPOS DE IMPULSIVIDAD

IMPULSIVIDAD	PERSONAS	PORCENTAJE
NO PLANEADA	12	37%
MOTORA	15	47%
COGNITIVA	5	16%
TOTAL	32	100%

Tabla 6 tipos de impulsividad

Realizado por Diana Velastegui 2016

### Análisis

Del total de las personas parte en la presente investigación se observa que el 37.6% presenta impulsividad no planeada, el 46.8% presenta impulsividad motora y mientras que el 5% corresponde a impulsividad cognitiva.

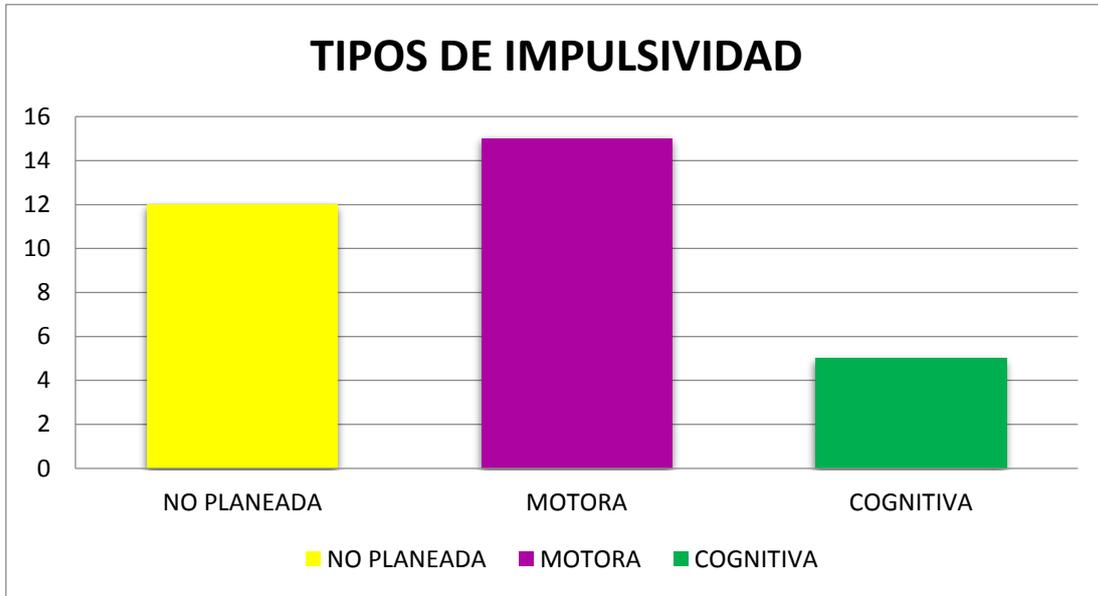


Ilustración 4 Tipos de impulsividad

Realizado por Diana Velastegui 2016

### Interpretación

De acuerdo al grafico se observa en menor porcentaje la impulsividad de tipo no planeada y cognitiva, mientras que la impulsividad de tipo motora representa un puntaje más elevado que las anteriormente mencionadas esto indica que las personas encuestadas reaccionan de una impulsividad directa ante distintas situaciones.

## **IMPULSIVIDAD NO PLANEADA (Se ha considerado dos ítems por la dimensión)**

### 1. Planifico mis tareas con cuidado

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>PERSONAS</b>	<b>PORCENTAJES</b>
Raramente o Nunca	2	6%
Ocasionalmente	15	47%
A menudo	5	16%
Siempre o casi siempre	10	31%
Total	32	100%

Tabla 7 impulsividad no planeada uno

Realizado por Diana Velastegui 2016

#### Análisis

Del total de las personas parte en la presente investigación se observa que el 6% presenta la alternativa raramente o nunca, el 47% presenta la alternativa ocasionalmente, el 16% representa la alternativa a menudo mientras que el 31% respondió a la alternativa siempre o casi siempre.

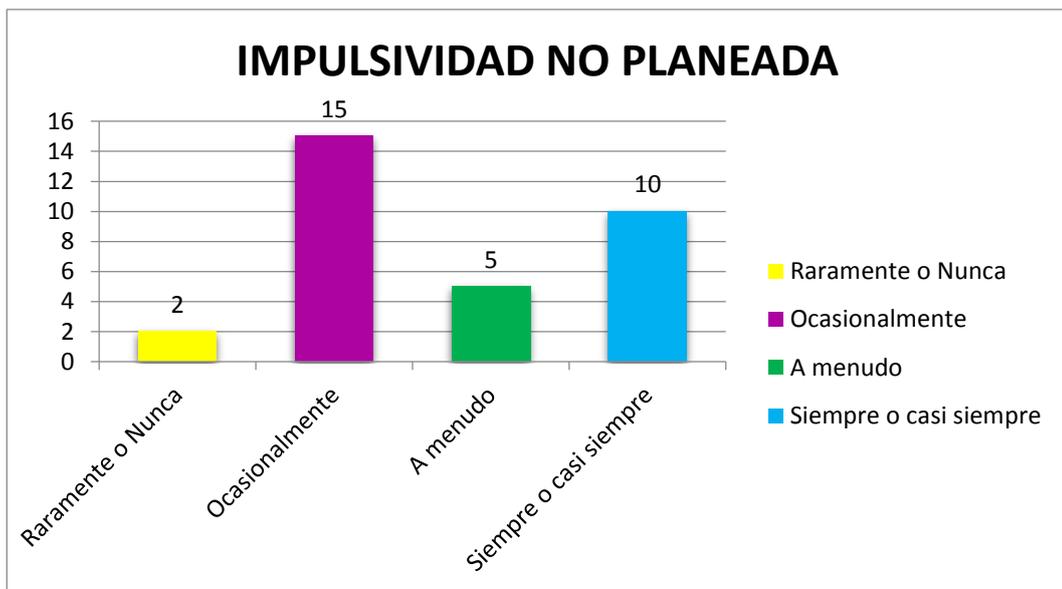


Ilustración 5 Impulsividad no planeada

Realizado por Diana Velastegui 2016

### Interpretación

De acuerdo al gráfico se observa que en relación a planear sus tareas con cuidado una parte la opción de casi siempre y a menudo, por último y en menor proporción la opción raramente o nunca, mientras que la mayor parte de la población participante indicó que sucede esto raramente o nunca ítem que se encuentra adecuadamente relacionada con las personas que son impulsivas debido a que estas ocasionalmente planifican sus tareas con cuidado.

3.-Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)

	PERSONAS	PORCENTAJES
Raramente o Nunca	5	16%
Ocasionalmente	14	44%
A menudo	11	34%
Siempre o casi siempre	2	6%
Total	32	100%

Tabla 8 impulsividad no planeada dos

Realizado por Diana Velastegui 2016

#### Análisis

Del total de las personas parte en la presente investigación se observa que el 16% presenta la alternativa raramente o nunca, el 44% presenta la alternativa ocasionalmente, el 34% representa la alternativa a menudo mientras que el 6% respondió a la alternativa siempre o casi siempre.

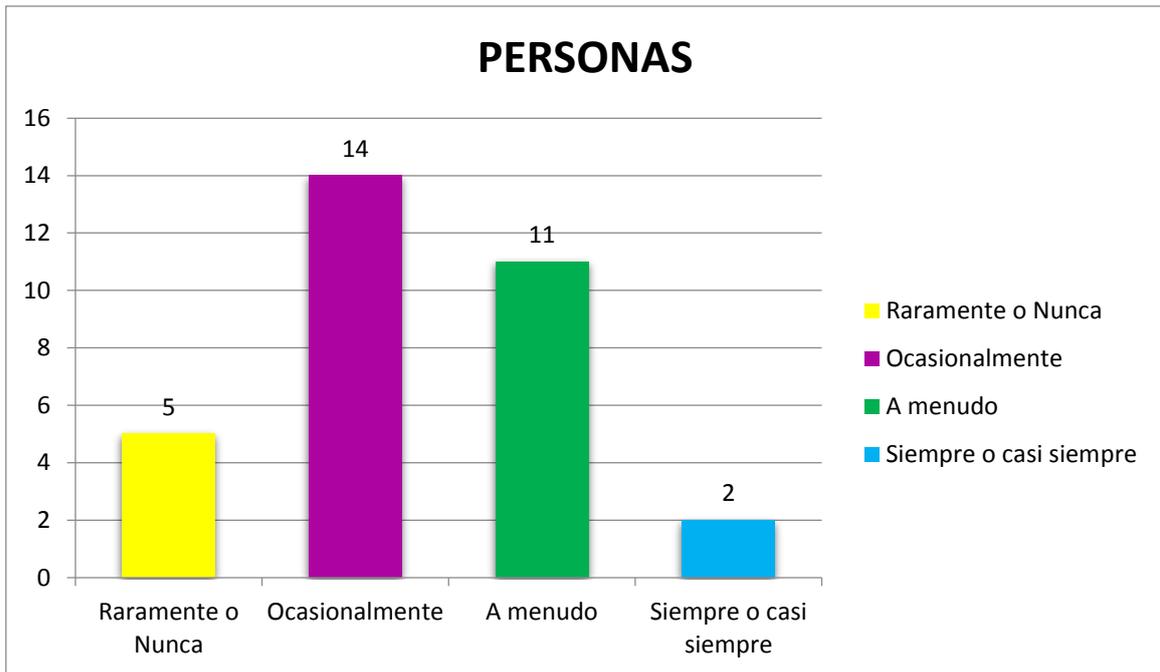


Ilustración 6 Impulsividad no planeada dos

Realizado por Diana Velastegui 2016

### Interpretación

De acuerdo al grafico se observa que un porcentaje de la pregunta presenta la alternativa a menudo seguida de raramente y en menor porcentaje la alternativa siempre o casi siempre, mientras que el mayor número de respuestas la alternativa ocasionalmente indicando que una de las características de las personas impulsivas es que ocasionalmente se toman las cosas a pecho es decir que ocasionalmente se perturban con facilidad.

## IMPULSIVIDAD MOTORA

### 6. Soy una persona con autocontrol

ALTERNATIVAS	PERSONAS	PORCENTAJES
Raramente o Nunca	4	12%
Ocasionalmente	6	19%
A menudo	6	19%
Siempre o casi siempre	16	50%
Total	32	100%

Tabla 9 impulsividad motora uno

Realizado por Diana Velastegui 2016

#### Análisis

Del total de las personas parte en la presente investigación se observa que el 12% presenta la alternativa raramente o nunca, el 19% presenta la alternativa ocasionalmente, el 19% representa la alternativa a menudo mientras que el 50% respondió a la alternativa siempre o casi siempre.

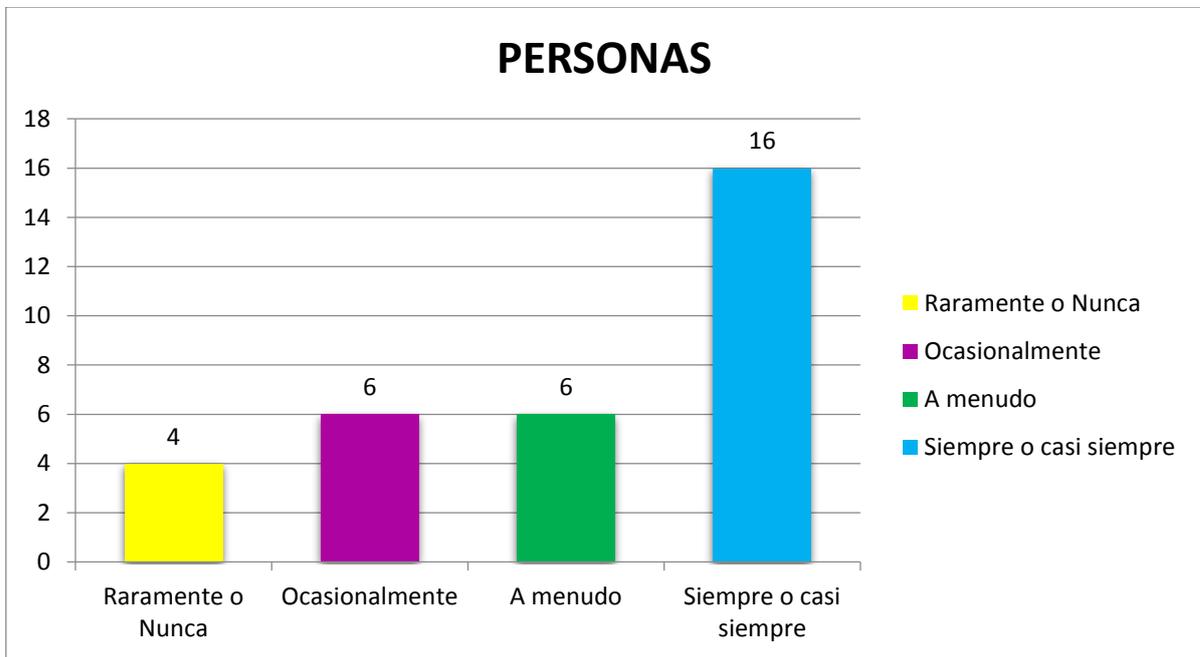


Ilustración 7 Impulsividad motora uno

Realizado por Diana Velastegui 2016

### Interpretación

De acuerdo al gráfico se observa que es la alternativa raramente o nunca representa un menor porcentaje ante las demás alternativas mientras que las alternativas ocasionalmente y a menudo tienen un porcentaje parejo mientras que la alternativa siempre o casi siempre tiene el mayor número de respuestas a la pregunta soy una persona con autocontrol, indicando que en ocasiones no pueden tener un control total de sí mismos.

29.-Me siento inquieto en clases o charlas (me siento inquieto si tengo que oír alguien hablar por un largo periodo de tiempo.)

ALTERNATIVAS	PERSONAS	PORCENTAJES
Raramente o Nunca	9	28%
Ocasionalmente	3	9%
A menudo	8	25%
Siempre o casi siempre	12	38%
Total	32	100%

Tabla 10 impulsividad motora dos

Realizado por Diana Velastegui 2016

#### Análisis

Del total de las personas parte en la presente investigación se observa que 9 personas que representa el 28% respondieron raramente o nunca, mientras 3 personas que representan el 9% respondieron ocasionalmente mientras que 8 encuestados que representan el 25% respondieron a la alternativa a menudo, mientras que 12 personas que representa el 38% respondieron siempre o casi siempre.

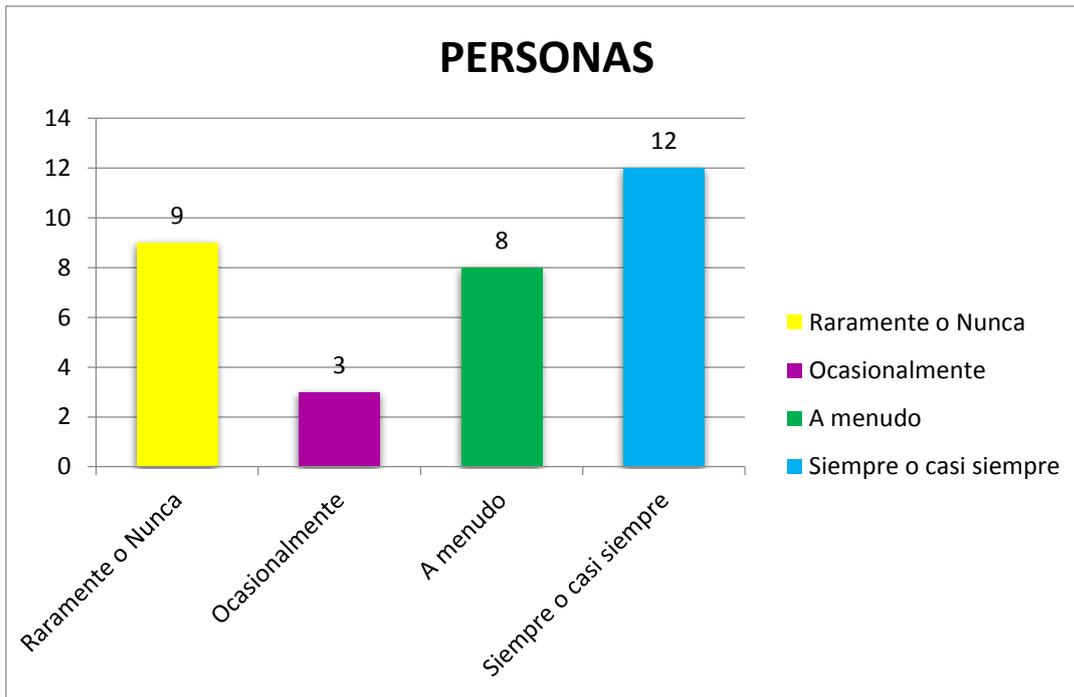


Ilustración 8 Impulsividad motora dos

Realizado por Diana Velastegui 2016

### Interpretación

De acuerdo al grafico se observa que las preguntas raramente o nunca y a menudo obtuvieron porcentajes no tan distintos mientras que el porcentaje minoritario represento la alternativa ocasionalmente, mientras que el porcentaje más significativo fue de la opción siempre o casi siempre esto indica que la gran mayoría se sienten inquietas en situaciones en las que tienen que escuchar o prestar atención a determinadas acciones por largos periodos de tiempo.

## IMPULSIVIDAD COGNITIVA

### 7.- Me concentro con facilidad

ALTERNATIVAS	PERSONAS	PORCENTAJES
Raramente o Nunca	2	6%
Ocasionalmente	14	44%
A menudo	8	25%
Siempre o casi siempre	8	25%
Total	32	100%

Tabla 11 impulsividad cognitiva uno

Realizado por Diana Velastegui 2016

#### Análisis

Del total de las personas parte en la presente investigación se observa que 2 personas que representa el 6% respondieron raramente o nunca, mientras 14 personas que representan el 44% respondieron ocasionalmente mientras que 8 encuestados que representan el 25% respondieron a la alternativa a menudo, mientras que 8 personas que representa el 25% respondieron siempre o casi siempre.

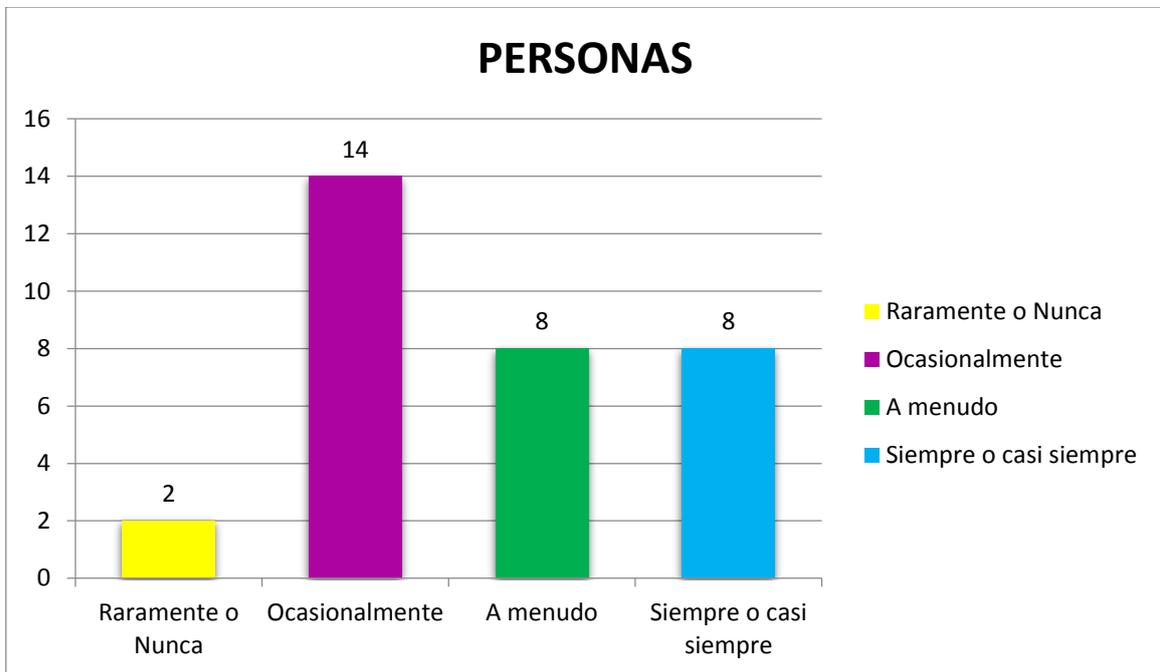


Ilustración 9 Impulsividad cognitiva uno

Realizado por Diana Velastegui 2016

### Interpretación

De acuerdo al gráfico se observa que las alternativas a menudo y siempre y casi siempre obtuvieron puntajes parejos mientras que la alternativa raramente o nunca obtuvo un puntaje mínimo, mientras que el porcentaje más significativo fue de la pregunta ocasionalmente esto indica que la gran mayoría tiene ocasionalmente dificultades para concentrarse con facilidad en diferentes actividades que se les presenta.

16.- Me aburro con facilidad tratando de resolver los problemas en mi mente

ALTERNATIVAS	PERSONAS	PORCENTAJES
Raramente o Nunca	5	15%
Ocasionalmente	6	18%
A menudo	11	32%
Siempre o casi siempre	12	35%
Total	32	100%

Tabla 12 impulsividad cognitiva dos

Realizado por Diana Velastegui 2016

### Análisis

Del total de las personas parte en la presente investigación se observa que 5 personas que representa el 15% respondieron raramente o nunca, mientras 6 personas que representan el 18% respondieron ocasionalmente mientras que 11 encuestados que representan el 32% respondieron a la alternativa a menudo, mientras que 12 personas que representa el 35% respondieron siempre o casi siempre.



Ilustración 10 Impulsividad cognitiva dos

Realizado por Diana Velastegui 2016

### Interpretación

De acuerdo al grafico se observa que las alternativas a menudo y ocasionalmente obtuvieron puntajes equitativos mientras que la alternativa raramente o nunca obtuvo un puntaje mínimo, mientras que el porcentaje más significativo fue de la pregunta siempre o casi siempre esto indica que la gran mayoría de las personas con impulsividad se aburre fácilmente tratando de resolver problemas en su mente.

### VARIABLE DEPENDIENTE

#### Riesgo suicida

RIESGO SUICIDA	PERSONAS	PORCENTAJE
Con riesgo suicida	25	25%
Sin riesgo suicida	75	75%
TOTAL	100	100%

Tabla 13 riesgo suicida

Realizado por Diana Velastegui 2016

#### Análisis

Del total de las personas parte en la presente investigación se observa que 25 personas que representa el 25% presentan riesgo suicida mientras que 75 personas que representan el 75% no presentan riesgo suicida.

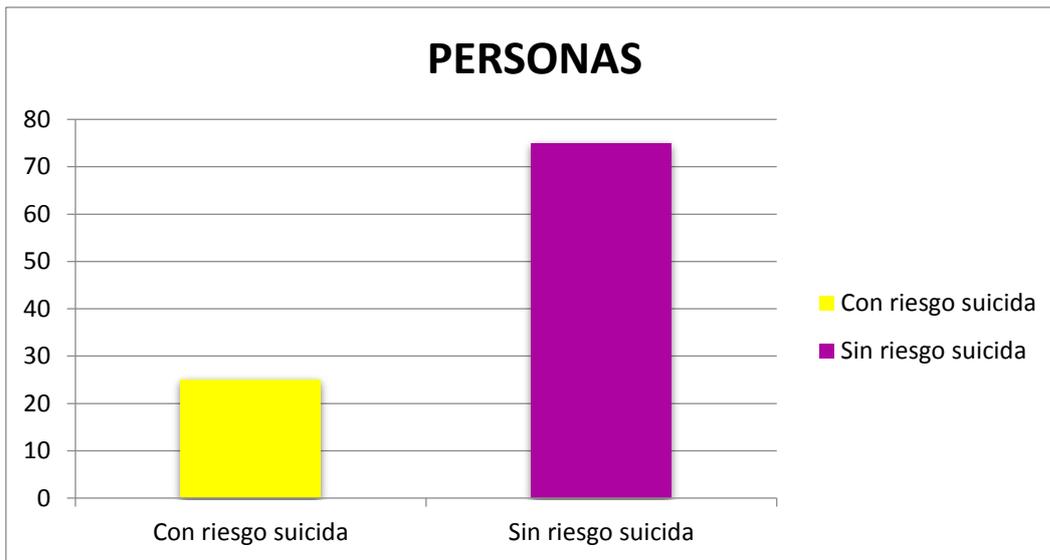


Ilustración 11 Riesgo suicida

Realizado por Diana Velastegui 2016

### Interpretación

De acuerdo al grafico se observa que un porcentaje superior representa a las personas que no tienen riesgo suicida, debido a que muchos de los encuestados se encuentran muy jóvenes y realizan varias actividades en su entorno que les permite gozar plenamente de su vida, mientras que un menor porcentaje presento riesgo suicida que indica que una pequeña población de encuestados tiene riesgo suicida por varias causas que puede estar produciendo su entorno

**Para los resultados en cuanto a riesgo suicida se ha optado por tomar tres ítems importantes en la detección del mismo.**

5.-Ve su futuro con mas pesimismo que optimismo

ALTERNATIVAS	PERSONAS	PORCENTAJE
SI	11	44%
NO	14	56%
TOTAL	25	100%

Tabla 14 Riesgo pregunta uno

Realizado por Diana Velastegui 2016

#### Análisis

Del total de las personas parte en la presente investigación se observa que once personas que representan el cuarenta y cuatro por ciento respondieron a la alternativa si, mientras que catorce personas que representan el cincuenta y seis por ciento respondieron a la alternativa no

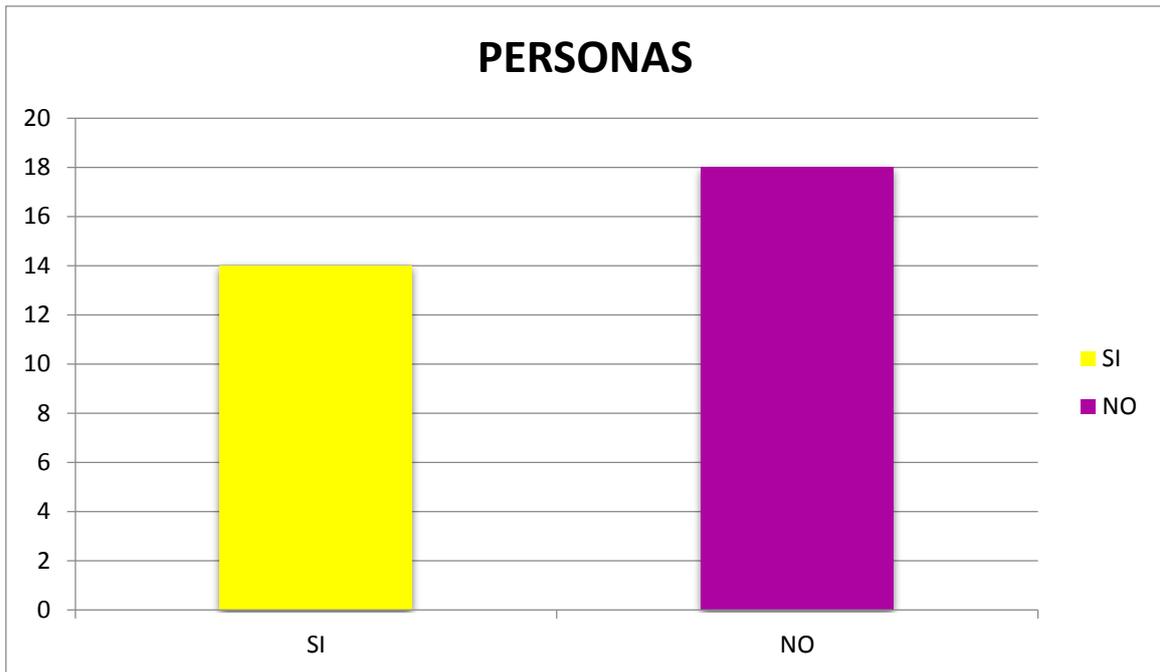


Ilustración 12 Riesgo suicida uno

Realizado por Diana Velastegui 2016

### Interpretación

De acuerdo al grafico se observa que la alternativa no es superior a la si indicando que la mayoría de personas encuestadas no ve su futuro con más pesimismo que optimismo mientras que en menor porcentaje pero también claramente significativo ve su futuro con más pesimismo que optimismo esto se debe a que en la actualidad diversas personas se ven presionadas ante las exigencias de la sociedad actual y es así que ven tu futuro de una manera negativa.

7.- Ve su futuro sin ninguna esperanza

ALTERNATIVAS	PERSONAS	PORCENTAJE
SI	10	40%
NO	15	60%
TOTAL	25	100%

Tabla 15 Riesgo pregunta dos

Realizado por Diana Velastegui 2016

Análisis

Del total de las personas parte en la presente investigación se observa que diez personas que representan el cuarenta por ciento respondieron a la alternativa si, mientras que quince personas que representan el sesenta por ciento respondieron a la alternativa no

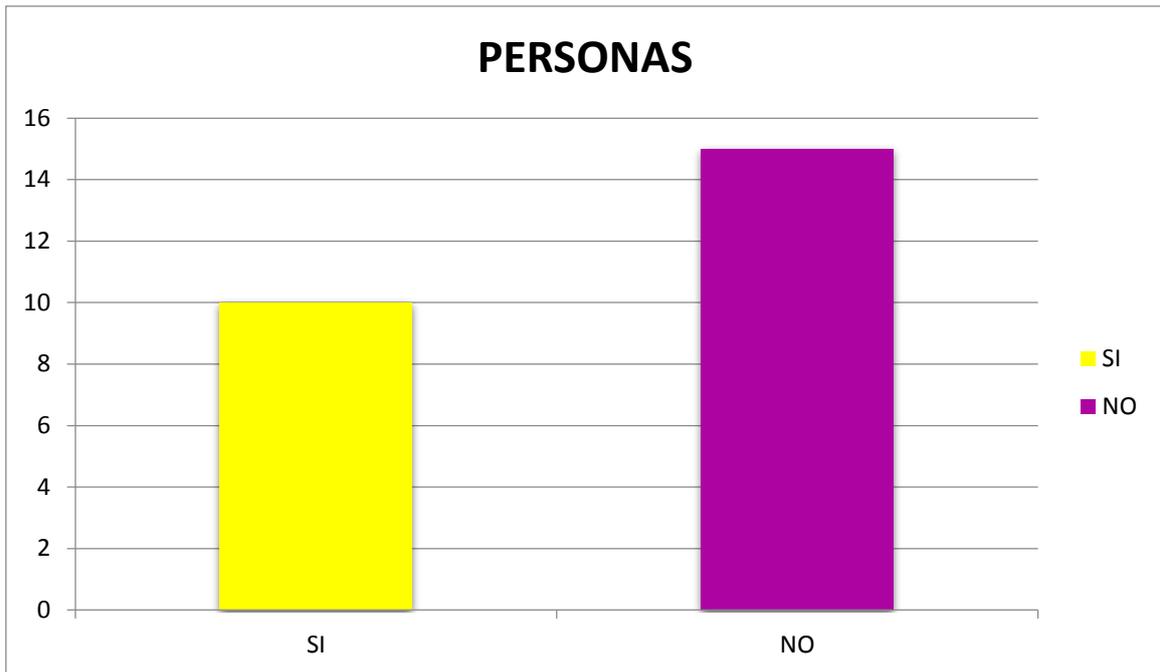


Ilustración 13 Riesgo suicida dos

Realizado por Diana Velastegui 2016

### Interpretación

De acuerdo al grafico se observa que la alternativa no es superior a la si indicando que la mayoría de personas encuestadas no ve su futuro sin ninguna esperanza mientras que en menor porcentaje pero también claramente significativo ve su futuro sin esperanza esto se debe a que en la actualidad la situación se vuelve cada vez complicada debido a las exigencias que se piden socialmente.

13.- Ha pensado alguna vez en suicidarse

ALTERNATIVAS	PERSONAS	PORCENTAJE
SI	6	24%
NO	19	76%
TOTAL	25	100%

Tabla 16 Riesgo pregunta tres

Realizado por Diana Velastegui 2016

Análisis

Del total de las personas parte en la presente investigación se observa que seis personas que representan el veinte y cuatro por ciento respondieron a la alternativa si, mientras que diecinueve personas que representan el setenta y seis por ciento que representan la gran mayoría respondieron a la alternativa no.

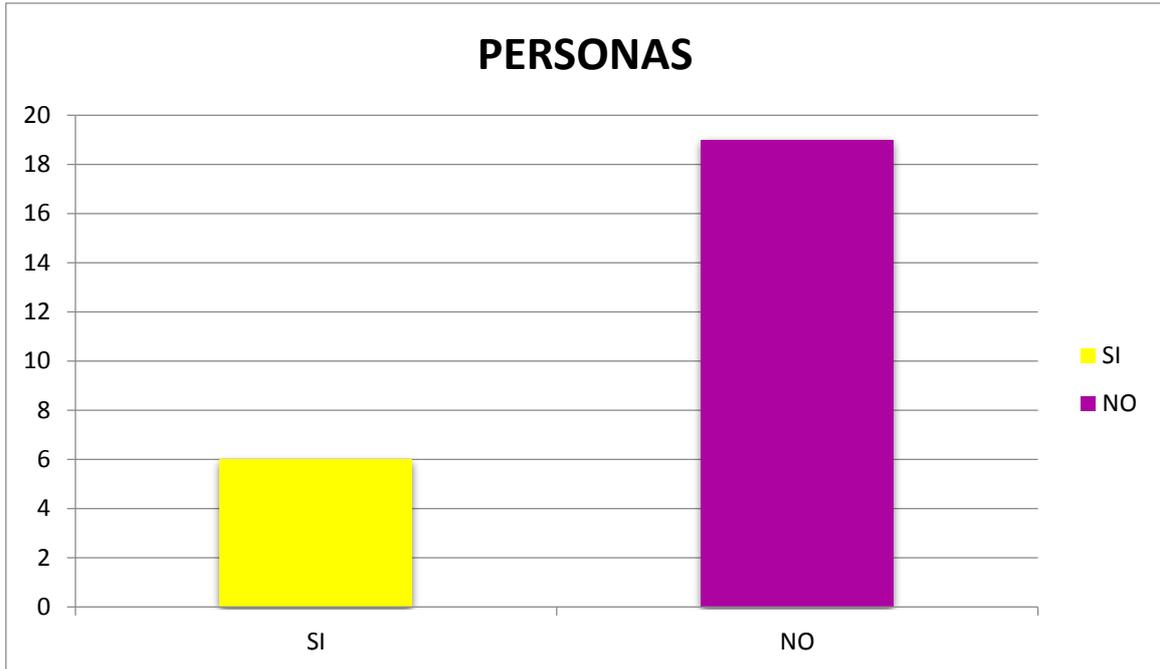


Ilustración 14 Riesgo suicida tres

Realizado por Diana Velastegui 2016

### Interpretación

De acuerdo al gráfico se observa que la alternativa no tiene un porcentaje mínimo a comparación de la alternativa sí, es decir que la mayoría de personas encuestadas mientras que la mayoría respondió si, esto indica que la mayoría de personas encuestadas han intentado suicidarse alguna vez, esto demuestra que la población encuestada en su mayoría es muy vulnerable y varios factores pueden influir en tomar conductas suicidas.

## 4.2 Verificación de hipótesis

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
impulsividad riesgosuicida	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%

Tabla 17 Procedimiento de casos

Realizado por Diana Velastegui 2016

### Interpretación

Según el cuadro de resumen de procesamiento de casos la impulsividad y riesgo suicida se encuentra relacionado completamente con el riesgo suicida.

Tabla cruzada impulsividad\*riesgosuicida

		Riesgosuicida		Total
		Con riesgo suicida	Sin riesgo suicida	
Impulsividad	No impulsividad	7	61	68
	Impulsividad Motora	7	7	14
	Impulsividad Cognitiva	3	2	5
	Impulsividad no planeada	8	5	13
Total		25	75	100

Tabla 18 Tabla cruzada

Realizado por Diana Velastegui 2016

### Análisis

De las personas que no presentan impulsividad siete sujetos que representan un 17% presentan riesgo suicida, mientras que sesenta y un personas que representan 51% no tienen riesgo suicida dando así un resultado de sesenta y ocho sujetos que no tienen impulsividad, mientras que siete personas con riesgo suicida que representa al 3,5 presenta impulsividad de tipo motora, mientras que 7 que indica 10,5 sin riesgo suicida, dando un total de catorce personas que presentan 14,0 del total de personas.

Mientras que las personas que presentan impulsividad de tipo cognitiva con riesgo suicida son tres personas que indica el 1,3 mientras que sin riesgo suicida existen dos personas que indica 3,8 dando así un total de 5 que es el 5,0 en total de sujetos.

Mientras que con el tipo de impulsividad no planeada con riesgo suicida son 8 sujetos que representan un 3,3 en la tabla mientras que sin riesgo suicida existen 5 personas que es un 9,8 dando un total de trece personas que es el 13,0 arrojando un total de 100 personas.

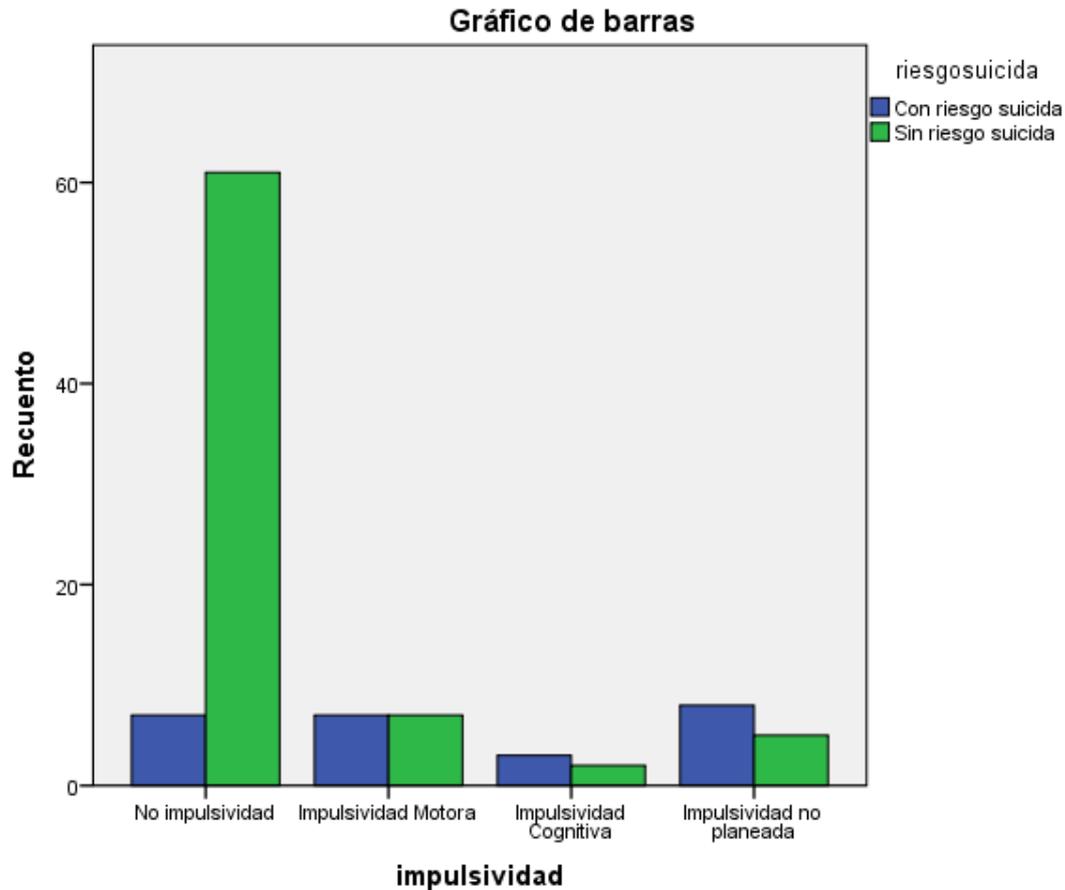


Ilustración 15 Impulsividad y riesgo suicida

Realizado por Diana Velastegui 2016

### Interpretación

En el gráfico de barras se demuestra que las personas que no poseen impulsividad no presentan riesgo suicida, una diferencia que es significativa en cuanto a la presencia de riesgo suicida, en los sujetos con impulsividad de tipo motora la mitad de ellos poseen riesgo suicida indicando así que existe una diferencia mínima entre sujetos con y sin riesgo suicida. Mientras que los sujetos con impulsividad tipo cognitiva presentan riesgo suicida con una diferencia mínima en relación a sin riesgo suicida, en cuanto a las personas con impulsividad no planeada se presentan en mayor proporción riesgo suicida.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	25,033a	3	,000	,000		
Razón de verosimilitud	23,922	3	,000	,000		
Prueba exacta de Fisher	24,180			,000		
Asociación lineal por lineal	21,420b	1	,000	,000	,000	,000
N de casos válidos	100					

a. 4 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,25.

b. El estadístico estandarizado es -4,628.

*Tabla 19 Pruebas de chi- cuadrado*

*Realizado por Diana Velastegui 2016*

Mediante la fórmula chi cuadrado [ $\chi^2 = 24.180$ ;  $P < 0.05$ ;  $N = 100$ ] se acepta la hipótesis alterna la misma que indica una relación entre impulsividad y riesgo suicida en los estudiantes de la Unidad Educativa “Quisapincha”

## CONCLUSIONES

La impulsividad si se relaciona con el riesgo suicida en estudiantes de la Unidad Educativa Quisapincha debido a que los resultados obtenidos indican que personas que tienen riesgo suicida presentan altos niveles de respuestas impulsivas y agresivas además que la adolescencia es una etapa en que los seres humanos están tratando de encajar en varios ámbitos tanto sociales como familiares convirtiéndolos en personas con mucha vulnerabilidad, lo cual también se pudo confirmar en la presente investigación.

La impulsividad de tipo motora predomina en estudiantes de la Unidad Educativa Quisapincha, debido a que por naturaleza la mayoría de los adolescentes presenta conductas impulsivas de tipo motora como caminar de una manera acelerada.

El grado de riesgo suicida en estudiantes de la Unidad Educativa Quisapincha es bajo debido a que los reactivos indican que de los 100 estudiantes que formaron parte de la investigación un 25 por ciento presenta riesgo suicida considerándolo bajo .

Del total de las personas que respondieron a la encuesta se muestra que 13 personas que representan el 41% pertenecen al género femenino mientras que diecinueve que representa el 59% representa al género masculino, indicando que la impulsividad es mayor en hombres que en mujeres, existen varios estudios indican que los hombres están mucho más inclinados a comportamientos agresivos, además de que el comportamiento de ambos sexos varia por las disposiciones distintas que fueron construidas en respuesta a problemas adaptativos distintos.

## **RECOMENDACIONES**

Se sugiere la implementación de un programa de prevención para que estudiantes, padres de familia y maestros prevengan este tipo de conductas mediante la comunicación por medio de los estudiantes cuando se presentes dichas conductas impulsivas para que los estudiantes que muestran este comportamiento reciban un adecuado tratamiento para controlar dichas conductas negativas.

Se recomienda abordar charlas informativas tanto alumnos como padres de familia de los estudiantes acerca de que es la impulsividad y sus consecuencias y brindar técnicas y estrategias de autocontrol en los estudiantes para que estas sean un recurso el cual sea utilizado cuando sea necesario, es necesario enseñar a seguir instrucciones para que lleguen a cumplir con sus obligaciones y así inhibir los impulsos.

Mediante charlas explicando como el entorno familiar influye mucho en la conducta de los estudiantes y brindar técnicas para crear un ambiente tranquilo en el entorno familiar y así el ambiente familiar se convertirá en una influencia positiva para la persona con impulsividad, debido a que el hogar es una influencia fundamental y primordial en el desarrollo de carácter y comportamiento del adolescente.

Más apoyo y control de las autoridades de la institución educativa a estudiantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Bibliografía

- Arias, E., & Blanco, I. (2010). Una aproximación al entendimiento del suicidio en comunidades rurales y remotas de América Latina. *Estudios Psicológicos*, 185-210.
- Cauich Sonda, C. (2010). ¿Que nos guía: la razón o la emoción? *Acta Colombiana de Psicología*, 185-187.
- Guerrero, G. (2005). El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural. *Cuicuilco*, XII(33), 153-171.
- Hernández Bringas, H., & Flores Arenales, R. (2011). El suicidio en México . *Papeles de población*, 69-101.
- Sánchez Teruel, D., & Robles Bello, M. (2014). Factores protectores que promuevan la resiliencia ante el suicidio y jóvenes. *Dialnet*(3), 181-192.
- Serrano, M., Hernández, E., Salas, J., Castro, S., & Sapudio, L. (2014). Revisión conceptual de los sustratos neuropsicológicos y psicológicos asociados a la conducta violenta humana. *Revista Latinoamericana Neuropsicología*, VI(1).
- Silva, H., Jerez, S., Paredes, A., Montes, C., Rentería, P., Ramírez, A., & Salvo, J. (2003). Factor neurotróficoderivado del cerebro como marcador de conducta suicida en pacientes con trastornos depresivo mayor. *Revista Chilena Neuro-Psiquiátrica*, LXXX(1), 44-52.

### Linkografía

- Andreu, J., Peña, E., & Penado, M. (2013). *Anales de Psicología*. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282013000300012&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282013000300012&script=sci_arttext)
- Baca García, E., & Fuensanta, A. (Enero de 2016). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S018533252014000500003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252014000500003&lng=es&tlng=es)
- Bentacourt, A. (24 de Febrero de 2010). *Repositorio Digital Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede Ecuador*. Obtenido de <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2350/1/BFLACSO-CS26-04-Betancourt.pdf>

- Borges, G., Orozco, R., & Medina, M. (9 de Diciembre de 2015). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública de México*. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342012000600008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342012000600008&lng=es&tlng=es).
- Cano Langreo, M., Cicirello Salas, S., López López, A., & Aguilar Vela, M. (2014). Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 198-218. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4321/s0465-546x2014000100015>
- Castro Rueda, A. V., Martínez Villalba, A., Camacho, P., & Rueda Jaimes, G. (2010). Factores de riesgo y protecotres para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría Elsevier*. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-resumen-factores-riesgo-protectores-intento-suicida-90335929>
- Chávez Hernández, A., & Leenaars, A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000400008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008)
- Cuevas Aguirre, E., & Hernández Pozo, M. (2016). Evaluación de la impulsividad en fumadores: una revisión sistemática. *Revista Mexicana de análisis de la conducta*. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01854534200800200010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01854534200800200010&lng=es&tlng=es)
- Delgado Mujica, N. (15 de Noviembre de 2013). *El suicidio en la Historia*. Obtenido de <https://medium.com/suicidio-en-gotas/el-suicidio-en-la-historia-dcb4ae57784c#.e86322gan>
- Farji Berner, A., & Ruggiero, A. (2010). ¿Impulsividad o paciencia?: Qué estimula y qué selecciona el sistema científico argentino. *Ecología Austral*, XX(3), 307-314. Obtenido de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1667-782X2010000300010&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1667-782X2010000300010&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Garay, M., & Vásquez, L. (2015). Suicidio e intento de autoeliminación en el Uruguay de hoy. *Revista Uruguay de Enfermería*, V(1). Obtenido de <http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/view/93>
- García , A., Contreras, C., & Rodriguez, R. (2006). El suicidio, concepto actuales. *Salud Mental*, XXIX(5), 66-74. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229510>
- González Andrade, F., López Pulles, R., Gascón , S., & García Campayo, J. (Abril de 2011). Epidimiological issues regarding suicides in Ecuador: an 8 years. *J Public Health*, XIX(2), 161-169. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1007/s10389-010-0372-4>
- Guibert Reyes, W., & Cueto de Inastrilla, E. (2003). Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. *Salud Mental*. Obtenido de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252003000500004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252003000500004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1561-3038.

Guzman Sabogal, Y. (2006). Educación en Riesgo Suicida, una necesidad bioética, persona y bioética. *Salud Mental*, X(2), 82-98. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252003000500004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252003000500004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1561-3038.

Hernández Trujillo, A., Rebastillo Escudero, G., Danany Enamorado, M., & Bess Contanten, S. (1999). Influencia del medio familiar en un grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida. *Revista Cubana Medica*, XV(4), 372-377. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421251999000400005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251999000400005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1561-3038.

Horcajo Gil, P. (2014). Impulsividad, inteligencia y psicopatía. *REDUCA*, VI(1). Obtenido de <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/view/1688>

Llort, S. (25 de Febrero de 2015). *Psicodiagnosic Psicología infantil y juvenil*. Obtenido de <http://www.psicodiagnosic.es/areageneral/situaciones-especiales/controlar-la-impulsividad-en-nios/index.php>

Mojica, S., Sáenz, D., & Rey Anacona, C. (2009). Suicidal Risk, Hopelessness and Depression in Colombian Prison Inmates. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVIII(4), 681-692. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502009000400009&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000400009&lng=en&tlng=es)

Nación, L. (25 de Enero de 2016). *Ciencia Salud*. Obtenido de <http://www.lanacion.com.ar/795698-la-ciencia-busca-las-causas-de-la-impulsividad>

Organización Mundial de la Salud. (15 de Enero de 2016). *OMS*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/#>

Organización Mundial de la Salud. (5 de Enero de 2016). *OMS*. Obtenido de [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html)

Pinzón, M., Moñetón, M., & Alarcón, L. (2014). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Tesis Psicológica*, VIII(1). Obtenido de <http://190.242.99.229/index.php/TesisPsicologica/article/view/291>

Ramiro, P., Navarro, J., Menacho, I., & Aguilar, M. (Mayo-Agosto de 2012). *Revista Latinoamericana de Psicología*. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342010000200003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342010000200003)

Ramos, C. (Mayo de 2015). *Ciencias Pedagógicas*. Obtenido de <http://upse.edu.ec/rcpi/index.php/vol-iii-no-1-jun-2015/21-ediciones/volumen-3->

no-1/85-niveles-de-impulsividad-en-una-muestra-de-estudiantes-ecuatorianos-levels-of-impulsivity-in-a-sample-of-ecuadorian-students.html

Timothy, R. (2016). Suicidio y comportamiento suicida. *MedlinePlus enciclopedia médica*. Obtenido de <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001554.htm>

Torre, I., Quesada, Y., Rodríguez, H., Martínez, A., & Cabrales, L. (2015). Caracterización de algunos factores de riesgo asociados al intento suicida en adolescentes. *Revista Ekectrónica*. Obtenido de <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/74>

Virú Loza, M., Valeriano Palomino, K., & Zarate Robles, A. (2013). Factores asociados al planteamiento suicida en estudiantes de una Escuela de Nutrición en Lima, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*(2), 101-106. Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832013000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000200004&lng=es&nrm=iso)

### Citas bibliográficas: Bases de Datos UTA

**Proquest** Orozco Cabal, L., & Herin, D. (2008). Neurología de la impulsividad y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/1437144510/57FBAD7035E541C9PQ/2?accountid=36765>

**Proquest** Rubio, L., Cardona Duque, D., Medina Pérez, O., Garzón Oliviera, L., Garzón Borray, H., & Rodríguez Hernández, N. (2014). Riesgo suicida en población carcelaria del Tolima, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina, LXI*(1). Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/1755262644/5540B13815C94C08PQ/2?accountid=36765>

**Proquest** Salvo, G. L., & Castro, S. A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Anales de Psicología*. Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/1500357852/57FBAD7035E541C9PQ/4?accountid=36765>

**Ebrary** Suicide : A Global Perspective (1). (2012). SAIF Zone, AE: Bentham E-Books. Obtenido de <http://www.ebrary.com>

**Proquest** Veletanga, J. (6 de Abril de 2015). *Psicología Conductual*. Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/1458278193/57FBAD7035E541C9PQ/5?accountid=36765>

