



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

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:**

“EL RIESGO SUICIDA Y SU RELACIÓN CON LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ADULTOS CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO”

Requisito previo para optar por el Título de Licenciado en Psicología Clínica

**Autor:** Paztuña Tonato, Edison Ramiro

**Tutor:** Ps.Cl. Mg. Vásquez de la Bandera Cabezas, Fabricio Alejandro

Ambato - Ecuador

Septiembre, 2022

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En calidad de tutora del Proyecto de investigación con el tema: “EL RIESGO SUICIDA Y SU RELACIÓN CON LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ADULTOS CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO”, de Paztuña Tonato Edison Ramiro estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los méritos y requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, septiembre de 2022

## **EL TUTOR**

---

Ps.Cl. Mg. Vásquez de la Bandera Cabezas, Fabricio Alejandro

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICU**

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación “EL RIESGO SUICIDA Y SU RELACIÓN CON LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ADULTOS CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de integración curricular.

Ambato, septiembre de 2022

### **EL AUTOR**



---

Paztuña Tonato, Edison Ramiro

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este proyecto de investigación un documento de acceso libre disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea primordial mi tesis, con fines 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 los derechos de autor.

Ambato, septiembre de 2022

## **EL AUTOR**



---

Paztuña Tonato, Edison Ramiro

## **APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema “EL RIESGO SUICIDA Y SU RELACIÓN CON LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ADULTOS CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO”, de Paztuña Tonato Edison Ramiro estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, septiembre de 2022

Para constancia firman

---

Presidente

---

Primer vocal

---

Segundo vocal

## **AGRADECIMIENTO**

*A mis padres Luis y Myrian por todos sus consejos, porque con su amor me motivó a seguir luchando por el tan anhelado sueño de culminar mi carrera universitaria.*

*A mi tío Jorge Tonato, quien gracias a su sabiduría su apoyo me inspiró a siempre salir adelante y no darme por vencido.*

*A mi tutor Ps.Cl. Fabricio Alejandro Vásquez de la Bandera Cabezas Mg, quien ha sido un guía con sus conocimientos para desarrollar el presente trabajo de investigación y llegar a su culminación.*

*A mis amigos Wilmer, Katy, Kevin, Mica y Nico por siempre estar al pendiente y con su apoyo incondicional en todo momento.*

## **DEDICATORIA**

*A mis amados padres Luis Paztuña y Myrian Tonato que fueron quienes me apoyaron incondicionalmente en los momentos de felicidad y de tristeza durante la etapa de mi vida universitaria.*

*A mis queridas hermanas Yadira y Aracely por sus palabras cuando más lo necesitaba.*

*A mi hermano Jefferson que me motiva a ser alguien mejor y ser un ejemplo en su vida.*

*A mi primer sobrino Zaid por ser una inspiración en mi vida para seguir creciendo como persona y futuro profesional.*

## ÍNDICE DE CONTENIDO

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
DEDICATORIA .....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS .....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	2
MARCO TEÓRICO.....	2
1.1 Antecedentes investigativos .....	2
1.1.1 Contextualización .....	2
1.1.2 Estado del Arte .....	3
Fundamentación teórica .....	8
1.1.3.1 Riesgo de suicidio .....	8
Conducta suicida.....	8
Síntomas del Suicidio .....	10
Tipos de suicidio.....	10
Fases del Suicidio .....	10
Factores de Riesgo .....	11
Factores sociodemográficos.....	11
Variables que aumentan el riesgo de suicidio.....	12
Trastornos mentales .....	13
Corrientes teóricas .....	13
Trastornos mentales relacionados con el suicidio.....	14
1.1.3.2 Inteligencia Emocional .....	15
Inteligencia.....	15
Funciones Ejecutivas .....	16
Emociones.....	16



Modelos jerárquicos y multifactoriales de la inteligencia .....	
Inteligencia emocional .....	19
Orígenes de la inteligencia emocional .....	20
Modelos de Inteligencia Emocional .....	21
Modelo de habilidad mental de Mayer y Salovey .....	21
Modelo social-emocional de Bar-On .....	22
1.2 Objetivos .....	23
1.2.1 Objetivo General .....	23
1.2.2 Objetivos específicos .....	23
CAPÍTULO II .....	25
MARCO METODOLÓGICO .....	25
2.1 Materiales .....	25
Instrumentos de recolección de datos .....	25
Reactivo Riesgo de suicidio.....	25
Reactivo Inteligencia emocional.....	25
2.2 Métodos .....	26
2.2.1 Pregunta de investigación.....	26
2.2.2 Hipótesis .....	26
2.2.3 Operacionalización de variables.....	27
2.2.4 Población .....	29
2.2.5 Criterios de inclusión y exclusión .....	30
CAPÍTULO III .....	31
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	31
3.1 Análisis y discusión de los resultados. ....	31
3.2 Verificación de hipótesis .....	47
CAPÍTULO IV .....	48
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	48
4.1 Conclusiones .....	48
4.2 Recomendaciones .....	49
MATERIALES DE REFERENCIA .....	50
BIBLIOGRAFÍA .....	50
ANEXOS .....	59
Anexo A. Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS) .....	59
Anexo B. Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) .....	61

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Términos que conforman la ideación y el comportamiento suicida .....	9
<b>Tabla 2:</b> Factores protectores y posibles señales .....	12
<b>Tabla 3:</b> Inteligencias múltiples según Gardner.....	18
<b>Tabla 4:</b> Operacionalización de variables .....	27
<b>Tabla 5:</b> Nivel de riesgo de suicidio en adultos con diagnóstico oncológico .....	31
<b>Tabla 6:</b> Nivel de atención emocional en adultos con diagnóstico oncológico .....	32
<b>Tabla 7:</b> Nivel de claridad emocional en adultos con diagnóstico oncológico.....	32
<b>Tabla 8:</b> Nivel de reparación emocional en adultos con diagnóstico oncológico.....	33
<b>Tabla 9:</b> Nivel de atención emocional y género.....	34
<b>Tabla 10:</b> Chi-cuadrado de acuerdo con atención emocional y el género .....	35
<b>Tabla 11:</b> Nivel de claridad emocional y género .....	36
<b>Tabla 12:</b> Chi-cuadrado de acuerdo con claridad emocional y el género .....	36
<b>Tabla 13:</b> Nivel de reparación emocional y género .....	37
<b>Tabla 14:</b> Chi-cuadrado de acuerdo con reparación emocional y el género .....	38
<b>Tabla 15:</b> Tipo de cáncer y riesgo de suicidio .....	40
<b>Tabla 16:</b> Chi-cuadrado entre tipo de cáncer y riesgo de suicidio .....	43
<b>Tabla 17:</b> Pruebas de normalidad.....	45
<b>Tabla 18:</b> Prueba de Correlaciones - Rho de Spearman.....	46

**Autor:** Paztuña Tonato, Ed

**Tutor:** Ps.Cl. Mg. Vásquez de la Bandera Cabezas, Fabricio Alejandro

**Fecha:** Ambato, septiembre 2022

## **RESUMEN**

La presente investigación se realizó con el objetivo de identificar la relación entre el nivel del riesgo de suicidio y la inteligencia emocional en adultos con diagnóstico oncológico. La investigación es de enfoque cuantitativo porque se manejaron datos estadísticos. Es no experimental – transversal debido a que la variable riesgo de suicidio e inteligencia emocional no fueron manipuladas y solo se llegaron a medir una vez. La investigación es de tipo correlacional porque se pretende ver la relación que existe entre riesgo de suicidio e inteligencia emocional en adultos con diagnóstico oncológico. Para la variable riesgo de suicidio se aplicó la Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS) y para inteligencia emocional Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24). La aplicación de los reactivos se llevó a cabo en una población de 62 personas entre hombres y mujeres con diagnóstico oncológico. En los resultados se encontró que no existió relación entre el riesgo de suicidio y las dimensiones de inteligencia emocional aceptando así la hipótesis nula, se observó también que en la población existe un riesgo bajo de suicidio. Así también se constató en las personas evaluadas un nivel adecuado en las tres dimensiones de la inteligencia emocional pero con una predominancia en mujeres, al comparar el nivel de riesgo de suicidio según el tipo de cáncer se observó en la mayoría un riesgo bajo de cometer suicidio llegando a la conclusión que el tipo de cáncer no es un factor para que la persona presente un riesgo alto de cometer suicidio.

**PALABRAS CLAVES: RIESGO DE SUICIDIO, INTELIGENCIA EMOCIONAL, PROBLEMA SOCIAL, INTELIGENCIA**

**Author:** Paztuña Tonato, Ed

**Tutor:** Ps.Cl. Mg. Vásquez de la Bandera Cabezas, Fabricio Alejandro

**Date:** Ambato, septiembre 2022

### **ABSTRACT**

The present investigation was carried out with the objective of identifying the relationship between the level of suicide risk and emotional intelligence in adults with a cancer diagnosis. The research has a quantitative approach because statistical data was used. It is non-experimental - cross-sectional because the variable risk of suicide and emotional intelligence were not manipulated and were only measured once. The research is of a correlational type because it is intended to see the relationship between suicide risk and emotional intelligence in adults with a cancer diagnosis. For the suicide risk variable, the Beck Hopelessness Scale (HS) was applied, and for emotional intelligence, the Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24). The application of the reagents was carried out in a population of 62 people between men and women with a cancer diagnosis. In the results, it was found that there was no relationship between the risk of suicide and the dimensions of emotional intelligence, thus accepting the null hypothesis, it was also observed that there is a low risk of suicide in the population. Thus, an adequate level in the three dimensions of emotional intelligence was also found in the people evaluated, but with a predominance in women. When comparing the level of risk of suicide according to the type of cancer, a low risk of committing suicide was observed in the majority. concluding that the type of cancer is not a factor for the person to present a high risk of committing suicide.

**KEY WORDS: RISK OF SUICIDE, EMOTIONAL INTELLIGENCE, SOCIAL PROBLEM, INTELLIGENCE**

## **INTRODUCCIÓN**

La presente investigación se centra en el estudio del riesgo suicida, que hace referencia a todos los factores que llegan a afectar a la persona mediante ideas y conductas de realizar autolesión o terminar con su vida, estos tipos de comportamientos llegan a afectar el bienestar biopsicosocial (Suárez et al., 2018).

Por otro lado la inteligencia emocional es el conjunto de habilidades que posee la persona para reconocer y regular sus emociones en distintas situaciones. Un buen nivel de inteligencia emocional puede estar relacionado con los factores de bienestar personal, laboral y una mayor calidad de vida. Esto a la vez ayuda a una mejor salud mental e incluso mejora la toma de decisiones (Acosta y Clavero, 2020).

La importancia del estudio radica en conocer cómo se da el riesgo suicida en personas con diagnóstico oncológico y si los niveles de la inteligencia emocional tienen alguna relación con la problemática o si existen otros factores que aumente el riesgo suicida. La población estaba conformada por 62 personas pertenecientes a la Fundación CA Positivo y Solca Núcleo de Tungurahua.

## **CAPÍTULO I**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1.1 Antecedentes investigativos**

##### **1.1.1 Contextualización**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), el suicidio es considerada la cuarta causa de muerte en los jóvenes de 15 y 19 años, anualmente la causa de muerte por suicidio es de 700 000 personas. En el año 2019, en los países con ingresos bajos y medianos ocurrió el 77% de suicidios, entre las formas más comunes del suicidio tenemos el ahorcamiento, ingestión de plaguicidas y el disparo con arma de fuego, los datos mencionados es a nivel de todos los países.

La OMS (2019), menciona que la tasa de suicidios fue de 10,5 por 100000 habitantes, el 79 % de los suicidios al nivel de todos los países pertenecen a ingresos bajos y medios, la tasa más elevada es decir de 11,5 por 100000 habitantes pertenecen a los países con ingresos de nivel alto, registrando un suicidio de tres veces más en hombres que en mujeres, en comparación con los países de ingreso bajo y medio.

El suicidio en la Región de las Américas, se estima que por cada suicidio que se registra existen unos 20 intentos, el suicidio puede ocurrir a cualquier edad y es la tercera causa de muerte en jóvenes de 20 a 24 años, las muertes por suicidio anuales fue de 81 746. La información recabada se realizó del 2010 al 2014 (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

En la recolección de datos de la tasa de mortalidad por suicidio, por cada 100000 habitantes en América Latina y el Caribe en el año 2015, la tasa de mortalidad fue de 6.0 obteniendo como resultado de 40020 muertes, en el año 2019 la tasa de mortalidad fue de 6.2 y obteniendo así 41354 muertes por suicidio. En el Ecuador la tasa de mortalidad con respecto al suicidio en el año de 2015 fue de 8.8 siendo un total de 1432 muertes, en el año de 2019 la tasa de mortalidad fue de 7.6 equivalente a 1312 muertes (CEPALSTAT, 2021).

El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2020), durante el año 2019 registro un total de 1214 muertes por suicidio siendo 960 hombres y 254 mujeres. El mismo año el MSP atendió 1 millón de pacientes en el área de salud mental, realizando brigadas

preventivas a personas que presentaban alguna afectación en su bienestar psicológico.

En una investigación realizada por la Organización Panamericana de la Salud (2018), llevaron a cabo entre el año 2001 a 2014 con un registro de 4 855 casos de suicidios en adolescentes y jóvenes, el riesgo más alto se evidencio en hombres de 15 a 24 años pertenecientes a la Amazonia seguido por la Sierra, la etnia con más casos de suicidio fue los mestizos, aunque el 40% de los jóvenes que se suicidan en la Amazonía son indígenas.

### **1.1.2 Estado del Arte**

Montero y Morales-Rodríguez (2021) en su investigación desarrollada en España, con una población de 154 estudiantes universitarios de la Universidad de Granada, tuvieron como fin evaluar la ansiedad, el riesgo suicida, la inteligencia emocional percibida, el estrés diario, la empatía y las estrategias de afrontamiento, los resultados determinaron, que el riesgo suicida mostró correlación con las variables estudiadas inteligencia emocional percibida, prosociabilidad, empatía, medidas a tendencia prosocial y ansiedad- estrés diario. De igual manera el riesgo de suicidio tuvo relación con la ansiedad y los rasgos de la ansiedad y el estrés cotidiano.

De acuerdo con, Mérida-López et al. (2018) en su estudio de comprender los vínculos entre la inteligencia emocional autoinformada y el riesgo de suicidio, seleccionaron una población de 438 adultos residentes en el sur de España, determinando que la inteligencia emocional autoinformada, se encontraba significativa y negativamente relacionada con la variable de riesgo de suicidio, así también la variable de angustia psicológica se encontraba significativa y positivamente relacionada con la variable de riesgo de suicidio, finalmente se determinó que la angustia psicológica actuó como intermediario en la relación de inteligencia emocional auto informada y el riesgo suicida.

Hansson Bittár et al. (2019) en una investigación realizada en Suecia, con una población de 48 738 hombres reclutados entre 1969 y 1970, con edades entre los 18 y los 20 años, la investigación duro hasta el 2008 realizando un seguimiento de 38 años. De esta manera, los resultados obtenidos fueron: que la baja inteligencia emocional se relacionó con un mayor riesgo de suicidio, 493 personas se suicidaron y 1 232

presentaron intentos de suicidio. El bajo control emocional s sustancialmente fuerte con el comportamiento suicida en la edad adulta.

Mamani-Benito et al. (2018) en su estudio que llevaron a cabo en Perú, realizaron un programa de intervención que tuvo como finalidad desarrollar la inteligencia emocional (intrapersonal, manejo de estrés, estado de ánimo general) en un grupo de riesgo, seleccionaron una muestra de 33 mujeres que tenían un diagnóstico previo de ideación suicida. Los resultados mostraron, que antes y después del programa de intervención existió diferencias significativas en los niveles de ideación suicida en las dimensiones: intrapersonal, manejo de estrés y estado de ánimo general, sientos determinantes para que el programa de intervención se pueda desarrollar la inteligencia emocional, también evidenciaron como resultado una disminución de los niveles de la ideación suicida.

En una investigación del Riesgo de Suicidio (RS) después del diagnóstico de cáncer en Inglaterra realizado por Henson et al. (2019), en una población de 4 722 099, en donde 2 491 personas (1719 hombres y 772 mujeres) con diagnóstico de cáncer fallecieron por suicidio, estos casos de muerte por RS se dieron durante el tiempo de seguimiento de la investigación. En donde, se determinó que el riesgo de suicidio fue mayor en personas con diagnóstico de mesotelioma, seguido por el cáncer de páncreas, esófago, pulmón y estómago. Los investigadores notaron que el riesgo de suicidio se presentó con mayor intensidad en los primeros 6 meses posterior al diagnóstico.

En un estudio realizado por Heynemann et al. (2021) en Estados Unidos, para la población tomaron en cuenta la base de datos Surveillance, Epidemiology, and End Results 18, que abarcan casos de 2000 a 2016, el número de participantes fue de 500 366, entre 15 y 39 años. En los resultados obtenidos, se evidenció que 922 que representa el 0,18 % del total fallecieron debido a suicidio/lesiones autoinfligidas. Encontraron que el riesgo de suicidio fue particularmente alto en mujeres, personas solteras y aquellas con enfermedad metastásica.

De la misma manera, Zhang et al. (2020), en un estudio que realizaron en China, en una población de 603 pacientes con diagnóstico de cáncer. Del total de la población que participaron, 91 personas informaron que presentaron ideación suicida. Los factores como, el dolor por cáncer, comorbilidades físicas, ansiedad y depresión presentaron una relación significativa con respecto a la ideación suicida. Dentro de la



población evaluada mencionan, que existían personas que a veces practica por lo que presentaron menos posibilidades de tener ideación suicida.

Con mayor particularidad, Centeno et al. (2020) en una investigación que realizaron en Perú, con una población de 1 330 estudiantes, con edades que oscilaban desde los 16 hasta los 31 años, buscaron analizar la relación entre: desregulación emocional, rumiación e ideación suicida. En los resultados obtuvieron diferencias de manera significativa en la ideación suicida en función de la edad, apreciando también que los estudiantes que presentaron mayor desregulación emocional muestran mayor ideación suicida y rumiación.

Rodríguez et al. (2021) en Colombia desarrollaron un estudio, con una población de 484 personas, con edades entre 16 y 70 años, buscaron explorar los diferentes niveles de ideación suicida, ansiedad, calidad de sueño y capital social según edades y género en contexto de la pandemia del Covid 19. Los resultados mostraron que un 40% se encontraban entre leve y severo en la variable de ideación suicida, un 97% entre leve y severa en ansiedad y con poca calidad de sueño, un 23% llegaron a la conclusión que durante el primer mes de la pandemia las mujeres son más propensas a sentir ansiedad e ideación suicida, por otro lado los jóvenes que son menores a 20 años es una población con mayor riesgo a sufrir psicopatologías profundas que posteriormente puede llegar a desencadenar en suicidio, por lo que es recomendable el diseño de programas orientadas a la contención emocional.

En una investigación realizada por Oh et al. (2020) en Corea, manejaron datos de las causas de muerte por cáncer y las que no se relacionaban. La información fue proporcionada por el Registro Nacional de Cáncer de Corea del año 2000 al 2016 con un total de 1 105 607 de muertes registradas, el 87% se debieron al cáncer primario. Entre los tipos de cáncer primarios encontramos: cáncer de hígado (86 %), pulmón (70 %), en pacientes de sexo femenino con cáncer de mama (77 %), en pacientes con cáncer de estómago (hombres, 39 %; mujeres, 48 %), próstata (47 %) y tiroides femenina (27 %), en la población que se utilizó para estudio el riesgo de suicidio fue mayor en comparación con una población sin ningún diagnóstico de cáncer.

Zaorsky et al. (2019) en un estudio realizado en Estados Unidos población del programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales, 1973-2014. Se obtuvo 8 651 569 personas con cáncer de las cuales 13 311 se suicidaron, concluyendo que en el Riesgo de Suicidio (RS) existió una variación en relación al sitio de la enfermedad, sexo, edad, estado civil y el tiempo que transcurre después del diagnóstico. El RS en personas con diagnóstico de cáncer es cuatro veces mayor en comparación con la población en general. Entre los pacientes diagnosticados antes de los 50 años, la pluralidad de suicidios ocurre en pacientes con leucemias y linfomas. Por el contrario, entre los pacientes diagnosticados a partir de los 50 años, la pluralidad de suicidios se produce en pacientes diagnosticados de cáncer de próstata, pulmón y colorrectal.

Gascon et al. (2021) en su investigación realizada en el Centro Oncológico Princess Margaret en Canadá, con una población total de 78 650 personas con el diagnóstico de cáncer, en los resultados evidenciaron que, 89 fallecieron por suicidio, registraron un total de 69 casos de intento de suicidio. Al utilizar los servicios psicosociales existió una menor mortalidad por suicidio. Del total de la población 14 517 completaron el programa (DART-SRS), Desarrolló la Herramienta de Evaluación y Respuesta al Estrés (DART) y Detección del Riesgo de Suicidio (SRS).

Por otro lado, en la investigación de Hajibabae et al. (2018) realizado en Irán con una población de 40 estudiantes de enfermería. Las personas presentaban las siguientes características solteras, desempleadas y la mayoría no asistió a ningún taller referente a inteligencia emocional, los estudiantes de cuarto año en la variable empatía obtuvieron puntuaciones altas y puntuaciones bajas con la variable de inteligencia emocional. Con respecto a la empatía las mujeres obtuvieron puntajes más elevados con relación a los hombres. Existió una fuerte correlación entre la empatía e inteligencia emocional, es decir entre más aumenta la puntuación de inteligencia emocional, la puntuación de empatía aumenta.

Asimismo, en el estudio realizado por Saati et al. (2021) en Irán con el tema de correlación entre la inteligencia emocional y la autoestima en pacientes con estoma intestinal estuvo conformado por un grupo de 155 participantes y su edad oscilaban entre los 50 y 70 años, de la población total que participaron en el estudio, 81 presentaron casos de cáncer y 71 eran casos relacionado con enfermedad inflamatoria

intestinal. Los resultados indicaron una correlación positiva y significativa de variables de inteligencia emocional y la autoestima.

De igual manera, Khatib et al. (2021) en una investigación realizada en el país de los Emiratos Árabes Unidos, en una población de 15 profesionales universitarios, la edad oscilaba entre los 30 a 55 años. Según los resultados que encontraron, la puntuación media en inteligencia emocional de los quince encuestados fue de 17,23, lo que significa que se valoran mucho a sí mismos en términos de su capacidad de inteligencia emocional. El puntaje promedio para el éxito del proyecto fue de 31.7, lo que también denota una tasa de éxito considerablemente alta. Realizaron un análisis de correlación para determinar si existió una correlación entre la inteligencia emocional y el éxito del proyecto. Según los resultados, encontraron que el coeficiente de correlación ( $r$ ) era 0,744.

En un estudio que realizaron Gómez-Molinero y Guil (2020) en las instalaciones del Departamento de Psicología, Universidad de Cádiz (UCA), Cádiz, España, en una población de 622 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. En los resultados realizaron un análisis general de mediación y reveló que el cáncer de mama y la Inteligencia Emocional Percibida (IEP) predijeron el 35,4% de la varianza de capacidad de trabajar. También evidenciaron que el cáncer de mama y la edad disminuyen la capacidad de trabajo. Con respecto a la IEP, nuestros resultados indicaron que la claridad emocional y la reparación del estado de ánimo conducen a una mayor capacidad de trabajo.

Chen et al. (2021) llevaron a cabo una investigación en Departamento de Enfermería, Universidad de Nanchang, China, con el objetivo de investigar las asociaciones entre inteligencia emocional, miedo a la recurrencia del cáncer y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, en una población de 215 personas. Los resultados que obtuvieron fueron que, la inteligencia emocional se relacionó positivamente con la calidad de vida y se correlacionó negativamente con el miedo a la recurrencia del cáncer. El miedo a la recurrencia del cáncer se asoció negativamente con la calidad de vida. Esta relación entre inteligencia emocional y calidad de vida estuvo mediada por el miedo al cáncer.

Los autores Gallego et al. (2021) en su estudio que llevaron a cabo en Murcia–España, en una población de 285 adolescentes, cuyo objetivo fue determinar la satisfacción con respecto a la vida del adolescente, Para la investigación tomaron en

cuenta lo siguiente: sexo, edad, sociodemográficas y factores interpersonales (inteligencia emocional). Los resultados demostraron una buena calidad de vida en los adolescentes y se mostró una relación entre satisfacción con la vida y la inteligencia emocional (claridad y reparación) y satisfacción con la vida y estilos educativos.

Megías et al. (2019) desempeñaron un estudio en Madrid, España, en una población de 68 personas mayores de 18 años con diagnóstico oncológico, con las variables de creencia en un mundo justo e inteligencia emocional. Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer colorrectal y cáncer de mama, 16,4% cada uno. De las personas evaluadas, el 31,7% se encontraba en el Estadio I de la enfermedad, el 17,5% en el Estadio II, el 11,1% en el Estadio III y el 39,7% en el Estadio IV. Además, el 64,7% se encontraba en tratamiento activo (quimioterapia en el 90% de ellos, hormonoterapia el 5% y radioterapia el 5%). Los resultados mostraron que la inteligencia emocional en la dimensión de atención a los sentimientos se relacionó con la ansiedad y la depresión.

Angarita-Ortiz et al. (2020) realizaron una investigación en Colombia, en una población de 100 personas. El objetivo fue realizar un análisis de las diferencias entre inteligencia emocional y la actividad física en persona mayores a 18 años. En los resultados obtuvieron que prestar demasiada atención a las emociones como consecuencia puede tener problemas psicológicos, así también encontramos síntomas físicos, ansiedad y depresión, es decir, si las personas llegan a focalizar toda su atención en los sentimientos y no pueden clarificar ni tampoco regular sus emociones internamente, pueden optar por maneras menos apropiadas para afrontarlos.

## **Fundamentación teórica**

### **1.1.3.1 Riesgo de suicidio**

#### **Conducta suicida**

El suicidio es un término que procede del latín y significa matarse a sí mismo. La conducta suicida puede llegar a considerarse como la continuidad que va desde los aspectos cognitivos (ideación suicida) hasta llegar a los conductuales (intento suicida o en sí al suicidio) (Saavedra y Vargas, 2012).

**Tabla 1:** *Términos que conforman la ideación y el comportamiento suicida*

Término	Concepto
<b>Autolesión deliberada</b>	Se caracteriza por el dolor o actos dolorosos autodestructivos o autolesivos de una manera voluntaria sin perder la vida.
<b>Ideación suicida</b>	Pensamiento que apunta para la propia muerte, la magnitud puede cambiar en relación de los planes de suicidio y sobre todo del nivel del intento suicida
<b>Intento de suicidio</b>	Se encuentra los deseos y expectativas de las personas con la finalidad de realizar un acto autodestructivo que termina en la muerte.
<b>Tentativa de suicidio</b>	Es todo comportamiento o acciones autolesivas que tienen un resultado no mortal que se encuentra acompañado de evidencias explícitas o también implícitas de parte del sujeto que deseaba quitarse la vida.
<b>Tentativa de suicidio fallido</b>	Es un comportamiento potencialmente de carácter autolesivo, con demostraciones tanto explícitas como implícitas de parte del sujeto que quería quitarse la vida, pero con la diferencia que es interrumpido el intento antes de producir el acto que le llegará a causar el daño físico.
<b>Suicidio</b>	Refiere una muerte infligida donde se aprecia las evidencias tanto de carácter explícito como implícitas por parte del sujeto.
<b>Desesperanza</b>	Según A.T. Beck a la desesperanza se relaciona con cogniciones y sentimientos de carácter negativo con relación al futuro, el mundo y uno mismo, llegando a relacionarse de manera significativa en ideación suicida, a mayor nivel de desesperanza mayor es la frecuencia e intensidad de ideaciones suicidas y tendencias suicidas, llegando a materializar la conducta suicida. La desesperanza llegaría a operar de manera de una variable en medio de la conducta suicida y la depresión, por lo que llega a formar parte de las distorsiones cognitivas que es un aspecto de la persona con

---

ideaciones suicidas y depresión (Garcia-Alan 2009).

---

**Nota:** En la presente investigación se utilizó la Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS) por lo que es necesario definir el término desesperanza.

**Fuente:** Sadock y Sadock (2015).

### **Síntomas del Suicidio**

- Ataques de pánico
- Anhedonía
- Ansiedad grave
- Desesperanza
- Insomnio
- Psicosis
- Pobre concentración (Gómez Restrepo et al., 2013).

### **Tipos de suicidio**

Para Reyes et al. (2012), en los hombres en la población de Estados Unidos los métodos más frecuente son:

- Las armas de fuego
- Precipitación desde lugares elevados
- En Reino Unido es el ahorcamiento

En las mujeres los métodos más frecuentes son:

- La sobredosis de fármacos (antidepresivos, paracetamol y la combinación de analgésicos)
- Tomar veneno en grandes cantidades

### **Fases del Suicidio**

Dentro del suicidio está la ideación suicida y se encuentran 4 fases:

- El deseo de morir
- La representación suicida (fantasías pasivas del suicidio)
- Ideación suicida sin un método determinado

- Idea suicida planificada (suicidio planeado)

Es importante recalcar que todas estas etapas no es regla general o que se deba cumplir en la persona (Córdova Osnaya et al., 2007 citado en Denis-Rodríguez et al., 2017).

## **Factores de Riesgo**

### **Factores sociodemográficos**

Se encuentran los siguientes: el sexo, se tiene registros que las mujeres tiene un mayor índice de intento de suicidio y la ideación suicida en comparación con los hombres, por otro lado los hombres son los que mayormente presentan índices elevados de suicidios consumados. En edad, los índices con respecto al suicidio aumentan con los años se ve un incremento en los jóvenes varones entre 15 a 24 años. En etnia, existen estudios realizados en el país de Estados Unidos donde se evidencia casos de suicidio, dos de cada tres en hombres de raza blanca. En relación de la tasa de suicidio de hombres blancos es de 1.6 veces mayor en comparación con hombres negros y en mujeres blancas es 8.2 veces mayor que las mujeres negras. En estado civil, se considera un factor importante en cuanto al comportamiento suicida, el tener una familia en especial los hijos reduce el riesgo de suicidio, las personas solteras, viudas y divorciadas tiene un mayor índice en el riesgo de cometer suicidio (Valladolid, 2011).

**Tabla 2:** Factores protectores y posibles señales

<b>Factores</b>	<b>Descripción</b>
<b>Personales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexibilidad mental</li> <li>• Confianza en uno mismo</li> <li>• Tener hijos, en específico en mujeres</li> <li>• Habilidad en resolución de conflictos o problemas</li> <li>• Habilidad en cuanto a relaciones sociales e interpersonales</li> </ul>
<b>Sociales o medioambientales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valores culturales y tradicionales</li> <li>• Apoyo familiar y social</li> <li>• Integración social</li> </ul>
<b>Posibles señales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritabilidad generalizada</li> <li>• Hablar sobre la muerte</li> <li>• Aislamiento</li> <li>• Agresividad y violencia sin causa ninguna</li> <li>• Ausencia laboral o escolar</li> <li>• Situación económica desfavorable</li> <li>• Pérdida de un ser querido (se encontraba muy vinculado)</li> <li>• Cambios bruscos en patrones relacionados con el sueño</li> <li>• Falta de control de impulsos</li> </ul>	

**Nota:** En posibles señales no es algo que se deba cumplir u observar en la persona.

**Fuente:** Urra Portillo (2019).

### **Variables que aumentan el riesgo de suicidio**

- Procesos de duelos
- Perdidas personales (muertes, divorcio)
- Abuso sexual
- Deudas financieras
- Ausencia de planes para el futuro
- Baja autoestima
- Desprecios y conflictos interpersonales-familiares



- Discapacidad o pérdida de la autonomía
- Desempleo
- Conflictos legales-judiciales
- Desesperación
- Enfermedad o discapacidad física
- Enfermedad psiquiátrica grave
- Estrés creciente
- Soltero
- Impulsividad
- Identidad sexual bisexual u homosexual
- Insomnio
- Pérdida o separación temprana de los padres
- Situaciones de soledad-aislamiento (García-Haro et al., 2018)

### **Trastornos mentales**

El término enfermedad mental se utiliza para mencionar la presencia de signos y síntomas clínicos en un establecido momento y en un contexto sociocultural, presentan una reducción considerable en el bienestar personal llegando a interferir realizar las tareas cotidianas y a la vez formar relaciones interpersonales, encontrándose comprometidas las capacidades adaptativas y el funcionamiento psicosocial (Barrig, 2020).

Los trastornos mentales presentan intenso sufrimiento a nivel psíquico de la persona, afectando seriamente la vida del paciente y a la vez provoca sufrimiento en las personas que se encuentran a su alrededor por las múltiples conductas patológicas, infligen daño tanto físico como psicológico. Los trastornos mentales elevan un conducta en la persona de provocar un evento autolesivo (Basto, 2021).

### **Corrientes teóricas**

#### **Corriente Biologicista u organicista**

Una definición adecuada para salud y enfermedad mental podría formularse desde el funcionamiento del cerebro por el hecho de que es un órgano que esta determinado por factores genéticos, metabólicos y endocrinos, también existe factores

externos (sustancias tóxicas, traumatismos, medicamentos, infecciones) que llegan a afectar su correcto funcionamiento (Sarráis Oteo, 2016).

### **Corriente conductista**

El modo ser y de comportarse podría describirse como una consecuencia de las diferentes experiencias de vida que van marcando en la personalidad, de manera que puede llegar a ser normal o patológica. La enfermedad mental se refiere a un fallo a nivel de un apropiado aprendizaje con referencia a las actitudes y las diferentes habilidades que llega a necesitar la persona, para un correcto desenvolvimiento en su entorno (Sarráis Oteo, 2016).

### **Trastornos mentales relacionados con el suicidio**

#### **Esquizofrenia**

La esquizofrenia se puede caracterizar como un trastorno crónico donde generalmente se encuentra alucinaciones o delirios acústicos durante al menos un periodo de 6 meses (Soto Aguilar et al., 2013).

#### **Depresión**

**En la teoría cognitiva:** la depresión llega a ser el resultado de toda una serie de distorsiones cognitivas, así también denominado como representaciones depresógenas. Aaron Beck acoge una triada cognitiva en la depresión conformada por: a) opiniones sobre uno mismo o también lo que llegaría a ser el autopercepción negativa b) sobre el entorno o también lo que vendría a ser lo que la persona experimenta el mundo como hostil y exigente, y c) sobre el futuro donde estará la expectativa de sufrir y fracasar (Sadock y Sadock, 2015).

#### **Trastorno bipolar**

Trastorno que se caracteriza por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente están significativamente alterados. Esta alteración consiste, en algunas ocasiones, en un humor elevado y un aumento de la energía y la actividad (hipomanía o manía), y en otras, en un humor bajo y una disminución de la energía y la actividad (depresión) (Jarne Esparcia, 2013).

## **Trastorno de ansiedad**

Dentro de la ansiedad existen características como: sensación de aprensión difusa, vaga y desagradable a la vez también podemos encontrar síntomas vegetativos: diaforesis, cefalea, taquicardia, malestar epigástrico, opresión torácica e inquietud, también se puede apreciar por la incapacidad de la persona de estar sentado o de pie durante un largo periodo de tiempo. Los síntomas llegan a variar dependiendo de la persona (González et al., 2014).

## **Trastornos de personalidad**

Los trastornos de la personalidad se describen como una serie de patrones desadaptativos constantes en relación con sus conductas, pensamientos, experiencias internas y reacciones que son producidos en distintos ámbitos sociales y como consecuencias se obtiene serios deterioros en sus vidas (Cerdá et al., 2013).

## **Abuso de sustancias**

El trastorno por consumo llega a caracterizarse por la activación del sistema de recompensa cerebral a raíz de su consumo. Existe un refuerzo de conductas y genera recuerdos debido al sistema de recompensa, las sustancias que llegan a ser consumidas con mayor frecuencia producen una sensación de placer, las consecuencias por el consumo es falta de dedicación en sus actividades cotidianas y también la falta de atención (Weiss Roberts y Trockel, 2016).

En la parte teórica se puede observar como existen varios factores que pueden ocasionar un riesgo alto de cometer suicidio por lo que es conveniente ver si la inteligencia emocional de las personas tiene una relación ya sea en riesgo bajo o alto de cometer suicidio.

### **1.1.3.2 Inteligencia Emocional**

#### **Inteligencia**

El término de inteligencia en psicología es considerado como, la capacidad que tiene la persona para adquirir nuevos entendimientos o conocimientos y poner en práctica en diferentes situaciones en el que se encuentre el sujeto. Se puede llegar a mencionar que el concepto de inteligencia agrupa una serie de aptitudes haciendo

posible que la persona se adapte al medio que lo rodea y solucionar proble  
Ramos, 2017).

La inteligencia es considerado como una destreza que la persona puede llegar a desarrollar y en cada situación se utiliza un aspecto distinto de la inteligencia (Acuña et al., 2018).

### **Funciones Ejecutivas**

El término funciones ejecutivas puede describirse como un grupo de funciones que tienen como objetivo regular el comportamiento de la persona cuando empieza a realizar una actividad y también es un proceso de autoregulación y de control con respecto a la conducta. En uno de los postulados más innovadores llegando a relacionar las funciones ejecutivas con las funciones intelectuales. Las funciones intelectuales están formados por dos componentes:

- ✓ Primer componente: la conceptualización, razonamiento o el juicio formando parte del intelecto estático o formal.
- ✓ Segundo componente: encontramos capacidades como resolver todo tipo de problema intelectual que se desglosan en:
  - Capacidad de planteamiento del problema
  - Construcción de la hipótesis resolutive
  - Ideación de estrategias en cuestión para confirmar o rechazar la hipótesis
  - Elección de las tácticas adecuadas (Luria, 1973 citado en Bausela Herreras, 2013 ).

### **Emociones**

Etimológicamente el término emoción proviene del latín “e-motion” que significa poner en movimiento, movilizar. La emoción en la perspectiva evolutiva fue una adaptación con la finalidad de poner el cuerpo en avance, ataque, retirada, aproximación evitación y congelación. Un sentimiento es el registro que tiene las personas de las emociones. En el estudio del reconocimiento, discriminación y utilización de las emociones se le llamo como Inteligencia Emocional. Las emociones conjuntamente con las funciones ejecutivas plantean el querer de una persona en su

entorno, lo que tiene una cercanía al concepto de la palabra voluntad (2017).

El término emociones ha llegado a ser utilizado para referirse a la condición sensible, un estado directo con el mundo y con él/ella mismo, las emociones es la precipitación afectiva que llega a poseer en las personas luego de una relación rápida entre las personas que lo rodean y su entorno. La conciencia es importante en las emociones porque ayuda a identificar varios pensamientos que afectan tanto la parte emocional como psicológica (Vanegas Garcia et al., 2020).

### **Modelos jerárquicos y multifactoriales de la inteligencia**

Para el análisis de la inteligencia de los modelos jerárquicos y multifactoriales se llevara a cabo a partir desde la segunda mitad del siglo XX.

#### **Modelo multifactorial de Guilford**

Guilford llegó desarrollar un modelo denominado Estructura del Intelecto. La inteligencia es considerada como una agrupación sistemático de funciones o aptitudes, con la finalidad de procesar información de distintas maneras, donde la expresión función, está relacionado al psiquismo individual y la expresión aptitud, es las diferencias individuales (Carbajo Vélez, 2011).

#### **Modelo jerárquico de Cattell y Horn**

Cattell y Horn mencionan la existencia de dos factores:

a) Inteligencia fluida: se encuentra relacionado con las diferentes capacidades deductivas, inductivas, clasificación, memoria asociativa, entre otros. Una de las características en este factor es su componente genético y la adaptación a las situaciones nuevas sin ningún tipo de experiencia previa.

b) Inteligencia cristalizada: encontramos las siguientes habilidades de aptitud verbal y numérica, habilidades de razonamiento, habilidades motrices, etc., las cuales tienen una dependencia en cuanto a las experiencias y el aprendizaje (Almeida et al., 2008).

#### **Modelo jerárquico de Carroll**

El autor da a conocer el modelo de inteligencia como la teoría de los tres estratos:

- Cerrado: en este primer estrato se puede apreciar capacidad de aprendizaje y la experiencia y a la vez se encuentra el razonamiento secuencial, velocidad de razonamiento, la inducción, la gramática, la velocidad de lectura, el desarrollo de lenguaje, la velocidad de perceptiva, memoria semántica, relaciones espaciales y la memoria visual.
- Amplio: en este apartado menciona que dentro del comportamiento existen 8 factores en las que fueron agrupados:
  - Velocidad de pensamiento
  - Capacidad de recuperación
  - Percepción visual
  - Inteligencia cristalizada
  - Velocidad cognitiva
  - Percepción auditiva
  - Memoria de aprendizaje
  - Inteligencia fluida
- General: corresponde al factor “g” que es el factor general de Spearman (Carroll y B, 1993).

### **Inteligencias múltiples**

A continuación se mencionará lo ocho tipos de inteligencias de Gardner:

**Tabla 3:** *Inteligencias múltiples según Gardner*

<b>Inteligencia</b>	<b>Concepto</b>
<b>Inteligencia interpersonal</b>	Se encuentra vinculada con aptitudes referentes a la cuestión de relaciones sociales, también se encuentra la capacidad que tiene la persona para reconocer y entender el estado de ánimo de los demás, a la vez se ve involucrado la buena comunicación, el trabajo en grupo y el conocimiento del lenguaje corporal.
<b>Inteligencia intrapersonal</b>	Esta la capacidad que tiene el sujeto de conectarse consigo mismo, poseer una imagen realista de si y sobre todo reconocer los estados interiores.

<b>Inteligencia Lingüística</b>	Una de las características fundamenta inteligencia lingüística, es que el sujeto tiene una gran facilidad para utilizar el discurso escrito, hablado y la posibilidad para expresar con claridad sentimientos y pensamientos mediante la palabra.
<b>Inteligencia musical</b>	Las características más sobresalientes es, la sensibilidad al ritmo, a diferentes sonidos, al tono, al reconocimiento de las formas musicales, también encontraremos aptitudes para la interpretación, composición y de interpretar temas musicales mediante la voz o instrumentos.
<b>Inteligencia corporal-kinésica</b>	Se encuentra las aptitudes en cuanto al control y armonización de movimientos a nivel corporal y manual, es decir el sujeto controla movimientos manuales y generales.
<b>Inteligencia naturalista</b>	En esta inteligencia está el cuidado y respeto hacia la naturaleza por parte de la persona, también el saber disfrutar mediante el conocimiento de los ciclos vitales para servirse y servirla.
<b>Inteligencias lógica-matemática</b>	Es la capacidad de la persona en el razonamiento numérico y resolver operaciones abstractas. También está vinculado la comprensión y el uso de números, símbolos, lectura de estadísticas y el uso del pensamiento lógico, secuencial y deductivo.
<b>Inteligencia espacial</b>	Son aptitudes de visualización de imágenes, percepción y recreación de formas no concretas. También incluye que el sujeto comprende y manipula el espacio, leer mapas e imaginar figura en 3 dimensiones.

**Fuente:** Brites de Vila (2015)

### **Inteligencia emocional**

La inteligencia emocional es la capacidad de reconocer y regular nuestros sentimientos propios y ajenos, de utilizar para guiar el pensamiento y la acción. También es la

capacidad de manejar bien las emociones en nosotros mismos y en nuestro mundo (Goleman et al., 2021).

### **Orígenes de la inteligencia emocional**

Galton en el año de 1870 realizó un estudio sistemático sobre las diferencias individuales en la capacidad mental de los individuos, proponiendo que no solo debe estudiarse las características intelectuales, sino también las características que hacen diferentes a las personas como por ejemplo el factor moral (Molero Moreno et al., 1998).

Wechsler (1943), menciona que para llegar a determinar una conducta inteligente se debe tener en cuenta aspectos intelectuales y no intelectuales, siendo elementos sociales y afectivos.

Gardner modifica el concepto de inteligencia mencionando la existencia de varias de ellas: corporal kinestésica, lingüística, musical, lógico matemático, visual espacial, interpersonal e intrapersonal. El autor mencionó que la inteligencia social estaba compuesta por la interpersonal e intrapersonal y a la vez incorporó características emocionales en su teoría (Cherniss, C. 2000).

Bar-On por medio de su tesis doctoral presenta el primer instrumento para medir emociones mencionando que la parte emocional y cognitivo forman parte de la inteligencia, también hace mención por primera vez el término coeficiente emocional (Danvila del Valle y Sastre Castillo, 2010).

La inteligencia emocional que planteaba Gardner (interpersonal e intrapersonal) solo es una parte del componente emocional de una persona. Proponiendo por primera vez la conceptualización de inteligencia emocional incluyendo la comunicación verbal y no verbal, la expresión de emociones, la regulación emocional, expresando que, estas habilidades deben ayudar a la persona a la resolución de problemas y sobre todo en dirigir nuestro comportamiento como pensamiento (Mayer y Salovey, 1993).



## **Modelos de Inteligencia Emocional**

### **Modelo de habilidad mental de Mayer y Salovey**

Mayer y Salovey en el año de 1997 reformula su teoría propuesta, la finalidad era tomar como base las habilidades mentales para destacar la relación que tenía la inteligencia emocional y la cognición, para esta nueva definición se encuentra compuesta por cuatro habilidades:

- Regulación emocional: Habilidad para regular las emociones propias y de los otros, como resultado se espera promover el crecimiento emocional e intelectual, de esta capacidad surge la automotivación.
- Compresión emocional: Habilidad que tiene cada persona para comprender y conocer emociones. La habilidad también se ve reflejada con la capacidad que tiene la persona para entender los cambios en las emociones complejas, emociones simples y emociones contradictorias.
- Facilitación emocional: Habilidad que tiene la persona para acceder y generar sentimientos que ayude a facilitar el pensamiento, menciona que las emociones juegan un papel fundamental dentro del razonamiento y en cómo llegamos a procesar la información que tenemos del medio que nos rodea, si la persona logra controlar adecuadamente puede mejorar su relación con su entorno.
- Percepción y expresión emocional: Habilidad que tiene la persona de expresar emociones con exactitud, percibir y valorar. La habilidad se basa en que el sujeto reconozca las emociones ya sea propias o de las demás sujetos para lograr realizar se debe tener en cuenta expresiones corporales, expresiones faciales y el tono de voz (Maureira Cid, 2018).

Para Fernández-Berrocal y Extremera el TMMS-24 (Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale) está conformada por 24 preguntas y su puntuación se encuentra en una escala Likert, dentro de la escala encontraremos tres dimensiones:

- Atención emocional: capacidad que tiene la persona de la percepción propia de las emociones es decir expresar y sentir las emociones de una manera adecuada.
- Claridad emocional: evalúa la capacidad de percepción que tiene la persona sobre comprender sus estados emocionales.

- Reparación emocional: capacidad que tiene la persona para regular diferentes estados emocionales de una manera adecuada (Oliva et al., 2011).

### **Modelo social-emocional de Bar-On**

Dentro de los componentes encontraremos 15 factores con capacidades básicas las cuales el autor menciona que son los “aspectos esenciales de la inteligencia emocional”, a continuación se mencionara los factores:

#### **Autopercepción**

Se encuentra formada por:

- Autorrealización
- Autoconcepto
- Autoconciencia emocional

#### **Expresión de uno mismo**

Se encuentra los siguientes aspectos:

- Expresión emocional
- Asertividad
- Independencia

#### **Componente Interpersonal**

Se encuentra formada por:

- Relaciones interpersonales
- Empatía

#### **Toma de decisiones**

Se encuentra los siguientes aspectos:

- Resolución de problemas
- Contrastación de la realidad
- Control del impulso

#### **Manejo del estrés**

Según Regner (2008) se encuentra formada por:

- Flexibilidad.
- Tolerancia al estrés
- Optimismo

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo General**

Identificar la relación entre el nivel del riesgo de suicidio y la inteligencia emocional en adultos con diagnóstico oncológico.

Para cumplir el objetivo se aplicó la Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS) para el riesgo de suicidio y Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) para inteligencia emocional, en cuestión de determinar la relación entre las dos variables se utilizó la prueba de normalidad de Komogorov Smirnov y la prueba de correlación Rho de Spearman.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

1. Evaluar el nivel del riesgo de suicidio en adultos con diagnóstico oncológico.

Con los resultados obtenidos de la Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS), se aplicó tablas de frecuencias con la finalidad de ver el nivel predominante en la población evaluada.

2. Medir los niveles de inteligencia emocional en adultos con diagnóstico oncológico.

Con los resultados obtenidos del test Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), se analizó los datos a través del software estadístico SPSS, se utilizó la tabla de frecuencia, con el propósito de evidenciar el nivel predominante en la población.

3. Determinar el nivel de inteligencia emocional de acuerdo con el género de los participantes.

Con los resultados obtenidos del test Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) y con la información recabada de la ficha sociodemográfica, se analizó los datos mediante tabla cruzada y la prueba Chi cuadrado, con el fin de observar si existe alguna relación significativa entre inteligencia emocional de acuerdo con el género.

4. Comparar el nivel de riesgo suicida según el tipo de cáncer.

Con la información obtenida de la Escala de Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, HS) y la ficha sociodemográfica se aplicó la tabla cruzada y la prueba Chi cuadrado, con el motivo de ver el nivel que predomina según el cáncer.

## CAPÍTULO II

### MARCO METODOLÓGICO

#### 2.1 Materiales

##### Instrumentos de recolección de datos

##### Reactivo Riesgo de suicidio

**Nombre del instrumento:** Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS).

**Autor:** A. T. Beck, A. Weissman, D. Lester, L. Trexler.

##### Descripción

Instrumento que permite la evaluación de las expectativas negativas que una persona tiene con relación a su futuro y su bienestar de la misma manera la habilidad que tiene el sujeto para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.

**Forma de aplicación:** Autoaplicada

**Tiempo de aplicación:** 5 minutos

**Confiabilidad:** Alfa de Cronbach 0.86

##### Reactivo Inteligencia emocional

**Nombre del instrumento:** Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)

**Autor:** Adaptación de Fernández-Berrocal, P. Extremer, N., Ramos (2004) del Meta – Mood Scale (TMMS-48) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995).

##### Descripción

Instrumento que permite evaluar la inteligencia emocional mide en tres dimensiones: atención emocional es la capacidad de la persona en atender a los sentimientos, claridad emocional es la comprensión de los estados emocionales y finalmente tenemos la reparación emocional que hace referencia a la capacidad del sujeto para regular los estados emocionales.

**Forma de aplicación:** de forma individual o colectiva

**Tiempo de Aplicación:** 5-7 minutos

**Confiabilidad:** Alfa de Cronbach 0.85

## **2.2 Métodos**

Se administró una ficha sociodemográfica en Google Forms, donde se incluyó preguntas relacionadas al género, edad y tipo de cáncer. Para desarrollar los objetivos del trabajo de investigación se empleó los siguientes test psicológicos: Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS) y el TMMS-24 está basada en Trait Meta-Mood Scale (TMMS). Los reactivos se aplicó de manera individual a 62 personas adultas con diagnóstico de cáncer, los participantes pertenecen a la Fundación CA Positivo y Solca Núcleo de Tungurahua. La presente investigación es de enfoque cuantitativo porque se manejan datos estadísticos de los resultados de la aplicación de los instrumentos, para la variable de riesgo de suicidio se utilizó la Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS) y para la inteligencia emocional el instrumento Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24). Es no experimental – transversal debido a que la variable riesgo de suicidio e inteligencia emocional no fueron manipuladas, sólo se les llegó a medir con los instrumentos, durante la investigación se realizó una medición. El tipo de investigación es correlacional porque se pretende ver la relación que existe entre riesgo de suicidio e inteligencia emocional en adultos con diagnóstico oncológico y comprobar si esto se cumple mediante el programa estadístico SPSS.

### **2.2.1 Pregunta de investigación**

¿Cuál es la relación entre el riesgo suicida y los niveles de la inteligencia emocional en adultos con diagnóstico oncológico?

### **2.2.2 Hipótesis**

#### **Hipótesis de investigación**

El riesgo suicida tiene una correlación con los niveles de inteligencia emocional en adultos con diagnóstico oncológico.

#### **Hipótesis Nula**

El riesgo suicida no tiene una correlación con los niveles de inteligencia emocional en adultos con diagnóstico oncológico.

### 2.2.3 Operacionalización de variables

**Tabla 4:** Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Dimensiones	Instrumentos
<b>Riesgo suicida</b>	Se considera “comportamiento suicida” desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos comportamientos ya sea de forma esporádica o de manera frecuente, debe considerarse como un signo de alto riesgo para la persona que lo presenta (Maldonado y Romo, 2015).	<p>Puntos de corte:</p> <p>0-8 riesgo bajo de cometer suicidio</p> <p>9 – 20 riesgo alto de cometer suicidio</p> <p>Puntuación total oscila entre 0 y 20</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14,16,17,18 y 20 valen 1 punto y las señaladas como falso en esos ítems valen 0 puntos.</li> <li>Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems valen 0 puntos.</li> </ul>	<p><b>Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)</b></p> <p>El coeficiente obtenido sugiere una excelente consistencia interna (20 ítems, <math>\alpha = 0,86</math>), según lo considerado en la literatura (Tang, Cui y Babenko, 2014). Estos índices de consistencia son similares tanto en hombres (<math>\alpha = 0,88</math>) como en mujeres (<math>\alpha =</math></p>

---

			0,85) P. et al., 2019).
<b>Inteligencia emocional</b>	La inteligencia emocional es la capacidad de la persona para manejar adecuadamente nuestras emociones y también como nos relacionamos con las demás personas (Ramos Ramos, 2017)	Dimensiones: <b>Atención emocional</b> Debe mejorar su atención (presta poca atención) Hombres: <21 Mujeres:<24 Adecuada atención Hombres: 22 a 32 Mujeres: 25 a 35 Debe mejorar su atención (presta demasiada atención) Hombres: >33 Mujeres: >36 <b>Claridad emocional</b> Debe mejorar su comprensión Hombres: <25 Mujeres: <23 Adecuada comprensión Hombre: 26 a 35 Mujeres: 24 a 34 Excelente comprensión Hombres: >36 Mujeres: >35	<b>Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)</b> Tiempo de Aplicación: 5-7 minutos Confiabilidad: Alfa de Cronbach 0.85 (Fernandez-Berrocal et al., 2004).

---



---

**Reparación  
emocional**

Debe mejorar su  
regulación

Hombres: <23

Mujeres: <23

Adecuada  
regulación

Hombre: 24 a 35

Mujeres: 24 a 34

Excelente  
regulación

Hombre: >36

Mujeres: >35

---

**Nota:** La tabla corresponde a la operacionalización de las variables de riesgo de suicidio e inteligencia emocional.

**Elaborado por:** Investigador

#### **2.2.4 Población**

La investigación se realizó en personas con diagnóstico oncológico de la Fundación CA Positivo y Solca Núcleo de Tungurahua con edades comprendidas de 18 a 60 años. La población está conformada por un total de 62 personas, 44 mujeres y 18 hombres.

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

##### **Área o Ámbito 1**

- Cotopaxi
- Pujilí
- Fundación CA Positivo
- Seguimiento a personas con diagnóstico oncológico por parte del área de psicología

##### **Área o Ámbito 2**

- Tungurahua

- Ambato
- Solca Núcleo de Tungurahua
- Pacientes con diagnóstico oncológico en el área de quimioterapia y hospitalización

### **2.2.5 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión**

- Adultos que firmaron el consentimiento informado
- Tener un diagnóstico médico de cáncer
- Nivel lector mínimo de 6° grado de primaria

#### **Criterios de exclusión**

- Antecedentes con algún accidente cerebro vascular, traumatismo craneoencefálico y cáncer al cerebro (deterioro cognitivo)
- Antecedentes con diagnóstico depresivo e intentos autolíticos
- Adultos que presenten alguna discapacidad mental

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 3.1 Análisis y discusión de los resultados.

##### Objetivo específico 1:

Evaluar el nivel del riesgo de suicidio en adultos con diagnóstico oncológico.

**Tabla 5:** Nivel de riesgo de suicidio en adultos con diagnóstico oncológico

		Nivel de riesgo de suicidio			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	Riesgo Alto	8	12,9	12,9	12,9
	Riesgo Bajo	54	87,1	87,1	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**Elaborado por:** Investigador

##### Análisis:

Del total de la población, el 87,1% presenta un riesgo bajo de cometer suicidio (n=54) mientras que el 12,9% está dentro del riesgo alto de cometer suicidio (n=8).

##### Discusión:

La mayoría de la población evaluada presentó riesgo bajo de cometer suicidio, lo que significa que las personas no están propensas a factores de vulnerabilidad para cometer algún tipo de acto que atente contra su vida. Por el contrario se puede evidenciar en el resultado de la investigación que realizó Zhang et al. (2020), mencionando que existen factores como, el dolor por cáncer, comorbilidades físicas, ansiedad y depresión presentaron una relación significativa con respecto a la ideación suicida. De igual manera en el estudio realizado por Zaorsky et al. (2019) manifiesta que en el Riesgo de Suicidio (RS) existió una variación en relación al lugar de la enfermedad, sexo, edad, estado civil y el tiempo que transcurre después del diagnóstico.

### Objetivo específico 2:

Medir los niveles de inteligencia emocional en adultos con diagnóstico oncológico.

**Tabla 6:** Nivel de atención emocional en adultos con diagnóstico oncológico

		Nivel de atención emocional			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	Adecuada Atención	33	53,2	53,2	53,2
	Debe mejorar su atención	29	46,8	46,8	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**Elaborado por:** Investigador

### Análisis:

El total de la población, en la dimensión de atención emocional el 53,2% posee una adecuada atención (n=33) y el 46,8% muestra que debe mejorar su atención (n=29).

**Tabla 7:** Nivel de claridad emocional en adultos con diagnóstico oncológico

		Nivel de claridad emocional			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	Adecuada comprensión	32	51,6	51,6	51,6
	Debe mejorar su compresión	30	48,4	48,4	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**Elaborado por:** Investigador

**Análisis:**

Del total de la población, en la dimensión de claridad emocional el 51,6% presenta adecuada comprensión (n=32) y el 48,4% presenta que debe mejorar su comprensión (n=30).

**Tabla 8:** Nivel de reparación emocional en adultos con diagnóstico oncológico

		Nivel de reparación emocional			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	Adecuada regulación	28	45,2	45,2	45,2
	Debe mejorar su regulación	34	54,8	54,8	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

**Elaborado por:** Investigador

**Análisis:**

Del total de la población, en la dimensión de reparación emocional el 54,8% presenta que debe mejorar su regulación (n=34) y el 45,2% presenta adecuada regulación (n=28).

**Discusión:**

Dentro de la dimensión de atención emocional, se evidenció un nivel de adecuada atención que prevalece en los pacientes con diagnóstico oncológico, lo que significa una buena capacidad de atender a los sentimientos. De igual manera en la dimensión de claridad emocional encontramos una adecuada comprensión, es decir una buena comprensión de mis estados emocionales. Por otro lado en la dimensión de reparación emocional predomina que debe mejorar su regulación, por lo que significa la falta de capacidad de regular los estados emocionales de una forma adecuada. Se encontró similitud en la investigación realizada por Angarita-Ortiz et al. (2020) donde se

evidenció que prestar demasiada atención a las emociones como consecuencia de tener problemas psicológicos, así también encontramos síntomas físicos, ansiedad y depresión, es decir, si las personas llegan a focalizar toda su atención en los sentimientos y no pueden clarificar ni tampoco regular sus emociones internamente, pueden optar por maneras menos apropiadas para afrontarlos. De igual manera en el estudio de Megías et al. (2019) indica que la inteligencia emocional en la dimensión de atención a los sentimientos se relacionó con la ansiedad y la depresión.

### Objeto específico 3:

Determinar el nivel de inteligencia emocional de acuerdo con el género de los participantes.

**Tabla 9:** Nivel de atención emocional y género

<b>Tabla cruzada nivel de atención emocional y género</b>					
			Género		Total
			Mujer	Hombre	
<b>Nivel atención emocional</b>	Adecuada	Recuento	24	9	33
	Atención	% dentro de nivel atención	72,7%	27,3%	100,0%
	Debe	Recuento	20	9	29
	mejorar	% dentro de nivel atención	69,0%	31,0%	100,0%
	su				
	atención				
<b>Total</b>		Recuento	44	18	62
		% dentro de nivel atención	71,0%	29,0%	100,0%

**Elaborado por:** Investigador

### Análisis:

Del total de la población, el 72,7% de mujeres presenta adecuada atención (n=24), mientras que el 31,0% de hombres presenta que debe mejorar su atención (n=9).

**Tabla 10:** Chi-cuadrado de acuerdo con atención emocional y el género

<b>Pruebas de chi-cuadrado de acuerdo con atención emocional y el género</b>					
	Valor	Df	Significació n asintótica (bilateral)	Significació n exacta (bilateral)	Significació n exacta (unilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	0,106 <sup>a</sup>	1	0,745	0,785	0,481
<b>Corrección de continuidad<sup>b</sup></b>	0,002	1	0,964		
<b>Razón de verosimilitud</b>	0,106	1	0,745	0,785	0,481
<b>Prueba exacta de Fisher</b>				0,785	0,481
<b>N de casos válidos</b>	62				
<b>a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,42.</b>					
<b>b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2</b>					

**Elaborado por:** Investigador

**Análisis:**

Se aplicó la prueba chi cuadrado de Pearson encontrando que no existe relación entre género y atención emocional ( $\chi^2 (1) = 0.106$   $p > 0.05$ ).

**Tabla 11:** Nivel de claridad emocional y género

<b>Tabla cruzada nivel de claridad emocional y género</b>					
			Género		Total
			Mujer	Hombre	
<b>Nivel</b>	Adecuada	Recuento	25	7	32
<b>Claridad emocional</b>	comprensión	% dentro de nivel claridad emocional	78,1%	21,9%	100,0%
		Debe mejorar su comprensión de nivel claridad emocional	19	11	30
<b>Total</b>		Recuento	44	18	62
		% dentro de nivel claridad emocional	71,0%	29,0%	100,0%

**Elaborado por:** Investigador

**Análisis:**

Del total de la población, en mujeres el 78,1% presenta adecuada comprensión (n=25), mientras que en hombres el 36,7% presenta que debe mejorar su comprensión (n=11).

**Tabla 12:** Chi-cuadrado de acuerdo con claridad emocional y el género

<b>Pruebas de chi-cuadrado de acuerdo con claridad emocional y el género</b>					
Valor	Df	Significació n asintótica (bilateral)	Significació n exacta (bilateral)	Significació n exacta (unilateral)	



<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	1,644 <sup>a</sup>	1	0,200	0,266	
<b>Corrección de continuidad<sup>b</sup></b>	1,005	1	0,316		
<b>Razón de verosimilitud</b>	1,653	1	0,199	0,266	0,158
<b>Prueba exacta de Fisher</b>				0,266	0,158
<b>N de casos válidos</b>	62				

**a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,71.**

**b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2**

Elaborado por: Investigador

#### Análisis:

Se aplicó la prueba chi cuadrado de Pearson encontrando que no existe relación entre género y claridad emocional ( $\chi^2(1) = 1.644$   $p > 0.05$ ).

**Tabla 13:** Nivel de reparación emocional y género

<b>Tabla cruzada nivel de reparación emocional y género</b>					
		Género		Total	
		Mujer	Hombre		
<b>Nivel</b>	Adecuada	Recuento	22	6	28
<b>reparación</b>	regulación	% dentro	78,6%	21,4%	100,0%
<b>Emocional</b>		de nivel			
		reparación			
		emocional			
		Recuento	22	12	34

	Debe mejorar su regulación	% dentro de nivel reparación emocional	64,7%	35,3%	1
<b>Total</b>		Recuento	44	18	62
		% dentro de nivel reparación emocional	71,0%	29,0%	100,0%

**Elaborado por:** Investigador

**Análisis:**

Del total de la población, en mujeres el 78,6% presenta adecuada regulación (n=22), mientras que en hombres el 35,3% presenta que debe mejorar su regulación (n=12).

**Tabla 14:** *Chi-cuadrado de acuerdo con reparación emocional y el género*

<b>Pruebas de chi-cuadrado de acuerdo con reparación emocional y el género</b>					
	Valor	Df	Significació n asintótica (bilateral)	Significació n exacta (bilateral)	Significació n exacta (unilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	1,433 <sup>a</sup>	1	0,231	0,272	0,180
<b>Corrección de continuidad<sup>b</sup></b>	0,839	1	0,360		
<b>Razón de verosimilitud</b>	1,457	1	0,227	0,272	0,180
<b>Prueba exacta de Fisher</b>				0,272	0,180

---

N de casos                      62

válidos

---

**a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,13.**

---

**b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2**

---

**Elaborado por:** Investigador

**Análisis:**

Se aplicó la prueba chi cuadrado de Pearson encontrando que no existe relación entre género y reparación emocional ( $\chi^2 (1) = 1.433 p > 0.05$ ).

**Discusión:**

La mayoría de las mujeres en atención emocional presentan una puntuación de adecuada en atención, lo que indica que las mujeres son capaz de atender a los sentimientos de una forma adecuada en comparación con los hombres. En claridad emocional la mayoría de las mujeres presenta una adecuada comprensión, evidenciando que las mujeres comprenden de mejor manera sus emociones en relación a los hombres. En reparación emocional la mayoría de las mujeres presentan una adecuada regulación, mostrando que las mujeres tienen una mejor capacidad para regular estados emocionales de forma adecuada en cotejo con los hombres. Del mismo modo en un estudio realizado por Hajibabae et al. (2018) se evidencia que en la empatía las mujeres obtuvieron puntajes más elevados con relación a los hombres, existiendo una fuerte correlación entre la empatía e inteligencia emocional, es decir entre más aumenta la puntuación de inteligencia emocional, la puntuación de empatía aumenta. Por otra parte en la investigación de Khatib et al. (2021) en las cuales refleja que al realizar un análisis correlacional y para verificar si existía algún tipo de correlación entre la variable de inteligencia emocional con el éxito del proyecto se evidenció que si existió una correlación positiva.

**Objetivo específico 4:**

Comparar el nivel de riesgo suicida según el tipo de cáncer.

**Tabla 15:** *Tipo de cáncer y riesgo de suicidio*

<b>Tabla cruzada: Tipo de cáncer y riesgo de suicidio</b>					
		Riesgo de suicidio		Total	
		Riesgo Alto de cometer suicidio	Riesgo Bajo de cometer suicidio		
<b>Tipo de cáncer</b>	Cáncer de piel	Recuento	0	1	1
		% dentro de Tipo de cáncer	0,0%	100,0%	100,0%
	Cáncer de colon (colorrectal)	Recuento	1	5	6
		% dentro de Tipo de cáncer	16,7%	83,3%	100,0%
	Sarcoma de Kaposi	Recuento	1	0	1
		% dentro de Tipo de cáncer	100,0%	0,0%	100,0%
	Cáncer de testículo	Recuento	0	1	1
		% dentro de Tipo de cáncer	0,0%	100,0%	100,0%
	Cáncer de estómago	Recuento	1	2	3
		% dentro de Tipo	33,3%	66,7%	100,0%

		de cáncer		
Linfoma	Recuento	0	3	3
	% dentro	0,0%	100,0%	100,0%
de Tipo de cáncer				
Cáncer de cérvix uterino	Recuento	2	2	4
	% dentro	50,0%	50,0%	100,0%
de Tipo de cáncer				
Cáncer de próstata	Recuento	0	3	3
	% dentro	0,0%	100,0%	100,0%
de Tipo de cáncer				
Cáncer de esófago	Recuento	0	1	1
	% dentro	0,0%	100,0%	100,0%
de Tipo de cáncer				
Sarcoma pleomórfico indiferenciado	Recuento	0	1	1
	% dentro	0,0%	100,0%	100,0%
de Tipo de cáncer				
Cáncer de mama	Recuento	1	21	22
	% dentro	4,5%	95,5%	100,0%
de Tipo de cáncer				

Cáncer de metástasis	Recuento	1	1	
	% dentro de Tipo de cáncer	50,0%	50,0%	100,0%
Cáncer de tiroides	Recuento	0	5	5
	% dentro de Tipo de cáncer	0,0%	100,0%	100,0%
Sarcoma pierna derecha	Recuento	0	1	1
	% dentro de Tipo de cáncer	0,0%	100,0%	100,0%
Cáncer de apéndice	Recuento	0	1	1
	% dentro de Tipo de cáncer	0,0%	100,0%	100,0%
Fibromatosis en el abdomen	Recuento	0	1	1
	% dentro de Tipo de cáncer	0,0%	100,0%	100,0%
Cáncer de ovario	Recuento	0	2	2
	% dentro de Tipo de cáncer	0,0%	100,0%	100,0%
	Recuento	0	2	2

Cáncer de pulmón	% dentro de Tipo de cáncer	0,0%	100,0%	1
Cáncer al endometrio grado 3	Recuento	1	0	1
	% dentro de Tipo de cáncer	100,0%	0,0%	100,0%
Leucemia promielocítica aguda de alto riesgo	Recuento	0	1	1
	% dentro de Tipo de cáncer	0,0%	100,0%	100,0%
<b>Total</b>	Recuento	8	54	62
	% dentro de Tipo de cáncer	12,9%	87,1%	100,0%

**Elaborado por:** Investigador

**Análisis:**

Del total de la población, el 87,1% presentaron riesgo bajo de cometer suicidio, encontrando los siguientes tipos de cáncer: piel, colon (colorrectal), testículo, estómago, linfoma, próstata, esófago, sarcoma pleomórfico indiferenciado, mama, tiroides, sarcoma pierna derecha, apéndice, fibromatosis en el abdomen, ovario, pulmón, leucemia promielocítica aguda de alto riesgo. El 12,9% presentaron riesgo alto de cometer suicidio, encontrando cáncer al endometrio grado 3 y sarcoma de Kaposi.

**Tabla 16:** *Chi-cuadrado entre tipo de cáncer y riesgo de suicidio*

**Pruebas de chi-cuadrado entre tipo de cáncer y riesgo de suicidio**

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Signific: exacta (bilateral)
<b>Chi- cuadrado de Pearson</b>	26,812 <sup>a</sup>	19	0,109	0,152
<b>Razón de verosimilitud</b>	22,004	19	0,284	0,151
<b>Prueba exacta de Fisher</b>	24,435			0,098
<b>N de casos válidos</b>	62			
<b>a. 38 casillas (95,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.</b>				

**Elaborado por:** Investigador

#### **Análisis:**

Se aplicó la prueba chi cuadrado de Pearson encontrando que no existe relación entre tipo de cáncer y riesgo de suicidio ( $\chi^2 (1) = 24,435$   $p > 0.05$ ).

#### **Discusión:**

Los resultados demuestra que la mayoría de los adultos con diagnóstico oncológico presentan riesgo bajo de cometer suicidio en los siguientes tipos de cáncer: de piel, colon, testículo, estómago, linfoma, próstata, esófago, sarcoma pleomórfico indiferenciado, de mama, tiroides, sarcoma, apéndice, fibromatosis en el abdomen, ovario, pulmón, al endometrio grado 3 y leucemia promielocítica aguda de alto riesgo. De acuerdo con la prueba Chi cuadrado se determinó que no existe una relación entre el tipo de cáncer y el riesgo de suicidio, en razón de que los valores obtenidos fueron mayores a 0,05. Del mismo modo en el estudio realizado por Gascon et al. (2021) determinan que al utilizar el uso de servicios psicosociales existió una menor



mortalidad en cuanto al suicidio en pacientes con cáncer. Por lo que la investigación realizada por Henson et al. (2019) encontraron que el riesgo de suicidio fue mayor en personas con diagnóstico de: mesotelioma seguido por el cáncer de páncreas, esófago, pulmón y estómago. Los investigadores notaron que el riesgo de suicidio se presentó con mayor intensidad en los primeros 6 meses posterior al diagnóstico. De igual manera en el estudio realizado por Zaorsky et al. (2019) encontraron que el Riesgo de Suicidio (RS) existió una variación en relación al lugar de la enfermedad, sexo, edad, estado civil y el tiempo que transcurre después del diagnóstico. El RS en personas con diagnóstico de cáncer es cuatro veces mayor en comparación con la población en general. El tipo de cáncer con mayor relación al RS es de cabeza, cuello, pulmón, linfoma de Hodgkin, testículo, próstata, colon, recto y vejiga.

### **Objetivo General:**

Identificar la relación entre el nivel del riesgo de suicidio y la inteligencia emocional en adultos con diagnóstico oncológico.

**Tabla 17:** *Pruebas de normalidad*

	<b>Pruebas de normalidad</b>					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
<b>Atención emocional</b>	0,113	62	0,047	0,946	62	0,008
<b>Claridad emocional</b>	0,123	62	0,021	0,932	62	0,002
<b>Reparación emocional</b>	0,160	62	0,000	0,865	62	0,000
<b>Total riesgo de suicidio</b>	0,158	62	0,001	0,899	62	0,000

#### **a. Corrección de significación de Lilliefors**

**Nota:** Para una distribución normal de los datos el valor de significancia (Sig.) debe ser mayor a 0,05 y si es menor no existe una distribución normal.

**Elaborado por:** *Investigador*

### **Análisis:**

Al ser la muestra mayor a 50 datos, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, la población total es de (n=62), donde el valor de significancia para atención emocional es de 0,047, mientras que para claridad emocional es de 0,021 y para reparación emocional es de 0,000, encontrando que la distribución de las puntuaciones de riesgo de suicidio e inteligencia emocional no fueron normales.

**Tabla 18:** Prueba de Correlaciones - Rho de Spearman

		<b>Correlaciones</b>			
			Atención emocional	Claridad emocional	Reparación emocional
<b>Rho de Spearman</b>	Total	Coefficiente	0,105	-0,114	-0,232
	riesgo de suicidio	de correlación			
		Sig. (bilateral)	0,418	0,376	0,070
		N	62	62	62

**\*\*.** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

**Elaborado por:** Investigador

### **Análisis:**

Dado que la distribución de las puntuaciones no fue normal se aplicó la prueba de correlación de Spearman encontrando que no existe relación entre riesgo de suicidio y las tres dimensiones de inteligencia emocional: atención emocional (Rho = 0,105 p>0,05), claridad emocional (Rho= -0,114 p>0,05) y reparación emocional (Rho= -0,232 p>0,05).

### **Discusión:**

En los datos analizados se evidencia que no existe relación entre el riesgo de suicidio y la inteligencia emocional en adultos con diagnóstico oncológico, es decir que las personas que presentaron riesgo alto de cometer suicidio están propensas a otras

variables que llega a inducir a tener niveles altos de riesgo. Por lo que en la investigación realizada por Montero y Morales-Rodríguez. (2021) determinaron que el riesgo de suicidio tuvo relación con la ansiedad y los rasgos de la ansiedad y el estrés cotidiano. De la misma manera en el estudio realizado por Mérida-López et al. (2018) encontraron que la variable de angustia psicológica se encontraba significativa y positivamente relacionada con la variable de riesgo de suicidio, finalmente determinando que la angustia psicológica actuó como intermediario en la relación de inteligencia emocional auto-infirmada y el riesgo suicida. Igualmente en el estudio que realizaron Heynemann et al. (2021) como resultado obtuvieron que el riesgo de suicidio fue particularmente alto en mujeres, personas solteras y aquellas con enfermedad metastásica (cáncer que se ha diseminado a una parte del cuerpo distinta de donde comenzó).

### **3.2 Verificación de hipótesis**

Una vez evaluados los dos reactivos Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS) y Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), se aplicó la prueba de correlación de Spearman encontrando que no existe relación entre el riesgo de suicidio y la inteligencia emocional debido que se obtuvo una valoración de ( $Rho = >0,105$   $p < 0,01$ ) para la dimensión de atención emocional, ( $Rho = < 0,114$   $p < 0,01$ ) para la dimensión de claridad emocional y ( $Rho = < 0,232$   $p < 0,01$ ) para la dimensión de reparación emocional aunque no se comprobó la hipótesis planteada se da por aceptada la hipótesis nula: el riesgo suicida no tiene una correlación con los niveles de inteligencia emocional en adultos con diagnóstico oncológico.

## CAPÍTULO IV

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 4.1 Conclusiones

Una vez obtenidos los resultados se encontró que no existe relación entre el riesgo de suicidio y la inteligencia emocional, puesto que no existe una relación significativa entre el riesgo de suicidio y las tres dimensiones: atención, claridad y reparación emocional. Al mismo tiempo, se contrastaron los resultados con otras investigaciones, donde el riesgo alto de cometer suicidio llega a variar dependiendo el tipo de cáncer, el género o si existían variables mediadoras como la angustia psicológica.

Respecto al nivel que predomina en el riesgo de suicidio en adultos con diagnóstico oncológico, se identificó que es el riesgo bajo de cometer suicidio, en algunas investigaciones una explicación es que existen factores como, tener proyectos a futuro, el tiempo de diagnóstico del cáncer, no tener diagnósticos previos de ansiedad y depresión, son factores que ayudan a tener un riesgo bajo de cometer suicidio.

Con respecto a los diferentes niveles de la inteligencia emocional se corrobora que el nivel predominante fue de una adecuada atención y adecuada comprensión, pero en la tercera dimensión se obtuvo que deben mejorar su regulación. Al constatar una mayoría en un nivel adecuado, no existe mayor inconveniente, pero sería factible trabajar desde la tercera dimensión donde observó un nivel que se debe mejorar.

En este trabajo de investigación al determinar el nivel de inteligencia emocional de acuerdo con el género se estableció que en las tres dimensiones de inteligencia emocional existe mayor presencia de una adecuada atención, adecuada comprensión y adecuada regulación en mujeres con respecto a hombres.

Finalmente en lo que corresponde a comparar el nivel de riesgo de suicidio según el tipo de cáncer, se encontró que predomina un riesgo bajo de cometer suicidio, una explicación sería que las personas evaluadas ya estaban recibiendo algún tipo de

ayuda tanto médica y en algunos casos psicológica, esto se observó al realizar la recolección de datos.

## **4.2 Recomendaciones**

Para futuras investigaciones se recomienda tener en cuenta factores de vulnerabilidad como baja autoestima, desempleo, enfermedad o discapacidad física, soltero, impulsividad y vivir solo, con la finalidad de comprobar la teoría, y así comprender de mejor manera los factores que inciden de manera directa en el riesgo de suicidio.

Otro factor que mencionan en algunas investigaciones es que se debe tomar en cuenta el tiempo que ha transcurrido después del diagnóstico de cáncer, mencionan que el riesgo de suicidio se puede ver con mayor intensidad en los 6 primeros meses, sería interesante ver los resultados que se puede obtener al tomar en cuenta este factor.

En la investigación se observó que algunos tipos de cáncer poseen un nivel de riesgo alto de cometer suicidio, esto se puede evidenciar en algunas investigaciones, por lo que sería conveniente tomar en cuenta el tipo de cáncer, con la finalidad de comprobar si existe o no relación con la inteligencia emocional.

Tomar en cuenta los resultados obtenidos en la investigación para tener un punto de partida y empezar a trabajar la parte psicológica ya sea con charlas, campañas o con técnicas psicoterapéuticas como: terapia cognitivo conductual, terapia dialéctico-conductual, terapia de resolución de problemas, etc. Con la finalidad de proporcionar bienestar psicológica a la persona y a las personas que lo rodean.

## MATERIALES DE REFERENCIA

### BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, F. P., & Clavero, F. H. (2020). Estados emocionales contrapuestos e inteligencia emocional en la adolescencia. *Psicología desde el Caribe*, 37(1), 70-90.
- Acuñas, M. G., Millán, C. L., García, M. L. B., & Méndez, M. J. R. (2018). Las Emociones Y Su Relación Con Las Inteligencias Múltiples En Las Asignaturas De Ciencias Y Matemáticas En Secundaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 213-226.
- Alamo P., C., Baader M., T., Antúnez S., Z., Bagladi L., V., Bejer T., T., Alamo P., C., Baader M., T., Antúnez S., Z., Bagladi L., V., & Bejer T., T. (2019). Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(2), 167-175. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272019000200167>
- Almeida, L. S., Guisande, M. A., Ricardo, P., & Lemos, G. C. (2008). *Contribuciones Del Factor General Y De Los Factores Especificos En La Relacion Entre Inteligencia Y Rendimiento Escolar*. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/1809>
- Angarita-Ortiz, M. F., Calderón-Suescún1, D. P., Carrillo-Sierra1, S. M., Rivera-Porras, D., Cáceres-Delgado, M., & Rodríguez-González, D. (2020). *Factores de protección de la salud mental en universitarios: Actividad física e inteligencia emocional*. <https://doi.org/10.5281/Zenodo.4407166>
- Arias, J. C., Jaldo, R. E., & Arias, J. C. (2017). *Neurociencia de las capacidades y los procesos cognitivos*. Editorial Brujas. <https://elibro.net/es/ereader/uta/77448>

- Barrig, L. (2020). Duración De La Psicoterapia Cognitivo Conductual En Adolescentes Con Trastornos Mentales Graves. *Interciencia*, 45(10), 454-460.
- Basto, A. Y. P. (2021). Intentos de suicidio y trastornos mentales. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(4).  
<https://www.redalyc.org/journal/1804/180468227014/>
- Bausela Herreras, E. (2013). *Funcionamiento ejecutivo: Conceptualización, desarrollo, evaluación e intervención*. Dykinson.  
<https://elibro.net/es/ereader/uta/56871>
- Brites de Vila, G. (2015). *Inteligencias múltiples (7a. Ed.)*.  
<https://elibro.net/es/ereader/uta/209579>
- Carbajo Vélez, M. del C. (2011). Historia de la inteligencia en relación a las personas mayores. *Tabanque : revista pedagógica*.  
<https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/182868>
- Carroll, J. B., & B, C. J. (1993). *Human Cognitive Abilities: A Survey of Factor-Analytic Studies*. Cambridge University Press.
- Centeno, C. V., Montalvo, A. G., López, V. M., Urdy, W. M., & Vásquez, K. E. (2020). Desregulación emocional, rumiación e ideación suicida en estudiantes que cursan estudios generales en una universidad pública de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 23(1), 5-22.  
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v23i1.18090>
- CEPALSTAT. (2021, abril 11). *Estadísticas e indicadores—Cepalstat Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas*.  
<https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?lang=es>

- Cerdá, M., Ganum, G., & Suárez-Bagnasco, M. (2013). Trastornos de la personalidad y placa aterosclerótica coronaria. *Revista Argentina de Cardiología*, 81(1), 39-44.
- Chen, W. Y., Wang, S., Peng, X., & Zhu, Y. (2021). Trait emotional intelligence and quality of life among breast cancer patients: The mediating role of fear of cancer recurrence. *International Journal of Nursing Practice*.  
<https://doi.org/10.1111/ijn.12953>
- Córdova Osnaya, M., Del Pilar Rosales Murillo, M., Caballero Avila, R., & Rosales Pérez, J. C. (2007). Ideación Suicida en Jóvenes Universitarios: Su Asociación con Diversos Aspectos Psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 17-21. <https://doi.org/10.48102/pi.v15i2.307>
- Danvila del Valle, I., & Sastre Castillo, M. (2010). *Inteligencia Emocional: Una revisión del concepto y líneas de investigación*. 20.
- Denis-Rodríguez, E., Barradas Alarcón, M. E., Delgadillo-Castillo, R., Denis-Rodríguez, P. B., Melo-Santiesteban, G., Denis-Rodríguez, E., Barradas Alarcón, M. E., Delgadillo-Castillo, R., Denis-Rodríguez, P. B., & Melo-Santiesteban, G. (2017). Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: Un meta análisis. *Ride. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 8(15), 387-418.  
<https://doi.org/10.23913/ride.v8i15.304>
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and Reliability of the Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>



- Gallego, A. G., Pérez, A. M., Fernández, V. F., Alcántara-López, M., & ... (2021). Life satisfaction in adolescents: Relationship with parental style, peer attachment and emotional intelligence. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 19(53), 51-74.  
<https://doi.org/10.25115/ejrep.v19i53.3425>
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. F., & Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: Un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8(2), 447-454.
- García-Haro, J., García-Pascual, H., & González, M. G. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 381-400.
- Gascon, B., Leung, Y., Espin-García, O., Rodin, G., Chu, D., & Li, M. (2021). Suicide Risk Screening and Suicide Prevention in Patients With Cancer. *JNCI Cancer Spectrum*, 5(4), pkab057. <https://doi.org/10.1093/jncics/pkab057>
- Gerstner, R. M. F., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffé, S., & Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>
- Goleman, D., McKee, A., & David, S. (2021). *Inteligencia emocional*. Editorial Reverté. <https://elibro.net/es/ereader/uta/209690>
- Gómez Restrepo, C., Bohórquez Peñaranda, A. P., Gil Lemus, L. M., Jaramillo, L. E., García Valencia, J., Bravo Narváez, E., de la Hoz Bradford, A. M., & Palacio, C. (2013). Evaluación del riesgo de suicidio en la guía de práctica clínica para diagnóstico y manejo de la depresión en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42, 3-11.

- Gómez-Molinero, R., & Guil, R. (2020). Boosting return to work after br  
The mediator role of perceived emotional intelligence. *Psycho-Oncology*,  
29(11), 1936-1942. <https://doi.org/10.1002/pon.5527>
- González, P. M., Ruiz, P., Treviño, L. J., García, J. B., Szerman, N., Al-Halabí, S.,  
Martínez, P. A. S., Mesa, E. M. D., & González, M. P. G.-P. (2014).  
Patología dual en trastornos de ansiedad: Recomendaciones en el tratamiento  
farmacológico. *Adicciones*, 26(3), 254-274.
- Hajibabae, F., A. Farahani, M., Ameri, Z., Salehi, T., & Hosseini, F. (2018). The  
relationship between empathy and emotional intelligence among Iranian  
nursing students. *International Journal of Medical Education*, 9, 239-243.  
<https://doi.org/10.5116/ijme.5b83.e2a5>
- Hansson Bittár, N., Falkstedt, D., & Sörberg Wallin, A. (2019). How intelligence and  
emotional control are related to suicidal behavior across the life course – A  
register-based study with 38-year follow-up. *Psychological Medicine*, 50(13),  
2265-2271. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002423>
- Henson, K. E., Brock, R., Charnock, J., Wickramasinghe, B., Will, O., & Pitman, A.  
(2019). Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. *JAMA  
Psychiatry*, 76(1), 51-60. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3181>
- Heynemann, S., Thompson, K., Moncur, D., Silva, S., Jayawardana, M., & Lewin, J.  
(2021). Risk factors associated with suicide in adolescents and young adults  
(AYA) with cancer. *Cancer Medicine*, 10(20), 7339-7346.  
<https://doi.org/10.1002/cam4.4246>
- Jarne Esparcia, A. (2013). *Psicopatología*. Editorial UOC.  
<https://elibro.net/es/ereader/uta/56378>

- Khatib, M. E., Alnteiri, M., & Qasemi, S. A. A. (2021). The Correlation Emotional Intelligence and Project Management Success. *IBusiness*, *13*(1), 18-29. <https://doi.org/10.4236/ib.2021.131002>
- Maldonado, J. M., & Romo, L. de L. E. (2015). Medición Del Riesgo Suicida, Bienestar Psicológico Y Estructura Familiar En Estudiantes De La Salud. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, *20*(1), 96-101.
- Mamani-Benito, O. J., Brousett-Minaya, M. A., Ccori-Zúñiga, D. N., & Villasante-Idme, K. S. (2018). La inteligencia emocional como factor protector en adolescentes con ideación suicida. *Duazary*, *15*(1), 39-50. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2142>
- Maureira Cid, F. (2018). *¿Qué es la inteligencia?* Bubok Publishing S.L. <https://elibro.net/es/ereader/uta/51359>
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, *17*(4), 433-442. [https://doi.org/10.1016/0160-2896\(93\)90010-3](https://doi.org/10.1016/0160-2896(93)90010-3)
- Megías, J. L., Romero, Y., Ojeda, B., Peña-Jurado, I., & Gutiérrez-Pastor, P. (2019). Belief in a Just World and Emotional Intelligence in Subjective Well-Being of Cancer Patients. *The Spanish Journal of Psychology*, *22*, E28. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.28>
- Mérida-López, S., Extremera, N., & Rey, L. (2018). Understanding the Links Between Self-Report Emotional Intelligence and Suicide Risk: Does Psychological Distress Mediate This Relationship Across Time and Samples? *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 184. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00184>
- Molero Moreno, C., Sáiz Vicente, E. J., & Esteban Martínez, C. (1998). Revisión histórica del concepto de inteligencia: Una aproximación a la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *30*(1), 11-30.

- Montero, E. S., & Morales-Rodríguez, F. M. (2021). Evaluation of Anxiety Risk, Daily Stress, Empathy, Perceived Emotional Intelligence, and Coping Strategies in a Sample of Spanish Undergraduates. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1418.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18041418>
- MSP. (2020, septiembre 10). *El MSP brinda atención y seguimiento a personas con riesgo suicida – Ministerio de Salud Pública*. <https://www.salud.gob.ec/el-msp-brinda-atencion-y-seguimiento-a-personas-con-riesgo-suicida/>
- Oh, C., Lee, D., Kong, H., Lee, S., Won, Y., Jung, K., & Cho, H. (2020). Causes of death among cancer patients in the era of cancer survivorship in Korea: Attention to the suicide and cardiovascular mortality. *Cancer Medicine*, 9(5), 1741-1752. <https://doi.org/10.1002/cam4.2813>
- Oliva, A., Suárez, L., Pertegal, M., Bermúdez, M., Jiménez, Á., Gómez, Á., & Reina, M. del C. (2011). *Instrumentos Para La Evaluación De La Salud Mental Y El Desarrollo Positivo Adolescente Y Los Activos Que Lo Promueven*. Junta de Andalucía, Secretaría General de Salud Pública y Participación. [https://www.formajoven.org/AdminFJ/doc\\_recursos/201241812465364.pdf](https://www.formajoven.org/AdminFJ/doc_recursos/201241812465364.pdf)
- OMS. (2019, septiembre 9). *Cada 40 segundos se suicida una persona*. <https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
- OMS. (2021, junio 17). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Ramos Ramos, P. (2017). *Inteligencia emocional: Control del estrés (3a. ed.)*. Editorial ICB. <https://elibro.net/es/ereader/uta/106679>

- Regner, E. (2008). Validez convergente y discriminante del Inventario de Emocional (EQ-i). *Interdisciplinaria*, 25(1), 29-51.
- Reyes, V. de la C. R., Romero, M. A., Arteaga, M. E. R., & Castillo, A. G. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(S5), 699-708.
- Rodríguez, U. E., Valle, Z. L. L., & Ospino, G. A. C. (2021). Ideación suicida, ansiedad, capital social y calidad de sueño en colombianos durante el primer mes de aislamiento físico por COVID-19: *Psicogente*, 24(45), 1-20.  
<https://doi.org/10.17081/psico.24.45.4075>
- Saati, M., NasiriZiba, F., & Haghani, H. (2021). The correlation between emotional intelligence and self-esteem in patients with intestinal stoma: A descriptive-correlational study. *Nursing Open*, 8(4), 1769-1777.  
<https://doi.org/10.1002/nop2.818>
- Saavedra, J. E., & Vargas, H. B. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 75(1), 19-28.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2015). *Kaplan and Sadock. Sinopsis de Psiquiatría*. Wolters Kluwer. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/uta-ebooks/detail.action?docID=6359487>
- Sarráis Oteo, F. (2016). *Psicopatología*. Eunsa.  
<https://elibro.net/es/ereader/uta/47310>
- Soto Aguilar, F., Lermenda, V., Holmgren, D., & Sapag, F. (2013). Trastorno esquizoafectivo. ¿Cuánto de esquizofrenia? ¿Cuánto de bipolar? *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 51(1), 46-60.
- Suárez, Y., Restrepo, D., Caballero, C., Palacio, J., Suárez, Y., Restrepo, D., Caballero, C., & Palacio, J. (2018). Exposición a la Violencia y Riesgo

Suicida en Adolescentes Colombianos. *Terapia psicológica*, 36(2)

<https://doi.org/10.4067/S0718-48082018000200101>

Urra Portillo, J. (2019). *La huella de la desesperanza: Estrategias de prevención y afrontamiento del suicidio*. Ediciones Morata, S. L.

<https://elibro.net/es/ereader/uta/166494>

Valladolid, M. N. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 81-85.

Vanegas Garcia, J. H., Duque Parra, J. E., & Restrepo de Mejía, F. (2020).

*Conciencia: Perspectiva filosófica y neurobiológica*. 35.

Wechsler, D. (1943). Non-intellective factors in general intelligence. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38(1), 101-103.

<https://doi.org/10.1037/h0060613>

Weiss Roberts, L., & Trockel, M. (2016, junio). *Guía de Estudio DSM-5*.

<https://www.medicapanamericana.com/VisorEbookV2/Ebook/9788498359756?token=21b35d03-fe84-4682-ba4a->

[955720d4445f#{%22Pagina%22:%22415%22,%22Vista%22:%22Buscador%22,%22Busqueda%22:%22paranoide%22}](https://www.medicapanamericana.com/VisorEbookV2/Ebook/9788498359756?token=21b35d03-fe84-4682-ba4a-955720d4445f#{%22Pagina%22:%22415%22,%22Vista%22:%22Buscador%22,%22Busqueda%22:%22paranoide%22})

Zaorsky, N. G., Zhang, Y., Tuanquin, L., Bluethmann, S. M., Park, H. S., &

Chinchilli, V. M. (2019). Suicide among cancer patients. *Nature*

*Communications*, 10, 207. <https://doi.org/10.1038/s41467-018-08170-1>

Zhang, Y., Li, W., Zhang, Z., Sun, H., Garg, S., Yang, Y., & Wang, H. (2020).

Suicidal Ideation in Newly-Diagnosed Chinese Cancer Patients. *Frontiers in*

*Psychiatry*, 11, 708. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00708>

## ANEXOS

### Anexo A. Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)

#### INSTRUCCIONES:

Señale con una (X) en la respuesta en la pregunta que considere adecuada a su situación.

PREGUNTAS:	RESPUESTAS	
	VERDADERO	FALSO
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.		
7. Mi futuro me parece oscuro.		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11. Todo lo puedo ver por delante de mí es más		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo.		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera.		

15. Tengo una gran confianza en el futuro.		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.		
18. El futuro me parece vago e incierto.		
19. Espero más bien épocas buenas que malas.		
20. No merece la pena que intente conseguir algo		
PUNTUACIÓN TOTAL		



Anexo B. Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)

TMMS-24

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5

18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.					
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5