



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y SU INCIDENCIA EN EL
COMPORTAMIENTO SUICIDA EN LOS PACIENTES DE CONSULTA
INTERNA Y EXTERNA, EN LAS ÁREAS DE PSICOLOGÍA Y
PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE
LATACUNGA”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Landázuri Jiménez, Eliana Elizabeth

Tutora: Ps. Cl. Guadalupe Núñez, Sara Verónica

Ambato-Ecuador
Julio 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: “TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y SU INCIDENCIA EN EL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN LOS PACIENTES DE CONSULTA INTERNA Y EXTERNA, EN LAS ÁREAS DE PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA” de Eliana Elizabeth Landázuri Jiménez, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Enero del 2014

LA TUTORA

.....
Ps. Cl. Sara Verónica Guadalupe Núñez

AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y SU INCIDENCIA EN EL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN LOS PACIENTES DE CONSULTA INTERNA Y EXTERNA, EN LAS ÁREAS DE PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Enero del 2014

LA AUTORA

.....
Eliana Elizabeth Landázuri Jiménez

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regularidades de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

LA AUTORA

.....
Eliana Elizabeth Landázuri Jiménez

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema “TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y SU INCIDENCIA EN EL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN LOS PACIENTES DE CONSULTA INTERNA Y EXTERNA, EN LAS ÁREAS DE PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA” de la señorita Eliana Elizabeth Landázuri Jiménez, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Julio del 2014

Para constancia firman

.....
Presidente/a

.....
Primer Vocal

.....
Segundo Vocal

DEDICATORIA

Dedico este presente trabajo a Dios por ser el padre de todo

A mis padres por todo el esfuerzo, amor y dedicación que han puesto en mí

A mi novio por ser mi compañero en mi camino

A la Doctora Médico Flor Criollo por sus enseñanzas dentro del Hospital, y por permitirme realizar este proyecto de investigación durante mis prácticas respectivas.

A mi Tutora de investigación, por su guía y experiencia profesional durante el desarrollo de este trabajo, gracias por el apoyo y el tiempo brindado.

Eliana Landázuri

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme fuerza, la cual guía mi sendero , a mis padres que son el pilar fundamental de mi vida , siempre han estado apoyándome en las decisiones que he tomado a lo largo de mi camino, agradezco a mi novio por estar junto a mí en los momentos de angustia frustración y alegrías; por ser la persona que camina junto a mí; además, mi agradecimiento por su asesoría a la Psicóloga Clínica Sara Guadalupe Núñez por su aporte científico y su valioso don de gente, también por ser más que una tutora, una amiga

Eliana Landázuri

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

A. PÁGINAS PRELIMINARES

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
ÍNDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN	xii
SUMMARY	xv
INTRODUCCIÓN	xvii

B. TEXTO

CAPÍTULO I	1
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1.- Tema	1
1.2.- Planteamiento del Problema	1
<i>1.2.1.- Contextualización</i>	<i>1</i>
<i>1.2.1.1.- Nivel Macro</i>	<i>1</i>
1.2.1.2.- Nivel Meso	4
<i>1.2.1.3.- Nivel Micro</i>	<i>7</i>
1.2.2.- <i>Análisis Crítico</i>	<i>12</i>
1.2.3.- <i>Prognosis.....</i>	<i>13</i>
1.2.4.- <i>Formulación del Problema</i>	<i>14</i>
1.2.5.- <i>Preguntas directrices</i>	<i>14</i>
1.2.6.- <i>Delimitación del objetivo de la investigación</i>	<i>14</i>
1.2.6.1.- <i>Delimitación de Contenido.....</i>	<i>14</i>
1.2.6.2.- <i>Delimitación Espacio</i>	<i>14</i>
1.2.6.3.- <i>Delimitación Temporal</i>	<i>14</i>

1.2.6.4.- <i>Delimitación poblacional</i>	15
1.3.- <i>Justificación</i>	15
1.4.- <i>Objetivos</i>	16
1.4.1.- <i>Objetivo General</i>	16
1.4.2.- <i>Objetivos Específicos</i>	16
CAPÍTULO II	17
MARCO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes Investigativos.....	17
2.2 Fundamentación Filosófica.....	22
2.3 Fundamentación Psicológica.....	22
2.4 Fundamentación Legal.....	23
2.5 Fundamentación Teórica.....	28
2.5.1 <i>Salud Mental</i>	28
2.5.2 <i>Psicología clínica</i>	28
2.5.3 <i>Psicopatología</i>	30
2.5.4 <i>Trastornos de Personalidad</i>	31
2.5.5 <i>Sociedad</i>	45
2.5.6 <i>Comportamiento social</i>	47
2.5.7 <i>Conducta</i>	48
2.5.8 <i>Comportamiento Suicida</i>	51
2.6 Formulación de Hipótesis	59
2.6.1. <i>Hipótesis General</i>	59
2.6.2. <i>Hipótesis Particulares</i>	59
2.7 Señalamiento de Variables.....	59
CAPÍTULO III	60
MARCO METODOLÓGICO	60
3.1 Enfoque de la investigación	60
3.2 Modalidad básica de investigación.....	60
3.3 Nivel y tipo de investigación	61
3.4 Población y muestra.....	61
3.5 Operacionalización de las variables	63
3.6 Técnicas e instrumentos.....	65

3.7 Plan de recolección de información	66
CAPÍTULO IV	68
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	68
4.1 Análisis e interpretación de resultados	68
4.2 Verificación de la Hipótesis	88
4.2.1 HIPÓTESIS GENERAL	92
4.2.2 HIPOTESIS ESPECÍFICAS.....	92
CAPÍTULO V	94
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	94
5.1 CONCLUSIONES.....	94
5.2 RECOMENDACIONES.....	95
CAPÍTULO VI.....	97
PROPUESTA	97
6.1 Datos Informativos	97
6.2 Antecedentes de la propuesta	98
6.3 Justificación	99
6.4 Objetivos	100
6.4.1 <i>General:</i>	100
6.4.2 <i>Específicos:</i>	100
6.5 Análisis de factibilidad	100
6.6 Fundamentación científica técnica	101
6.7 Metodología-Plan de acción.....	114
6.8 Administración de la Propuesta.....	119
6.9 Plan de monitoreo y evaluación (Previsión de la Evaluación).....	119
C. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
BIBLIOGRAFÍA	121
ANEXOS	127
ANEXO 1.....	127
ANEXO 2.....	132

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Árbol de Problema	11
Gráfico N° 2 Red de inclusiones Conceptuales	25
Gráfico N° 3 Constelación de ideas de la variable independiente	26
Gráfico N° 4 Constelación de ideas de la variable dependiente	27
Gráfico N° 5 Muestra de estudio de acuerdo al sexo	68
Gráfico N° 6 Muestra de estudio de acuerdo a la edad	69
Gráfico N° 7 Incidencia de trastornos de personalidad.....	71
Gráfico N°8 Factores de comportamiento suicida	83
Gráfico N° 9 Riesgo de comportamiento suicida	87
Gráfico N° 10 Gráfico de barras	90

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Operacionalización de la variable independiente.....	63
Tabla N° 2 Operacionalización de la variable dependiente.....	64
Tabla N° 3 Plan de recolección de información	66
Tabla N° 4 Muestra de estudio de acuerdo al sexo	68
Tabla N° 5 Muestra de estudio de acuerdo a la edad	69
Tabla N° 6 Incidencia de trastornos de personalidad.....	70
Tabla N° 7 Trastorno Paranoide	72
Tabla N° 8 Trastorno Esquizoide.....	73
Tabla N° 9 Trastorno Esquizotípico.....	74
Tabla N° 10 Trastorno Histriónico.....	75
Tabla N° 11 Trastorno Antisocial	76
Tabla N° 12 Trastorno Narcisista	77
Tabla N° 13 Trastorno Límite.....	78
Tabla N° 14 Trastorno Narcisista	79
Tabla N° 15 Trastorno Dependiente	80
Tabla N° 16 Trastorno por Evitación	81
Tabla N° 17 Factores de comportamiento suicida	82

Tabla N° 18 Factor de Intento Autolítico Previo	84
Tabla N° 19 Factor de intensidad de la ideación actual	85
Tabla N° 20 Factor de Sentimientos de desesperanza.....	85
Tabla N° 21 Factores asociados.....	86
Tabla N° 22 Riesgo de comportamiento suicida	87
Tabla N° 23 Estadísticos Descriptivos de la Investigación	88
Tabla N° 24 Tabla de Contingencia-Trastornos de Personalidad y Comportamiento Suicida.....	89
Tabla N° 25 Pruebas de Chi-Cuadrado	91
Tabla N° 26 Pruebas Regresión Lineal	91
Tabla N° 27 Fase I de la Propuesta	114
Tabla N°28 Fase II de la Propuesta.....	115
Tabla N°29 Fase III de la Propuesta	116
Tabla N°30 Fase IV de la Propuesta	117
Tabla N°31 Fase V de la Propuesta	118
Tabla N°32 Fase VI de la Propuesta	118
Tabla N°33 Presupuesto de la Propuesta.....	119

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

**“TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y SU INCIDENCIA EN EL
COMPORTAMIENTO SUICIDA EN LOS PACIENTES DE CONSULTA
INTERNA Y EXTERNA, EN LAS ÁREAS DE PSICOLOGÍA Y
PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE
LATACUNGA”**

Autor: Landázuri Jiménez, Eliana Elizabeth

Tutor: Ps. Cl. Guadalupe Núñez, Sara Verónica

Fecha: Enero 2014

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como objetivo determinar la incidencia de los Trastornos de Personalidad en el Comportamiento suicida en los pacientes de consulta interna y externa, en las áreas de psicología y psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga, fue contextualizado a nivel del Ecuador, en la Provincia de Cotopaxi y la Ciudad de Latacunga. Metodológicamente la información se obtuvo mediante la aplicación del Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV de Trastornos de Personalidad y de la Escala de riesgo suicida de Plutchik, teniendo como muestra a 60 personas, posterior a un análisis de los resultados obtenidos como se demuestra con el cálculo del “Chi-cuadrado” (χ^2), haciendo uso del software de análisis de datos “SPSS”, donde se obtuvo como conclusión que: [χ^2 (27)= 38,1870, $p < 0.05$]. Por otro lado la Prueba de Regresión Lineal indicó que: F (1,58)=6,552, $P < 0,05$. Por lo cual queda comprobado la Hipótesis General de Investigación que indica que los Trastornos de Personalidad inciden en el Comportamiento suicida en los pacientes de consulta externa de las áreas de psicología y psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga.

Reflejado la incidencia de la problemática la autora de la investigación recomienda trabajar en un programa de intervención psicológica basada en la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis, puesto que la misma constituye un abordaje ideal para modificar rasgos de personalidad negativos y desadaptativos, ya que se trabaja en los pensamientos inflexibles, los mismos que ocasionan dichas conductas autodestructivas que determinan el Comportamiento Suicida.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNOS_PERSONALIDAD, INCIDENCIA, COMPORTAMIENTO_SUICIDA

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**"PERSONALITY DISORDERS AND THEIR IMPACT ON SUICIDAL
BEHAVIOR IN PATIENTS OF INTERNAL AND EXTERNAL
CONSULTATION, IN THE FIELDS OF PSYCHOLOGY AND
PSYCHIATRY OF THE PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL OF
LATACUNGA"**

Author: Jiménez Landázuri, Elizabeth Eliana

Tutor: Ps. Cl. Guadalupe Núñez, Sara Verónica

Date: January 2014

SUMMARY

This research work was to determine the incidence of personality disorders in suicidal behavior in patients with internal and external consultation in the areas of psychology and psychiatry General Provincial Hospital of Latacunga was contextualized level of Ecuador, in Cotopaxi Province and the City of Latacunga. Methodologically the information was obtained by applying the IPDE assessment questionnaire module DSM- IV Personality Disorders and the Scale Plutchik suicide risk , with the sample at 60 people , after an analysis of the results as demonstrated with the calculation of the " Chi -squared " (χ^2) , making use of data analysis software " SPSS " , which it was obtained as a conclusion that [$\chi^2 (27) = 38.870$, $p < 0.05$] . Furthermore the linear regression analysis indicated that: $F (1,58) = 6.552$, $P < 0.05$. Which is proven by the General Research Hypothesis indicating that Personality Disorders affect suicidal behavior in outpatient areas of psychology and psychiatry at Provincial General Hospital Latacunga.

Reflected the impact of the problems the author of the research recommends working in a psychological intervention program based on rational emotive behavior therapy of Albert Ellis, since it is an ideal for changing negative personality traits and maladaptive approach, as it works inflexible thinking, the same self-destructive behaviors that cause those that determine the Suicide Behavior.

KEYWORDS: PERSONALITY_DISORDERS, SUICIDAL_BEHAVIOR, INCIDENCE

INTRODUCCIÓN

El suicidio es considerado un fenómeno complejo, el cual ha atraído la atención de filósofos, teólogos, médicos de diversa índole. Tratándose de un problema grave de salud pública según la OMS, el tema en cuestión requiere más importancia que muchos otros, pero desgraciadamente su control y prevención no es tarea fácil de aplicar en distintos sectores de la población.

Al suicidio se le concibe hoy en día como una condición psicológica en la cual interactúan diferentes factores como pueden ser: genéticos, biológicos, sociológicos, psicológicos y ambientales. Los cuales determinan un patrón conductas entorno a las ideas de muerte, lo cual es caracterizado como el comportamiento suicida.

De los factores psicológicos que intervienen en esta problemática de comportamiento suicida es posible determinar que se hace necesario el análisis de un aspecto fundamental de los individuos con esta condición, aquel factor es el de la personalidad, el cual llega a ser un elemento fundamental a tener en cuenta para evaluar el riesgo de suicidio en las personas, debido a que el patrón de comportamientos establecidos a lo largo de la vida, brindan una visión que podría predecir el modo de enfrentamiento y reacción que establezca un sujeto.

De aquí la necesidad de investigar este fenómeno psicológico, en favor de analizar dentro de personas con comportamiento suicida, los tipos de personalidad más relevantes que poseen, para que de esta manera sirva como un elemento predictor de las formas de actuar que pueden desarrollar los pacientes. Además de establecer que en medida de que una personalidad se presenta con trastorno, puede incidir de manera directa en la exacerbación de los síntomas de intentos de suicidio.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- Tema

“Trastornos de Personalidad y su incidencia en el Comportamiento Suicida en los pacientes de consulta interna y externa, en las áreas de Psicología y Psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga”

1.2.- Planteamiento del Problema

1.2.1.- Contextualización

1.2.1.1.- Nivel Macro

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) revela que el suicidio se ha convertido en una dificultad que aqueja a la salud pública, determinando que en las edades de 18 a 44 años es una de las principales causas de muerte. Según esta entidad en los últimos 50 años se ha incrementado el suicidio en un 60% según estadísticas de las tasas de morbilidad. Referente a esto los datos globales indican que de acuerdo a cada persona que realiza un suicidio consumado existen 20 individuos que presentan intentos autolíticos fallidos. Como resultado de esto se constata que alrededor de un millón de personas se suicidan anualmente. Por lo que la OMS estima que para el año 2020 existirá un incremento global del 50% de suicidios; dando como referencia que 1,53 millones de personas podrían morir por esta causa, siendo las poblaciones subdesarrolladas las que presentarían más vulnerabilidad en consecuencia de los altos índices de pobreza y dificultades que atraviesan estos sectores de la sociedad

Haciendo referencia al estudio realizado por la OMS se puede mencionar que el suicidio se ha convertido en una constante solución a los diversos problemas que aquejan el estado psíquico del individuo, pues indican un creciente porcentaje de incidencia, teniendo mayor relevancia en aquellas personas que manifiestan una tendencia a presentar un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, la afectividad, y una notable impulsividad;

dándose en diversos contextos; síntomas que pertenecen a los trastornos de personalidad.

Guibert (2003) de acuerdo a sus estudios realizados en las áreas hospitalarias más importantes de Cuba, con el desarrollo de investigaciones con pacientes de riesgo suicida, indica que los intentos suicidas predominan en el género femenino con un 60,8 % del total. En base a la edad cronológica donde se observa mayor incidencia de esta problemática, determina que el rango de 25 a 39 años de edad es donde se presentan cifras mayores reflejando un grado de afectación del 41,3%. Además señala que la población de raza blanca con un 58,69% representa un porcentaje mayor de los casos que se conocen sobre riesgo de suicidio. Como dato adicional destaca que la asociación entre trastornos de la personalidad y el riesgo suicida es un punto a tomar en cuenta, ya que se ha observado que al menos la tercera parte de los pacientes suicidas presentan condiciones de alteración de su personalidad, siendo los tipos límite, antisocial e histriónico los que presentan una tendencia mayor a padecer estas condiciones.

Estos datos permiten estimar que el nivel de riesgo suicida en la Región de América Latina, está mayoritariamente presente en mujeres, y los periodos vitales de la juventud y adultez constituyen las etapas donde de forma más prevalente se presenta esta condición determinando así la población de referencia que tiende a ser vulnerable en esta problemática.

García (2007) en referencia a los Trastornos de Personalidad señala que son un tipo de patología psicológica que progresivamente toma importancia en la sociedad actual, esto a causa de la sintomatología clínica que presentan estos pacientes, lo cual es un aspecto que en la mayoría de casos dificulta de gran manera el desarrollo del tratamiento, debido a la frecuencia en la interrupción de la terapia que se emplea; dando como resultado una tendencia mayor a la reincidencia de los síntomas, y las consecuencias que se originan a nivel de la salud mental por los actos autolíticos y los efectos que los mismos producen tanto en la sociedad como en la atención de salud pública.

En base a la información mencionada se puede decir que los individuos que presentan trastornos de la personalidad reflejan una tendencia marcada hacia un patrón de desvaloración de sí mismos en la instancia donde están próximos a conseguir una meta; comprendiendo de esta forma la inconsistencia en la participación constante de los tratamientos psicológicos a los que pueden asistir. De esta manera se origina un incremento en el índice de procesos psicoterapéuticos fallidos, los cuales traen como efectos las recaídas de las personas, las mismas que conviven con la recriminación tanto propia como a nivel parental, conyugal y familiar; produciéndose a corto plazo sentimientos de soledad y en lo posterior el desarrollo de un comportamiento suicida.

Mosquera (2004) analiza que en las personas que sobrellevan trastornos de la personalidad, una característica descriptiva es el cambio radical que enmarca su criterio sobre las demás personas. De esta forma los sujetos pueden considerar a los demás individuos como entes de apoyo incondicional y contención emocional, o por el contrario pueden percibirlos como personas que les provocan conflicto e inestabilidad. En estas circunstancias los pacientes con desórdenes de la personalidad tienden a idealizar a los individuos que les brindan seguridad, y establecen parámetros de un pensamiento rígido y a la vez exigente en el modo de cómo ven al resto de personas; desde este punto se considera que este tipo de pacientes reflejan dificultades para tolerar las situaciones e individuos que no concuerdan con sus expectativas individuales.

Se agregará a lo expuesto que las personas con trastornos de personalidad muestran como particularidad un desarrollo de esquemas cognitivos cimentados en base a la inflexibilidad y generalización de las actitudes y pensamientos que poseen, pues reflejan una tendencia a catalogar a sus pares de una manera rigurosa formando de esta manera esquemas mentales que simbolizan patrones rígidos en conducta y comportamiento, haciendo a su vez que el ambiente afectivo que rodea al individuo se desarrolle de manera inestable en concordancia a la distorsión cognitiva que el sujeto formó.

Para finalizar con la contextualización macro es importante mencionar que los trastornos de la personalidad se encuentran estrechamente relacionados con los factores biopsicosociales de una persona; pues los individuos que padecen este tipo de trastorno con frecuencia reflejan dificultades en su propia identidad, generando conflictos entre los intereses y valores propios; además de sensaciones de incertidumbre acerca de sí mismo y una postura inflexible en la personalidad que poseen.

Las personas con este trastorno también muestran una tendencia a percibir los elementos externos en medidas absolutistas, considerando únicamente los puntos extremos entre lo bueno y lo malo. El modo de percepción sobre otras personas puede cambiar de una manera muy variable. De acuerdo a esto una persona puede resultar agradable en una primera instancia y luego de cierto tiempo podría ser percibida con un desprecio desmedido. Estos cambios repentinos en los sentimientos del individuo de manera insistente trasladan al establecimiento de relaciones de carácter intenso, que ha posterior pudiesen centrarse en el desarrollo de comportamiento suicida producto de la relación afectiva inestable.

1.2.1.2.- Nivel Meso

González (2011) en concordancia con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador sugiere un estudio de análisis sobre la intencionalidad suicida dentro del territorio ecuatoriano, donde determina que existe una relación de 19 a 1 entre la tentativa de suicidio y la ejecución del suicidio consumado. De acuerdo a esta investigación se menciona también que los sujetos que reflejan intención suicida con frecuencia recurren a estas medidas como un medio de escape frente a una situación que parece imposible de sobrellevar. Además se indica que en la mayoría de los casos, quienes efectúan actos suicidas atraviesan la frustración por la angustia que les representa los sentimientos de culpa, sus propios pensamientos de un ambiente inestable, los sentimientos de vergüenza frente a las actitudes individuales, o la sensación de que deben evitar ser una carga para las personas que lo rodean, anteponiéndose a sí mismos en calidad de víctima en base al rechazo, pérdida, o la transitoria soledad que experimentan. Los resultados de este estudio indican de

manera adicional que alrededor de 801 personas mueren anualmente a causa del suicidio y que otros 352 individuos fallecen debido a situaciones no programadas o a intentos autolíticos de origen indeterminado, que constituirían un punto de referencia de suicidios ocultos. Como análisis global de la mencionada investigación se hace alusión a que en un período de 8 años hasta el 2011 el suicidio se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública y que el número de casos que se presentan se ha incrementado en los últimos años de manera gradual y progresiva en las asistencias de emergencia primaria del Ecuador, donde se especifica que el método que utilizan con mayor frecuencia las personas que se suicidan es la asfixia seguida del registro de casos de muerte por intoxicación debido a plaguicidas. Con estos datos; el estudio mencionado concluye que el grado de prevalencia de esta problemática en Ecuador es similar a los otros países que componen América del Sur.

En referencia al estudio señalado cabe destacar la importancia del suicidio como problemática dentro de la población, además de las cualidades específicas que determinan a las personas que poseen intencionalidad suicida; que en modo sintético son individuos de características emocionales inestables en su personalidad, siendo éste un factor que juega un papel fundamental para fijar la vulnerabilidad a padecer esta condición. De los distintos tipos de trastornos de personalidad que existen el que más se apega a las características de dicha inestabilidad es el tipo Límite, el cual contiene parámetros diagnósticos que reflejan una mayor tendencia hacia el comportamiento suicida; sin embargo no se descarta la probabilidad de que el resto de trastornos de la personalidad puedan incidir también de manera directa con el desarrollo de los intentos autolíticos.

Según la Asociación Psiquiátrica Americana – APA (1996) en los estudios de prevalencia incluidos en su manual de diagnóstico DSM-IV, se estima que el 2% de la población general padece trastorno de personalidad de tipo límite, y que además componen el 10% de los casos registrados en asistencia de salud mental, dando a conocer que los pacientes con este trastorno representan el 20% del total de ingreso de personas en evaluación psiquiátrica. Esta entidad

adicionalmente señala que el 30% y el 60% de las poblaciones clínicas en áreas hospitalarias padecen algún trastorno de la personalidad.

Referente a los trastornos de personalidad, APA (1996) en su manual DSM-IV indica que el curso de desarrollo de este tipo de trastornos tiene una importante variedad. El aspecto más común es que al inicio de la edad adulta estos sujetos presenten características de una inestabilidad marcada en sus actitudes y pensamientos, reflejando etapas en las que existen dificultades sobre el control afectivo en relación con los demás y la presencia de características que denotan inflexibilidad del individuo. Según el manual diagnóstico el deterioro originado de estas patologías mentales se observa con mayor repercusión en los primeros años de la adultez de la persona y van decreciendo paulatinamente con la edad, además estima que al sobrepasar los 40 o 50 años de edad; la mayor de las personas con trastornos de la personalidad llegan a un estado de conflicto en la labor profesional y en el desenvolvimiento de las relaciones sociales.

Breilh (2008) de acuerdo a investigaciones sobre la incidencia del suicidio en el Ecuador, indica que las provincias que reflejan un índice mayor en presencia de casos de suicidio son: Carchi, Imbabura, Pichincha, Morona Santiago, Cañar, y Azuay. Además el estudio muestra que la asistencia de la Cruz Roja ecuatoriana refiere la atención de aproximadamente 400 intentos de suicidio de forma anual, añadiendo también que en el transcurso del año 2007, en la Policía Judicial de Pichincha se atendieron 139 casos relacionados con suicidios consumados, de los cuales se ubican porcentajes entre el 25% y 30% de muertes de sujetos adolescentes.

Referente a investigaciones sobre el suicidio, Bobes (2004) señala que esta problemática es una de las más relevantes dentro de los trastornos de atención psiquiátrica. Además menciona que los factores de riesgo suicida más representativos son los registros de intentos autolíticos previos y el padecimiento previo de un trastorno mental. Basándose en un análisis epidemiológico informa de manera adicional que cerca el 90% de los casos de suicidios están asociados a la comorbilidad con algún trastorno mental, específicamente relacionados con

esquizofrenia, trastornos de ansiedad, de la afectividad y de la personalidad, de los cuales el estudio muestra que el trastorno de personalidad límite es el que con mayor periodicidad se presenta en los casos de comportamiento suicida.

De acuerdo a la información antes mencionada es posible notar que los trastornos de personalidad guardan una relación importante en el desarrollo del comportamiento suicida; puesto que este tipo de trastornos mentales incide de forma general en la inestabilidad de las características personales del individuo y así se producen condiciones para intentos autolíticos.

Para finalizar con la contextualización meso cabe denotar que el suicidio en el Ecuador se ha incrementado de manera constante y progresiva, poniendo en consideración el registro significativo de estos casos en el país. Así mismo esta condición que afecta a la salud mental de los individuos se encuentra exacerbada por la presencia de otros trastornos mentales como son los trastornos de personalidad, que con su característica de inflexibilidad en cognición y afectos hacen que se incremente la vulnerabilidad a presentar un grado alto de intencionalidad suicida.

1.2.1.3.- Nivel Micro

Hidalgo y Perdomo (2013) transmiten el análisis de las entrevistas realizadas a diferentes profesionales tanto de instituciones de Salud como de centros educativos de la ciudad de Latacunga para referirse sobre la incidencia del suicidio en la población; refiriéndose a los aspectos psicológicos que intervienen y las medidas que se toman actualmente. Partiendo de esto se registra esta información:

-El Dr. Jorge Villa, miembro del cuerpo docente de la Universidad Técnica de Cotopaxi (UTC), en entrevista realizada por Radio Latacunga el martes 10 de septiembre del 2010, menciona que el índice de casos de suicidios en la provincia de Cotopaxi va en aumento. Además indica lo siguiente: “No se suicida la persona que es demasiado fuerte o débil, se suicida la persona que tiene un trastorno psicopatológico”. En referencia al tema destacó con una explicación la

importancia de considerar los aspectos que sean necesarios para identificar la sintomatología del comportamiento suicida. Durante la entrevista mencionada también señala que: “es necesario observar los puntos clave como el cambio de ánimo, el decaimiento de la voluntad, el aislamiento de la sociedad o también la depresión enmascarada que les lleva al suicidio”. Frente a esto, el profesional añade argumentaciones que sintetizan las cuatro fases que según su consideración forman parte del ciclo que cumple la persona con comportamiento suicida, en base a lo cual indica: “Se inicia desde la idea, continúa con la amenaza, el comportamiento y finalmente termina en el acto suicida”. Con la descripción de toda la problemática informa además que distintos profesionales e instructores de la provincia han tomado parte en el abordaje de las medidas de solución, impartiendo talleres educativos en la mayoría de escuelas y colegios de la zona urbana, con el objetivo de que los centros de enseñanza puedan hacer uso de las normas necesarias para prevención y actúen oportunamente frente a este problema social. El Dr. Jorge Villa durante la misma entrevista informó que existe la aplicación de una campaña de prevención del suicidio alrededor de la provincia, la misma que ha tenido su inicio desde enero de 2012, siendo dirigida de manera primordial a la población adolescente, ya que brinda como reseña que en el transcurso del 2011 se conocieron 14 casos de suicidio de jóvenes y en 2012 se evidenciaron 11 casos, sin embargo no se ha abordado con eficacia aun el problema en la población adulta. De acuerdo a esto, el profesional menciona: “Hemos logrado concienciar a los adolescentes y desactivar esa idea suicida, ahora el gran reto es la población adulta, la cual también está afectada con este fenómeno”.

-Según el Dr. Guillermo Corrales, responsable de Actividades de Salud Mental de la Dirección Provincial de Salud de Latacunga, hace referencia que durante el 2011 se conoció la existencia de 30 casos de suicidio consumado en la población. Indica que el 50% de esas personas lo conformaban niños y adolescentes en el rango de 10 a 19 años de edad, por otro lado el porcentaje restante se asoció a individuos que sobrepasaban los 20 años. El profesional de la salud indica también que en el año 2012 se reconocieron 44 casos de esta problemática y que en el desarrollo del 2013 las cifras han incrementado notablemente, dando como

referencia que en el periodo de enero hasta mayo del mencionado año se evidenciaron al menos 21 casos, y durante el resto del 2013, se ha obtenido información de 71 casos de intencionalidad suicida, de los cuales fueron 27 en género masculino y 44 del género femenino.

De acuerdo a la información descrita en el artículo referido se puede observar la opinión de profesionales que han realizado actividades concernientes al estudio y prevención de esta problemática, con lo cual se puede deducir que la incidencia de riesgo de suicidio está presente en un nivel alto en la población, reflejando que las cifras de casos registrados va en aumento paulatinamente con el tiempo. Es posible indicar también que el fenómeno psicológico tiene un proceso que presenta como último punto la realización de los suicidios consumados, por lo cual es importante indagar los aspectos psicológicos que giran alrededor de las personas que padecen esta condición, siendo importante la atención en la población de nivel adulto de los individuos.

La consecución continua de actos suicidas en la mayoría de ocasiones constituye un modo de afrontamiento al estrés de problemas emocionales cotidianos debido a la inestabilidad personal que generan. Los datos de las guías clínicas según la APA (2002), señalan que la tasa de mortalidad por suicidio posee relación con el trastorno límite de la personalidad por el cual llega a tener una incidencia del 10%.

De la información antes expuesta se puede deducir que el comportamiento suicida se ve incrementado cuando hay la presencia de trastornos de la personalidad, puesto que los patrones inflexibles de comportamiento juegan un papel fundamental en el desarrollo de este tipo de conductas autolíticas y se relaciona estrechamente con las características diagnósticas de tipos específicos de personalidad en su gran mayoría el trastorno límite. Por esta razón es fundamental determinar la severidad de la incidencia no solo del trastorno de personalidad mencionado sino del resto de trastornos de personalidad con el fin de establecer como este tipo de condiciones que afectan para que se produzca un mayor nivel de riesgo de suicidio.

Para finalizar con esta contextualización cabe destacar la importancia que requiere el estudio de los trastornos de la personalidad en el comportamiento suicida, puesto que la morbilidad de los desórdenes de la personalidad es frecuente, devastadora y a su vez tan poco conocida, así como también presenta un abordaje terapéutico inadecuado. Esta problemática que se origina en base a patologías mentales subyacentes, constituye una de las dificultades más graves que se pueden padecer en la atención clínica. Los sujetos que sobrellevan estos trastornos cimientan su personalidad en la rigidez de actitudes mostradas en el ambiente que conviven, en especial dentro de la esfera afectiva e interpersonal. Las condiciones de inestabilidad e inflexibilidad de pensamientos y emociones se convierten en cambios de ánimo muy evidente y sobre todo llevado hacia la exageración. El sistema emocional de estas personas muestra la tendencia a funcionar de una forma desmedida, de modo que la totalidad de experiencias se viven de manera drástica. Por consiguiente los individuos con trastornos de personalidad al presentar estos síntomas tienen más riesgo de suicidio y de autolesiones según las circunstancias vitales que posean, porque se pueden generar distorsiones a nivel cognitivo hasta límites imprevistos en su comportamiento y así generan mayor vulnerabilidad a la intencionalidad suicida.

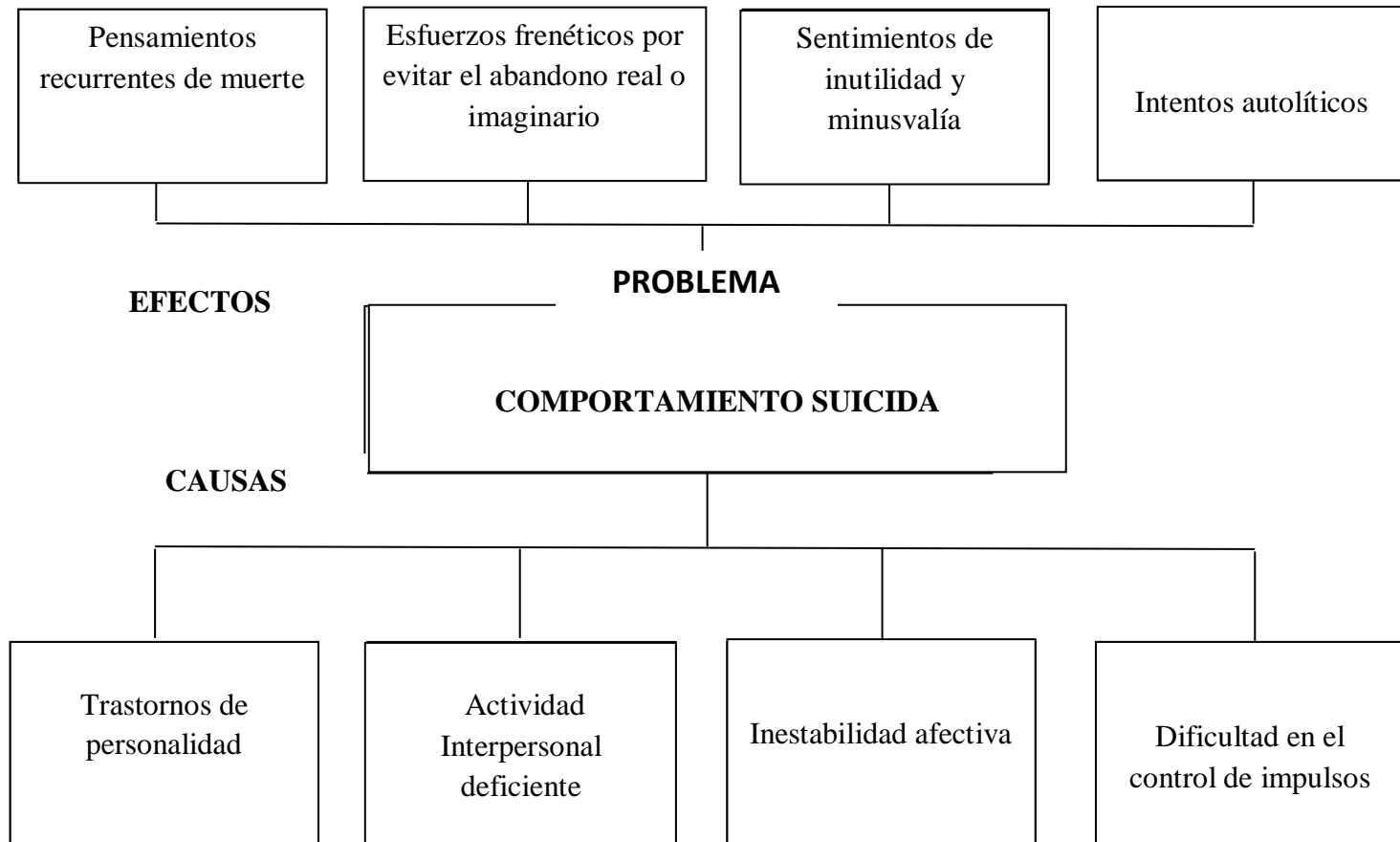


Gráfico N° 1 Árbol de Problema
Autor: Eliana Landázuri
Fuente. Tesis de investigación

1.2.2.- Análisis Crítico

La personalidad de un individuo se constituye como el conjunto de características que lo identifican como sujeto. Dentro de este aspecto se relacionan distintas áreas tanto de desarrollo personal como de interacción con el contexto social. Cuando una persona experimenta situaciones en las que se le hace difícil manejar su comportamiento en varias condiciones individuales y sociales, se presentan los Trastornos de Personalidad; los cuales fundamentalmente se ven originados en el establecimiento de un patrón de conductas inflexibles que reflejan un deterioro significativo de las principales áreas del ser humano, pudiendo de esta manera desencadenar pensamientos y creencias que afectan a la estabilidad mental, como es el caso de los pacientes que padecen estados de depresión, los cuales evidencian creencias irracionales en torno a la maximización de los problemas; o también los pacientes con comportamiento suicida que expresan comúnmente pensamientos recurrentes de muerte.

El escenario para el desarrollo de un trastorno de personalidad trae consigo la manifestación de déficit en la actividad interpersonal, ya que se constituye como un área vital que presenta deterioro en esta condición. En individuos con riesgo suicida este aspecto se encuentra muy presente, puesto que las actitudes de gestos o conducta suicida conforman el esfuerzo frenético por evitar el abandono real o imaginario al cual se ven enfrentados en su sensación de impotencia para asumir una situación, por lo cual también es frecuente observar que estos sujetos presentan sentimientos de inutilidad y minusvalía como producto de la inestabilidad emocional de una personalidad de características rígidas.

Un factor influyente en los trastornos de personalidad es la dificultad para controlar impulsos propios, lo cual se encuentra también dentro de los comportamientos suicidas y tiene relación en el desencadenamiento de intentos autolíticos, así como también en una serie de acciones autodestructivas en contra de la vida que certifican que esta problemática de estudio es de gran prevalencia en la sociedad.

1.2.3.- Prognosis

Las complicaciones que conlleva el comportamiento suicida tienen referencia con el padecimiento de condiciones secundarias, síntomas, u otros trastornos de aspecto psicológico que son originados por los actos de intencionalidad suicida. En la mayoría de escenarios de personas que atraviesan estas condiciones, no existe una claridad en la diferenciación entre síntomas de comportamiento suicida y sus complicaciones, puesto que la mayoría de los intentos de suicidio presentes en el comportamiento suicida no terminan en muerte. Varios de los intentos suicidas que lleva a cabo una persona se ven frustrados debido a condiciones adversas que impiden un suicidio consumado. Estos intentos autolíticos con frecuencia simbolizan la señal de alarma que comunica la persona sobre la condición de inestabilidad que está atravesando.

Un comportamiento suicida de no ser atendido adecuadamente con terapia psicológica, radicaría en el origen de una tendencia autodestructiva, la misma que comprende todas las conductas orientadas hacia la autoagresión indirecta o directa, sea contra sí mismo o contra un grupo social. Los signos presentes en el comportamiento suicida por consiguiente requieren ser tomados con la debida atención para su adecuada prevención en salud mental y de esta forma evitar que se produzcan efectos psicológicos aún mayores como el desarrollo de conductas antisociales, el consumo deliberado de sustancias psicotrópicas y una persistente inestabilidad emocional que perjudique el equilibrio mental de los pacientes con este tipo de conflictos y se produzcan incrementos en los índices de muerte por suicidio.

Algunas personas parecen poseer una inclinación hacia la conducta suicida en relación a las características personales que las identifican. Al estudiar este aspecto es necesario tomar en cuenta la población más vulnerable. Así, los trastornos de personalidad constituyéndose como un patrón inflexible de inestabilidad de las principales áreas del ser humano, sitúan al individuo en un nivel de mayor riesgo de realizar conductas suicidas.

Es por esa razón que se le asocia a los trastornos de personalidad con la conducta suicida, debido a que las personas que reflejan ese patrón de conductas y pensamientos rígidos estables en el tiempo manifiestan un alto grado de propensión a las actividades autodestructivas, por consiguiente el manejo adecuado de esta problemática fomentara la prevención de los casos de suicidio registrados en la población.

1.2.4.-Formulación del Problema

¿Inciden los Trastornos de Personalidad en el comportamiento suicida en los pacientes de consulta interna y externa, en las áreas de Psicología y Psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga?

1.2.5.- Preguntas directrices

1. ¿Qué Trastorno de Personalidad es el más frecuente?
2. ¿Qué tipo de factor es el de mayor prevalencia en el comportamiento suicida?
- 3.- ¿Es posible establecer una solución que permita mejorar la calidad de vida de los pacientes de consulta interna y externa, en las áreas de Psicológica y Psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga?

1.2.6.- Delimitación del objetivo de la investigación

1.2.6.1.- Delimitación de Contenido

CAMPO: Psicología Clínica

AREA: Comportamiento suicida

ASPECTO: Trastornos de personalidad

1.2.6.2.- Delimitación Espacio

Áreas de Psicología y Psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga.

1.2.6.3.- Delimitación Temporal

Período comprendido entre Octubre 2013 - Enero 2014.

1.2.6.4.- Delimitación poblacional

Pacientes de consulta interna y externa, en las áreas de Psicología y Psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga.

1.3.- Justificación

La razón por la cual se plantea el presente trabajo de investigación es con el propósito de destacar la importancia del abordaje psicológico de la conducta suicida. Puesto que en consulta hospitalaria es frecuente la presencia de casos de intentos de suicidio y por ello es necesario establecer la debida prevención de este tipo de problema. Al dirigir el estudio del comportamiento suicida, se hace gran referencia al tipo de personalidad que se está presentando como base de esta conducta que refleja inestabilidad emocional y puede considerarse como un factor de gran incidencia en el desarrollo de esta condición.

De acuerdo a la misión y visión institucional del Hospital Provincial General de Latacunga, se concibe como una unidad de referencia provincial que atiende a usuarios con equipos de trabajo multidisciplinario para prestar servicios de salud integral, respetando su identidad, educación y cultura, por lo cual mantiene un compromiso social para brindar una ayuda optimizada en el campo de la Psicología Clínica, y por consiguiente faculta para que el desarrollo de la presente investigación potencialice la intervención brindada en estos casos.

El presente estudio está motivado por el interés profesional del investigador ante el problema seleccionado, logrando una factibilidad de la investigación en su intervención en salud mental a través del área de consulta interna y externa, en las áreas de Psicología y Psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga debido a que el mismo presta las facilidades y colaboración del departamento Psicológico y Psiquiátrico para atender directamente los casos que se requieren para la investigación de la problemática investigada

El problema planteado es original pues su estudio causa un impacto social, al referirse de un tema de gran frecuencia en la atención Psicológica Hospitalaria. Se pretende hacer un trabajo investigativo en el que se reconozca el valor y la

importancia de la incidencia que producen los Trastornos de Personalidad sobre los pacientes que presentan comportamiento suicida, y que a la vez esto sirva como un aporte provechoso que contribuya al bienestar social de las personas en estudio.

1.4.- Objetivos

1.4.1.- Objetivo General

Determinar si los Trastornos de personalidad inciden en el comportamiento suicida en los pacientes de consulta interna y externa, en las áreas de Psicológica y Psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga.

1.4.2.- Objetivos Específicos

- Indagar en el tipo de Trastorno de la Personalidad de mayor incidencia en el comportamiento suicida.
- Identificar el factor de mayor relevancia en el comportamiento suicida
- Establecer una solución que permita mejorar la calidad de vida de los pacientes de consulta interna y externa, en las áreas de Psicológica y Psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos

Valdés (2004) señala que mayor índice de comportamiento suicida se refleja con intentos de suicidio previos, y que además esta condición se presenta en mayor frecuencia con la ingesta de medicamentos como métodos letales para provocar la muerte, por otro lado comenta también que existen áreas principales de en conflicto en estos tipos de pacientes, entre las que destacan el padecimiento de trastornos de adaptación y en un alto porcentaje la presencia de trastornos de personalidad que dificultan el tratamiento de salud mental de estos casos.

De lo expuesto es posible deducir que el padecimiento de trastornos de personalidad va a determinar en gran relevancia la efectividad de los tratamientos psicológicos a nivel de la salud mental, puesto que la presencia de los mismos representa una área de conflicto que es necesaria tomar en cuenta en los planes terapéuticos de este tipo de pacientes.

Torres (2005) manifiesta que dentro de los desórdenes psiquiátricos de mayor incidencia asociados a la conducta suicida, se muestra la prevalencia del padecimiento de trastornos de personalidad; los cuales constituyen una condición específica de vulnerabilidad para el desarrollo de la sintomatología observada en las personas con intentos de suicidio, determinando una alta cronicidad de la patología mental cuanto se presentan ambas situaciones.

De la información descrita cabe concluir que la presencia de una condición psicológica desfavorable generalmente se encuentra acompañada del padecimiento de otras alteraciones, puesto que el escenario donde se dan los trastornos psicológicos

son multifactoriales. Analizando este punto es posible señalar que en los pacientes con comportamiento suicida la presencia de otros trastornos de origen mental constituye un factor que se observa con gran frecuencia, por consiguiente los trastornos de personalidad que comúnmente se presentan con periodicidad forman parte del grupo de patologías que se encuentran asociadas a los intentos de suicidio y que de una manera importante elevan la posibilidad de que los cuadros sintomatológicos tengan características de carácter crónico.

Díaz (2006) menciona que los individuos que presentan intentos de suicidio presentan como aspecto inductor principal la presencia de trastornos a nivel emocional, lo que se manifiesta por el afrontamiento a los factores de estrés que exacerbaban la condición. Referente a esto señala que los antecedentes personales influyen de gran manera en esta patología, puesto que con frecuencia se determina que pacientes que presentan antecedentes de trastornos de personalidad generan mayor inclinación a practicar intentos de suicidio.

De lo antes mencionado es importante destacar la relevancia que comprenden los antecedentes personales en el comportamiento suicida, puesto que los desórdenes a nivel de la personalidad individual potencializan a la disminución de las capacidades óptimas para enfrentar los factores de estrés lo cual es un aspecto esencial observado en las personas con intentos de suicidio.

Espinoza (2009) indica que los trastornos de personalidad representan un importante aspecto en las personas con riesgo de cometer un suicidio. Partiendo de esto señala que el trastorno de personalidad límite es el que se encuentra con predominancia en estos individuos, determinado por las características de inestabilidad emocional que hacen que estos cuadros psicológicos tengan una mayor cronicidad.

La información anteriormente descrita resalta la relevancia de los trastornos de personalidad en el comportamiento suicida, específicamente el desorden de tipo

límite constituye la condición prevalente en este tipo de casos, debido a las propias características que enmarcan el trastorno que generan mayor vulnerabilidad a que las personas deseen cometer un suicidio.

Micin (2011) señala que dentro de los servicios de salud; la conducta suicida se presenta como una patología muy frecuente donde se observa con determinación la presencia conjunta de otras alteración a nivel psicológico, entre ellas los desórdenes de personalidad que por sus cualidades de inflexibilidad potencializan a que las personas con intentos de suicidio se muestren con características más rígidas, lo cual disminuye la efectividad de los tratamientos psicológicos aplicados.

Partiendo de lo mencionado es importante tomar en cuenta que las características propias de inflexibilidad provenientes de los trastornos de personalidad son el escenario común para que se presenten otras alteraciones a nivel psicológico. De esta forma es posible determinar que en personas con comportamiento suicida este aspecto constituye uno de los factores esenciales que incrementan la cronicidad de los síntomas y por consiguiente es necesaria la planificación de tratamiento óptimo que aborden de manera conjunta dichas condiciones.

Castro (2013) indica: “El estudio concluye que los porcentajes referentes a las conductas autodestructivas del 100% de adolescentes tenemos la Ingesta de Alcohol o marihuana que altera su estado de ánimo y de conciencia con un 76%, Cortes en la Piel y Golpes con 63%, posteriormente un 58% que corresponde a realizar cosas peligrosas sin pensar en las consecuencias, compartiendo el porcentaje se encuentra a adolescentes que piensan que la vida es aburrida, dentro de un 54% está la Persistencia Patológica, subsiguientemente poseemos un 53% de Tolerancia al Alcohol, un 52% de la población de adolescentes consideran que usar anticonceptivos es innecesario”.

De la información obtenida de esta investigación cabe destacar que la población que manifestó conductas autodestructivas, presentan niveles altos de incidencia en la inclinación a acciones que denotan impulsividad. De esta manera es factible evidenciar y hacer una relación de que los individuos con comportamiento suicida que están guiados principalmente en conductas autodestructivas, denotan características que indican un manejo inadecuado de los impulsos.

López (2013) Menciona; “La investigación concluye que de todos los factores psicológicos y sociales que influyeron en la comisión de delitos de Droga realizados a través de la encuesta, que existió disfunción familiar ya que se encontraron aspectos que determinan esta situación como: un 80% relaciones afectivas inadecuadas en su niñez, un 45% de desestructuración a nivel familiar, donde también influyó la situación económica con el 90% y el entorno donde se desarrollaron con el 90% de la muestra seleccionada, lo que permite determinar que si incidió en la aparición de un estilo y rasgo de personalidad definido, lo que a su vez desencadenó en la comisión de delitos de tenencia y expendio de sustancias Psicotrópicas.”

Con el análisis de los datos provenientes del estudio es considerable señalar que la presencia de un estilo de personalidad definido tiene una estrecha relación con la experiencia vital del sujeto en sus etapas evolutivas así como también con la interacción dentro de su entorno. De esta manera se puede asociar que un trastorno específico de personalidad muestra características persistentes que identifican a un individuo y que éstas son el producto del desarrollo individual y social adecuado del sujeto.

Rodríguez (2010) indica: “El estudio permitió establecer y confirmar que el género femenino presenta una mayor prevalencia con respecto a todas las conductas suicidas, siendo el intento la conducta que más prevaleció por encima del género masculino, quienes utilizan métodos más letales como; corte con objeto filudo, ahogarse, asfixiarse o ahorcarse, mientras que el género femenino acude a la ingesta de pastillas, un dato interesante indica que ninguno de los evaluados utiliza métodos

como; una arma de fuego o tirarse a un carro para lograr su objetivo, dato que pone en manifiesto que la efectividad del intento depende de la accesibilidad que el sujeto tiene frente a los métodos”

Los resultados de esta indagación determinan un dato interesante ya que se puede establecer que los métodos de mayor calibre son utilizados por el género masculino, sin embargo, el género femenino constituye un porcentaje mayor de intento autolítico por la disponibilidad y accesibilidad en cuanto a material se refiere, siendo la ingesta de pastillas un componente potencial de este problema. Por consiguiente, es posible deducir que mientras exista una disposición evidente de herramientas externas que promuevan el comportamiento suicida, mayor será el riesgo de padecer esta condición.

Peralta y Pesantez (2013) mencionan que: “La investigación demostró que el 57.38 % de los pacientes con intento de suicidio internados en el CRA según la escala de tentativa de suicidio de Beck tuvieron un grado de intencionalidad moderado, seguida de 39.34% con riesgo alto y finalmente el 3.28% con riesgo bajo. Estos datos obtenidos del medio no coinciden con estudios llevados a cabo en otros países en los cuales se demuestra que el grado de intencionalidad es más bien alto”.

Esta investigación nos muestra que existe una variación del nivel de riesgo suicida dentro del territorio ecuatoriano en referencia a países extranjeros, determinando que en el contexto de estudio se encuentra mayoritariamente un nivel moderado de suicidio, sin embargo, las cifras que se muestran en el estudio indican que es una problemática en ascenso con una inclinación a que se presente con mayor incidencia en la sociedad y por lo cual requiera atención de abordaje psicológico.

Legido (2012) menciona que: “Los conflictos maritales (aumento de las discusiones, separación matrimonial) y la modificación de hábitos personales son acontecimientos vitales que identifican particularmente bien a los sujetos con riesgo de presentar conductas suicidas”.

Las derivaciones de este estudio permiten identificar que los sujetos con comportamiento suicida padecen de dificultades en el ámbito personal individual, así como también en interacción con el medio en el que se desarrollan. De lo cual se puede concluir que las personas con riesgo suicida se caracterizan por presentar un gran número de problemas en las principales áreas personales.

2.2 Fundamentación Filosófica

Para la presente investigación se utilizará el paradigma crítico-propositivo ya que tiene como base la construcción del conocimiento con el fin de alcanzar la clarificación del problema planteado, mediante la verificación de los casos que se dan en el hospital Provincial General de Latacunga.

De acuerdo a estos paradigmas se basa en los principios de causalidad y objetividad, tomando como sentido de importancia los procesos más que en los resultados y en defensa como criterio de verdad la práctica social.

Por una parte esta investigación entrará el cuestionamiento de los pautas que determinan las condiciones psicológicas de los trastornos de personalidad y los cuadros sintomatológicos del comportamiento suicida, haciendo un análisis de los factores que intervienen en estas situaciones, y por otro lado con un enfoque propositivo guiara los caminos de abordaje terapéutico de estas dificultades .

2.3 Fundamentación Psicológica

Uno de los problemas de mayor incidencia en los pacientes de consulta externa en el área de Psicología es el comportamiento suicida, de allí la importancia de investigación psicológica para la adecuada comprensión mediante la aplicación de corrientes psicológicas y de técnicas que servirán tanto para abordar la las actitudes suicidas del paciente como realizar la favorable identificación de la presencia latente de trastornos de personalidad.

La Corriente Cognitivo Conductual es un enfoque de la psicología clínica que tiene como finalidad aliviar los síntomas y cambiar el estilo de cómo la persona se presenta

en su contexto. Se basa en el supuesto de que el funcionamiento adecuado del pensamiento asegura la mejor forma de enfrentarse a los problemas que el individuo experimenta, además instituye que el cambio de creencias o pensamientos negativos promueve la salud mental. Además desde esta perspectiva es posible entender que tanto las emociones como las conductas tienen su origen en el pensamiento, el cual dependiendo si posee características de racional o irracional, determina el bienestar o malestar psicológico del individuo.

Una de las terapias dentro de la corriente cognitivo-conductual es la terapia cognitiva de Aaron T. Beck, que junto con la terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis, se centralizan en la reestructuración del pensamiento con el fin de obtener una visión más clara del contexto personal. Para esta corriente las situaciones que experimenta el individuo no son en sí lo que provocan las emociones y conducta, sino más bien es lo que el sujeto piensa sobre la situación lo que incide predominantemente. Por lo cual es concerniente el uso de este enfoque en el estudio psicológico donde se investigará la influencia que ejerce los trastornos de personalidad en el comportamiento suicida, para modificación de esquemas mentales de esta problemática.

2.4 Fundamentación Legal

La presente investigación se encuentra fundamentada en bases legales de la constitución de la república del Ecuador, dando como referencia los aspectos generales sobre las políticas de salud en el país.

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR (2008)

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

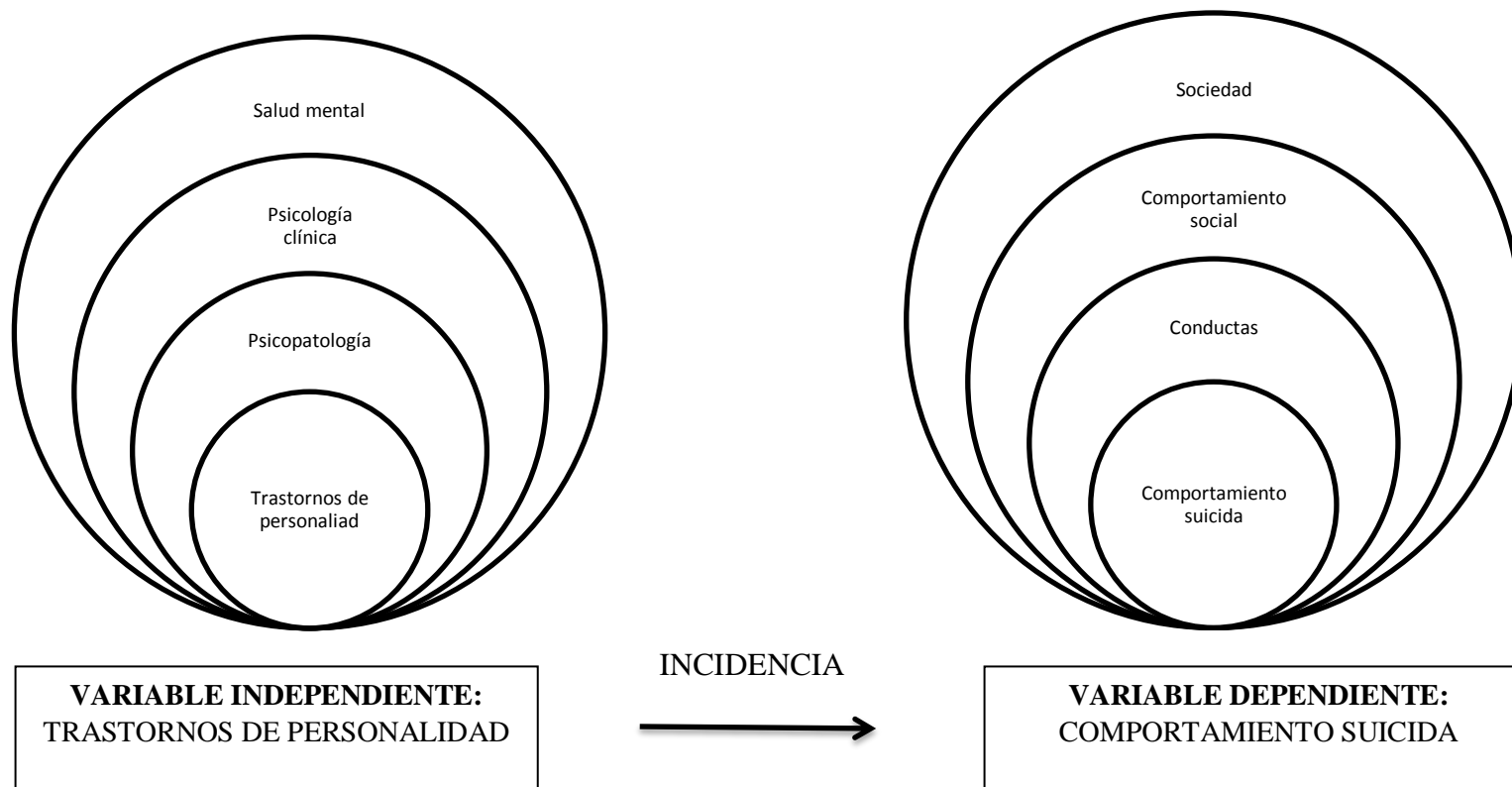


Gráfico N° 2 Red de inclusiones Conceptuales
Autor: Eliana Landázuri
Fuente. Tesis de investigación

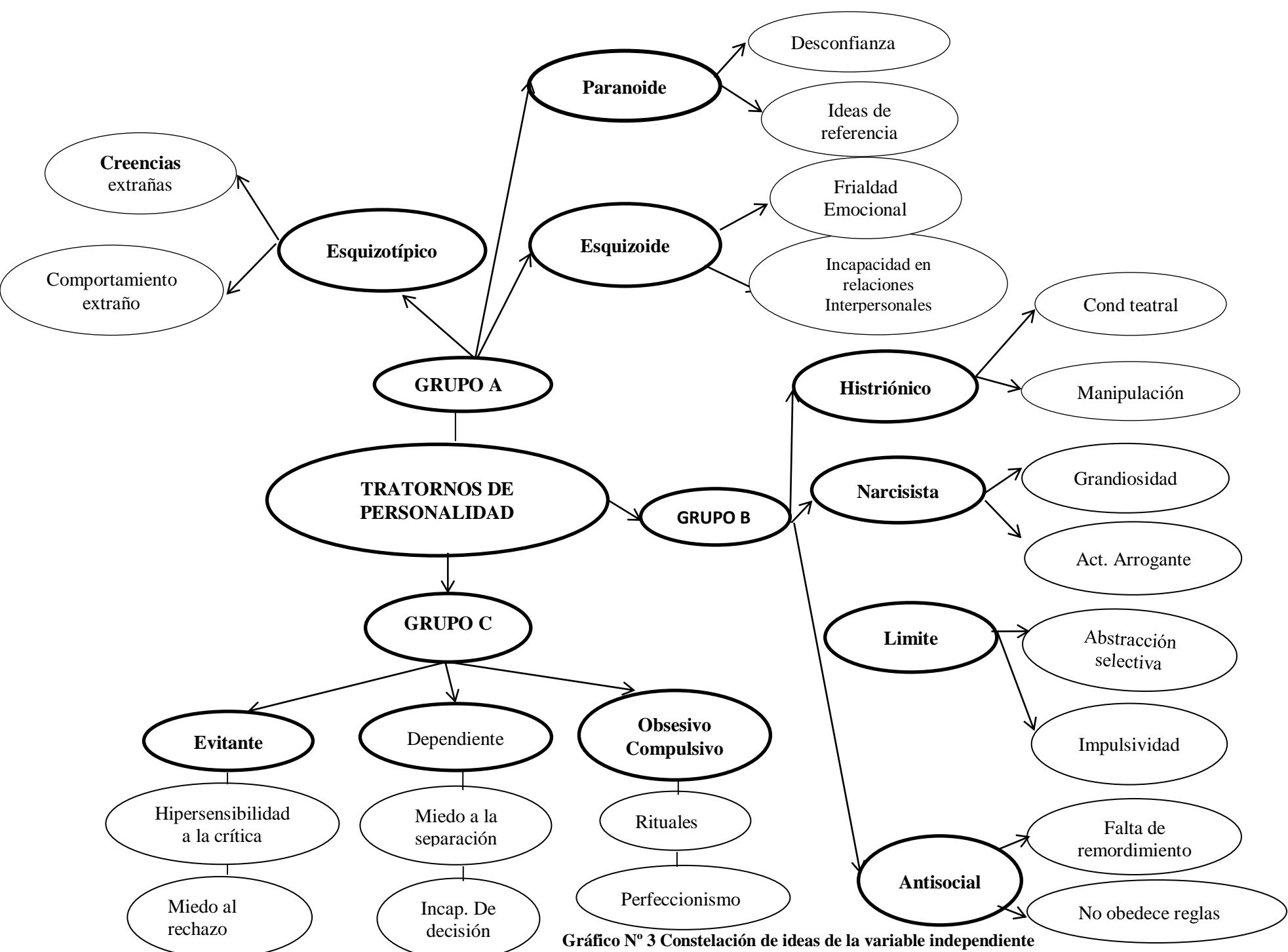


Gráfico N° 3 Constelación de ideas de la variable independiente
 Autor: Eliana Landázuri
 Fuente. Tesis de investigación

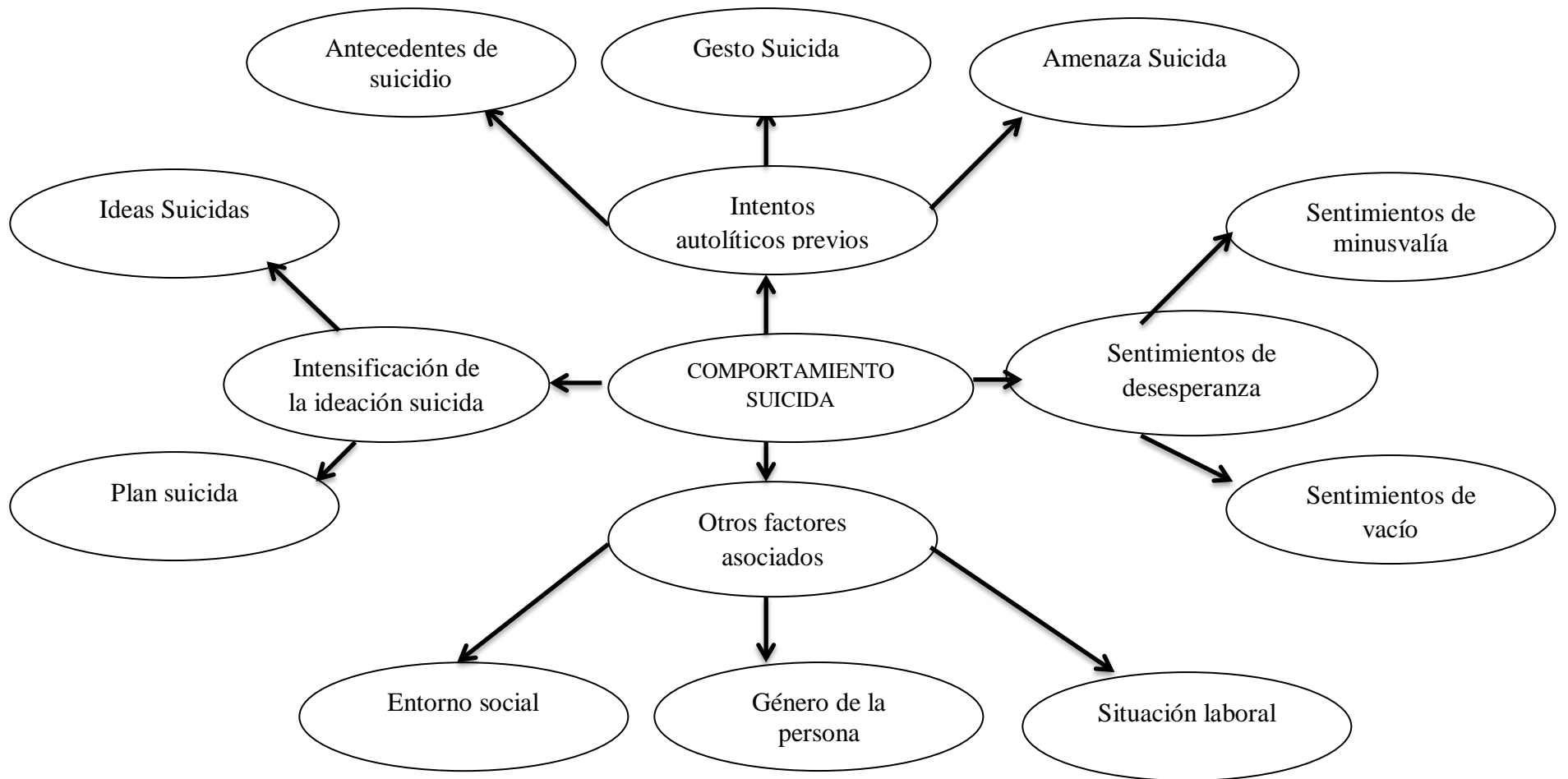


Gráfico N° 4 Constelación de ideas de la variable dependiente
Autor: Eliana Landázuri
Fuente. Tesis de investigación

2.5 Fundamentación Teórica

Categorías Fundamentales

2.5.1 Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud OMS (2013), define la salud mental como un estado en el que el ser humano es capaz de reconocer las características propias y los aportes personales que ejerce, así como también la capacidad de mantener un control adecuado sobre situaciones que le provocan tensión en el convivir diario, lo cual le permite actuar en su contexto de manera propositiva en favor de la sociedad.

La salud mental es un aspecto fundamental de las personas y se encuentra asociado con la vida cotidiana individual. Simboliza la forma en cómo el sujeto se relaciona con los elementos que constituyen su entorno, como son el ambiente familiar, laboral, académico y social. Esta área de la salud además está en concordancia con la capacidad de la persona para solventar las necesidades que la experiencia diaria le exige y también la forma en cómo se alcanza un equilibrio de los aspectos individuales de sí mismo. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2001).

En concordancia con estas definiciones es posible determinar que la salud mental constituye el bienestar biopsicosocial del individuo y comprende cómo la persona es capaz de desarrollar un adecuado funcionamiento en todas las áreas de relación de su vida, manejando una adecuada tolerancia a frustraciones y a dificultades que atraviese cotidianamente

2.5.2 Psicología clínica

Los conceptos de la psicología clínica han ido evolucionando según el tiempo, haciendo una retrospectiva de los aportes más relevantes, se toma en cuenta la siguiente información:

Goldemberg (1973) indica que es una ciencia que deriva de la psicología, la cual basa sus fundamentos en la aplicación y la investigación de los preceptos de esta

especialidad sobre la acción de ayudar al individuo a adquirir un funcionamiento eficaz por medio del alivio de las tensiones que experimenta.

Korchin (1976) señala que esta ciencia utiliza técnicas especializadas que permiten optimizar la situación actual de un individuo que atraviesa dificultades, mediante la comprensión de su conducta personal; aplicando además los recursos de investigación necesarios para que el sujeto alcance una eficacia progresiva de todos los aspectos de su vida.

Colegio Oficial de Psicólogos de España (1988) comentan que este tipo de especialidad se enfoca en el abordaje de los fenómenos psicológicos que se producen en un individuo, mediante el estudio amplio que realiza de la conducta individual, además indican también que el desarrollo de ciencia gira entorno a actividades concernientes a la salud, en cuestión de rehabilitación de personas que padecen cierta condición desfavorable, tratamiento de aspectos personales de índole mental, evaluación de las condiciones psicológicas y prevención de la salud de acuerdo a todos los aspectos personales.

Por su parte Resnick (1991) la entiende como una rama proveniente de la psicología, la cual investiga y presta sus servicios para promover el bienestar del individuo en todos sus aspectos personales, además menciona que para esto se fundamenta en la aplicación de los conocimientos teóricos y técnicos que permiten el abordaje de las dificultades que la persona atraviesa en su conducta propia o con los factores de relación social o emocional.

Sintetizando la información escrita es posible referenciar que la psicología clínica ha tenido un avance significativo en cuestión del abordaje científico que realiza. Esto tomando en cuenta que en un principio se la consideraba únicamente como un método de estudio de la conducta humana, sin embargo, mediante su progreso es posible observar como su campo de acción abarca una comprensión amplia de los fenómenos psíquicos que se producen en la persona, además esta ciencia constituye el desarrollo investigativo de los métodos de cómo se evalúa los aspectos psicológicos de un

individuo, fundamentándose técnicamente en la observación, análisis, diagnóstico y tratamiento de las condiciones desfavorables que aquejan a la salud mental de un individuo y de la sociedad partiendo desde un enfoque en que destaca el valor del ser humano.

2.5.3 Psicopatología

Es posible entender a este término desde su etimología donde brinda como significado que es la ciencia que se basa en el estudio o tratado de los padecimientos o condiciones de enfermedad que conciernen la salud mental. Desde este punto cabe mencionar que este aspecto es comprendido desde distintos enfoques de acuerdo a cómo se concibe el funcionamiento adecuado de las funciones psíquicas del ser humano, y esto dependerá mucho de los avances científicos que cada perspectiva experimente.

Maher (2001) hace referencia a que el avance que ha demostrado la ciencia de la psicobiología ha permitido conocer aportes importantes para el desarrollo de esta área de estudio de la psicología de acuerdo a los aspectos biológicos que inciden en la conducta humana. Además menciona que el progreso que ha tenido este aspecto ha sido debido al destacado crecimiento que ha conseguido la psicología experimental en el tratamiento de las patologías de índole mental. Partiendo de esto indica también que en los modelos que estudian esta característica es posible denotar ciertas diferencias, por una parte desde un punto de vista psicodinámico los aspectos psicológicos de un sujeto son los que mayormente toman importancia para determinar las patologías mentales; y por otro lado desde una orientación biomédica se destaca con mayor relevancia las irregularidades que una persona tenga en su aspecto biológico inciden en el curso normal de su salud mental, sea esto de origen de anomalías a nivel neurológico o genético las cuales son indispensables de tratamiento médico. Con esto da a conocer la forma en cómo cada uno de estos modelos entienden el tratamiento o abordaje de los trastornos mentales.

En este sentido, analizando esta información cabe mencionar que la eficacia de tratamiento de enfermedades de índole mental comprende la conjugación de ambos puntos de vista anteriormente comentados, puesto que los trastornos mentales no se producen únicamente por origen biológico o genético, sino además por una importancia relevante de los procesos psicológicos que emanan del individuo en interacción con su ambiente. Sin embargo, no es adecuado tomar estos dos aspectos por separado ya que las condiciones en las que una persona padece de una enfermedad mental son tan únicas como variables y pueden desprenderse de varios orígenes, por lo que, lo más pertinente en este caso convendría abordar ambas perspectivas, en favor de promover una salud mental óptima del individuo.

2.5.4 Trastornos de Personalidad

Eysenk (1992) hace referencia a que este tipo de trastornos despliega como cualidad una modalidad en la que intervienen aspectos físicos, de temperamento y carácter presentes de forma estable en un individuo a lo largo de su vida, y afirma que tiene relación con el adecuado funcionamiento de la adaptación al contexto que lo rodea.

Mediante esta perspectiva es posible entender a la personalidad como el patrón complejo de características psicológicas que definen a un sujeto. Esto en base al modo en el que una persona se pone en relación con el medio y determina sus propias cualidades. En las circunstancias donde la forma de personalidad de un individuo le dificulta adaptarse funcionalmente a su ambiente, constituye el escenario para que se den los Trastornos de Personalidad, los cuales impiden a la persona desarrollarse adecuadamente en su contexto debido principalmente a aspectos rígidos de su modo de personalidad. Por consiguiente un trastorno de personalidad está determinado por todas las dificultades que afectan la regularidad de las relaciones interpersonales que un sujeto experimenta, siendo su causa un aspecto de análisis puesto que puede ser de origen genético o debido a los procesos psicológicos que la persona ha desarrollado en sus ciclos de vida.

Para un estudio específico de estos trastornos, la Asociación Psiquiátrica Americana - APA (1996) en su manual DSM-IV, brinda como referencia los criterios diagnósticos para Trastornos de la personalidad, los cuales van a ser usados en la presente investigación como referente de los parámetros que determinaran este tipo de patologías:

Criterios generales para el trastorno de personalidad según el DSM-IV

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

- (1) cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
- (2) afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
- (3) actividad interpersonal
- (4) control de los impulsos

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

El DSM-IV brinda una clasificación acertada para categorizar a estos trastornos, entendiéndolos desde las características esenciales que determinan a cada persona, de acuerdo a eso divide a estos trastornos en tres grandes tipos: GRUPO A, donde incluyen los desórdenes excéntricos (Paranoide, Esquizotípico, Esquizoide), Grupo B, que abarca los desórdenes dramáticos, emocionales o erráticos (Histriónico, Narcisista, Límite, Antisocial) y Grupo C, para los trastornos ansiosos o temerosos (Dependiente, Evitativo, Obsesivo Compulsivo). A continuación se hacen referencia a cada uno de esos tipos de trastornos, así como también a los criterios diagnósticos que el mencionado manual de uso en el campo de la psicología establece.

GRUPO A

Criterios diagnósticos de trastorno de personalidad paranoide según el DSM-IV

Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

- (1) sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar
- (2) preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios
- (3) reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra
- (4) en las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores
- (5) alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios
- (6) percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar
- (7) sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel

La particularidad más significativa de los individuos con trastorno de personalidad paranoide es la presencia de la sensación de desconfianza que tienen sobre el resto de personas, de acuerdo a esto, estos sujetos se presentan de una forma suspicaz, reflejando actitudes hostiles y de resentimiento como respuesta a las circunstancias del contexto que perciben como un factor de amenaza. En este tipo de trastorno resalta además de manera importante el modo en el que los sujetos se ven a sí mismos como víctimas de los demás, se auto consideran personajes justos, por lo cual plantean en su percepción que las personas a su alrededor poseen actitudes malintencionadas o ejercen algún tipo de daño y tienen que ser puestos a prueba.

En el ambiente emocional estos individuos experimentan de forma reiterativa incertidumbre acerca del afecto que reciben de personas importantes en su vida. Es común en pacientes con este tipo de trastornos la frecuencia que reflejan para poner en tela de juicio la fidelidad de pareja, amigos y familiares, lo que generalmente desemboca a que presenten conflictos de relación con su ambiente. Adicionalmente los resultados o conclusiones negativas a las que lleguen en cada experiencia que someten a prueba, determina que se acreciente creencias irracionales que promueven desconfianza e inseguridad de los demás.

Criterios diagnósticos de trastorno de personalidad esquizotípico según el DSM-IV

Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

- (1) ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia)
- (2) creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o «sexto sentido»; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas)
- (3) experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales
- (4) pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobre elaborado o estereotipado)
- (5) suspicacia o ideación paranoide
- (6) afectividad inapropiada o restringida
- (7) comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar
- (8) falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado

(9) ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo

Las personas con este trastorno muestran peculiaridades significativas, por un lado es característico de estos sujetos el comportamiento excéntrico, que se establece con una naturaleza de actitud y apariencia que resulta culturalmente extraña a la sociedad a la que pertenece, resaltando el uso de un lenguaje particular y único para expresarse en el medio, el cual presenta en su contenido aspectos de índole extravagante o extraño a los demás. Además este tipo de sujetos comúnmente manifiestan creencias en lo místico y mágico, lo cual hace que se distancien de la relación social cotidiana en un grupo social. Adicionalmente enfatizan el uso de vestimentas, de carácter singular y reflejan un sentido emocional que les genera incomodidad, debido a sus creencias y convicciones individuales.

Criterios diagnósticos de trastorno de personalidad esquizoide según el DSM-IV

Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

- (1) ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia
- (2) escoge casi siempre actividades solitarias
- (3) tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona
- (4) disfruta con pocas o ninguna actividad
- (5) no tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado
- (6) se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás
- (7) muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad

El principal aspecto que se relaciona con este tipo de trastorno de la personalidad es el aislamiento social, lo cual se establece con el escaso o nulo interés que la persona posee para mantener una relación social con otro individuo. De acuerdo a aquello, estos sujetos experimentan la carencia de emotividad para desarrollarse socialmente, comúnmente son considerados por los demás como personajes con extrema frialdad afectiva en el convivir cotidiano. A diferencia del esquizotípico que ejerce aislamiento por la no concordancia con las perspectivas personales, este tipo de individuos despliegan el rechazo voluntario sobre todo tipo de contacto personal y percibiendo al resto como intrusos, lo que conlleva a que se sientan atraídos por actividades que puedan practicar en solitario, limitando al mínimo estar en medio de relaciones sentimentales, sexuales o afectivamente significativas.

GRUPO B

Criterios diagnósticos de trastorno de personalidad antisocial según el DSM-IV

Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

- (1) fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
- (2) deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
- (3) impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
- (4) irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
- (5) despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
- (6) irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
- (7) falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros

Las características notables de personas con este trastorno son que poseen como factor esencial la percepción de ser autosuficientes, además manifiestan creencias por las cuales se sienten portadores de fuerza que les hace sobresalir de los demás, por lo cual perciben al resto de personas que conforman su contexto como débiles y establecen el ambiente propicio para transgredir normas o reglas que les imponen o en otro sentido tomar provecho de las mismas circunstancias anteponiendo solo los propios deseos. Adicional a estas características cabe destacar que estos sujetos tienen como cualidad la presencia de un historial amplio de dificultades en base a su conducta reflejada en las etapas de la vida, habitualmente desde edades tempranas estos individuos presentan actitudes de rebeldía en contra de las reglas sociales, las cuales pueden estar dispuestas desde el simple desacato hasta la infracción de normas legales. En etapas de adolescencia y adultez, los pacientes con este trastorno se caracterizan por la repetitiva referencia de conductas delictivas, indiferencia marcada al daño que hacen a los demás; además de presentar actitudes de deshonestidad, impulsividad, y agresividad desmedida, enmarcados por falta de responsabilidad en sus actos.

Criterios diagnósticos de trastorno de personalidad histriónico según el DSM-IV

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, como lo indican cinco(o más) de los siguientes ítems:

- (1) no se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención
- (2) la interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador
- (3) muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante
- (4) utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo
- (5) tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices
- (6) muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional
- (7) es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias

(8) considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad

En consecuencia con los criterios descritos, estos individuos son personas las cuales comúnmente informan la presencia de molestias de carácter somático, los mismos padecimientos tienen concordancia con la destacada importancia que estos sujetos le dan a ser el centro de atención en el ambiente social que les rodea, por lo cual estas circunstancias de malestar se presentan cuando este aspecto se ve frustrado. Debido a esto en forma regular este tipo de pacientes tiende a hacer uso de la manipulación de sus semejantes para la obtención de sus deseos personales, adicionalmente la emocionalidad que presentan estas personas es inconstante y frecuentemente hacen cambios súbitos de estados de ánimo desmedidos, por lo cual son catalogados por los demás como poseedores de un comportamiento teatral, seductor y variable

Criterios diagnósticos de trastorno de personalidad límite según el DSM-IV

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- 2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
- (3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable
- (4) impulsividad que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
- (5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación
- (6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)

(7) sentimientos crónicos de vacío

(8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)

(9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves

Partiendo de esta información se puede manifestar que en el trastorno de personalidad límite la inestabilidad emocional se da tanto en la autoimagen como en las relaciones interpersonales, haciendo que el estado de ánimo del individuo sea cambiante y con frecuencia actúen con impulsividad.

De acuerdo a la inestabilidad que enmarca este trastorno, con frecuencia se observa que estos sujetos poseen un sentido de inconsistencia sobre sí mismo, haciendo que se muestren confundidos en su autoimagen y valor personal. Este tipo de personas además muestran una peculiaridad en sus emociones, por la cual habitualmente sienten que los demás los abandonan, por consiguiente se refleja en su comportamiento actos de esfuerzo por evitar sentirse solos e indefensos.

Los cambios súbitos de estados de ánimo hacen que las personas con este trastorno sean inestables también en sus relaciones interpersonales, en las cuales suelen pasar constantemente a polos opuestos entre cada emoción que demuestran hacia los demás.

Los individuos con este trastorno reflejan un bajo nivel de tolerancia a las frustraciones cotidianas, aspecto que les adentra de forma reiterada a estados en los que experimentan un marcado sentimiento de desesperanza, lo cual comúnmente lleva a estas personas a presentar conductas autolíticas o incluso intentos de suicidio.

Los sujetos con trastorno límite alternan entre momentos de euforia y tristeza, además atraviesan momentos de impulsividad desmedida en la cual se les hace difícil controlar sus emociones, provocando comportamientos ambivalentes o en casos agresivos contra de los demás o contra si mismos.

Criterios diagnósticos de trastorno de personalidad narcisista según el DSM-IV

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados)
- (2) está preocupado por fantasías de éxito limitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios
- (3) cree que es «especial» y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status
- (4) exige una admiración excesiva
- (5) es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas
- (6) es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas
- (7) carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás
- (8) frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él
- (9) presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbias.

Partiendo de estos criterios lo fundamental en estos individuos es que se ven a sí mismos con un sentido destacado de la auto-importancia, además posee la creencia de ser único e irremplazable, lo cual hace que estos sujetos manifiesten sentimientos de superioridad marcada y desmedida con los que le rodean. Estas personas más allá de obtener la atención de los demás, lo que les preocupa es que el resto de personas lo admiren y acepten como un ser especial. Adicionalmente los pacientes con este trastorno de personalidad en su afán de que los consideren con grandiosidad,

presentan un desinterés evidente por tener empatía con los demás, de acuerdo a esto se muestran generalmente con arrogancia y sin dar importancia si se aprovechan de otras personas para conseguir lo que quieren. A pesar de esto se puede recalcar que estos sujetos de forma usual son sensibles a la crítica de la gente, ya que las expectativas irrazonables que manifiestan hacen que entren en conflicto de relación social y sean susceptibles a estados de ánimo depresivo.

GRUPO C

Criterios diagnósticos de trastorno de personalidad por evitación según el DSM-IV

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

- (1) evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo
- (2) es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar
- (3) demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado
- (4) está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales
- (5) está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad
- (6) se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás
- (7) es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras

De acuerdo a los criterios es necesario destacar que este trastorno se fundamenta en el miedo a ser menospreciado o rechazado. La percepción de estos individuos es que poseen incapacidad para desarrollarse funcionalmente en un núcleo social, debido a que se perciben a sí mismo como seres inferiores o débiles en comparación con el resto; por lo cual presentan una tendencia marcada a evitar las situaciones en las que pueden ser juzgados o evaluados por los demás. Estos sujetos presentan dificultades para enfrentarse a las situaciones nuevas o poco conocida, por lo que limitan sus actividades personales para evadir el contacto con otras personas. Adicionalmente es necesario tener presente que el hecho de evitar estas situaciones les genera ansiedad, y los adentra al aislamiento social y a la dificultad para establecer relaciones íntimas. Este trastorno se diferencia del trastorno de fobia social porque en el trastorno de personalidad evitativo empiezan los antecedentes desde la infancia y adolescencia mientras que en el trastorno de fobia social el apareamiento de los síntomas es de manera brusca y se puede dar repentinamente en cualquier etapa del individuo.

Criterios diagnósticos de trastorno de personalidad dependiente según el DSM-IV

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás
- (2) necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida
- (3) tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: No se incluyen los temores o la retribución realistas

(4) tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía)

(5) va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables

(6) se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo

(7) cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita

(8) está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo

En base a la información descrita, la característica primordial en este trastorno de personalidad son los sentimientos de minusvalía, esto quiere decir, que estos sujetos se sienten disminuidos en su seguridad personal y necesitan depender de alguien más porque experimentan la sensación de que solos no van a poder, lo cual se debe a la idealización de seres protectores con la cual observan los demás, por lo que una persona con este trastorno construye esquemas de pensamiento en los cuales crea lazos que hacen que se vincule totalmente a quienes lo rodean. Adicionalmente se muestran siempre desvalidos, incapaces de realizar actividades por su propia cuenta y absorbentes en sus relaciones íntimas. A este tipo de persona le resulta imposible tomar decisiones sin antes haber consultado a otras personas, nunca llevan la contraria a nadie, por muy en desacuerdo que estén con sus ideas; sufren gran ansiedad y preocupación cada vez que se quedan sin compañía, haciendo que atraviesen episodios en los cuales tienen un profundo miedo al abandono, por lo cual en las relaciones sentimentales cuando rompen con su pareja necesita buscar a otra persona para no quedar con la sensación marcada de estar desamparadas que frecuentemente los aqueja. Agregando a lo expuesto, las personas con este trastorno habitualmente experimentan estados de ánimo depresivo ya que comúnmente su

inseguridad y necesidad de protección les hace sentir indefensos frente a las circunstancias

Criterios diagnósticos de trastorno de personalidad obsesivo compulsivo según el DSM-IV

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

- (1) preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad
- (2) perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas)
- (3) dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes)
- (4) excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión)
- (5) incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental
- (6) es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas
- (7) adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras
- (8) muestra rigidez y obstinación

En concordancia con estos criterios es posible deducir que el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo tiene como característica esencial el reflejo de rigidez y perfeccionamiento en las actividades cotidianas, lo cual los convierte en

sujetos extremadamente detallistas y con afán desmedido por la organización, por lo cual tienen problemas para delegar tareas a otras personas que no tienen la misma forma de actuar, son obstinados e inflexibles en sus valores éticos o morales. Las ideas obsesivas provocan ansiedad en el sujeto por lo que el mecanismo que utilizan es la compulsión de los pensamientos obsesivos que presentan y así sentir una disminución de tensión emocional que les genera.

2.5.5 Sociedad

El historiador francés Claude Henry Saint Simon, (1760-1825) es considerado uno de los fundadores de la Sociología, puesto que sus estudios científicos brindaron aportes relevantes para la conceptualización de lo que conocemos como sociedad. Estos aspectos los sintetizó en tres grandes ideas que han sido tomadas a largo de la historia por otros personajes de la sociología. De acuerdo a la primera idea este historiador menciona que es necesario concebir a la sociedad como un conjunto que funciona organizadamente como un sistema con la participación de sus distintas partes. De acuerdo a la segunda idea señala que es indispensable la creación de una ciencia que facilite el abordaje de estudio de la sociedad, la misma que indica debe estar encaminada a la observación en cómo se realiza la organización social mediante el contacto directo con los hechos que la conciernen. De acuerdo a su tercera idea, Saint Simon emitió el futuro progreso que tendría la sociedad, lo cual consideraba estaría conformado por los aportes de origen científico y las actividades de producción las cuales encaminarían una nueva forma de vida.

El pensador francés Augusto Comte (1798-1857) analizó los aportes realizados por Saint Simon, y emitió nuevas conjeturas que se convirtieron en aportes para el desarrollo del estudio de la sociedad. De acuerdo a sus contribuciones estableció en primera instancia la palabra sociología como el estudio o tratado de la sociedad, además instituyó ideas generales que facilitaron la comprensión de los procesos de relación; de lo cual menciona que las cualidades que posee el ser humano le permiten diferenciarse de otros seres, no obstante desde sus comienzos se ha visto sujeto a la

interacción con sus semejantes. Por lo cual emite que la sociedad constituye el escenario en el cual la persona se desarrolla de forma interpersonal y comparte la experiencia cotidiana con los demás sujetos. Los mismos que componen los vínculos esenciales que un individuo establece en un entorno.

Referente a la significación de lo que es la Sociedad, Alcock (1978) lo conceptualiza como el conjunto compuesto por sujetos que comparten las mismas características o especie donde se relacionan en base a la contribución, basado en capacidad recíproca quienes están implicados.

Esto permite concebir primordialmente el sentido de participación de las personas como parte de una sociedad, estableciendo la interacción recíproca y contribución bilateral entre sujeto y los individuos que conforman el medio donde habita.

Por su parte Giddens (1999) brinda como definición de sociedad: “Grupo de personas que vive en un territorio determinado, sometido a un sistema común de autoridad política y que es consciente de poseer una identidad que lo distingue de otros grupos.”

Esta perspectiva permite añadir que los individuos dentro de una sociedad adquieren una identidad basada en la relación grupal que experimentan, y que ésta desarrolla un aspecto tanto de individualidad como de pertenencia a la colectividad, potencializando de esta forma que el sujeto establezca distinciones que promuevan el desenvolvimiento y adaptación social.

Emile Durkeim (1895) afirma que: “la sociedad son los modos de obrar, sentir y pensar, externos al individuo, que le coaccionan y que facilitan la acción y se hereda.”

Esta forma de ver el concepto de sociedad implica más que la existencia individual, entender que el accionar personal tiene presencia fuera del individuo, pero que esto trasciende hasta su propia personalidad, dándole características que se mantendrán a lo largo de su existencia y que por cultura y aprendizaje común se trasladará a generaciones futuras.

Aquí también se resalta un aspecto fundamental que es el esencial intercambio de relaciones, lo cual muestra que como individuo se posee el valor irrenunciable de su interacción con el contexto ya que éste adquiere gran importancia para optimizar su evolución personal.

En concordancia al estudio de estos aspectos y sobre el grado de influencia que produce el accionar social en el sujeto, Fichter (1993) menciona que la sociedad se constituye como “conjunto de relaciones que se establecen entre los individuos y grupos con la finalidad de constituir cierto tipo de colectividad, estructurada en campos definidos de actuación en los que se regulan los procesos de pertenencia, adaptación, participación, comportamiento, autoridad, burocracia, conflicto y otros.”

Esto posibilita aseverar la importancia de las relaciones sociales en las personas, puesto que el desenvolvimiento en grupo mediatiza la optimización de los modos fundamentales de convivencia y las formas en como el individuo se muestra ante los demás, reflejando así cómo se presenta en su conducta ante el contexto, dando muestras de su comportamiento social.

2.5.6 Comportamiento social

Partiendo del estudio que simboliza la sociedad, es posible deducir que los grupos sociales que conforman los seres humanos se constituyen en base a la interacción que ejercen entre sí, de la misma forma en que cualquier sistema lo hace. En esta interacción intervienen aspectos individuales de quienes conforman el contexto social los cuales ejercen una mutua influencia en su desarrollo. El comportamiento de un individuo acontece primordialmente en la relación con su entorno, es decir, se muestra como la actividad que el sujeto despliega en respuesta al desenvolvimiento social que realiza.

De esta manera el comportamiento social de una persona se asocia a la actitud individual reflejada en la relación grupal. De ahí parten ciertos niveles de influencia que suceden de unos sujetos a otros, como producto de esa convivencia entre los

comportamientos de cada uno. Tal es así que es posible denotar dentro del sistema de grupo aspectos mutuos que los individuos evidencian por el sentido de cooperación que practican de manera cotidiana.

Referente a esto Gordon (1996) menciona que “la cultura de una organización describe la parte de su ambiente interno que incorpora la serie de supuestos, creencias y valores que comparten los miembros de la organización y que usan para guiar su funcionamiento.”

Enfocándose en esta referencia, el objetivo principal de la incidencia entre personas es el de a que se fomente la acción colectiva con el fin del funcionamiento óptimo de los individuos,

Look (1988) menciona que “el comportamiento social una forma de sugestión en masa”. Tomando en cuenta esto, el comportamiento social tiene gran importancia dentro del riesgo suicida debido a que la observación de los actos de individuos que forman la sociedad, intensifican la sugestionabilidad que el individuo genera cuando se encuentra con otras personas, puesto que en la constante interacción adquiere las características del conjunto volviéndose vulnerable a los factores internos que determinan el grupo.

2.5.7 Conducta

Según su raíz etimológica el término conducta proviene del vocablo latín que significa conducida o guiada; esto brinda como referencia que este aspecto conlleva el conjunto de elementos que se encuentran direccionados por una instancia propia. Partiendo de esta idea, la conducta puede ser guiada tanto por los fenómenos psíquicos como por la influencia que ejerce el medio social sobre el sujeto.

En consonancia con esta idea Bayés (1978) comprende la conducta como: “toda actividad del organismo en el mundo físico”. Desde esta perspectiva es posible

deducir que la conducta constituye todas las características observables del individuo en una instancia observable.

Sin embargo, en un intento de precisar un poco más esta categoría, Ribes (1990) considera que: “no es la simple acción del individuo sino su interacción con el medio, la relación interdependiente que se establece”.

Tomando en cuenta esto es factible aseverar que en la conducta se enlazan varios elementos de la persona, y no solo tienen concordancia con aspectos individuales sino que se encuentra en relación con la forma de reacción en el entorno.

Desde principios del establecimiento de la psicología como ciencia, la Corriente Conductista se ha dedicado especial atención al estudio de la conducta para el entendimiento de la psique humana, destacando principalmente que la conducta son los actos observables del individuo. Sin embargo, si se trata ampliamente lo que conlleva en el ser humano es posible identificar que conducta no sólo son los simples hechos observables que realiza el individuo, sino más bien se constituyen el resultado de la conjugación de aspectos psíquicos y externos que refleja el sujeto. Bleger (1965) afirma que “la Conducta abarca todas las manifestaciones del hombre, cualquiera sea su forma o características de presentación”.

Partiendo de esta concepción se deduce que la conducta es lo que el sujeto demuestra y comunica de su ser y no solo interviene lo que se puede ver del actuar del individuo sino que también existen características internas que de la misma manera informan a los demás sobre la conducta de alguien en particular. Así lo afirma Watzlawick (1985), al mencionar que “la comunicación humana implica dos modalidades: la digital y la analógica”. Esto nos lleva a entender que tanto las características verbales como no verbales comunican como se demuestra la conducta. Partiendo de esto se puede realizar la siguiente diferenciación:

- *Conducta verbal*: Hechos en los cuales la persona hace uso de su lenguaje verbal. Incluyen la fluidez del diálogo, el tono de la voz, en síntesis es la verbalización de lo

que el paciente desea demostrar de sí mismo, por lo cual intervienen los procesos mentales del sujeto

- *Conducta no verbal*: Expresiones en las que el individuo demuestra su ser pero sin unos de lenguaje hablado, como las expresiones faciales, gesticulaciones, dirección de la mirada, la postura del cuerpo, y todas las actividades corporales que hagan uso de los sentidos del sujeto.

En base a los estudios del autor Bleger (1965) sobre la psicología de la conducta es posible determinar las áreas que intervienen dentro de la misma:

1) Área mental: fenómenos que se producen de acuerdo al pensamiento, en referencia a los procesos psíquicos que provienen del individuo y producen la conducta particular.

2) Área de cuerpo: expresiones de origen somático, conllevan sensaciones corporales que pueden pasar desapercibidos para el sujeto.

3) Área de actuación en el mundo externo: tiene referencia con los aspectos determinados que comprenden intercambio con el medio externo.

Por consiguiente la conjugación de estas tres áreas conforma el modo en cómo la conducta se presenta en un sujeto, incluyendo tanto la actividad mental del propio ser, como los signos corporales y el accionar dentro del contexto. En consideración con la dimensión grupal, la conducta humana adquiere gran diversidad de aspectos tomando como relación la interacción del individuo con el medio.

Para fines legales, dentro de las ciencias sociales existe un modo de clasificación de la conducta de los sujetos, esta categorización fue propuesta por Rodríguez (1989) y brinda información sobre tipos de conducta según las características sociales, las cuales facultan la posibilidad de determinar diferencias en el actuar de los individuos. Esta clasificación se presenta de la siguiente manera:

Conducta Social: Hechos que indican que el individuo cumple con las normas de convivencia dentro de la sociedad, evitando de alguna forma atentar en contra de la colectividad, por lo cual comprende el bien común.

Conducta asocial: Manifestaciones en las que se carece de sentido social, que evidencia falta de toda norma de convivencia y poca comunicación con el resto de la comunidad.

Conducta parasocial: En este aspecto se establecen las conductas que los individuos ejercen para conformación de grupos sociales pero que no tienen concordancia con la afectación de la colectividad del conjunto. Ejemplo de esto pueden ser los choques generacionales en el que los individuos no aceptan aspectos evidentes que caracteriza la generación en la que se encuentran pero no son un factor determinante ni influyente en el sistema.

Conducta antisocial: Es la que se encuentra dirigida en contra del bien común y pone en riesgo la estructura básica de la sociedad, afectando a los valores y normas esenciales de convivencia.

Al analizar esta información es viable indicar que las propias diferencias en el modo que se presenta la conducta del individuo, dan señal del nivel de alteración que puede existir, dándose de esta forma la evidencia de irregularidad que puede inclinar a la persona a padecer condiciones psicológicas desfavorables como trastornos mentales o acciones que vayan en contra de su integridad.

2.5.8 Comportamiento Suicida

El suicidio ha sido definido como “el acto causado a uno mismo que pone en peligro la vida y que da como resultado la muerte” (Real Academia Española, 2008).

Este concepto nos permite comprender que éste es un hecho que atenta contra la vida del propio ser y que se muestra como aspecto individual; sin embargo, dentro del accionar del suicidio se relacionan no sólo las áreas de índole personal sino más bien se constituye como una conformación de lo característico de la persona y de la

interacción con su entorno. Durkheim (1897) en su obra sobre el suicidio señala que esta condición es de carácter primordialmente individual y que se produce en base a una inadecuada configuración social. Por esta razón es posible concebir que dentro de éste tema conjuga también el entorno social de un sujeto, siendo éste un factor que puede actuar como una red de apoyo o un componente que predispone a la inconformidad dentro del contexto y al deseo de querer quitarse la vida.

El análisis y estudio del suicidio no es algo nuevo, pues se considera como una problemática común de la sociedad actual. Las personas que experimentan esta situación, la viven con un alto grado de intensidad tanto en emociones y conductas; éstas son observables por las personas que rodean el contexto del individuo, de ahí parte la oportunidad de poder determinar lo que comprende el comportamiento suicida de un sujeto y las cosas que lo constituyen.

Con respecto al comportamiento suicida cabe decir que es un conjunto de elementos que constituyen un estilo propio en que la persona expresa signos que demuestran un deseo de auto destrucción. Reyes (1999) considera que son: “todas aquellas conductas autodestructivas que de manera directa o indirecta ponen en peligro la vida, sean conscientes o inconscientes, sean voluntarias o involuntarias, sean pasivas o activas o positivas o negativas”.

De acuerdo a este concepto se puede entender que dentro del comportamiento suicida se conjugan varios aspectos que determinan esta condición psicológica. Para facilitar el abordaje de estudio de este tema se tomarán en cuenta los principales factores que intervienen en el reflejo de comportamiento suicida y que evidencian los aspectos relevantes que son necesarios de evaluación dentro de esta problemática. Estas áreas se encuentran repartidas en: intento autolítico previo, intensidad de la ideación suicida, sentimientos de desesperanza y factores asociados a la tentativa suicida que comprenden todas las circunstancias externas que puedan ser un factor incidente para desarrollar intencionalidad suicida.

Factor de Intento Autolítico Previo

Marchiori (1998) dice que: “es una conducta autodestructiva, es un comportamiento que lleva una intención de provocarse daño a sí mismo o incluso la muerte, aunque por lo general el intento no tiene como final la pérdida de la vida”.

De acuerdo a esto es posible deducir que este aspecto establece referencias fundamentales sobre la serie de actos autolíticos que se han presentado con anterioridad. El intento suicida en definitiva es una conducta autodestructiva, es un comportamiento que lleva una intención de provocarse daño a sí mismo o incluso la muerte, aunque por lo general el intento no tiene como final la pérdida de la vida. Pero existe mayor posibilidad de que alguien que intentó suicidarse una vez, lo vuelva a intentar nuevamente. Por consiguiente el intento suicida comprende conductas variadas que incluyen desde gestos hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia.

El intento autolítico previo es un acto auto destructivo que va a comprender varios aspectos como:

-Antecedentes suicidas

La existencia de antecedentes personales de intentos autolíticos en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado. Heman (1984) menciona que: “en México con la población en general se ha observado que el 41% de los que intentaron suicidarse ya lo habían intentado en otras ocasiones”.

Se puede manifestar que los antecedentes de intentos autolíticos son de suma importancia dentro de la evaluación del comportamiento suicida ya que va a ayudar a obtener el factor de riesgo suicida con mayor facilidad, o si la persona ha tenido antecedentes de intentos autolíticos previos, provocando un porcentaje mayor de probabilidad de decaimiento en la conducta.

-Gesto suicida

Farberow y Shneidman (1994) indican que referencia el riesgo que un individuo lleva a cabo al dar señales que va a cometer un suicidio, este aspecto comprende la administración de actos manipulativos para conseguir una explotación de las circunstancias.

Basándose en esto, el fenómeno presentado sería la conducta que acompaña al intento de suicidio y del cual se deduce una actitud psicológica con el fin de obtener algo, siendo una ganancia personal para el individuo. Conforman una amenaza con hechos sobre la conducta autodestructiva que se llevará a cabo de forma posterior. Estos gestos suelen estar cargados de simbolismo que se relacionan con la muerte.

-Amenaza suicida

Estas son signos que señalan un riesgo evidente en el individuo de cometer un suicidio. Casullo y Bonaldi (2000), mencionan que comprenden expresiones de carácter escrito o verbal que reflejan el deseo de quitarse la vida. Este acto presenta la característica de que el individuo emite la comunicación clara de lo que planifica. De acuerdo a esto indistintamente de la forma visible de amenaza, las personas que interactúan con el individuo se convierten en los más oportunos para observar el grado de posibilidad de un suicidio, evaluando todas las actitudes y posturas que tome sujeto frente a la muerte.

Casullo y Bonaldi (2000) añaden la comprensión de ciertos aspectos esenciales que conciernen a los intentos de suicidio:

Equivalente suicida

Esto está determinado por la exposición a condiciones de riesgo, determinadas sin la elección propia del individuo, en la mayoría de casos tiene que ver con imprudencia en los actos, por ejemplo, conducir a altas velocidades un vehículo o practicar deportes extremos que pongan en riesgo la vida.

Acto de suicidio accidental

Es realizado con un procedimiento del cual no se tenía en cuenta la veracidad de los efectos o consecuencias; o por otro lado con la práctica de un medio conocido que se desconocía que podría provocar la muerte. En este sentido se incluyen casos en los que no se previeron las complicaciones, como sucede en la población con mal uso de la prescripción de medicamentos.

Suicidio frustrado

Es aquel acto del cual se puede referenciar que de no ser prevenido o impedido habría terminado en un suicidio consumado. Es el hecho de que la persona intentó suicidarse pero que el contexto del momento lo evitó..

Parasuicidio o lesión deliberada

Comprende la serie de conductas en las que el sujeto de forma intencional se produce daño físico con la meta de provocarse dolor, o alteración de alguna función corporal, sin una finalidad específica de querer quitarse la vida. Aquí se engloban las autoflagelaciones, laceraciones y quemaduras infringidas propiamente para provocarse dolor.

Factor de Intensidad de ideación suicida

Se la define como el modo en el que el individuo desarrolla su cognición entorno al sentido de querer quitarse la vida. Algunos autores que aportaron relevancia a esta área son:

Moron (1987) la define como “una representación mental del acto, en la cual se encuentra la misma pulsión instinto-afectiva, la intención y el deseo de matarse”.

Según Casullo y Bonaldi, (2000), “abarca un amplio rango de pensamientos alrededor del suicidio, desde el deseo de morir, las fantasías sobre su propia muerte, la ideación de métodos y esto lleva a un plan suicida donde incluye el cómo, cuándo, dónde, por

qué y para qué se realizará este acto”. Dentro de esta área pertenecen los siguientes factores:

-Deseo de morir

Representa el estado en que la persona comunica la inconformidad que posee al tener una percepción negativa de las circunstancias vitales que atraviesa. Generalmente se presenta con el uso de enunciados que emiten el deseo que no continuar con la propia vida.

-Ideas suicidas

Perez (1997) señala que radican en la continua manifestación de pensamientos que tienen relación con el deseo de morir, este aspecto puede presentarse de estas maneras:

–Ideación suicida sin método específico, puesto que el individuo referencia ideas de querer morir pero no tienen relación con métodos específicos de suicidio.

–Ideación suicida con método determinado, aquel en el que la persona expresa abiertamente las ideas que tiene sobre morir o querer quitarse la vida, en este caso describiendo al menos los medios generales de cómo se daría el suicidio consumado.

-Plan suicida

Aquí concurren los pensamientos e ideas suicidas, se organizan de tal manera en el que el individuo es capaz de programar toda la serie de pasos que le llevarán a cometer el suicidio, describiendo los métodos a seguir, las circunstancias del ambiente donde se realizaría para una eficaz consecución de lo requerido. La práctica común es la escritura de cartas que comunican suicidio.

Factor de sentimientos de desesperanza

Lukas (2001) resalta que cuando un individuo experimenta una falta en su sentido de vida, se establece el escenario en el que el sujeto se frustra y se desespera.

Con este aporte es posible acotar que los sentimientos de desesperanza se ven originados por un deterioro significativo del sentido de vida de la persona, en cual hace que sea poco tolerante a las circunstancias que atraviesa y padezca de estas condiciones. Frente a este aspecto es posible analizar los elementos que intervienen:

-Sentimientos de minusvalía

Frankl (1994) hace referencia a que cuando un sujeto se da valor a sí mismo y se guía en base a un sentido de la vida adecuado, se establece los elementos necesarios que potencialicen la autorrealización como individuo. De acuerdo a esto es posible señalar que las personas que atraviesan comportamiento suicida no poseen esta característica, puesto que en ellos su modo de percepción del mundo hacen que disminuyan el valor sobre sí mismos, con lo cual la búsqueda del sentido de vida se encuentra deteriorado.

-Sentimientos de vacío

Yalom (1980) encontró que cuando una persona experimenta la sensación de vacío existencial, se manifestaba en relación al padecimiento de una patología de índole mental, por otro lado cuando el individuo manejaba conformidad en su sentido de la vida se asociaba a la consecución positiva de las metas y propósitos personales que se mostraban claros y definidos.

En consonancia con esta idea cabe destacar que cuando una persona atraviesa situaciones en las que observa su propia vida como vacía, se limitan las posibilidades a que el sujeto pueda sobrellevar las circunstancias cotidianas y promueve el desarrollo de estados emocionales que son escenarios de riesgo para comportamiento suicida.

Otros factores asociados al suicidio

Las causas de suicidio son de origen multifactorial por lo cual los factores de riesgo también son de origen variable. Sarro (2000) menciona que “el estudio de factores

psicosociales demuestra la dificultad de identificar variables simples como las causas del suicidio, aunque son indicadores potenciales; normalmente están relacionados con situaciones complejas, en función de edad, sexo, raza, nivel cultural y la personalidad”. De acuerdo a lo mencionado Sarro (2000) añade también que es posible detectar ciertos factores asociados a la intencionalidad suicidas:

-Entorno social

Comprende todos los elementos del ambiente social, familiar, cultural y geográfico del medio ambiente en los que se desarrolla el individuo.

-Género de la persona

El género masculino refleja una tendencia mayor a la a la consecución del suicidio consumado, determinado por letalidad de los métodos de uso, que en el caso de género femenino suelen ser menos mortíferos desarrollándose más ampliamente la intencionalidad suicida.

-Situación laboral

El desempleo comúnmente es una circunstancia que genera gran malestar en el individuo y se convierte en un escenario que puede promover un suicidio. Sin embargo en la actualidad según la ocupación profesional de la persona también puede existir una inclinación a mayor vulnerabilidad de suicidio. Profesiones como médicos, abogados, psicólogos, profesores, etc; constituyen este índice de fragilidad puesto que conciernen aquellas actividades que se basan en el contacto directo con personas las cuales generan responsabilidades y cargas emocionales que pueden ser difíciles de sobrellevar.

Aquí se recalcan los motivos que podrían llevar a este tipo de conductas, aunque es complicado ya que cada individuo tiene sus motivaciones y sus factores únicos. Sin embargo, se puede observar en gran medida que el intento suicida resulta como la respuesta o solución de algún tipo de problemática que atraviesa el sujeto.

2.6 Formulación de Hipótesis

2.6.1. Hipótesis General

Los Trastornos de la personalidad inciden en el comportamiento suicida de los pacientes de consulta externa de las áreas de psicología y psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga

2.6.2. Hipótesis Particulares

El Trastorno Límite de la Personalidad es el de mayor incidencia en el comportamiento suicida

El factor de intento autolítico previo es el de mayor relevancia en el comportamiento suicida

El alto riesgo suicida es el nivel que predomina en la población

2.7 Señalamiento de Variables

Unidad de Observación: Pacientes que acuden a consulta interna y externa en las áreas de psicología y psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga

Variable Independiente: Trastornos de Personalidad

Variable Dependiente: Comportamiento suicida

Término de Relación: Incidencia

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque de la investigación

La presente investigación tiene un carácter predominantemente cualitativo, debido a que busca la comprensión del fenómeno del Comportamiento Suicida y la influencia que ejercen los Trastornos de Personalidad dentro de un enfoque contextualizado. La investigación no deja de lado el carácter cuantitativo porque de acuerdo a estadígrafos se va a referenciar la incidencia del problema dentro de la población de estudio.

3.2 Modalidad básica de investigación

El presente estudio tiene importancia dentro del ámbito social, ya que mediante la capacitación y profesionalismo se va más allá de la observación pasiva de los hechos, estructurando como finalidad plantear una propuesta de solución al problema en investigación.

Modalidad de Investigación de Campo.- Es de carácter de indagación directa de la incidencia de los Trastornos de personalidad en el comportamiento suicida de los pacientes de consulta externa del Hospital Provincial General de Latacunga, mediante instrumentos de evaluación como el Cuestionario De Evaluación IPDE Módulo DSM-IV, para evaluar los trastornos de personalidad, para la variable dependiente se utilizara el test estandarizado de La Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

Documental Bibliográfico. La investigación se caracteriza también porque el investigador estará en constante contacto con el contexto, obteniendo la información necesaria sobre el problema de investigación con el apoyo de libros, textos, revistas, Internet, así también como también el uso de documentación válida y confiable sobre el tema de estudio.

3.3 Nivel y tipo de investigación

Nivel Exploratoria.- La investigación es Exploratoria, puesto que se fomenta en el uso de técnicas metodológicas eficaces para determinar las causas que han producido y desarrollado el fenómeno de las variables en estudio como gestión en servicios de salud asociado a la atención psicológica de pacientes en el Hospital Provincial General de Latacunga, por lo cual la información descrita constituye un aporte fundamental en la formación de conocimientos nuevos.

Nivel Descriptiva.- El estudio es descriptivo porque consiste en llegar a conocer las situaciones, características, factores, elementos predominantes de lo que conlleva el comportamiento suicida y la incidencia de los trastornos de personalidad, a través de la descripción exacta de las actividades y sintomatología que se presentan en estas condiciones psicológicas. Todo esto mediante la aplicación de los instrumentos de aplicación adecuados que faciliten un análisis estadístico, que será revisado, tabulado y procesado para obtener resultados confiables de la presencia de la problemática en la población.

Asociación De Variables.- Este nivel permite predicciones estructuradas y la medición de las variables de estudio, además cuenta con un carácter descriptivo ya que tiene como objetivo realizar una investigación de interés de acción social que posibilite comparar los fenómenos observados y caracterizarlos en la comunidad escogida. Por lo que se generara hipótesis y se permitirá reconocer variables de interés investigativo ayudando a resolver la problemática planteada.

3.4 Población y muestra

La población escogida para la presente investigación serán los pacientes de consulta externa de las áreas de psicología y psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga, tomando en consideración una población de 60 pacientes que será el mismo número de la muestra, debido a que no se consideró el aplicar muestreo

probabilístico en base al reducido número de la población . Además se lleva a cabo un estudio eficaz con el nivel de confianza adecuado y un margen de error bajo o nulo.

N: 60

n: 60

3.5 Operacionalización de las variables

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES		INDICADORES	ITEM BÁSICO	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Un trastorno de personalidad está determinado por un conjunto de afecciones psiquiátricas de carácter inflexible que alteran el curso normal de las relaciones interpersonales para lo cual se lo clasifica según el DSM – IV como Grupo A, Grupo B, Grupo C.	GRUPO A	Paranoide	Desconfianza, ideas de referencia	¿Considera usted que las características de su personalidad son inflexibles?	CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE MÓDULO DSM-IV
		Esquizoide	Dificultad en las relaciones interpersonales		
		Esquizotípico	Comportamiento extraño, frialdad emocional		
	GRUPO B	Histriónico	Conducta teatral, manipulación		
		Narcisista	Grandiosidad, actitud arrogante		
		Limite	Abstracción selectiva, Impulsividad		
		Antisocial	Falta de remordimiento, no respeta la autoridad		
	GRUPO C	Evitante	Miedo al rechazo, Hipersensibilidad a la critica		
		Dependiente	Incapacidad en la toma de decisiones		
Obsesivo Compulsivo		Rituales, perfeccionismo			

Tabla N° 1 Operacionalización de la variable independiente
Autor: Eliana Landázuri
Fuente. Tesis de investigación

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEM BÁSICO	TECNICAS E INSTRUMENTO
<p>El comportamiento suicida se conceptúa son:</p> <p>las encaminadas a conseguir consciente o inconscientemente el acto suicida y presenta principalmente</p> <p>Intentos autolíticos previos, Intensificación de la ideación suicida, Sentimientos de desesperanza y Otros factores asociados</p>	Intentos autolíticos previos	<p>Antecedentes de suicidio</p> <p>Gesto Suicida</p> <p>Amenaza Suicida</p>	<p>¿Ha pensado usted alguna vez en quitarse la vida?</p>	<p>ESCALA DERIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK</p>
	Intensificación de la ideación suicida	<p>Ideas Suicidas</p> <p>Plan suicida</p>		
	Sentimientos de desesperanza	<p>Sentimientos de minusvalía</p> <p>Sentimientos de vacío</p>		
	Otros factores asociados	<p>Entorno Social</p> <p>Género de la persona</p> <p>Situación laboral</p>		

Tabla N° 2 Operacionalización de la variable dependiente

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

3.6 Técnicas e instrumentos

La presente investigación utilizó las siguientes técnicas e instrumentos:

Para evaluación de la variable de Trastornos de Personalidad se utilizó como instrumento el Examen internacional de los Trastornos de la Personalidad módulo DSM-IV, el mismo que en su conformación comprende la aplicación de un cuestionario de 77 ítems que sirve como método de detección del tipo específico de trastorno de personalidad presente en el individuo, además de una entrevista semiestructurada de 99 ítems que se usa como complemento diagnóstico para determinar presencia de trastorno de personalidad. En base a las características de la población a la que va dirigida el estudio se consideró aplicar únicamente el CUESTIONARIO DE EVALUACION IPDE – MODULO DSM-IV, puesto que la muestra de investigación la comprenden pacientes hospitalarios previamente evaluados con entrevistas clínicas realizadas por el área de Psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga, del cual provienen con referencias de diagnóstico de trastorno de personalidad; se consideró establecer la aplicación del cuestionario en mención el cual constituye una herramienta eficaz para discriminación del tipo de trastorno de personalidad presente en cada paciente que compone la muestra de investigación. El constructo posee los siguientes criterios de calidad:

Fiabilidad: Los índices de fiabilidad y estabilidad son similares a los obtenidos para otros instrumentos que se emplean en el diagnóstico de trastornos por abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y psicosis. Los Kappa para los trastornos de personalidad esquizotípica, personalidad compulsiva, histriónica, límite y antisocial oscilan entre 0,70 y 0,96.

Validez: Método útil y válido para evaluar trastornos de personalidad con fines de investigación (Loranger, 1994).

Para evaluación de la variable de Comportamiento suicida se utilizó como instrumento la ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK: Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica. Se compone de 15 ítems de respuestas sí o no y analiza las cuestiones

relacionadas con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. El constructo posee los siguientes criterios de calidad:

Confiabilidad: La consistencia interna de la escala original era de 0,84 (alfa de Cronbach). En la validación española, era incluso superior 0,90. La fiabilidad test-re-test tras 72 horas era de 0,89. Validez: En la escala original para un punto de corte de 8 (26 ítems) la sensibilidad y especificidad era del 68%.

En la validación española para un punto de corte de 6 la sensibilidad y especificidad era de 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativas suicidas y aquellos que nunca las habían tenido

3.7 Plan de recolección de información

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1.- ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación
2.- ¿De qué personas?	Pacientes de consulta interna y externa, en las áreas de psicología y Psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga”
3.- ¿Sobre qué aspectos?	Incidencia de los Trastornos de personalidad en el comportamiento Suicida
4.- ¿Quién?	Landázuri Eliana
5.- ¿Cuándo?	Período Octubre 2013 - Enero 2014
6.- ¿Dónde?	Hospital Provincial General de Latacunga
7.- ¿Cuántas veces?	2 veces
8.- ¿Qué técnicas de recolección?	Observación, aplicación test psicológicos
9.- ¿Con qué?	cuaderno de notas, test De Riesgo Suicida De Plutchick, Cuestionario de evaluación IPDE – módulo DSM-IV
10.- ¿En qué situación?	Consulta interna y externa, en las áreas de Psicología y Psiquiatría de referencia comportamiento suicida

Tabla N° 3 Plan de recolección de información

Autor: Eliana Landázuri

3.8 Plan de procesamiento de la información

- Análisis de los resultados estadísticos, destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos e hipótesis.
- Interpretación de los resultados, con apoyo del marco teórico, en el aspecto pertinente.
- Comprobación de hipótesis. Para la verificación estadística conviene seguir la asesoría de un especialista.
- Establecimiento de conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de resultados

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

Segmentación de la población

Sexo

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mujeres	37	62%
Hombre	23	38%
TOTAL	60	100%

Tabla N° 4 Muestra de estudio de acuerdo al sexo

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Análisis

Mediante la obtención de los resultados se puede establecer que el porcentaje más elevado pertenece al de mujeres con un 62% mientras que un 38% en hombres.

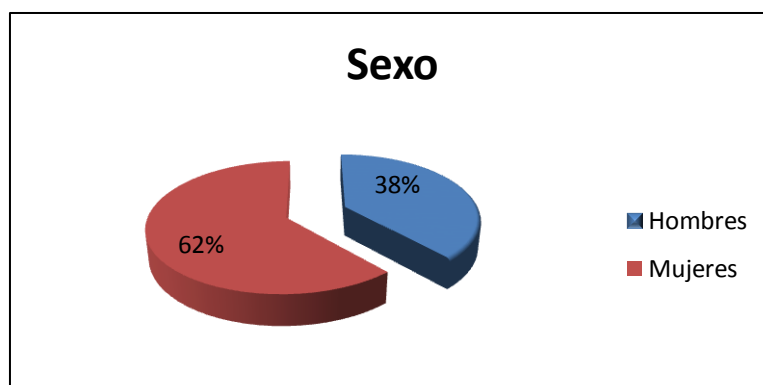


Gráfico N° 5 Muestra de estudio de acuerdo al sexo

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Interpretación

Los datos revelan que existe un mayor índice de mujeres en la muestra con un 62%; que del total de la población hay alrededor de 37 personas de género femenino de un total de 60 pacientes; por tanto que se afirma que el estudio está tomado en cuenta con un mayor porcentaje de mujeres. Sin dejar de lado la indagación en el sector masculino.

Edad

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-25 años	34	57%
26-35 años	17	28%
36 + años	9	15%
TOTAL	60	100%

Tabla N° 5 Muestra de estudio de acuerdo a la edad

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Análisis

Se establece que del 100% de la muestra el 57% pertenece a la edad de 18- 25 años, el 28% corresponde al rango de edad de 26-35 y por último el 15% recae en el rango de más de 36 años

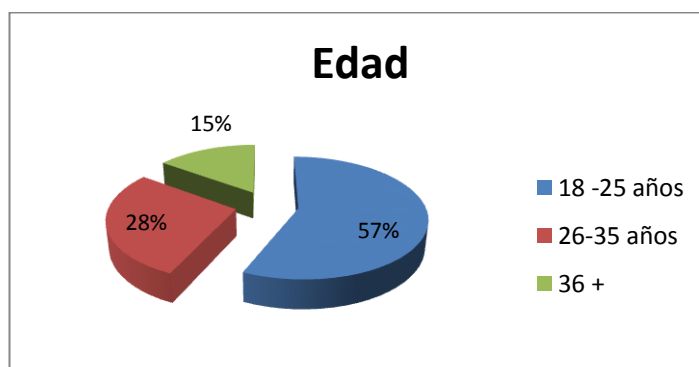


Gráfico N° 6 Muestra de estudio de acuerdo a la edad

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Interpretación

Los datos revelan que en la muestra examinada los parámetros de edad de más prevalencia es de 18-25 años, teniendo como referencia una focalización de estudio en las personas dentro de este rango de edad, para abordarla temática planteada.

ANALISIS E INTERPRETACION DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE MÓDULO DSM-IV

Trastornos de Personalidad (RESULTADOS GLOBALES)

TRASTORNO DE PERSONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
T. Paranoide	1	2%
T. Esquizoide	2	3%
T. Esquizotípico	1	2%
T. Histriónico	6	10%
T. Antisocial	3	5%
T. Narcisista	5	8%
T. Limite	32	53%
T. Obsesivo Compulsivo	1	2%
T. Dependencia	7	12%
T. Evitación	2	3%
TOTAL	60	100%

Tabla N° 6 Incidencia de trastornos de personalidad

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Análisis:

De acuerdo a las frecuencias en la población investigada es evidente el predominio del Trastornos de personalidad Límite con un 53% dentro de la población, siguiendo con un 12% el Trastorno de Dependencia, 10% Trastorno Histriónico ,8% Trastorno Narcisista , 5% Trastorno Antisocial con un 3% se encuentran los Trastornos Esquizoide, Evitativo, por ultimo con un 2% el Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno Esquizotípico y Trastorno Paranoide

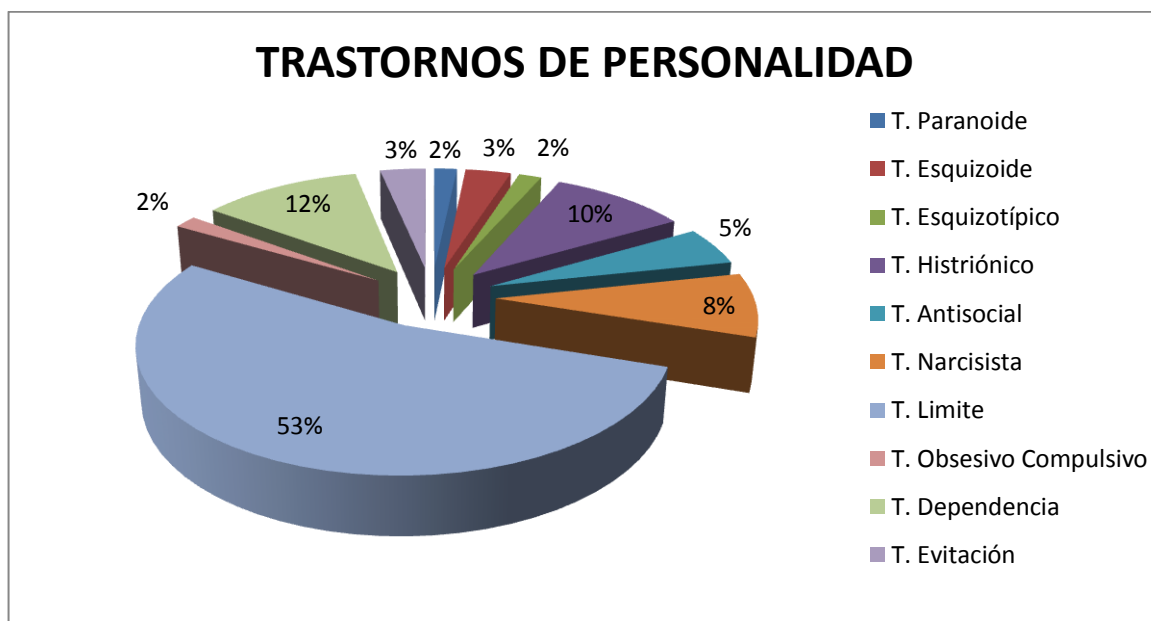


Gráfico N° 7 Incidencia de trastornos de personalidad

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Interpretación

Los resultados indican que dentro de los trastornos de personalidad, el trastorno de personalidad límite es el de mayor incidencia con un 53% indicando que de la población total de 60 pacientes ; 32 pacientes presentan dicho trastorno de personalidad es entonces que muestran características fundamentales que son inestabilidad en la autoimagen, sentimientos de soledad, impulsividad , humor depresivo lo convierte en el más propenso a tener conductas suicidas en segundo lugar está el Trastorno dependiente debido a sus sentimientos de minusvalía y a la incapacidad de toma de decisiones por sí mismo en tercer lugar el histriónico

debido a que conducta teatral y actitudes manipuladoras, en cuarto lugar T Narcisista, t antisocial se demostro que estos tipos de personalidad tienen menor porcentaje de riesgo suicida el T esquizoide, esquizotipico , evitativo, obsesivo compulsivo y paranoide .

RESULTADOS DESGLOSADOS

Trastorno paranoide = 1 persona

OPCION	Frecuencia para Puntuar En Categoría	Frecuencia para no Puntuar En Categoría	Total de personas en categoría	Porcentaje De Ítem Puntuado Para Categoría	Porcentaje De Ítem no Puntuado Para Categoría	Total
Pregunta 2	1	0	1	100%	0%	100%
Pregunta 14	1	0		100%	0%	
Pregunta 36	1	0		100%	0%	
Pregunta 38	0	1		0%	100%	
Pregunta 58	1	0		100%	0%	
Pregunta 66	1	0		100%	0%	
Pregunta 72	0	1		0%	100%	

Tabla N° 7 Trastorno Paranoide

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Análisis e Interpretación

En el total de personas con trastorno paranoide se ha identificado a un individuo el mismo que ha puntuado en las preguntas 2,14,36,58,66; se observa que en las preguntas 38,72 la persona no ha puntuado.

Trastorno Esquizoide = 2 personas

OPCION	Frecuencia para Puntuar En Categoría	Frecuencia para no Puntuar En Categoría	Total de personas en categoría	Porcentaje De Ítem Puntuado Para Categoría	Porcentaje De Ítem no Puntuado Para Categoría	Total
Pregunta 1	2	0	2	100%	0%	100%
Pregunta 12	2	0		100%	0%	
Pregunta 21	1	1		50%	50%	
Pregunta 31	2	0		100%	0%	
Pregunta 46	1	1		50%	50%	
Pregunta 57	2	0		100%	0%	
Pregunta 77	2	0		100%	0%	

Tabla N° 8 Trastorno Esquizoide
Autor: Eliana Landázuri
Fuente. Tesis de investigación

Análisis e Interpretación

En el total de personas con trastorno esquizoide se ha identificado que el 100% puntuaron en las preguntas 1, 2, 31, 57, 77; se observa que el 50% de las personas puntuaron en las preguntas 21, 46 para entrar en esta categoría.

Trastorno Esquizotípico = 1 persona

OPCION	Frecuencia para Puntuar En Categoría	Frecuencia para no Puntuar En Categoría	Total de personas en categoría	Porcentaje De Ítem Puntuado Para Categoría	Porcentaje De Ítem no Puntuado Para Categoría	Total
Pregunta 2	0	0	1	0%	0%	100%
Pregunta 24	1	0		100%	0%	
Pregunta 30	1	0		100%	0%	
Pregunta 52	1	0		100%	0%	
Pregunta 64	1	0		100%	0%	
Pregunta 67	1	0		100%	0%	
Pregunta 70	1	0		100%	0%	
Pregunta 71	1	0		100%	0%	
Pregunta 77	0	0		0%	0%	

Tabla N° 9 Trastorno Esquizotípico

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Análisis e Interpretación

En el total de personas con trastorno Esquizotípico se ha identificado que el 100% puntuaron en las preguntas 24, 30, 52, 64, 67, 70, 71; se observa también que no existió porcentaje de puntuación en las preguntas 2 y 77; para entrar en esta categoría.

Trastorno Histriónico = 6 personas

OPCION	Frecuencia para Puntuar En Categoría	Frecuencia para no Puntuar En Categoría	Total de personas en categoría	Porcentaje De Ítem Puntuado Para Categoría	Porcentaje De Ítem no Puntuado Para Categoría	Total
Pregunta 5	5	1	6	83%	17%	100%
Pregunta 10	3	3		50%	50%	
Pregunta 17	6	0		100%	0%	
Pregunta 26	2	4		33%	67%	
Pregunta 28	6	0		100%	0%	
Pregunta 35	6	0		100%	0%	
Pregunta 44	5	1		83%	17%	
Pregunta 45	4	2		67%	33%	

Tabla N° 10 Trastorno Histriónico
Autor: Eliana Landázuri
Fuente. Tesis de investigación

Análisis e Interpretación

En el total de personas con trastorno histriónico se ha identificado que el 100% puntuaron en las preguntas 17, 28, 35; se observa que el 50% puntuaron en la pregunta 10, el 33% puntuaron en la pregunta 45, el 17% de las personas puntuaron en las preguntas 5, 44; para entrar en esta categoría.

Trastorno Antisocial = 3 personas

OPCION	Frecuencia para Puntuar En Categoría	Frecuencia para no Puntuar En Categoría	Total de personas en categoría	Porcentaje De Ítem Puntuado Para Categoría	Porcentaje De Ítem no Puntuado Para Categoría	Total
Pregunta 11	2	1	3	67%	33%	100%
Pregunta 18	3	0		100%	0%	
Pregunta 20	3	0		100%	0%	
Pregunta 29	1	2		33%	67%	
Pregunta 47	3	0		100%	0%	
Pregunta 56	3	0		100%	0%	
Pregunta 74	2	1		67%	33%	

Tabla N° 11 Trastorno Antisocial
Autor: Eliana Landázuri
Fuente. Tesis de investigación

Análisis e Interpretación

En el total de personas con trastorno antisocial se ha identificado que el 100% puntuaron en las preguntas 18, 20, 47, 56; se observa que el 67% puntuaron en la pregunta 74, 11; el 33% de las personas puntuaron en la pregunta 29, para entrar en esta categoría.

Trastorno Narcisista = 5 personas

OPCION	Frecuencia para Puntuar En Categoría	Frecuencia para no Puntuar En Categoría	Total de personas en categoría	Porcentaje De Ítem Puntuado Para Categoría	Porcentaje De Ítem no Puntuado Para Categoría	Total
Pregunta 7	4	1	5	80%	20%	100%
Pregunta 9	3	2		60%	40%	
Pregunta 15	3	2		60%	40%	
Pregunta 22	5	0		100%	0%	
Pregunta 37	5	0		100%	0%	
Pregunta 55	5	0		100%	0%	
Pregunta 61	1	4		20%	80%	
Pregunta 65	5	0		100%	0%	
Pregunta 68	4	1		80%	20%	

Tabla N° 12 Trastorno Narcisista
Autor: Eliana Landázuri
Fuente. Tesis de investigación

Análisis e Interpretación

En el total de personas con trastorno narcisista se ha identificado que el 100% puntuaron en las preguntas 22, 37, 55, 65, se observa que el 80% de las personas puntuaron en las preguntas 7, 68; el 60% puntuaron en la pregunta 45, el 17% puntuaron en las preguntas 9, 15; el 20% de las personas puntuaron en la pregunta 61, para entrar en esta categoría.

Trastorno Límite = 32 personas

OPCION	Frecuencia para Puntuar En Categoría	Frecuencia para no Puntuar En Categoría	Total de personas en categoría	Porcentaje De Ítem Puntuado Para Categoría	Porcentaje De Ítem no Puntuado Para Categoría	Total
Pregunta 4	30	2	32	94%	6%	100%
Pregunta 8	29	3		91%	9%	
Pregunta 13	31	1		97%	3%	
Pregunta 25	25	7		78%	22%	
Pregunta 40	27	5		84%	16%	
Pregunta 43	29	3		91%	9%	
Pregunta 53	29	3		91%	9%	
Pregunta 60	28	4		88%	12%	
Pregunta 75	28	4		88%	12%	

Tabla N° 13 Trastorno Límite
Autor: Eliana Landázuri
Fuente. Tesis de investigación

Análisis e Interpretación

En el total de personas con trastorno límite se ha identificado que el 97% puntuó en la pregunta 13, el 94% puntuó en la pregunta 4, se observa que el 91% de las personas puntuaron en las preguntas 8, 43 y 53; el 88% puntuaron en las preguntas 60 y 75; el 78% de las personas puntuó en las pregunta 25; para entrar en esta categoría.

Trastorno Obsesivo Compulsivo = 1 persona

OPCION	Frecuencia para Puntuar En Categoría	Frecuencia para no Puntuar En Categoría	Total de personas en categoría	Porcentaje De Ítem Puntuado Para Categoría	Porcentaje De Ítem no Puntuado Para Categoría	Total
Pregunta 3	1	0	1	100%	0%	100%
Pregunta 19	1	0		100%	0%	
Pregunta 23	1	0		100%	0%	
Pregunta 32	1	0		100%	0%	
Pregunta 41	0	1		0%	100%	
Pregunta 48	1	0		100%	0%	
Pregunta 54	0	1		0%	100%	
Pregunta 59	1	0		100%	0%	

Tabla N° 14 Trastorno Narcisista

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Análisis e Interpretación

En el total de personas con trastorno obsesivo compulsivo se ha identificado que el 100% puntuó en las preguntas: 3, 19, 23, 32, 48, y 59. Se observó también que no éxito porcentaje de puntuación dentro de las preguntas 41 y 54; para entrar en esta categoría.

Trastorno de Dependencia = 7 personas

OPCION	Frecuencia para Puntuar En Categoría	Frecuencia para no Puntuar En Categoría	Total de personas en categoría	Porcentaje De Ítem Puntuado Para Categoría	Porcentaje De Ítem no Puntuado Para Categoría	Total
Pregunta 6	5	2	7	71%	29%	100%
Pregunta 33	5	2		71%	29%	
Pregunta 42	5	2		71%	29%	
Pregunta 49	5	2		71%	29%	
Pregunta 50	3	4		42%	58%	
Pregunta 62	7	0		100%	0%	
Pregunta 69	7	0		100%	0%	
Pregunta 73	7	0		100%	0%	

Tabla N° 15 Trastorno Dependiente

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Análisis e Interpretación

En el total de personas con trastorno dependiente se ha identificado que el 100% puntuó en las preguntas 62, 69 y 73. Se observó también que el 71% puntuó en las preguntas 6, 32, 42, y 49. Como porcentaje más bajo se obtiene que el 42% de las personas puntuó en la pregunta 50; para entrar en esta categoría.

Trastorno por Evitación = 2 personas

OPCION	Frecuencia para Puntuar En Categoría	Frecuencia para no Puntuar En Categoría	Total de personas en categoría	Porcentaje De Ítem Puntuado Para Categoría	Porcentaje De Ítem no Puntuado Para Categoría	Total
Pregunta 16	2	0	2	100%	0%	100%
Pregunta 27	1	1		50%	50%	
Pregunta 34	1	1		50%	50%	
Pregunta 38	2	0		100%	0%	
Pregunta 39	2	0		100%	0%	
Pregunta 51	2	0		100%	0%	
Pregunta 63	1	1		50%	50%	
Pregunta 76	2	0		100%	0%	

Tabla N° 16 Trastorno por Evitación

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Análisis e Interpretación

En el total de personas con trastorno por evitación se ha identificado que el 100% puntuó en las preguntas 16, 38, 39, 51 y 76. Se denotó también que el 50% de las personas puntuaron en las preguntas 27, 34, y 63; para entrar en esta categoría.

ANALISIS E INTRPRETACION VARIABLE DEPENDIENTE

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK (Resultados Globales)

FACTOR	ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>INTENTO AUTOLITICO PREVIO</i>	Pregunta 11 Pregunta 13 Pregunta 14 Pregunta 15	33	55%
<i>INTENCIDAD DE LA IDEACION ACTUAL</i>	Pregunta 3 Pregunta 5 Pregunta 12	14	23%
<i>SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA</i>	Pregunta 4 Pregunta 6 Pregunta 7 Pregunta 8 Pregunta 9	9	15%
<i>FACTOR ASOCIADO TENTATIVA</i>	Pregunta 1 Pregunta 10 Pregunta 2	4	7%
	TOTAL	60	100%

Tabla N° 17 Factores de comportamiento suicida

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Análisis

Mediante la evaluación se obtuvo que el factor de Intento Autolítico previo con 55% fue el de mayor relevancia, en segundo lugar la Intensidad de la ideación suicida con 23%, en tercer lugar sentimientos de desesperanza con 12% y por ultimo con 3% factores asociados

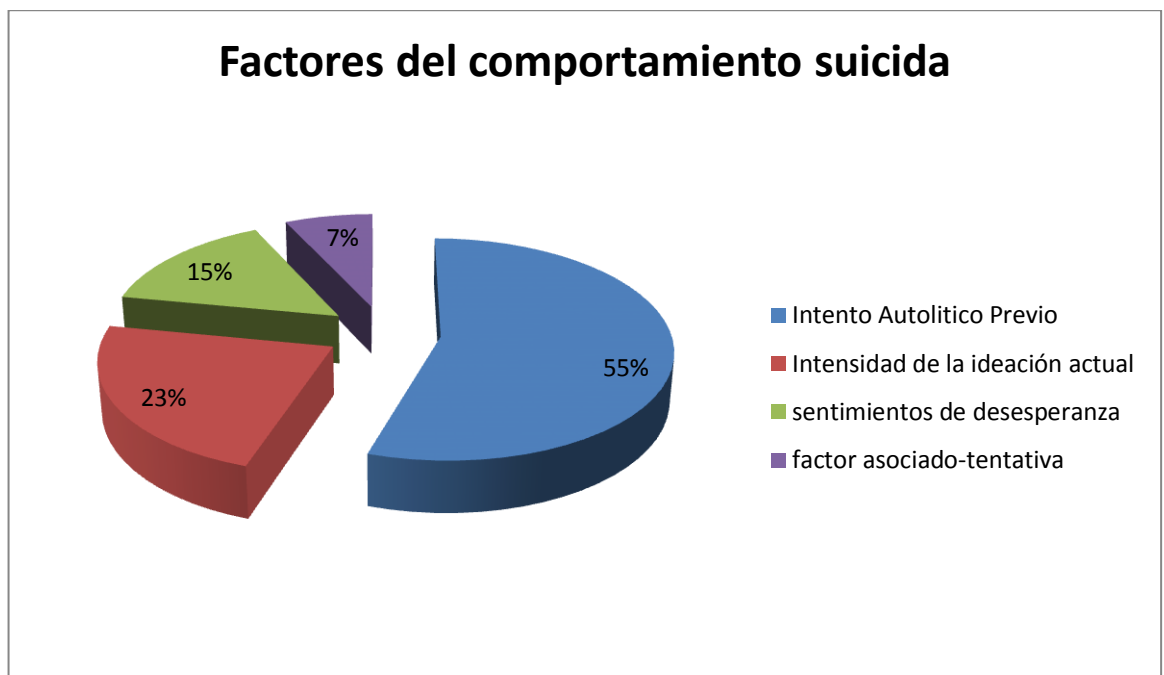


Gráfico N°8 Factores de comportamiento suicida

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Interpretación

Esto da a entender que dentro de la escala de riesgo suicida de Plutchik el área de mayor predominio es la de intento autolítico previo debido a que los pacientes que asisten al hospital ya tienen antecedentes familiares, lo cual hace que tengan mayor porcentaje de probabilidad de intentos autolíticos, no obstante vale recalcar que el 55% de la muestra ya ha presentado intentos autolíticos previos a la consulta externa u hospitalización.

La intensidad de la ideación actual es el segundo factor de mayor prevalencia ya que las creencias irracionales y pensamientos automáticos provocan un malestar significativo en esta área con un 23% de la muestra.

En el factor sentimientos de desesperanza acentuó 15% de la población ya que los pacientes manifiestan sentimientos de abandono, soledad y minusvalía frente las actividades cotidianas.

Por ultimo tenemos a los factores asociados con un 7% aquí se encuentran factores como divorcio, si la persona se encuentra en una familia estable.

Resultados desglosados

Factor de Intento Autolítico Previo = 33 Personas en esta categoría

OPCION	Frecuencia para Puntuar En Categoría	Frecuencia para no Puntuar En Categoría	Total de personas en categoría	Porcentaje De Ítem Puntuado Para Categoría	Porcentaje De Ítem no Puntuado Para Categoría	Total
Pregunta 11	33	0	33	100%	0%	100%
Pregunta 13	31	2		94%	6%	
Pregunta 14	29	4		88%	12%	
Pregunta 15	32	1		97%	3%	

Tabla N° 18 Factor de Intento Autolítico Previo

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Análisis e Interpretación

Dentro de las personas que reflejan el factor de intento autolítico previo como mayor incidente, se observa que el 100% de estos individuos puntúan la pregunta 11, además se refleja que el 97 % puntúa en la pregunta 15. El 94% puntúa en la pregunta 31, dejando el porcentaje menor del 88% para la pregunta 14. Lo cual indica que los antecedentes previos de suicidio de acuerdo al contexto se presentan con mayor relevancia y suelen ser un aspecto constante, demás se

muestra que la comunicación de los intentos autolíticos previos ocurre con menor frecuencia por lo que se puede deducir de esta forma su alto grado de letalidad.

Factor de intensidad de la ideación actual = 14 Personas en esta categoría

OPCION	Frecuencia para Puntuar En Categoría	Frecuencia para no Puntuar En Categoría	Total de personas en categoría	Porcentaje De Ítem Puntuado Para Categoría	Porcentaje De Ítem no Puntuado Para Categoría	Total
Pregunta 3	12	2	14	86%	14%	100%
Pregunta 5	14	0		100%	0%	
Pregunta 12	13	1		93%	7%	

Tabla N° 19 Factor de intensidad de la ideación actual

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Análisis e Interpretación

De las personas que encasillan en esta categoría se observa que en su totalidad puntúan en la pregunta 5, el 93% puntúa en la pregunta 12 y el 86% en la pregunta 12, lo cual refleja que los signos de impulsividad para causar muerte se presentan en menor grado, pero que la visión de pesimismo constante se acentúa de forma permanente en la intensidad de la ideación actual.

Factor de Sentimientos de desesperanza = 9 Personas en esta categoría

OPCION	Frecuencia para Puntuar En Categoría	Frecuencia para no Puntuar En Categoría	Total de personas en categoría	Porcentaje De Ítem Puntuado Para Categoría	Porcentaje De Ítem no Puntuado Para Categoría	Total
Pregunta 4	8	1	9	89%	11%	100%
Pregunta 6	8	1		89%	11%	
Pregunta 7	5	4		56%	44%	
Pregunta 8	8	1		89%	11%	
Pregunta 9	8	1		89%	11%	

Tabla N° 20 Factor de Sentimientos de desesperanza

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Análisis e Interpretación

En los sujetos que se encuentran en la categoría del factor de sentimientos de desesperanza como mayor incidente, se denota que el 89% de estas personas puntúa en las preguntas 4, 6, 8, 9. Mientras que como menor porcentaje se encasilla a las respuestas a la pregunta 7. Lo que concluye en que la visión de un futuro sin esperanza se presenta con menor frecuencia, sin embargo, los sentimientos de tristeza, inutilidad, fracaso e inhabilidad social se presentan con un alto grado de influencia; lo que determina estos aspectos como esenciales entorno a las características observadas desacuerdo a los sentimientos de desesperanza que presenta el comportamiento suicida.

Factores asociados= 4 Personas en esta categoría

OPCION	Frecuencia para Puntuar En Categoría	Frecuencia para no Puntuar En Categoría	Total de personas en categoría	Porcentaje De Ítem Puntuado Para Categoría	Porcentaje De Ítem no Puntuado Para Categoría	Total
Pregunta 1	4	0	4	100%	0%	100%
Pregunta 10	4	0		100%	0%	
Pregunta 2	4	0		100%	0%	

Tabla N° 21 Factores asociados
Autor: Eliana Landázuri
Fuente. Tesis de investigación

Análisis e Interpretación

En esta categoría es determinante que las puntuaciones de las personas reflejan que los sujetos que entran en esta categoría puntúan en totalidad dentro de los ítems plantados, lo que indica que desacuerdo a este aspecto se observa un alto porcentaje de incidencia en elementos externos que coadyuvan o motivan el comportamiento suicida, tales como la ingesta de algún medicamento, el estado civil del individuo o signos fisiológicos que pueden convertirse en factores esenciales que exacerban la intensidad con la que se presenta en el comportamiento suicida.

Riesgo de comportamiento suicida

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Riesgo leve 0-4	10	17%
Riesgo moderado 5-10	18	30%
Alto Riesgo suicida 11-15	32	53%
TOTAL	60	100%

Tabla N° 22 Riesgo de comportamiento suicida
Autor: Eliana Landázuri
Fuente. Tesis de investigación

Análisis

En los resultados se tiene que el riesgo de suicidio es alto en los pacientes con 53% seguido de riesgo moderado con 30% y 17% riesgo bajo, la muestra que acude a consulta interna y externa del hospital provincial general de Latacunga

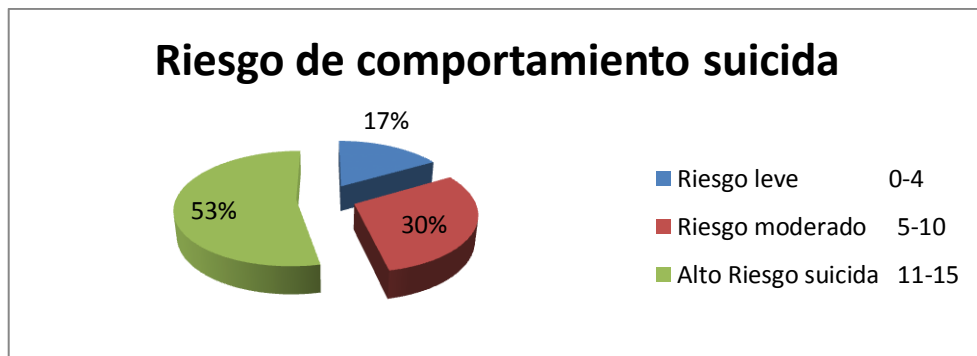


Gráfico N° 9 Riesgo de comportamiento suicida

Autor: Eliana Landázuri
Fuente. Tesis de investigación

Interpretación

Mediante la Evaluación La Escala De Riesgo Suicida De Plutchik se estableció que existe un alto riesgo suicida en los pacientes que acuden a consulta externa e interna del hospital provincial general de Latacunga con un 53% de la muestra, lo que es signo de alarma dentro del índice de salud mental, en segundo lugar tenemos con 30% un riesgo moderado pero que de igual manera requiere atención y por ultimo con 17% riesgo bajo el cual tiene mejor pronóstico.

4.2 Verificación de la Hipótesis

Hipótesis General

- Los Trastornos de la personalidad inciden en el comportamiento suicida en los pacientes de consulta externa de las áreas de psicología y psiquiatría del hospital General de Latacunga

Para comprobación de la hipótesis planteada dentro de la investigación se tomó como referencia los resultados obtenidos de los instrumentos del cuestionario IPDE módulo DSM-IV de Trastornos de Personalidad, así como también de los datos provenientes de la escala de Riesgo suicida de Plutchik.

Para la realización del análisis estadístico y la asociación de las variables investigadas se hizo uso del software: SPSS V.20 "Statistical Product and Service Solutions", el cual constituye un sistema global para el análisis de datos. Dicho programa puede adquirir datos de casi cualquier tipo de archivo y utilizarlos para generar informes tabulares, gráficos y diagramas de distribuciones y tendencias, estadísticos descriptivos y análisis estadísticos complejos.

El procedimiento para análisis de datos se realizó con el ingreso de caso por caso de los 60 pacientes que componen la muestra de la investigación, tomando en cuenta los datos generales provenientes de los resultados de la aplicación de los instrumentos de evaluación psicológica que se usaron para el estudio de las variables en cuestión.

Los datos que arrojó el software de análisis de datos fueron los siguientes:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip
TRASTORNOSDEPERSONALIDAD	60	1,00	10,00	5,9667	1,64643
COMPORTAMIENTO SUICIDA	60	1,00	4,00	1,7333	,95432
N Valido (según lista)	60				

Tabla N° 23 Estadísticos Descriptivos de la Investigación

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Tabla de Contingencia-TRASTORNOS.DE.PERSONALIDAD y COMPORTAMIENTO.SUICIDA

			COMPORTAMIENTO SUICIDA				Total
			Factor de Intento Autolítico Previo	Factor de Intensidad de la ideación actual	Factor de Sentimientos de desesperanza	Factores Asociados	
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	T. Paranoide	Recuento	0	0	1	0	1
		% del Total	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%	1,7%
	T. Esquizoide	Recuento	1	0	1	0	2
		% del Total	1,7%	0,0%	1,7%	0,0%	3,3%
	T. Esquizotípico	Recuento	0	0	0	1	1
		% del Total	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	1,7%
	T. Histriónico	Recuento	1	3	2	0	6
		% del Total	1,7%	5,0%	3,3%	0,0%	10,0%
	T. Antisocial	Recuento	1	0	0	2	3
		% del Total	1,7%	0,0%	0,0%	3,3%	5,0%
	T. Límite	Recuento	23	5	3	1	32
		% del Total	38,3%	8,3%	5,0%	1,7%	53,3%
	T. Narcisista	Recuento	2	2	1	0	5
		% del Total	3,3%	3,3%	1,7%	0,0%	8,3%
	T. Dependiente	Recuento	2	4	1	0	7
		% del Total	3,3%	6,7%	1,7%	0,0%	11,7%
	T. Evitante	Recuento	2	0	0	0	2
		% del Total	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%
	T. Obsesivo Compulsivo	Recuento	1	0	0	0	1
		% del Total	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%
Total		Recuento	33	14	9	4	60
		% del Total	55,0%	23,3%	15,0%	6,7%	100,0%

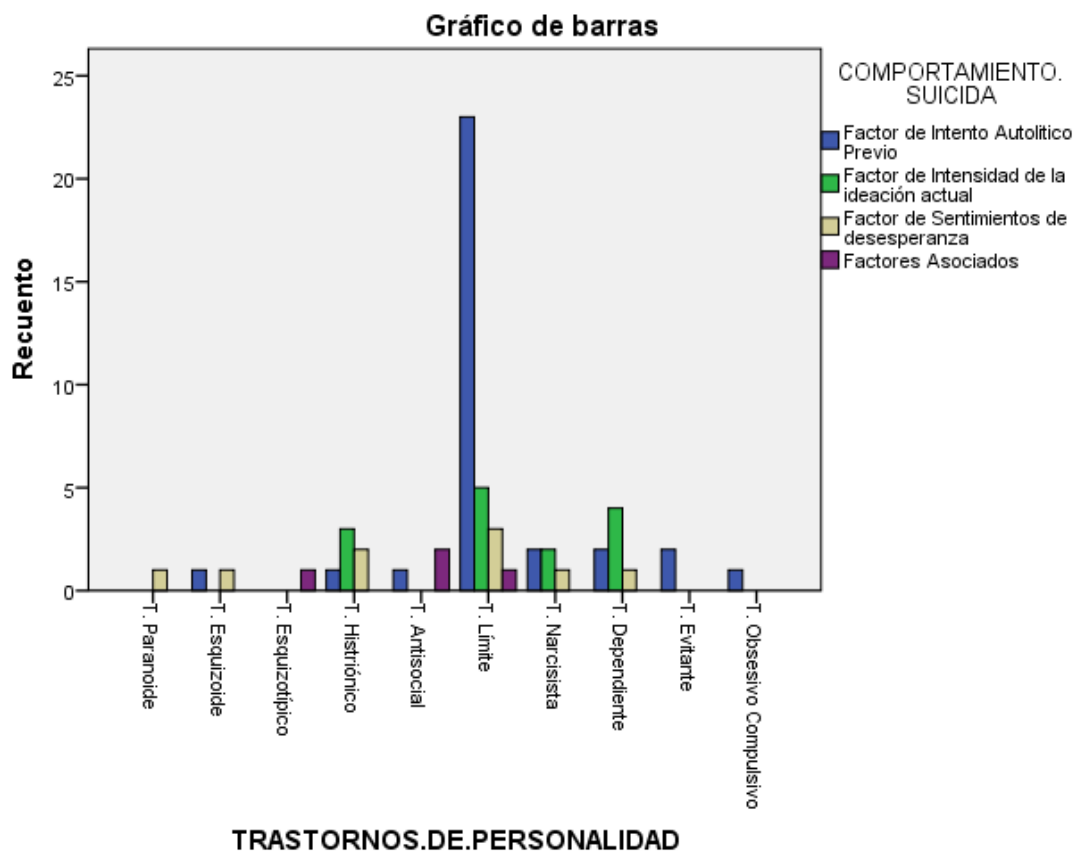
Tabla Nº 24 Tabla de Contingencia-TRASTORNOS.DE.PERSONALIDAD y COMPORTAMIENTO.SUICIDA

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Análisis

Mediante los resultados obtenidos se demuestra la asociación de datos entre Trastornos de Personalidad y Factores que componen el Comportamiento Suicida. De acuerdo a los Trastornos de Personalidad, en el Paranoide se observa que un 1,7% refleja el factor de sentimientos de desesperanza. En el Esquizoide el 1,7% presenta el Factor de intento autolítico previo y Sentimientos de desesperanza respectivamente. En el Esquizotípico el 1,7% reflejan Factores externos del comportamiento suicida. En el Histriónico el 5% presenta Intensidad de la ideación Actual, el 3,3% presenta sentimientos de desesperanza y el 1,7% muestran Intento autolítico previo. En el Antisocial el 3,3% reflejan factores asociados y el 1,7% Intento autolítico previo. En el Límite el 38,3% padece Intento autolítico previo, el 8,3% Intensidad de la ideación actual, el 5% Sentimientos de desesperanza y el 1,7% factores asociados. En el Narcisista el 3,3% presenta Intento autolítico previo e Intensidad de la Ideación actual respectivamente, y el 1,7% muestra sentimientos de desesperanza. En el Dependiente el 3,3% refleja Intento autolítico previo, el 6,7% Intensidad de la ideación actual y el 1,7% Sentimientos de desesperanza. En el Evitante se denota que el 3,3% sobrelleva el Intento autolítico previo. Finalmente en el Obsesivo Compulsivo el 1,7% manifiesta El factor de Intento autolítico previo del Comportamiento Suicida.



Interpretación

Es posible denotar que el factor de comportamiento suicida que se encuentra con mayor prevalencia es el de Intento autolítico previo; el cual se encuentra presente en la mayoría de los Trastornos de Personalidad de la Población. Lo que demuestra que los antecedentes de suicidio constituyéndose como las señales de riesgo que se observan con anterioridad son los aspectos que mayormente determinan la condición del Comportamiento Suicida, haciendo que exista un mayor riesgo de cometer el suicidio consumado.

Prueba de Chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	56,898 ^a	27	,001	. ^b	,009	,002
Razón de verosimilitudes	38,472	27	,071	,020		
Estadístico exacto de Fisher	38,870	27		,007		
Asociación lineal por lineal	5,988 ^c	1	,014	,013		
N de casos válidos	60					
a. 38 casillas (95,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,07.						
b. El estadístico tipificado es 2,447.						

Tabla N° 25 Pruebas de Chi-Cuadrado

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Prueba de Regresión Lineal

ANOVA ^a						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	5,454	1	5,454	6,552	,013^b
	Residual	48,280	58	,832		
	Total	53,733	59			
a. Variable dependiente: COMPORTAMIENTO.SUICIDA						
b. Variables predictoras: (Constante), TRASTORNOS.DE.PERSONALIDAD						

Tabla N° 26 Pruebas Regresión Lineal

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

Análisis e Interpretación

De acuerdo a la aplicación de la prueba Chi-Cuadrado se encuentra que los Trastornos de Personalidad y el Comportamiento Suicida están relacionados:

[χ^2 (27)= 38,870, $p < 0.05$], por otra parte mediante la prueba de Regresión Lineal se encuentra que los Trastornos de Personalidad predicen el Comportamiento Suicida: $F(1,58)=6,552$, $P < 0,05$. Con todo esto se cumple la hipótesis de que los Trastornos de Personalidad de los pacientes de consulta externa de las áreas de psicología y psiquiatría del Hospital General de Latacunga inciden en su comportamiento suicida; y que de cierta manera la presencia de estos trastornos determina el padecimiento de las condiciones de riesgo de suicidio.

4.2.1 HIPÓTESIS GENERAL

- Los Trastornos de la personalidad inciden en el comportamiento suicida en los pacientes de consulta externa de las áreas de psicología y psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga

Mediante la Tabla N° 26,27 y Gráfico N°10 se aprueba la hipótesis tras haber realizado la prueba del Chi Cuadrado (χ^2) con el software “SPSS”, donde se obtiene como conclusión que: [χ^2 (27)= **38,870**, **$p < 0.05$**]. Por otro lado la Prueba de Regresión Lineal indica que: **$F(1,58)=6,552$, $P < 0,05$** . Por lo cual queda comprobado la Hipótesis General de que los Trastornos de Personalidad inciden en el Comportamiento suicida en los pacientes de consulta externa de las áreas de psicología y psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga.

4.2.2 HIPOTESIS ESPECÍFICAS

- **El Trastorno Límite de la Personalidad es el de mayor incidencia en el comportamiento suicida**

En base a la Tabla N° 6 y Gráfico N°7, se determina que el 53% de la población está afectado con el Trastorno Límite de la Personalidad, con lo cual queda verificada esta hipótesis.

- **El factor de intento autolítico previo es el de mayor relevancia en el comportamiento suicida**

En referencia a la Tabla N° 18 y Gráfico N°8, es notable que 55% de la muestra de investigación muestra el factor de intento autolítico previo como aspecto de mayor relevancia en el comportamiento suicida, con lo cual esta hipótesis adquiere carácter positivo en su verificación.

- **El alto riesgo suicida es el nivel que predomina en la población**

De acuerdo a la Tabla N° 23 y Gráfico N°9, se puede observar que el 53% de la población en estudio se encuentra en la categoría de un alto riesgo suicida, aspecto que refleja que esta hipótesis se encuentra sustentada positivamente.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- La incidencia de los Trastornos de Personalidad en las personas con Comportamiento Suicida se presenta con mayor prevalencia en personas dentro del rango de edad de 18 a 25 años con un 57%, sobre los otros niveles de edad: 28% los individuos de 26 a 35 años y 15% los sujetos de 36 años en adelante. Lo cual demuestra que el periodo vital de la juventud constituye la etapa vulnerable para padecer estas condiciones psicológicas. Además también se concluye que en su mayoría los afectados son mujeres con un grado de incidencia del 62% sobre el género masculino que se presenta un 38%, indicando de esta manera una tendencia del género femenino al riesgo de cometer un suicidio.
- Existe una repercusión variada de los Trastornos de Personalidad en el comportamiento suicida, sin embargo, con el estudio realizado se ha identificado que el Trastorno de Personalidad Límite es el que se presenta con más frecuencia dentro de esta condición, con una incidencia del 53%, sobre el resto de Trastornos de Personalidad: 12% el Trastorno de Dependencia, 10% Trastorno Histriónico, 8% el Trastorno Narcisista, 5% el Trastorno Antisocial con un 3% los Trastornos Esquizoide y Evitativo respectivamente, y por último con un 2% el Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno Esquizotípico y Trastorno Paranoide correspondientemente. Esto permite interpretar que propiamente por las características de inestabilidad emocional que determinan el diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite, lleva con mayor periodicidad a poseer ideas referentes a la muerte y desesperanza, siendo más vulnerables al Comportamiento Suicida.
- Se establece que de las cuatro áreas que componen el comportamiento suicida, el Intento autolítico previo es el de mayor relevancia, con un porcentaje de incidencia del 55% en la población, sobre el resto de factores: Intensidad de la Ideación Actual 23%, Sentimientos de Desesperanza 15%, Otros Factores

Asociados 7%. Con lo cual se determina que la mayoría de personas con Comportamiento Suicida reflejan algún acto o antecedente que sugiere que ya han planificado o pensado en suicidarse, elevando de esta manera el riesgo de suicidio consumado.

- Dentro de los niveles posibles de riesgo suicida, se observa que la mayor parte de la población presenta un alto riesgo de cometer suicidio, lo que denota una incidencia del 53%, sobre los otros niveles: Riesgo Moderado el 30% Riesgo Bajo el 17%. Lo que expresa la necesidad de establecer un seguimiento psicológico cercano de los pacientes atendidos y establecer modelos de Intervención psicológica.
- La hipótesis General de la Investigación queda comprobada tras haber realizado la prueba del Chi Cuadrado (χ^2) con el software “SPSS”, donde se obtiene como conclusión que: [χ^2 (27)= 38,870, $p < 0.05$]. Por otro lado la Prueba de Regresión Lineal indica que: $F(1,58)=6,552$, $P < 0,05$. Lo cual demuestra que los Trastornos de Personalidad inciden en el Comportamiento suicida en los pacientes de consulta externa de las áreas de psicología y psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga.
- El alto grado de incidencia de los trastornos de personalidad en los pacientes hospitalarios de comportamiento suicida, indica que este sector identificado de la población presenta la necesidad de un abordaje terapéutico especializado, de acuerdo a las características observadas en dichas personas que señalan signos de baja tolerancia a la frustración y esquemas cognitivos muy arraigados a las ideas de muerte.

5.2 RECOMENDACIONES

- Se propone que para disminuir el grado de incidencia de los trastornos de personalidad y el comportamiento suicida, se organicen proyectos de prevención primaria que promuevan la salud mental y que estén referenciados

en informar a la comunidad sobre los riesgos de las tentativas de suicidio y como se puede ver incrementadas por los distintos tipos de trastornos de personalidad que existen.

- La conformación de un protocolo para llevar el registro de los intentos autolíticos previos, posibilitará que en futuras intervenciones se posea antecedentes claros de las formas en que se presentan los actos suicidas, por lo que existiría mejor posibilidades de prevenirlos.
- Igualmente el establecimiento de un registro de pacientes de acuerdo a su criterio de personalidad evaluado, potencializará de mejor manera el desarrollo de entrevistas psicológicas e intervenciones terapéuticas que se realicen.
- Los pacientes identificados con alto riesgo de suicidio de acuerdo a sus condiciones, demandan un nivel más especializado en el seguimiento de sus conductas, debido a que sus características de inestabilidad hacen cada vez más frecuente la probabilidad de consecución de actos suicidas, mostrando el incremento de la tasa de mortalidad por este fenómeno.
- Se recomienda trabajar en un programa de intervención psicológica basada en la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis, puesto que la misma constituye un abordaje ideal para modificar rasgos de personalidad negativos y desadaptativos, ya que se trabaja en los pensamientos inflexibles, los mismos que ocasionan dichas conductas autodestructivas que determinan el Comportamiento Suicida. Esto con el fin de acrecentar la capacidad en los pacientes de solución de conflictos personales, tolerando las frustraciones y manejando sus emociones.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos Informativos

TEMA:

Programa psicoterapéutico basado en la Terapia Racional Emotiva Cognitiva de Albert Ellis dirigido a pacientes de consulta interna y externa de las áreas de psicología y psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga para modificar sus creencias irracionales provenientes de los esquemas mentales de los trastornos de personalidad con el fin de disminuir el riesgo de comportamiento suicida.

INSTITUCIÓN EJECUTORA:

Hospital Provincial General de Latacunga

BENEFICIARIOS:

Directos: 60 Pacientes de consulta interna y externa del área de psicología y psiquiatría

Indirectos: Medicina Interna.

UBICACIÓN:

Ecuador, Provincia de Cotopaxi Cantón Latacunga.

TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN:

4 meses

Se llevará a cabo en el Período 2014.

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE

- Hospital Provincial General de Latacunga
- Pasante de Psicólogo Clínico

COSTO

El costo de la propuesta será de 960,20

6.2 Antecedentes de la propuesta

De conformidad con la investigación realizada se deduce que en la actualidad los pacientes que acuden a atención psicológica dentro de la institución reflejan una notable incidencia de los trastornos de personalidad en el comportamiento suicida se identificó que existe una repercusión variada de los Trastornos de Personalidad en el comportamiento suicida, donde se ha identificado que el Trastorno de Personalidad Límite es el que se presenta con más frecuencia dentro de esta condición, con una incidencia del 53%, sobre el resto de Trastornos de Personalidad: 12% el Trastorno de Dependencia, 10% Trastorno Histriónico, 8% el Trastorno Narcisista , 5% el Trastorno Antisocial con un 3% los Trastornos Esquizoide y Evitativo respectivamente, y por último con un 2% el Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno Esquizotípico y Trastorno Paranoide correspondientemente. Esto permite interpretar que propiamente por las características de inestabilidad emocional que determinan el diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite, lleva con mayor periodicidad a poseer ideas referentes a la muerte y desesperanza, siendo más vulnerables al Comportamiento Suicida.

Los análisis estadísticos del trabajo realizado obtuvieron como resultado la validación de la hipótesis General de acuerdo a la Tabla N° 26,27 y Gráfico N°10 de la Investigación, donde tras haber realizado la prueba del Chi Cuadrado (χ^2) con el software “SPSS”, se obtuvo como conclusión que: [χ^2 (27)= 38,870, $p < 0.05$]. Por otro lado la Prueba de Regresión Lineal indicó que: $F(1,58)=6,552$, $P < 0,05$. Por lo cual quedó comprobado que los Trastornos de Personalidad presentan un nivel de incidencia sobre el Comportamiento suicida en los pacientes de consulta externa de las áreas de psicología y psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga. Por consiguiente la aplicación de esta propuesta será un método útil para abordaje de este fenómeno psicológico.

6.3 Justificación

La realización y aplicación de la presente propuesta es de suma importancia debido a que según se ha constatado en el análisis e interpretación de resultados del presente trabajo, la presencia de Trastornos de Personalidad son factores incidentes en el comportamiento suicida.

La propuesta planteada es viable ya que existe la colaboración y apertura de las autoridades de la institución estudiada, y de acuerdo a la indagación clínica se ha podido constatar que los pacientes de consulta interna y externa que acuden a asistencia psicológica en el Hospital Provincial General de Latacunga, presentan un alto porcentaje de casos de comportamiento suicida relacionados con los trastornos de personalidad que se presentan con esquemas cognitivos inflexibles, significando un aspecto de suma importancia a trabajar dentro de un proceso de intervención psicológica.

La Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis es un enfoque que constituye un abordaje oportuno para realizar la reestructuración de creencias irracionales presentes en las condiciones psicológicas de trastornos de personalidad y comportamiento suicida. Este modelo actúa eficazmente en la modificación de pensamientos y creencias que determinan esquemas mentales en el individuo, que a su vez originan conductas desadaptativas al contexto. El desarrollo de esta terapia se basa en los principios de abordaje cognitivo conductual propuestos por Albert Ellis, dando como referencia el trabajo terapéutico de acuerdo a los tres momentos de Insight que facultan un tratamiento especializado para este tipo de fenómenos psicológicos

Esta propuesta representa un trabajo con alto índice de originalidad, puesto que el tratamiento de las condiciones descritas no ha sido abordado anteriormente en la población; añadiendo que el estudio comprende también la interrelación científica entre la fundamentación teórica y la aplicación práctica de técnicas terapéuticas. Además el procedimiento planteado hace uso de técnicas especializadas provenientes de la corriente cognitivo conductual, el mismo que constituye un enfoque con de validez actual en el desarrollo de las terapias psicológicas.

6.4 Objetivos

6.4.1 General:

Aplicar un programa psicoterapéutico basado en la Terapia Racional Emotiva Cognitiva de Albert Ellis dirigido a pacientes de consulta interna y externa de las áreas de psicología y psiquiatría del Hospital Provincial General de Latacunga para modificar sus creencias irracionales provenientes de los esquemas mentales de los trastornos de personalidad con el fin de disminuir el riesgo de comportamiento suicida.

6.4.2 Específicos:

- Lograr que los sujetos tomen conciencia de que su trastorno deriva de una idea irracional y no directamente de acontecimientos activadores adversos o desagradables.
- Identificar mediante auto registros y refutación las creencias irracionales de los trastornos de personalidad que originan emociones o conductas erróneas en el comportamiento suicida con el fin de detectar y modificar creencias irracionales.
- Conseguir que las personas trabajen en la sustitución de las creencias irracionales mediante la aplicación de técnicas especializadas de carácter cognitivo, emocional y conductual.

6.5 Análisis de factibilidad

Política:

La presente propuesta se halla establecida por los reglamentos institucionales que gobiernan la atención psicológica dentro del área hospitalaria, con el fin de potencializar los servicios prestados en dicha institución

Bio, Psico, Socio, Cultural:

El estudio realizado es de suma importancia porque mediante esta propuesta se puede establecer un proceso terapéutico cognitivo conductual el cual servirá para modificar las creencias irracionales de los pacientes que padecen trastornos de personalidad ya que el comportamiento suicida se puede dar en cualquier nivel cultural y en todas las edades , por lo que es de interés biopsicosocial.

Económico – Financiera:

Se estableció medidas que conceden un presupuesto económico accesible en la aplicación de las actividades, para que los involucrados se vean beneficiados de salud mental sin restricción.

6.6 Fundamentación científica técnica

Para fundamentar científicamente la propuesta de investigación se hace referencia primordial a los libros de: Caballo (1996) en base al tratamiento cognitivo-conductual de trastornos psicológicos, también Cloninger (2003) sobre Teorías de la Personalidad, además de las obras “Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual” y “Manual de Terapia Racional Emotiva” escritos por el psicólogo Albert Ellis, del cual se basan los fundamentos de este aporte técnico.

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Concepto

La terapia cognitiva conductual, constituye un modelo de abordaje terapéutico especializado para el tratamiento de distintos trastornos que son estudiados en la psicología. Este enfoque se conforma como la metodología de mayor uso en la práctica clínica, puesto que relaciona tanto los postulados de enfoques cognitivos como conductuales que se han ido desarrollando en los avances de la psicología científica.

Progresivamente esta modalidad de terapia ha ido tomando mayor importancia en el trabajo clínico, demostrando su validez y eficacia para tratamiento de una diversa gama de malestares físicos y psicológicos.

El curso del procedimiento que sigue esta terapia se determina en 3 instancias, donde en un primer momento se aplica la evaluación de las condiciones psicológicas del individuo, segundo la aplicación misma de la intervención técnica y tercero el seguimiento de los resultados que se producen en el individuo en consecución de la terapia.

La modalidad de terapia se encuentra cimentada fuertemente sobre el modelo cognitivo propuesto por el Psicólogo Aaron Beck, quien postula que la percepción del contexto que posee una persona incide de manera relevante en las respuestas emocionales y conductuales. De acuerdo a esto se entiende que el aspecto esencial es la manera en cómo se interpretan las situaciones que el sujeto atraviesa, y esto es lo que primordialmente determina el estado emocional de la persona. Por consiguiente es posible deducir que los eventos que experimenta un individuo no son fundamentalmente los que actúan en el desarrollo de trastornos psicológicos, sino más bien la percepción que se tenga sobre los mismos. Los supuestos teóricos que propone el modelo cognitivo son:

1. "Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su realidad".
2. "La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas cognitivas, emotivas o conductuales".
3. "Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos".
4. "La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, entre otros.) es central en el proceso de cambio".

Además las terapias cognitivas tienen su estilo y carácter único, el cual se encuentra enfatizado en estos preceptos técnicos:

1. La responsabilidad que el paciente adquiere en el proceso de terapia, describe la importancia de su contribución y participación activa en el curso de tratamiento.
2. Mantiene una orientación encaminada al abordaje del problema y a la consecución de objetivos planteados
3. Posee cualidades de carácter educativo, ya que constituye un modelo en el cual el terapeuta capacita al paciente para lograr el funcionamiento saludable.

La terapia racional emotiva conductual "T.R.E.C" constituye el punto medio de unión entre la terapia cognitivo conductual y la terapia cognitiva. Puesto que actúa

primordialmente en la reestructuración cognitiva sin dejar de lado la aplicación de la modalidad de trabajo del enfoque cognitivo conductual.

El modelo de terapia que utiliza la T.R.E.C se guía fundamentalmente en la resolución de conflictos que suceden al individuo en tiempo presente, por lo que el trabajo de condiciones vitales del pasado del sujeto no se ve directamente relacionado con el trabajo que realiza este enfoque, sino más bien centra la atención de abordaje terapéutico en el tratamiento de las cogniciones que poseen características de irracionalidad y en la eliminación de las fuentes que originan la sintomatología de una condición psicológica desfavorable.

Características de la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis

-Tiene como objetivo que la persona experimente profundidad en el cambio de personalidad y que este aspecto pueda ser estable en el tiempo.

-Las creencias individuales que posee un individuo constituyen la forma en cómo el sujeto percibe la realidad.

-Las creencias irracionales que presenta una persona son aspectos que se han desarrollado desde las primeras etapas de experiencia vital en distintos escenarios de relación.

-Los componentes psicológicos que aborda esta terapia son el pensamiento, el afecto y la conducta, de lo cual se establece que existe una interrelación recíproca entre cada uno de ellos.

-El padecimiento de un trastorno psicológico se genera primordialmente por producto de las creencias irracionales que desarrolla el sujeto. Este tipo de creencias tiene como cualidad un carácter exigente e inflexible de lo que la persona espera como expectativa personal, convirtiéndose en preceptos mentales que el individuo fabrica para sí mismo.

- Las metas que conlleva esta terapia tienen como objetivo por un lado que la persona adquiera conciencia de las creencias irracionales, y además la reestructuración positiva de las mismas para promover la racionalidad en el

individuo, y que de esta manera tenga las herramientas para desarrollarse funcionalmente en la vida cotidiana.

-Esta terapia basa su aplicación en la comprensión del funcionamiento psicológico de la persona de acuerdo al modelo denominado “ABC”, donde conjugan estos 3 elementos:

A: Corresponde a los hechos o eventos externos que atraviesa el sujeto.

B: Constituyen las creencia o ideas generales que el sujeto establece sobre los hechos.

C: Determina las consecuencias que surten como efecto y que tienen secuelas en el aspecto emocional, cognitivo o conductual del individuo.

-El modelo de terapia señala que los acontecimientos externos (A), no son básicamente lo que producen las consecuencias (C), en el bienestar psicológico de la persona, sino que de manera fundamental la valoración personal que se realiza debido a las creencias (B), es lo que determina las condiciones resultantes en el malestar psicológico de un individuo.

- Los tres elementos del modelo ABC producen reacciones en la estabilidad cognitiva, emocional o conductual de la persona. Sin embargo, la T.R.E.C primordialmente enfatiza el trabajo sobre la instancia de (B) que pertenece a las creencias irracionales que posee el sujeto, realizando la reestructuración cognitiva de las mismas, para que de esta manera se origine un cambio en las percepciones individuales y se logre un funcionamiento psicológico positivo.

Metas del trabajo terapéutico

La T.R.E.C fundamenta su trabajo terapéutico en la planificación y consecución de metas que se espera alcanzar, estos objetivos tienen concordancia con las principales metas humanas que el individuo desarrolla en su experiencia vital:

- Deseo de supervivencia; puesto que la naturaleza del ser humano lo lleva a buscar los medios para lograr su subsistencia.

- Obtención de aprobación o afecto de los demás, lo cual corresponde al sentido en que la persona se siente incluido en su contexto.
- Alcance del éxito y competencia personal en distintas áreas de la vida, lo que conlleva la motivación esencial por la cual el sujeto busca su autorrealización.
- Establecimiento del bienestar físico, emocional o social, lo que tiene que ver principalmente con el sentido de satisfacción que el sujeto experimenta al alcanzar sus necesidades personales.

Partiendo de esto Albert Ellis resalta la importancia de sus postulados teóricos, acentuando la relevancia de que los seres humanos se constituyan como entes con carácter propositivo que se encaminen a la consecución adecuada de las metas personales y desarrollen la filosofía de vida particular.

Cognición y procesos psicológicos relacionados con la terapia

En este modelo de terapia conjuga la interrelación entre los elementos psicológicos del pensamiento, afecto y conducta.

Los mecanismos que determinan las condiciones de salud o trastornos psicológicos son:

- Creencias irracionales; actúan como exigencias personales y desarrollan el procesos de padecimiento de un trastorno psicológico.
- Creencias racionales; actúan como preferencias personales y están encaminados a desarrollar el proceso de salud psicológica.

Teoría del cambio terapéutico según la T.R.E.C

El objetivo de toda terapia es la resolución de la condición presente en base al cambio de los aspectos desfavorables. Por su parte la aplicación de esta terapia promueve estos cambios:

1. Cambio del aspecto situacional; en el que interviene la modificación del ambiente donde se desarrolla el individuo para que resulte un escenario donde se

perciba refuerzo y motivación de los demás, en favor de establecer conductas positivas.

2. Cambio en las consecuencias que se producen en el sujeto; por el cual se brinda a la persona las herramientas de aplicación necesaria para solventar reacciones cognitivas, emocionales o conductuales de carácter desfavorable.

Para Albert Ellis la eficacia para alcanzar una funcionalidad del individuo esta primordialmente cimentado en la reestructuración de las creencias irracionales que aquejan al sujeto.

Creencias Irracionales

De acuerdo a las postulaciones de Albert Ellis encasillo a las ideas de origen irracional en un grupo de 11 ideas fundamentales:

1. "Es una necesidad extrema, para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de la sociedad".
2. "Para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles"
3. "Las personas que no actúan como deberían son viles, malvadas e infames y deberían ser castigadas por su maldad"
4. "Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como a uno le gustaría"
5. "La desgracia y el malestar humano están provocados por las circunstancias externas, y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones"
6. "Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra"
7. "Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente"
8. "Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar"
9. "Lo que me ocurrió en el pasado, seguiría afectándome siempre"

10. “Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás”

11. “Existe una solución perfecta para cada problema y si no la hallamos sería catastrófico”

Los estudios de Albert Ellis sobre las creencias irracionales se llevaron a cabo de forma progresiva. Las ideas anteriormente descritas según este autor tienen referencia con tres ideas irracionales básicas que representan pensamientos más generalizados de irracionalidad. Esas ideas son:

1. Haciendo referencia a uno mismo: “debo hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones”

2) Haciendo referencia a otras personas: “deben actuar de forma agradable, considerada y justa”

3) Haciendo referencia a la vida o medio externo: “debe ofrecerme unas condiciones buenas y fáciles para que pueda conseguir lo que quiero sin mucho esfuerzo o incomodidad”

En las situaciones en las que las nociones básicas descritas no son satisfechas por la persona, se genera pensamientos generalizados en el individuo que determinan la adopción de posturas rígidas en referencia al medio externo y a los aspectos personales. Estos pensamientos son:

- Idea general de tremendismo; se considera que las situaciones y circunstancias poseen un carácter eminentemente terrible y catastrófico.

- Idea general de no-soportantitis; se percibe la sensación de intolerancia e incapacidad de afrontamiento a una situación.

- Idea general de condena, enmarcado por percepciones absolutistas y con calificativos determinantes sobre los aspectos relacionados.

Según Albert Ellis el padecimiento de los trastornos psicológicos está estrechamente relacionado con el desarrollo de las creencias irracionales. Por

consiguiente la finalidad que sigue la Terapia Racional Emotiva Conductual es la detección oportuna de dichas creencias y el desprendimiento de los esquemas mentales rígidos y absolutistas que se produce a partir de las mismas.

Por otro lado este autor determina también los niveles que sigue el curso de la T.R.E.C; determinándolos en tres niveles de insight, cada uno con su respectiva característica y trabajo terapéutico tomando en cuenta el modelo “ABC”. Estos niveles son:

-INSIGHT N° 1:

En esta instancia el objetivo terapéutico es lograr que el sujeto tome conciencia de que la condición psicológica proviene de “B” (creencias irracionales) y no solamente de “A” (eventos o acontecimientos adversos), destacando de esta manera la importancia de las creencias esquematizadas que posee la persona. Para alcanzar esta meta se hace uso de la aplicación de técnicas psicológicas en lo cual se enfatiza lo siguiente:

Los eventos o acontecimientos que atraviesa una persona aportan una incidencia relevante al desencadenamiento de las consecuencias cognitivas, conductuales o emocionales; sin embargo, la razón primordial para que se originen es la presencia de creencias irracionales de carácter rígido aferradas al esquema mental construido por un individuo. Las circunstancias externas poseen características que hacen difícil su modificación ya que constituyen un escenario muy amplio, no obstante las ideas individuales son más susceptibles de cambio, por lo cual el trabajo terapéutico se cimienta sobre la modificación de ese aspecto, con el objetivo de alcanzar en el individuo, emociones y conductas de carácter propositivo.

-INSIGHT N° 2:

En esta etapa de la terapia el objetivo planteado es que el individuo tome un sentido consiente de que las creencias irracionales que esquematiza de forma rígida le generan un auto refuerzo constante, el cual le impide desestructurar adecuadamente las ideas de irracionalidad que producen efectos desfavorables. El curso de esta fase enfatiza en los siguientes puntos:

-Los acontecimientos adversos que suceden desde el inicio de la vida del individuo inciden directamente a la construcción personal que ejerce cada sujeto para desarrollar ideas irracionales.

-En el enfrentamiento cotidiano de situaciones que provocan malestar o incomodidad, el individuo de forma constante se encuentra recreando las creencias irracionales que permiten que las dificultades se acrecienten, además de que progresivamente se orienta a la construcción de nuevas ideas absolutistas que impiden una funcionalidad positiva.

- INSHIGT N° 3:

Esta fase de la terapia se encuentra determinada por la reestructuración de las ideas irracionales presentes en el individuo. Este reemplazo por ideas de carácter racional se realiza de forma activa con la participación del sujeto en tratamiento.

La metodología que se sigue en esta etapa tiene que ver con la aplicación de técnicas especializadas propias de la terapia, enfocadas en el aspecto emocional, cognitivo y conductual.

El adecuado desarrollo de estas etapas exige el trabajo contante tanto del paciente como del terapeuta que aplica la terapia, y se fundamenta en la observación consecutiva de los resultados que se originan de las técnicas usadas.

Técnicas empleadas en el proceso de Terapia Racional Emotiva Conductual

Técnicas Cognitivas

Centradas en el abordaje de creencias y distorsiones de carácter irracional.

1. Detección: Esta actividad comprende el proceso de búsqueda e identificación de las creencias irracionales que generan consecuencias desfavorables. Generalmente las tareas que se emplean tienen que ver con el uso de auto-registros que la persona misma realiza para ayudarse al descubrimiento y especificación de sus creencias irracionales.

2. Refutación: Se basa en todos los diálogos que terapeuta y paciente establecen para debatir de las creencias irracionales. Con el objetivo que discrepar sobre ellas facilite la reestructuración.
3. Discriminación: En esta técnica el terapeuta toma un carácter directivo al conducir la explicación y discernimiento de las diferencias que existen entre ideas racionales e irracionales.
4. Tareas cognitivas para casa: Simbolizan el uso de las formas de detección, refutación y discriminación trasladadas de la práctica en sesión al uso de las mismas en el ambiente habitual del sujeto.
5. Definición: En este sentido el terapeuta establece parámetros de lenguaje con los cuales el individuo puede guiarse en un actuar y pensar de carácter racional.
6. Técnicas referenciales: El paciente participa activamente con la dirección del terapeuta en la confección de listas de aspectos positivos que lo motiven a la racionalidad y lo alejen de construir esquemas generalizados de pensamiento.
7. Imaginación racional emotiva: Con un sentido directivo del terapeuta, el paciente en cuestión experimenta vivencialmente las emociones negativas que se producen de una cuestión en particular. Esta actividad se la realiza de forma técnica con la guía racional del terapeuta cuya finalidad es sustituir en el mismo progreso las emociones por sentimientos propositivos para la persona.
8. Proyección en el tiempo: Consiste en el trabajo conjunto de terapeuta y paciente para establecer una estimación adecuada de los resultados y cambios que se espera lograr, para brindar mayor significancia a lo realizado.

Técnicas Emocionales

Centradas en el abordaje de las reacciones emocionales manifestadas en el individuo.

1. Aceptación incondicional: Promueve la aceptación sin restricción por parte del terapeuta de las condiciones que atraviesa el paciente. Además que el individuo logre reconocer en si mismo las fortalezas individuales que posee para potencializar el tratamiento.
2. Métodos humorísticos: Fomenta el manejo oportuno y eficaz de expresiones humorísticas para referirse a aspectos negativos o de malestar que atraviesa el paciente. En este sentido es necesario tomar en cuenta la forma y el contenido que el terapeuta y paciente usan para que se realice de una manera constructiva.
3. Inversión del rol racional: En esta técnica se realizan de forma severa el uso de argumentaciones que establezcan diálogo entre la parte racional del individuo con su parte irracional.
4. Ejercicios de ataque a la vergüenza: Actividades encaminadas a enfrentar lo que comúnmente se conoce como vergüenza. La dirección óptima del terapeuta permite que este acto se realice de forma inofensiva, con el único objetivo que la persona se acostumbre a la experiencia vital de esa situación.
5. Ejercicios de riesgo calculado: Promueve la utilización de ejercicios de carácter experimental, que tiene como finalidad alcanzar aproximaciones propositivas a las circunstancias de malestar, sin evidenciar un riesgo excesivo para la integridad personal.
6. Repetición de frases racionales: Se establecen conjuntamente con el paciente frases fijas de carácter racional que el paciente repita como refuerzo y motivante personal.

Técnicas Conductuales

Centradas en la modificación de conducta que manifiesta la persona.

1. Implosión: Se basa en las tareas vivenciales enviadas a casa, en las cuales el paciente se expone a las circunstancias que le generan malestar. Tienen como finalidad que el sujeto pueda desensibilizar la condición que lo aqueja. Este proceso se lleva a cabo de forma progresiva para evaluar el grado de conformidad que la persona va adquiriendo en base a la exposición.
2. Técnicas de condicionamiento operante: Se basa principalmente en la administración eficaz de refuerzos o recompensas por la consecución de actividad propositivas cumplidas, o por el contrario el uso de castigos simbólicos que puedan regular la conducta que presenta el sujeto.
3. Contratos conductuales: Son los acuerdos específicos y formales entre el paciente y terapeuta para comprometerse en el desarrollo de la terapia.
4. Entrenamiento en habilidades sociales y aserción: Técnica utilizada para desarrollar la asertividad individual del individuo, teniendo como finalidad la institución de un manejo óptimo de las relaciones sociales, mediante el uso de ejercicios de carácter práctico así como de un cambio profundo de la filosofía particular con la que se percibe el mundo.
5. El aprendizaje observacional o vicario: En esta técnica el terapeuta direcciona al paciente para que perciba las experiencias cotidianas como fuentes de aprendizaje, con el fin de desarrollar aspectos propositivos en sí mismos. Esto se basa en el sentido de que si un individuo observa una conducta realizada por otros, estará más motivado a practicarla o aprender de ella.
6. Evaluación conductual: Este método se emplea para realizar un análisis de los progresos que ha tenido el paciente desde el inicio de la terapia y en cada una de sus fases, apoyándose en métodos de medición que resulten sencillos tanto para el paciente como para el terapeuta.

7. El entrenamiento en relajación: Se basa esencialmente en la aplicación especializada de técnicas psicológicas que promuevan la relajación en el individuo. Estas técnicas están en caminadas a que el sujeto pueda discernir las diferencias entre tensión y relajación y que adquiriera las destrezas para enfrentarse sucesivamente a los aspectos cotidianos que le generan incomodidad.
8. Técnicas aversivas: Esta técnica se fundamenta en la exposición drástica a elementos personales o situacionales que se asocian con aspecto desagradables para la persona. El objetivo es que la dirección oportuna del terapeuta oriente a la disminución de la intensidad con la que se presentan las reacciones en el sujeto.
9. Modelamiento: Este método consiste en el establecimiento de un modelo específico que se presenta al paciente para servir como guía de la conducta propia. Conlleva a que la persona tenga un aspecto referencial de cómo puede desarrollar habilidades individuales.
10. Ensayo conductual: En esta técnica el paciente se autodirecciona con los adiestramientos obtenidos durante la terapia para poner en práctica lo aprendido, en base a circunstancias de simulación o en la vida cotidiana.

6.7 Metodología-Plan de acción

ETAPA	OBJETIVO	TÉCNICA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
FASE I PLANIFICACION	Distribuir el grupo terapéutico y dejar claro las normas y objetivos terapéuticos	Encuadre Terapéutico	Establecimiento del modo de atención y presentación y explicación general de la terapia racional emotiva de Albert Ellis	Recursos Humanos (3 PACIENTES SERÁN ATENDIDOS POR DÍA en jornada matutina) 20 DIAS: 60 PACIENTES Recursos Materiales Cuaderno de apuntes	Investigadora: Eliana Landázuri	30 min
	Establecer un clima de confianza, armonía, y cooperación para lograr una comunicación efectiva que permita aplicar la psicoterapia	Rapport Empatía	Aplicación de la escucha activa que permita detectar si existe coherencia entre la comunicación verbal y la no verbal de la persona	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigadora: Eliana Landázuri	30 min
	Instaurar el momento terapéutico de que su trastorno deriva de una idea irracional y no directamente de Acontecimientos Activadores adversos o desagradables.	Terapia explicativa	Explicación del proceso cognitivo del modelo de terapia de Albert Ellis	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigadora: Eliana Landázuri	15 min
PREGUNTAS DE EVALUACIÓN 1. ¿Se pudo establecer el ambiente adecuado para el tratamiento? 2. ¿Los parámetros de atención quedaron claros en los pacientes? 3. ¿La comunicación terapeuta –paciente fue efectiva? TAREA A CASA: Ensayo sobre la terapia de Albert Ellis						

Tabla N° 27 Fase I de la Propuesta

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

ETAPA	OBJETIVO	TÉCNICA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
FASE II Insight N°1	1. Detectar a través del relato del paciente las creencias irracionales	Técnica cognitiva de detección	Registro de las ideas irracionales presentes	Recursos Humanos (3 PACIENTES SERÁN ATENDIDOS POR DÍA en jornada matutina) 20 DIAS: 60 PACIENTES Recursos Materiales Cuaderno de apuntes	Investigadora: Eliana Landázuri	15 min
	2. Concientizar la condición desfavorable de las creencias irracionales	Técnica cognitiva de discriminación	Diferenciación de ideas racionales e irracionales	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigadora: Eliana Landázuri	15 min
	3. Señalar al paciente las metas reales que se quiere conseguir durante el proceso terapéutico	Terapia explicativa Técnica cognitiva referencial	Establecer los aspectos positivos previstos con la terapia	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigadora: Eliana Landázuri	5 min
	4. Conceptualizar el cuadro sintomático, las opciones posibles y las recomendaciones	Terapia explicativa Técnica cognitiva de definición	Explicación general de la condición e Instauración de lenguaje racional	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigadora: Eliana Landázuri	10 min

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

1. ¿Fue posible detectar eficazmente las creencias irracionales de los pacientes?
2. ¿Se pudo establecer claramente las metas del proceso a seguir?
3. ¿Se logró establecer las posibles recomendaciones del cuadro sintomático?

TAREA A CASA: Auto registro de conductas y creencias irracionales

Tabla N°28 Fase II de la Propuesta

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

ETAPA	OBJETIVO	TÉCNICA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
FASE III Insight N°2	5. Especificar cuáles son las creencias irracionales que causan el problema	Técnica emocional de inversión del rol racional	Aplicación de métodos psicológicos que faciliten el discernimiento racional	Recursos Humanos (3 PACIENTES SERÁN ATENDIDOS POR DÍA en jornada matutina) 20 DIAS: 60 PACIENTES Recursos Materiales Cuaderno de apuntes	Investigadora: Eliana Landázuri	15 min
	6. Tomar conciencia de que no existen pruebas que sustenten a las ideas irracionales	Técnica cognitiva de refutación	Debate de ideas para establecer la irracionalidad de creencias identificadas	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigadora: Eliana Landázuri	15 min
	7. Auto aceptación del paciente	Terapia explicativa Técnica emocional de método humorístico	Concientización definida de la irracionalidad de las creencias identificadas	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigadora: Eliana Landázuri	15 min

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

1. ¿Se pudo refutar adecuadamente las creencias irracionales?
2. ¿Se logró la auto aceptación del paciente en la actividad realizada?

TAREA A CASA: Ejercicios de riesgo calculado

Tabla N°29 Fase III de la Propuesta

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

ETAPA	OBJETIVO	TÉCNICA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
FASE IV Insight N°3	8. Eliminar la creencia irracional primaria de condena	Técnica emocional de ejercicios de ataque a la vergüenza	Evitación del autojuzgamiento	Recursos Humanos (3 PACIENTES SERÁN ATENDIDOS POR DÍA en jornada matutina) 20 DIAS: 60 PACIENTES Recursos Materiales Cuaderno de apuntes	Investigadora: Eliana Landázuri	15 min
	9. Eliminar la creencia irracional primaria de insoportabilidad	Técnica emocional de proyección en el tiempo	Disminuir impacto emocional que provoca la condición	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigadora: Eliana Landázuri	15 min
	10. Modificar una respuesta emocional inapropiada por una apropiada	Técnica de condicionamiento operante	Reforzamiento de reacciones positivas	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigadora: Eliana Landázuri	10 min
	11. Reinsertar al paciente a su medio social como ente positivo	Modelamiento conductual	Inserción del paciente en medio social en condiciones de afrontamiento favorables	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigadora: Eliana Landázuri	5 min
<p>PREGUNTAS DE EVALUACIÓN</p> <p>1. ¿Se pudo modificar la respuesta emocional del paciente?</p> <p>2. ¿El paciente logro reinsertarse adecuadamente en su actividad cotidiana?</p> <p>3. ¿Se pudo modificar las creencias irracionales?</p> <p>TAREA A CASA: Ensayos conductuales, aplicación de técnicas conductuales de implosión</p>						

Tabla N°30 Fase IV de la Propuesta

ETAPA	OBJETIVO	TÉCNICA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
FASE V Auto-terapia	12. Enseñar al paciente los medios necesarios para afrontar los problemas	Técnica emocional de repetición de frases Técnica de ensayo conductual	Aplicación de técnicas psicológicas para reforzamiento de ideas racionales y en práctica de respuestas favorables	Recursos Humanos (3 PACIENTES SERÁN ATENDIDOS POR DÍA en jornada matutina) 20 DIAS: 60 PACIENTES Recursos Materiales Cuaderno de apuntes	Investigadora: Eliana Landázuri	30 min
<p>PREGUNTAS DE EVALUACIÓN</p> <p>1. ¿El paciente está en la capacidad de autoaplicar lo aprendido?</p> <p>2. ¿El paciente mantiene un nivel adecuado de afrontamiento?</p> <p>TAREA A CASA: Practica de técnicas aprendidas en sesión terapéutica</p>						

Tabla Nº31 Fase V de la Propuesta

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

ETAPA	OBJETIVO	TÉCNICA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
FASE VI Seguimiento	13. Mantener el avance psicoterapéutico a través de una ficha de seguimiento	Revisión de evolución psicológica	Seguimiento Psicológico del progreso de las condiciones de los pacientes	Recursos Humanos (3 PACIENTES SERÁN ATENDIDOS POR DÍA en jornada matutina) 20 DIAS: 60 PACIENTES Recursos Materiales Cuaderno de apuntes	Investigadora: Eliana Landázuri	15 min
<p>PREGUNTAS DE EVALUACIÓN</p> <p>1. ¿Los resultados del tratamiento fueron eficaces?</p> <p>2. ¿La evolución de la condición psicológica ha sido favorable para el paciente?</p> <p>TAREA A CASA: Evaluación conductual</p>						

Tabla Nº32 Fase VI de la Propuesta

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

6.8 Administración de la Propuesta

-Recursos físicos:

Instalaciones de la institución

Consultorio de Terapia

-Recursos humanos:

Investigador

Equipo técnico de la institución

Pacientes que acuden a la institución

-Recursos materiales:

Material de oficina

Equipos informáticos para elaboración de informes

Presupuesto:

RUBRO DE GASTOS	VALOR
Personal de Apoyo	200,00
Adquisición de equipos	100,00
Material de escritorio	260,00
Material bibliográfico	300,20
Transcripción de datos	100,00
TOTAL	960,20

Tabla N°33 Presupuesto de la Propuesta

Autor: Eliana Landázuri

Fuente. Tesis de investigación

6.9 Plan de monitoreo y evaluación (Previsión de la Evaluación)

¿Qué evaluar?

La incidencia de los Trastornos de Personalidad en el Comportamiento Suicida.

¿Por qué evaluar?

Porque se ha visto que los pacientes que acuden a la institución, presentan un alto porcentaje de comportamiento suicida reflejando algún trastorno de personalidad.

¿Para qué evaluar?

Para determinar la incidencia de la problemática y brindar opciones terapéuticas.

¿Con qué criterios?

Evaluación pertinente a los casos que tienen relación con el tema, coherencia en el modelo teórico aplicado, efectividad del tratamiento propuesto, eficiencia y eficacia de los resultados obtenidos.

Indicadores

Alto porcentaje de la población presenta relación con la problemática, los pacientes presentan dificultades descritas con síntomas de comportamiento suicida y trastornos de personalidad.

¿Quién evalúa?

Investigador del proyecto con soporte del personal de la institución.

¿Cuándo evaluar?

Dentro del periodo descrito.

¿Cómo evaluar?

Mediante evaluación psicotecnia y entrevista psicológica.

¿Fuentes de información?

Bibliografía de libros, revistas y documentos científicos, recursos informáticos y aporte de profesionales de psicología.

¿Con que evaluar?

Escala de riesgo suicida de plutchick, cuestionario IPDE para trastornos de personalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA:

American Psychiatric Association. (2002) Guía clínica para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Arsmedica.

American Psychiatric Association. (1996). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- DSM-IV. Texto revisado. Barcelona: Editorial Masson.

Ander Egg, E. (2013). Diccionario de Psicología. Primera edición, Argentina: Editorial Encuentro

Arlaes Nápoles L, (1998) “Conducta suicida factores de riesgo asociados”. Rev. Cubana

Asamblea Nacional Constituyente Del Ecuador. (2008) Constitución de la República del Ecuador.

Bayes, R. (1978) Una introducción al método científico en psicología. Edición única, Barcelona: Editorial Fontanella.

Belloch, A & Fernandez, L (2001) “Tratado de Trastornos de la Personalidad”. Primera edición 2001, España: Editorial Síntesis.

Bleger, J. (1965) Psicología de la conducta. 3ra edición, Buenos Aires: Editorial Eudeba.

Bobes, J. (2004) Comportamientos suicidas, prevención y tratamiento. Edición única, España: Editorial Ars. Médica.

Breilh, J. (2008) Informe alternativo sobre la salud en América latina. Ecuador: Observatorio Mundial de la Salud.

Caballo, V. (1996) Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de trastornos psicológicos. Madrid: Editorial Siglo XXI.

- Castro, J. (2001) Intentos de suicidio atendidos en el Hospital Psiquiátrico Villahermosa. México: Secretaria de Salud en el Estado de Tabasco.
- Castro, G. (2013) Rasgos de personalidad y su relación con las conductas autodestructivas en los adolescentes del colegio nacional experimental Ambato en los terceros años de bachillerato durante el período de septiembre 2012 a febrero 2013. Tesis Psicología Clínica, Universidad Técnica de Ambato – Ecuador.
- Casullo, M. & Bonaldi, D. (2000) Comportamientos suicidas en la adolescencia, morir antes de la muerte. Edición única, Argentina: Editorial Lugar
- Cloninger, S. (2003) Teorías de la Personalidad. 3ra edición. México: Editorial Hall.
- Durkheim, E. (1897) El suicidio. Edición única. Buenos Aires: Shapire Editor.
- Durkheim, E. (1895) Las reglas del método sociológico. Edición única. España: Editorial Alainaza.
- Ellis, A. (1968) Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Edición única. Shapire Editor.
- Ellis, A. (1970). Manual de terapia racional emotiva. Edición única. Shapire Editor.
- Farberow N, & Sheneidman E. (1994) Necesito ayuda, Estudio sobre el suicidio y su prevención. México: Prensa médica mexicana.
- Fichter, J. (1993) Sociología. 14va edición, España: Editorial Herder.
- Fornés Vives J. (2005) Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. Primera edición, Argentina: Editorial Médica Panamericana
- Frankl, V. (1994) La voluntad del sentido, conferencias escogidas sobre logoterapia. Barcelona: Editorial Herder.

- Garcia, E. (2007) Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos Límite de Personalidad. Revista Clínica y Salud-Colegio oficial de psicólogos de Madrid; volumen 18, num.3, pp. 347-361
- Gonzales, F. (2011) Epidemiological issues regarding suicides in Ecuador: an 8-year report. Revista Journal of Public Health 2003; volumen 19 p. (2).
- Gordon, J. (1996) Comportamientos Organizacional. 5ta edición, México: Editorial Prentice Hall Hispanoamericana.
- Guibert, W. (2003). Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Revista Cubana Medicina General Integral 2003; volumen 19 p. (5).
- Hales, E. (2009). Tratado de psiquiatría clínica. Quinta edición. Barcelona: Elsevier.
- Heman, A. (1984) Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento suicida. Revista salud pública de México Vol.26 Pags 39-49.
- Herrera, L. (2010). Tutoría De La Investigación Científica. Ambato: Gráficas Corona Quito.
- Kaplan, H. (1997) Sinopsis de Psiquiatría. Argentina: Editorial Panamericana
- Legido, T. (2012). Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos. España: Universidad de Alcala.
- López, I. & Pérez, L (1996). Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE): Modulo DSM-IV y CIE-10. Edición única, Madrid: Meditor.
- Lukas, E. (2001) Paz vital, plenitud y placer de vivir, los valores de la logoterapia. Barcelona: Editorial Paidós.
- Marchiori, H. (1998) El suicidio, enfoque criminológico. México: Editorial Porrúa.

- Morón, P. (1987) El suicidio. Edición única, México: Editorial Publicaciones Cruz.
- Mosquera, D. (2004) Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares. Edición única. España: Pleyádes.
- Mosquera, D. (2004) Diamantes en Bruto II. Manual psicoeducativo y de tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Programa estructurado para profesionales. Edición única. España: Pleyádes
- Peralta, S. & Pesantez (2013) Prevalencia de intento de suicidio en pacientes que ingresan en el centro de reposo y adicciones. Ecuador: Editorial Corona
- Pérez, S. (1997) El suicidio, comportamiento y prevención. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.
- Reyes, A. (1999) Suicidio. Edición única, México: Editorial Triple alianza.
- Ribes, E. (1990) Psicología General. Edición única, México: Editorial Trillas.
- Rodríguez, E. (2010). Estudio epistemológico de las conductas suicidas en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales. Colombia: Editorial Pasto.
- Sarro, C. (2000) Los suicidios. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- Watzlavic, P. (1985) Teoría de la comunicación humana. 2da edición, Barcelona: Editorial Herder.
- Yalom, I. (1980) Psicoterapia existencial Barcelona: Editorial Herder.

LINKOGRAFÍA:

Hidalgo, A. & Perdomo, I. (2013). ¿Por qué suceden los suicidios? Colegios de Latacunga toman precauciones, Cotopaxi noticias. Recuperado el 9 de diciembre del 2013 de: <http://www.cotopaxinoticias.com/seccion.aspx?sid=5&nid=13403>

Martínez A. & Jiménez, H. (1998) Comportamiento de la conducta suicida Infanto Juvenil. Rev. Cubana. Recuperado el 8 de diciembre del 2013 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251998000600008

Ministerio De Salud Pública De Costa Rica. (2001) Departamento de salud mental San José, Salud mental es. Recuperado el 11 de diciembre del 2013 de: <http://www.binasss.sa.cr/poblacion/saludmental.htm>

Organización Mundial De La Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Recuperado el 13 de diciembre del 2013 de: <http://www.redalyc.org/pdf/843/84309602.pdf>

Organización Mundial De La Salud. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado el 10 de diciembre del 2013 de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Real Academia Española - RAE. (2001) Diccionario de la lengua española, versión online. Recuperado el 16 de diciembre del 2013 de: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=agresividad, Barcelona: Editorial Herder.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

SCIELO: Valdés, R. (2004) Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. Recuperado 2 enero 2014 disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000100004&lang=pt

SCIELO: Torres, V. (2005) Conducta suicida en pacientes atendidos en un Centro de Urgencias. Recuperado 2 enero 2014 disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572005000300006&lang=pt


SCIELO: Díaz, L. (2006) Valoración de algunos aspectos relacionados con el intento suicida en pacientes jóvenes con trastornos de personalidad. Recuperado 2 enero 2014 disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000100007&lang=pt

SCIELO: Espinoza, J. (2009) Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad, en un hospital de psiquiatría. Recuperado 2 enero 2014 disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400007&lang=pt

SCIELO: Micin, S. (2011) Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. Recuperado 2 enero 2014 disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100006&lang=pt

ANEXOS

ANEXO 1

	UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO Facultad de Ciencias de la Salud	
Aplicación del Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV para el desarrollo del proyecto de Investigación y Disertación de tesis: "TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y SU INCIDENCIA EN EL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN LOS PACIENTES DE CONSULTA INTERNA Y EXTERNA, EN LAS ÁREAS DE PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA" PREVIO AL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA		

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE MÓDULO DSM-IV

Edad:

Fecha:

Genero:

Objetivo: Determinar el Trastorno de personalidad presente en el individuo

Instrucciones:

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos cinco años.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.
3. Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.

1.	Normalmente me divierto y disfruto de la vida.	V	F
2.	Confío en la gente que conozco.	V	F
3.	No soy minucioso con los detalles pequeños.	V	F
4.	No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser.	V	F
5.	Muestro mis sentimientos a todo el mundo.	V	F
6.	Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí.	V	F
7.	Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco.	V	F
8.	Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas.	V	F
9.	Mucha gente que conozco me envidia.	V	F
10.	Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles.	V	F
11.	Nunca me han detenido.	V	F
12.	La gente cree que soy frío y distante.	V	F

13	Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas. V F	V	F
14	La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo.	V	F
15	La gente tiene una gran opinión sobre mí.	V	F
16	Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales.	V	F
17	Me siento fácilmente influido por lo que me rodea.	V	F
18	Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien.	V	F
19	Me resulta muy difícil tirar las cosas.	V	F
20	A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo.	V	F
21	Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás.	V	F
22	Uso a la gente para lograr lo que quiero.	V	F
23	Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente.	V	F
24	A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas.	V	F
25	Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito.	V	F
26	Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando.	V	F
27	Para evitar críticas prefiero trabajar solo.	V	F
28	Gusta vestirme para destacar entre la gente.	V	F
29	Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos.	V	F
30	Soy más supersticioso que la mayoría de la gente.	V	F
31	Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales.	V	F
32	La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas.	V	F
33	Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo.	V	F
34	No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto.	V	F
35	No me gusta ser el centro de atención.	V	F
36	Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel.	V	F
37	La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo.	V	F
38	Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí.	V	F
39	Me preocupa mucho no gustar a la gente.	V	F
40	A menudo me siento vacío por dentro.	V	F
41	Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V	F
42	Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo.	V	F
43	Tengo ataques de ira o enfado.	V	F
44	Tengo fama de que me gusta “flirtear”.	V	F
45	Me siento muy unido a gente que acabo de conocer.	V	F
46	Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo.	V	F
47	Pierdo los estribos y me meto en peleas.	V	F
48	La gente piensa que soy tacaño con mi dinero.	V	F
49	Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana.	V	F
50	Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables.	V	F
51	Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida.	V	F
52	A menudo confundo objetos o sombras con gente.	V	F
53	Soy muy emocional y caprichoso.	V	F

54	Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas.	V	F
55	Sueño con ser famoso.	V	F
56	Me arriesgo y hago cosas temerarias.	V	F
57	Todo el mundo necesita uno ó dos amigos para ser feliz.	V	F
58	Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas.	V	F
59	Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera.	V	F
60	Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales.	V	F
61	Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido.	V	F
62	Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente.	V	F
63	Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas.	V	F
64	Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles	V	F
65	Prefiero asociarme con gente de talento.	V	F
66	He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación.	V	F
67	No suelo mostrar emoción.	V	F
68	Hago cosas para que la gente me admire.	V	F
69	Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos.	V	F
70	La gente piensa que soy extraño o excéntrico.	V	F
71	Me siento cómodo en situaciones sociales.	V	F
72	Mantengo rencores contra la gente durante años.	V	F
73	Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo.	V	F
74	Me resulta difícil no meterme en líos.	V	F
75	Llego al extremo para evitar que la gente me deje.	V	F
76	Cuándo conozco a alguien no hablo mucho.	V	F
77	Tengo amigos íntimos	V	F

PAUTAS DE CALIFICACION

CUESTIONARIO DE EVALUACION IPDE – MODULO DSM-IV

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

Las respuestas del cuestionario marcan 1 punto cuando se encuentran dentro de la tabla referencia, de lo contrario marcan 0 y no entran para determinar el diagnóstico de trastorno de personalidad.

TABLA DE REFERENCIA

PARANOIDE	2F	14F	36	38	58	66	72		
ESQUIZOIDE	1F	12	21F	31	46	57F	77F		
ESQUIZOTIPICO	2F	24	30	52	64	67	70	71F	77F
HISTRIONICO	5	10	17	26	28	35F	44	45	
ANTISOCIAL	11F	18F	20	29	47	56	74		
NARCISISTA	7F	9	15	22	37	55	61	65	68
LIMITE	4	8	13	25F	40	43	53	60	75
OBSESIVO-COMPULSIVO	3F	19	23	32	41	48	54	59	
DEPENDENCIA	6	33	42	49	50	62	69F	73	
EVITACION	16	27	34	38	39	51	63	76	

	Número de criterios que se cumplen	Diagnóstico positivo	Diagnóstico probable
301.0 Paranoide	(4)	.....	.....
301.20 Esquizoide.....	(4)	.....	.....
301.22 Esquizotípico	(5)	.....	.....
301.7 Antisocial.....	(4)	.....	.....
301.83 Limite	(5)	.....	.....
301.50 Histriónico	(5)	.....	.....
301.81 Narcisista	(5)	.....	.....
301.82 Evitación	(4)	.....	.....
301.6 Dependencia.....	(5)	.....	.....
301.4 Obsesivo-compulsivo (4)		.....	.....

Diagnóstico de cada uno de los distintos trastornos de la personalidad:

– Positivo. (se cumple o supera el mínimo de ítems requeridos para evaluación positiva del trastorno)

– Probable (se cumple un criterio menos del mínimo requerido).

Bibliografía: López-Ibor, J. J., Pérez, A. y Rubio, V. (1996). Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE): Modulo DSM-IV y CIE-10. Madrid: Meditor.

FICHA TECNICA DEL TEST

□ **Nombre del instrumento:** CUESTIONARIO DE EVALUACION IPDE – MODULO DSM-IV

□ **Nombre original:** Internacional Personality Disorder Examination (I.P.D.E.)

□ **Autores:** Loranger, A. W., Sartorius, N., Dreoli, A., Berger, Pl. y otros (1994).

□ **Descripción:** El Internacional Personality Disorders Examination (IPDE), se desarrolló a partir del Personality Disorders Examination (PDE), el cual fue modificado e internacionalizado adaptándolo a la CIE-10 y al DSM.IV. Adaptación española: Juan J. López-Ibor Aliño, Antonio Pérez Urdániz y Vicente Rubio Larrosa. (1996)

□ **Objetivos del instrumento:** Evaluar los trastornos de personalidad según criterios del DSM-IV.

□ **Población a la que se aplica:** Mayores de 18.



□ **Número de ítems:** cuestionario de 77 ítems. Los ítems están ordenados bajo seis encabezamientos: trabajo, uno mismo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos. Las preguntas son cerradas con un cuestionario de detección (screening) con preguntas de Verdadero/Falso. Esto reduce el tiempo de administración, identificando aquellos trastornos de personalidad en los que la persona no puntúa, y por tanto, descartar de la entrevista las preguntas referidas a dicho trastorno.

□ **Criterios de calidad:**

Fiabilidad: Los índices de fiabilidad y estabilidad son similares a los obtenidos para otros instrumentos que se emplean en el diagnóstico de trastornos por abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y psicosis (Loranger, Sartorius, Andreoli et al., 1994) Los Kappa para los trastornos de personalidad esquizotípica, personalidad compulsiva, histriónica, límite y antisocial oscilas entre 0,70 y 0,96.

Validez: Método útil y válido para evaluar trastornos de personalidad con fines de investigación (Loranger, Sartorius, Andreoli et al., 1994).

ANEXO 2

 <div style="display: inline-block; text-align: center; margin: 0 20px;"> <h1 style="margin: 0;">UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO</h1> <h2 style="margin: 0;">Facultad de Ciencias de la Salud</h2> </div> 
<p>Aplicación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik para el desarrollo del proyecto de Investigación y Disertación de tesis:</p> <p style="text-align: center;">“TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y SU INCIDENCIA EN EL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN LOS PACIENTES DE CONSULTA INTERNA Y EXTERNA, EN LAS ÁREAS DE PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA”</p> <p>PREVIO AL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA</p>

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHICK

Edad:

Fecha:

Genero:

Objetivo: Indagar en los Factores de Comportamiento Suicida y en el nivel de Riesgo Suicida

Instrucciones:

1. El propósito de este cuestionario es conocer de acuerdo a su consideración como se encuentra actualmente y sobre cosas que le han pasado.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (SI o NO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo, responda con la mayor sinceridad posible.

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

PAUTAS DE CALIFICACIÓN

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Autores	R. Plutchik, H. M. van Praag, H. R. Conte, S. Picard.
Referencia	<i>Correlates of suicide and violent risk, I: The suicide risk measure.</i> Compr Psychiatry 1989; 30: 296-302.
Evalúa	Riesgo suicida.
Nº de ítems	15.
Administración	Autoaplicada.

DESCRIPCIÓN

- La RS es una escala diseñada para evaluar riesgo suicida.
- Permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas.
- Consta de 15 ítems a los que el individuo ha de responder sí o no.
- Incluye cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.
- Es un instrumento autoaplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto y cada respuesta negativa 0 puntos.
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 15.

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61: 143-152.

CATEGORÍA	PUNTUACIÓN
Riesgo leve	0-4
Riesgo moderado	5-10
Alto Riesgo suicida	11-15

FACTOR	ITEMS	# mínimo para predominancia del área
INTENTO AUTOLITICO PREVIO	Pregunta 11 Pregunta 13 Pregunta 14 Pregunta 15	3
INTENSIDAD DE LA IDEACION ACTUAL	Pregunta 3 Pregunta 5 Pregunta 12	2
SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA	Pregunta 4 Pregunta 6 Pregunta 7 Pregunta 8 Pregunta 9	4
FACTOR ASOCIADO TENTATIVA	Pregunta 1 Pregunta 10 Pregunta 2	2

FICHA TECNICA DEL TEST

- **Nombre del instrumento:** Escala de Riesgo Suicida de Plutchik
- **Autor:** Plutchik .R

- **Descripción:** La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio

- **Objetivos del instrumento.** Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica. Las cuestiones están relacionadas con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.

- **Población a la que se aplica:** Personas con comportamiento suicida. Resulta fácil y rápida de administrar (4-8 minutos).

- **Número de ítems:** Se trata de un cuestionario auto-administrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. Procede de una versión de 26 ítems. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems.

- **Criterios de calidad:**
Fiabilidad: La consistencia interna de la escala original era de 0,84 (alfa de Cronbach). En la validación española, era incluso superior 0,90. La fiabilidad test-retest tras 72 horas era de 0,89.
Validez: En la escala original para un punto de corte de 8 (26 ítems) la sensibilidad y especificidad era del 68%.
En la validación española para un punto de corte de 6 la sensibilidad y especificidad era de 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativas suicidas y aquellos que nunca las habían tenido