



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

**PREVALENCIA DE RIESGO SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADULTOS MAYORES DE PARROQUIA URBANA Y RURAL DEL
CANTÓN CUENCA, 2020.**

Proyecto de investigación
previo a la obtención del título
de Médico

Autora:

María Gracia García Romero

CI: 010667831-1

Correo electrónico: graciag444@gmail.com

Directora:

Mgt. Dra. Lorena Esperanza Encalada Torres

CI: 010290535-3

Cuenca - Ecuador

28-octubre-2020

RESUMEN

ANTECEDENTES: actualmente existen 700 millones de adultos mayores a nivel mundial. El suicidio constituye una de las diez principales causas de muerte en esta población, quienes presentan 1,5 veces más riesgo de cometer suicidio que los jóvenes.

OBJETIVO GENERAL: determinar la prevalencia de riesgo suicida y factores asociados en adultos mayores en una parroquia urbana y una rural en el cantón Cuenca.

METODOLOGÍA: estudio analítico transversal en 400 adultos mayores de la parroquia urbana Yanuncay y rural El Valle, se realizó una encuesta previa firma del consentimiento informado y se obtuvo: datos sociodemográficos, escala de riesgo suicida de Plutchik, factores médicos, psiquiátricos, psicológicos, familiares. Los datos se analizaron mediante frecuencia, porcentaje, medidas de tendencia central y dispersión, Odds Ratio con intervalo de confianza del 95%, chi cuadrado con valor p menor a 0,05.

RESULTADOS: Riesgo suicida en Yanuncay del 22,5%, asociado con enfermedad crónica OR2,979 (IC95%1,361–6,521), (p=0,005); ansiedad OR12,495 (IC95%6,022–25,928), (p=0,000); ideación suicida OR134,357 (IC95%17,410–1036,870), (p=0,000), antecedentes familiares de suicidio OR14,757 (IC95%4,553–47,824), (p=0,000). Riesgo suicida en El Valle del 33,1%, asociado con depresión OR14,010 (IC95%6,495–30,218), (p=0,000); ideación suicida OR17,095 (IC95%5,534–52,809), (p=0,000), antecedentes familiares de suicidio OR7,115 (IC95%2,900–17,456), (p=0,000).

CONCLUSIONES: el riesgo suicida en Yanuncay fue del 22,5% y estuvo asociado a enfermedad crónica, ansiedad, ideación suicida y antecedentes familiares de suicidio, mientras que; el riesgo suicida en El Valle fue del 33,1% y estuvo asociado a depresión, ideación suicida y antecedentes familiares de suicidio.

Palabras claves: riesgo suicida. Adulto mayor. Suicidio. Factores asociados.

ABSTRACT

BACKGROUND: there are currently 700 million older adults worldwide. Suicide is one of the ten leading causes of death in this population, who are 1.5 times more likely to commit suicide than young people.

GENERAL OBJECTIVE: to determine the prevalence of suicide risk and associated factors in older adults in an urban parish and a rural parish in the canton of Cuenca.

METHODOLOGY: transversal analytical study in 400 older adults of the urban parish Yanuncay and rural El Valle, a survey was carried out after signing the informed consent and obtained: sociodemographic data, Plutchik's suicide risk scale, medical, psychiatric, psychological, family factors. The data was analyzed by frequency, percentage, measures of central tendency and dispersion, Odds Ratio with 95% confidence interval, chi-square with p value less than 0.05.

RESULTS: suicide risk in Yanuncay of 22.5%, associated with chronic disease OR2,979 (IC95%1,361-6,521), ($p=0,005$); anxiety OR12,495 (IC95%6,022-25,928), ($p=0,000$); suicidal ideation OR134,357 (IC95%17,410-1036,870), ($p=0,000$), family history of suicide OR14,757 (IC95%4,553-47,824), ($p=0,000$). El Valle suicide risk of 33.1%, associated with depression OR14,010 (IC95%6,495-30,218), ($p=0,000$); suicidal ideation OR17,095 (IC95%5,534-52,809), ($p=0,000$), family history of suicide OR7,115 (IC95%2,900-17,456), ($p=0,000$).

CONCLUSIONS: the suicide risk in Yanuncay was 22.5% and was associated with chronic illness, anxiety, suicidal ideation and family history of suicide, while; the suicide risk in El Valle was 33.1% and was associated with depression, suicidal ideation and family history of suicide.

Key words: suicide risk. Older adult. Suicide. Associated factors.



ÍNDICE

CAPÍTULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.3 JUSTIFICACIÓN	12
CAPÍTULO II	14
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	14
<i>ENVEJECIMIENTO</i>	14
<i>ADULTO MAYOR</i>	14
<i>SUICIDIO</i>	15
<i>RIESGO SUICIDA</i>	15
Factores asociados al riesgo suicida en el adulto mayor	16
Factores médicos	16
Factores psiquiátricos	18
Factores psicológicos	19
Factores familiares	20
CAPÍTULO III	23
3.1 HIPÓTESIS	23
3.2 OBJETIVO GENERAL	23
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
CAPÍTULO IV	24
4.1 TIPO DE ESTUDIO	24
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	24
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA	24



4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	25
4.5 VARIABLES	25
4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	26
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	26
4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	27
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	27
CAPÍTULO V	29
RESULTADOS.....	29
CAPÍTULO VI	40
DISCUSIÓN	40
CAPÍTULO VII	52
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES.....	53
CAPÍTULO VIII	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
CAPÍTULO IX.....	67
ANEXOS	67

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

MARÍA GRACIA GARCÍA ROMERO en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“PREVALENCIA DE RIESGO SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DE PARROQUIA URBANA Y RURAL DEL CANTÓN CUENCA, 2020.”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 28 de Octubre de 2020



María Gracia García Romero

C.I: 010667831-1



Cláusula de Propiedad Intelectual

MARÍA GRACIA GARCÍA ROMERO, autor/a del proyecto de investigación **“PREVALENCIA DE RIESGO SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DE PARROQUIA URBANA Y RURAL DEL CANTÓN CUENCA, 2020.”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 28 de Octubre de 2020

María Gracia García Romero

C.I: 010667831-1

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a la directora de esta investigación Dra. Lorena Encalada Torres por su apoyo y paciencia en esta investigación, por ser un ejemplo de excelencia, por su compromiso y responsabilidad como médico y como guía de este proyecto. A mis padres por ser incondicionales, ustedes han sido el pilar fundamental en este largo caminar. A mis amigos por darme la mano sin esperar nada a cambio. A cada una de las autoridades que me brindaron su ayuda y me permitieron desarrollar mi investigación, gracias por su entusiasmo y por su interés. Y sin duda el mayor agradecimiento es para cada uno de los adultos mayores que participaron en este estudio, gracias por su tiempo, por compartir un poco de su sentir y por siempre recibirme con una sonrisa.

LA AUTORA



DEDICATORIA

A mi padre por ser un ejemplo de grandeza.
A mi madre por su dedicación y amor infinito. A mi hermano por ser la inspiración.
A mi hermana, mi mejor amiga, mi mano derecha, nunca dejes de perseverar. A la más pequeña de la casa, espero verte triunfar.

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El suicidio es causante de aproximadamente un millón de fallecimientos al año a nivel mundial (1). Es un fenómeno humano universal presente en todas las épocas; las conductas suicidas y el suicidio consumado se han convertido en un importante problema de salud pública en todo el mundo (2). La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que aproximadamente 800.000 personas cometen suicidio anualmente, en el año 2016, más del 79% de los suicidios fueron en países de ingresos medianos y bajos (3).

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los adultos mayores de 70 años son quienes tienen más probabilidad de morir por suicidio (4), diversas investigaciones manifiestan que la depresión se encuentra asociada en aproximadamente dos tercios de los suicidios en este grupo poblacional (5). En estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos, se evidencia que, en atención primaria, el 6% de los pacientes presenta depresión menor y un 10% presenta síntomas subclínicos de depresión (6). Sin embargo, la depresión, aunque presenta alta prevalencia en el adulto mayor, no constituye el único factor asociado al suicidio, existen diversas problemáticas como enfermedades crónicas, consumo de alcohol, soledad, etc., que pueden contribuir a un incremento notable el riesgo suicida y que provoca que este a su vez traiga consigo un desenlace fatal como lo es el suicidio.

Se estima que, en Ecuador, según datos del 2018, el 7% de la población es mayor de 65 años, presentando mayor morbilidad en relación a enfermedades crónicas físicas y mentales; la demencia y la depresión tienen una elevada prevalencia en el

adulto mayor, aproximadamente del 39% según la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) de nuestro país (7).

El estudio y análisis de la prevalencia del suicidio en el adulto mayor y sus diversos factores asociados es imprescindible ya que afecta a un gran porcentaje de este grupo poblacional, perjudicando la calidad de vida de los adultos mayores y volviéndolos vulnerables. Esta investigación pretende obtener una línea de base para el conocimiento de esta problemática con el fin de que sea analizada en los diferentes campos de acción de la salud para de esta forma generar medidas preventivas ante el suicidio en este grupo poblacional.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, según la Organización de las Naciones Unidas existen aproximadamente 700 millones de personas mayores de 60 años y según proyecciones esta población constituirá más del 20% de la población mundial en el 2050, aproximadamente 2.000 millones (5).

El suicidio en la actualidad es un problema relevante a nivel internacional, debido a su elevada prevalencia y su tendencia progresivamente en ascenso; en los últimos 50 años la mortalidad por suicidio ha experimentado un crecimiento de más del 60% según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (8), según proyecciones, en el 2020, cometerán suicidio aproximadamente 1,53 millones de personas y entre 10 y 20 veces más intentarán suicidarse (5). Este fenómeno constituye, hoy en día, una de las diez principales causas de muerte entre los adultos mayores. El índice es del 12 por 100.000 en la población general, pero por encima de los 65 años es de 17 por 100.000, un 53% más aproximadamente. Mientras que, en la población general, hay un caso consumado por cada 100 intentos, entre los adultos mayores el 80% de los que amenazan, consuman el suicidio. Por esta razón, para algunos autores

la población geriátrica tiene más del 50% de probabilidad de suicidarse que los adultos jóvenes (9).

Existen diversos factores de riesgo para cometer un acto suicida, algunos de los cuales se encuentran asociados con una mayor letalidad como el consumo de drogas, ideación suicida, intentos suicidas previos, plan específico de suicidio, pérdida de seres queridos, depresión, situación económica, etc. Diversos estudios han permitido establecer que las personas mayores de 65 años presentan 1,5 veces más riesgo de cometer suicidio que la población joven, y después de los 85 años el riesgo es mucho mayor comparado con otros grupos etarios, es decir, la tasa de suicidios aumenta con la edad (5). Según un estudio en la Habana en 2012, El principal factor de riesgo lo constituye la depresión, asociada o no a otros factores como enfermedades invalidantes, pérdidas sociales, familiares y personales (10).

A pesar de la gran prevalencia de riesgo suicida y suicidio a nivel mundial y la alta frecuencia de este suceso en adultos mayores, la información sobre esta temática en este grupo es escasa y actualmente se desconoce a profundidad cuáles son los factores asociados a dicho problema en la población en estudio; considerando entonces la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de riesgo suicida y factores asociados en adultos mayores en una parroquia urbana y una rural en el cantón Cuenca?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento es un proceso biológico y natural que trae consigo diversas modificaciones orgánicas. La dificultad progresiva para realizar actividades diarias, la pérdida de funcionalidad y las enfermedades, acarrearán no solo malestares físicos, sino también, mentales; por esta razón es de vital importancia la generación de investigaciones que aporten conocimiento sobre este grupo poblacional que, según proyecciones, duplicará su número en los próximos 30 años.

El riesgo suicida es una problemática que en varios casos es mucho más importante que el suicidio en sí, ya que el riesgo representa una situación susceptible de cambio y el cual mediante un actuar eficaz y oportuno puede ser modificado; por ello nace la iniciativa de realizar una investigación en donde se profundice conocimientos sobre esta temática para crear una fuente de datos que ponga en evidencia la realidad de nuestra localidad con el fin de generar evidencia científica que sirva como base para futuras investigaciones relacionadas con esta problemática y a su vez también nos permita crear estrategias de tratamiento y prevención sobre el suicidio.

El principal beneficiario de esta investigación será el adulto mayor, en quien se pretende generar conciencia sobre la importancia de reconocer y tratar el riesgo suicida y sus diversos factores asociados para mejorar sus condiciones de vida y de igual forma, propiciar la participación activa de los adultos mayores en el tratamiento y la prevención del suicidio. La información será transmitida también hacia la comunidad, ya que, sin duda alguna, la sociedad y la familia son pilares fundamentales en la prevención y en la detección temprana del riesgo suicida en este grupo poblacional.

Por otro lado, esta investigación también representará un aporte valioso para el campo de la medicina, ya que se encuentra dentro de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) 2013-2017, abarcando la línea 11 del mismo, que hace referencia a salud mental y trastornos del comportamiento; de igual forma, se encuentra dentro de las prioridades de investigación de la Universidad de Cuenca abarcando la línea correspondiente a salud mental y adulto mayor.

Los resultados obtenidos se pondrán a disposición de todo el personal de salud que labore en las diversas instituciones con el fin de brindar información para mejorar la atención al adulto mayor y promover la evaluación integral. Se pretende además

difundir este estudio por medio del repositorio digital en la biblioteca de la Universidad de Cuenca, y por medio de la exposición de los resultados.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento se define como el cambio gradual en un organismo que conduce a un mayor riesgo de debilidad, enfermedad y muerte. En este proceso existe una disminución en las funciones cognitivas, biológicas y de la capacidad para adaptarse al estrés metabólico. Algunos efectos generales del envejecimiento incluyen inmunidad reducida, disminución de la fuerza muscular, deterioro de la memoria y otros aspectos de la cognición, y la pérdida del color en el cabello y la elasticidad en la piel (11).

ADULTO MAYOR

La Organización de Naciones Unidas (ONU) establece la edad de 60 años en países en vías de desarrollo para considerar que una persona es adulto mayor y la edad de 65 años en los países desarrollados (12). En Ecuador, las personas adultas mayores son las ciudadanas y ciudadanos que tienen 65 años o más (13). Entre 2015 y 2050, según datos de la OMS, la población de adultos mayores de 60 años aumentará del 12% al 22%; casi duplicándose; para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años y en 2050, el 80% de los adultos mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. En relación con el pasado, actualmente, la pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida (14). El Ecuador es un país en fase de transición demográfica,

fenómeno que demuestra que los adultos mayores al 2010 representaron el 7% de la población total de nuestro país y al 2050 representarán el 18% de la población (15).

SUICIDIO

El suicidio se define como el acto de quitarse la vida con intencionalidad y conocimiento de su letalidad, es el resultado de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales y ambientales (5). La Organización Mundial de la Salud, manifiesta que el suicidio es un fenómeno global que se puede producir a cualquier edad y que afecta a todo el mundo. En el año 2016, aproximadamente el 79% de los suicidios de todo el mundo fueron en países de ingresos medianos y bajos (3). Según datos de la OPS, en las Américas, aproximadamente 65.000 personas cometen suicidio cada año, más de 7 personas cada hora (4). Según datos de la OMS en América Latina existe una amplia diferencia entre las tasas de suicidio en el adulto mayor, en Perú se evidencia 1,4 fallecidos por cada 100.000, en contraste con Guyana en donde la tasa de suicidio es de 26,4 por cada 100.000. En Brasil, la tasa promedio es de 5,7 fallecidos por cada 100.000 habitantes (8). Según estimaciones de la OMS, en el 2020 más de un millón y medio de personas morirán por suicidio y entre 10 y 20 veces más personas llevarán a cabo una tentativa suicida, es decir, se producirá una muerte por suicidio cada 20 segundos y una tentativa suicida cada 1 o 2 segundos (2).

RIESGO SUICIDA

La OMS define un factor de riesgo como "cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de presentar una enfermedad o lesión" (16). Se han descrito varios factores de riesgo para cometer suicidio como una historia de intentos suicidas previos, ideación suicida, consumo de alcohol y drogas, depresión, ansiedad, relaciones personales, salud, ocupación,

entre otras. La población mayor de 65 años presenta 1,5 veces más riesgo de cometer un acto suicida que las personas más jóvenes, y después de los 85 años el riesgo es mucho mayor comparado con otros grupos etarios (5). La conducta suicida en el adulto mayor tiene rasgos distintivos: realización de menos intentos, uso de métodos letales, menos señales de aviso, actos premeditados y reflexivos y posibilidad de asumir la forma de suicidios pasivos, es decir, dejarse morir (17).

Factores asociados al riesgo suicida en el adulto mayor

Factores médicos

Enfermedad crónica: según la OMS las enfermedades crónicas son aquellas enfermedades de larga duración y por lo general de lenta progresión. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad, siendo causantes del 63% de las muertes a nivel mundial (18).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que todas estas enfermedades se caracterizan por compartir los mismos factores de riesgo: el tabaquismo, la alimentación inadecuada y la falta de actividad física (19). Diversas investigaciones en poblaciones militares y veteranas de los EE.UU., sugieren que muchas condiciones de salud como el dolor crónico, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, accidente cerebrovascular, cáncer, insuficiencia cardíaca congestiva y el asma se han asociado con un mayor riesgo de suicidio (20). Las enfermedades crónicas y el dolor son factores de riesgo cruciales para el comportamiento suicida; el deterioro físico y el resultante declive funcional, conlleva a una disminución de la libertad de acción y autodeterminación y reduce las oportunidades de interacciones sociales, situación que podría ocasionar que los adultos mayores perciban la vida como una carga (21). Estudios realizados por Harwood et al., entre 1995 y 1998 en Inglaterra, encontraron que

hasta un 82% de los adultos mayores que concretaron suicidio padecían alguna patología orgánica (22).

Consumo crónico de medicamentos: la polifarmacia es el uso de diversos tratamientos con diferentes medicamentos en una misma persona, habitualmente se define como el consumo de 3 o más fármacos de manera continua (23). La prevalencia de la polifarmacia varía entre el 5 y el 78% a nivel mundial, estudios documentan prevalencias del 57% en EE.UU. y del 51% en Europa. La polifarmacia representa un riesgo para la salud, en especial en las personas adultas mayores, ya que los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento producen modificaciones de la farmacocinética y estados de susceptibilidad a presentar reacciones adversas e interacciones medicamentosas (24). El consumo constante de medicamentos en los adultos mayores aumenta el riesgo de desarrollar otros problemas que derivan en más consultas y costos asociados a los sistemas de salud, mayor prescripción de medicamentos, mayor hospitalización, mayor riesgo de afectar su autonomía por pérdidas en la funcionalidad, incremento de la morbilidad y en definitiva, deterioro de la calidad de vida del adulto mayor (25).

Hospitalización periódica: la hospitalización es un factor de importancia ya que en el adulto mayor basta un pequeño cambio de su entorno físico para desencadenar manifestaciones indeseables ajenas al problema que pueden generar su ingreso y agravamiento de su condición. Una de las grandes desventajas de la hospitalización de este grupo poblacional es que a su egreso el 75% de ellos ya no son independientes y el 15% requieren cuidados y apoyo permanente. Un problema detectado de manera temprana (al tercer o quinto días de hospitalización) es la depresión, la cual se diagnosticó en 45% de los casos (26). Pozo Cerna en un estudio realizado en adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en Lima-Perú en 2015, encontró que 31.8% de los pacientes presentaron ideación suicida y 18.2% presentaron riesgo suicida (27).

Factores psiquiátricos

Depresión: la OMS define a la depresión como un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de un estado profundo de tristeza, pérdida de interés o placer, falta de autoestima, sentimientos de culpa, falta de concentración, trastornos del sueño o del apetito (28). El riesgo de mortalidad por suicidio asociado con la depresión es aproximadamente 20 veces el riesgo de la población general, aproximadamente el 4% de las personas deprimidas mueren por suicidio. Los predictores clínicos de suicidio en pacientes con trastorno depresivo mayor incluyen antecedentes de intento de suicidio, altos niveles de desesperanza, presencia de comorbilidad y altas calificaciones de tendencias suicidas (29). Según datos de la OMS el 15% de los adultos mayores con un cuadro depresivo consuma el suicidio (30).

Abuso de alcohol o drogas: se define como un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva en donde se presenta un consumo recurrente, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo continuo en situaciones en las que es físicamente peligroso (31). En un estudio realizado por la Universidad de Michigan se evidenció que la tasa de suicidios fue de 76 para los adultos mayores con cualquier trastorno por uso de sustancias, en comparación con 35 para los adultos mayores en general (32).

Demencia: el Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM-5), publicado en 2014, define a la demencia como un síndrome que incluye la pérdida de funciones cognitivas con compromiso de la funcionalidad, caracterizado por pérdida de la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria para el funcionamiento laboral, social y familiar, asociado a síntomas psicológicos y conductuales (33). Entre los pacientes con demencia que asisten a una clínica de memoria australiana, 5.4% sintió que la vida no valía la pena, el 3% "deseaba morir" o tenía pensamientos de muerte y 0.9% tenía ideas suicidas (34).

Ansiedad: la ansiedad es considerada un fenómeno adaptativo que cumple funciones de alerta y de defensa necesarias para la supervivencia, es una emoción universal y aparece cuando el individuo percibe una situación como peligrosa o amenazante. La ansiedad se convierte en una patología cuando es desproporcionada para la situación y tiene una duración prolongada (35). Diversos estudios clínicos y epidemiológicos han demostrado una asociación positiva entre los trastornos de ansiedad y la ideación e intentos suicidas (29). En un estudio observacional descriptivo, de corte transversal realizado en el municipio de Ciego de Ávila en Cuba, se evidenció que los adultos mayores con altas probabilidades de cometer suicidio sufrían de ansiedad en un 48% (36).

Factores psicológicos

Duelo: el duelo, según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española son las demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien, expresadas con dolor, lástima, aflicción o pesar; es una experiencia global, que afecta a la persona en su totalidad: englobando aspectos psicológicos, emotivos, afectivos, mentales, sociales, físicos y espirituales (37). En un estudio realizado en Cuba, se señala como factor contribuyente a un estado depresivo los acontecimientos vitales exógenos como la pérdida de un ser querido, el 32,9% de la población participante en este estudio manifiesta el fallecimiento del cónyuge (38).

Ideación suicida: la ideación suicida se define como el deseo premeditado de quitarse la vida, con planes que pueden ser inespecíficos o detallados. La ideación suicida forma parte de los componentes del suicidio, junto con la planeación, la preparación, el intento, la ejecución del intento y el suicidio consumado; todos estos elementos están considerados factores de riesgo, y en la medida en que cada uno de estos componentes interactúa en el individuo, su riesgo de suicidio aumenta, ya que estas etapas no se presentan de modo secuencial ni son necesarias todas para

acabar con la vida. En todo el mundo es poca la evidencia sobre ideación suicida de los adultos mayores; la existente arroja información de prevalencias altas en Nueva Zelanda (15,7%), Inglaterra (14,8%) y Japón (10,9%) y bajas en Italia (3%), y en Suramérica, las mayores cifras se presentan en Chile; los resultados de Silva et al., indican que la prevalencia de pensamientos en la muerte alcanzó valores del 35,5%; la de deseo de morir, del 20%; y la de ideación suicida, del 14,3% (39). En un estudio realizado en una clínica psiquiátrica ambulatoria de Turquía, el 30.7% de adultos mayores tenían ideación suicida, la cual es mucho más frecuente en mujeres que en hombres (40).

Intento suicida: se define como "una conducta potencialmente lesiva, auto-inflingida y sin resultado fatal en donde existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte; dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método" (41). Los intentos de suicidio elevan alrededor de cuarenta veces la probabilidad de cometer suicidio y son hasta 20 veces más frecuentes que el suicidio consumado (42). El historial de intentos de suicidio se considera uno de los predictores más fuertes para la conclusión del suicidio, diversos estudios prospectivos han demostrado que del 4 al 13% de los intentos de suicidio finalmente concretan el acto; por otro lado, la autolesión no suicida, como cortar y quemar, también aumenta el riesgo de suicidio al menos dos veces, particularmente en poblaciones que sufren trastornos psiquiátricos (29). En la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2003 en Colombia se evidenció que la prevalencia de plan suicida fue del 1,5% y de intento suicida fue del 2,4% en adultos mayores de 65 años en adelante (5).

Factores familiares

Estado civil: la viudez es una situación crítica para el adulto mayor, en especial en el primer año durante el cual puede ocurrir la denominada autodestrucción pasiva, en la que este evento vital desencadena un estado depresivo que altera significativamente el sistema inmunológico, facilitando la

aparición de enfermedades físicas (43). Se ha evidenciado que existe relación entre la ideación suicida y el estado civil; Zhang et al., en 2016, manifiestan que el 82,5% de los individuos viudos o divorciados presentaban ideación suicida y según Handley et al., en 2016, el 68,8% estaban casados (39).

Penosa situación económica: la situación económica se refiere al conjunto de bienes que integran el patrimonio de una persona (solvencia), se trata de la cantidad de bienes y activos que posee una persona o empresa. Se denomina baja situación económica a aquella en donde el patrimonio no cubre las necesidades básicas del individuo (44). En un estudio publicado en la revista *European Journal of Public Health* del 2013 en Madrid, se menciona que desde el comienzo de la crisis financiera hubo un aumento del 8% en las tasas de suicidio por encima de la tendencia subyacente (45).

Maltrato: se define al maltrato como la acción única o repetida, o la falta de una respuesta adecuada, que tiene lugar dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona adulta mayor; existen diversos tipos de maltrato, entre los que se encuentran el maltrato físico, psicológico, económico, sexual, emocional y el descuido o negligencia (46). En un estudio realizado en zonas rurales de China, se encontró que el maltrato físico aumentaba en las mujeres 4,5 veces la probabilidad de ideación suicida; el maltrato psicológico, 5 veces; el maltrato por descuido del adulto mayor, 1,6 veces; el económico, 4,1 veces y el sexual, 4,7 veces (39).

Antecedentes familiares de suicidio: existen diversos estudios que respaldan la transmisión del suicidio dentro de las familias. Gran parte de los antecedentes familiares de comportamiento suicida puede explicarse por la presencia de enfermedades psiquiátricas. Sin embargo, los estudios familiares, de gemelos han proporcionado evidencia de transmisión familiar de conducta suicida incluso después de controlar los trastornos mentales y del estado de ánimo; el hallazgo biológico más fuerte en la investigación del suicidio es la asociación con una

neurotransmisión serotoninérgica reducida (29). Varios estudios genealógicos han demostrado un aumento del riesgo de suicidio en individuos con parientes que han muerto por esta causa; los datos señalan que este incremento sería de entre 3 y 10 veces mayor en individuos con parientes suicidas que en individuos control (47).

Vida solitaria: se describe a la soledad como el convencimiento de estar excluido, de no tener acceso al mundo de interacciones, siendo una condición que provoca malestar emocional y que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional (48). Existe corresponsabilidad de la familia en el suicidio del adulto mayor, dado que a medida que pasan los años éste presenta menos capacidad física y cognitiva, razón por la cual algunos parientes los aíslan y hacen menos participe de las actividades familiares, limitando las posibilidades de interacción en diversos espacios sociales, de modo que sus funciones cada día son menos y sus responsabilidades disminuyen poco a poco, hasta que el adulto mayor se torna sedentario e inactivo; es frecuente observar que la muerte de un adulto mayor va antecedita de un aislamiento del entorno, y antes de fallecer físicamente, muchos de ellos viven agonías psicológicas y situaciones afectivas en extremo dolorosas (49). En un estudio realizado sobre factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores, se evidenció que el 40% de la población en estudio tenía una vida solitaria (36).

Migración forzada del adulto mayor: se define como aquellos casos en los que el adulto mayor es forzado a trasladarse de un domicilio a otro a conveniencia de los familiares, ignorando en muchas ocasiones sus necesidades, su comodidad, violando su privacidad y alterando su estabilidad, situación a la que se le atribuye el término de “abuelo ping pong” (17).

CAPÍTULO III

3.1 HIPÓTESIS

H0: La prevalencia de riesgo suicida en los adultos mayores no está asociado a factores médicos, factores psiquiátricos, factores psicológicos y factores familiares.

H1: La prevalencia de riesgo suicida en los adultos mayores está asociado a factores médicos, factores psiquiátricos, factores psicológicos y factores familiares.

3.2 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de riesgo suicida y factores asociados en adultos mayores en una parroquia urbana y una rural en el cantón Cuenca.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.3.1. Caracterizar a la población en estudio según sexo, edad, procedencia.

3.3.2. Determinar la prevalencia del riesgo suicida en el adulto mayor.

3.3.3. Identificar factores asociados al suicidio como factores médicos, factores psiquiátricos, factores psicológicos y factores familiares.

3.3.4. Establecer la relación entre el riesgo suicida y los factores asociados al suicidio como factores médicos, factores psiquiátricos, factores psicológicos y factores familiares.

CAPÍTULO IV

4.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación fue un estudio analítico transversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio fue la parroquia urbana Yanuncay y la parroquia rural El Valle del cantón Cuenca, la selección de estas parroquias se basó en la cantidad de adultos mayores que residen en cada una de ellas según los datos proporcionados por el INEC, siendo aquellas con el mayor número de sujetos de este grupo etario en el cantón Cuenca.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

El cálculo del universo se realizó en el programa Epidat versión 3.1 tomando en consideración la población de adultos mayores de ambas parroquias en donde se realizó el estudio.

- Tamaño del universo: 4496
- Proporción de adultos mayores con prevalencia de riesgo suicida esperada: 41%
- Error: 5%
- Nivel de confianza: 95%
- Tamaño muestral: 344 más 10% de no repuesta para un total de 378, se trabajará con 400 adultos mayores, ponderados según población urbana y rural por parroquia sujeta de estudio.

Parroquia	Población	Porcentaje de población de estudio	Población de estudio
<i>Yanuncay</i>	2491	55.5%	222
<i>El Valle</i>	2005	44.5%	178

MUESTREO

Se empleó las zonas censales de la parroquia urbana Yanuncay y la parroquia rural El Valle consideradas por el INEC, realizándose un muestreo aleatorio simple en cada parroquia por zona censal, y en cada una de estos adultos mayores ponderados por parroquia. En caso de que en una vivienda no se haya encontrado el adulto mayor o no haya deseado participar en el estudio, se seleccionó la siguiente vivienda en el sentido de las manecillas del reloj, así hasta completar la muestra en cada una de las parroquias.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión: adultos mayores de 65 años o más de la parroquia urbana Yanuncay y la parroquia rural El Valle del cantón Cuenca que se encontraron viviendo al menos un año en el lugar y que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: sujetos con trastornos mentales, dificultades o imposibilidad de hablar o escuchar.

4.5 VARIABLES

- Variables independientes
 - Factor médico
 - Factor psiquiátrico
 - Factor psicológico
 - Factor familiar
- Variables dependientes

- Riesgo suicida
- Variables intervinientes
 - Sexo
 - Edad
 - Procedencia
 - Residencia
 - Estado civil
 - Etnia
 - Instrucción

4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Ver anexo 2.

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

MÉTODO

Entrevista

TÉCNICAS

Cuestionario

INSTRUMENTO

Formulario que constó de: Parte I: datos sociodemográficos, escala de riesgo suicida de Plutchik (puntuación igual o mayor a 6: riesgo suicida). Parte II: factores médicos que incluye enfermedad crónica, polifarmacia, hospitalización periódica. Parte III: factores psiquiátricos que incluye test de Yesavage modificado (puntuación igual o mayor a 5: indicador de depresión), test Cage (puntuación superior a 2: dependencia alcohólica), prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)) (puntuación de 0-3: riesgo bajo; puntuación de 4-26: riesgo medio; puntuación mayor a 27: riesgo alto), mini mental state examination (puntuación igual o menor a 24: sospecha patológica; puntuación de 12-24: deterioro cognitivo;

puntuación menor a 12: demencia), escala de valoración de Hamilton para la ansiedad (puntuación igual o menor a 17: ansiedad leve; puntuación de 18-24: ansiedad moderada; puntuación de 24-30: ansiedad severa). Parte IV: factores psicológicos que incluye inventario Texas revisado de duelo (a mayor puntuación, mayor intensidad del duelo), escala de ideación suicida de Beck (puntuación igual o mayor a 1: riesgo de intento suicida), escala de intencionalidad suicida de Beck (mayor puntuación, mayor riesgo de intento suicida). Parte V: factores familiares que incluye encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC (puntuación de 845.1 a 1000: alto; puntuación de 696.1 a 845: medio alto; puntuación de 535.1 a 696: medio típico; puntuación de 316.1 a 535: medio bajo; puntuación de 0 a 535: bajo), escala geriátrica de maltrato al adulto mayor (a mayor puntuación, mayor maltrato), antecedentes familiares de suicidio, escala Este II (puntuación de 0 a 10: soledad social baja; puntuación de 11 a 20: soledad social media; puntuación de 21 a 30: soledad social alta. (Anexo 3)

4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los datos fueron procesados en el programa SPSS versión 15. Para el análisis de la información se empleó estadística descriptiva como frecuencia y porcentajes, medidas de tendencia central como promedio y medidas de dispersión como desvío estándar. Para buscar asociación estadística se utilizó el Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza (IC) del 95% y para significancia estadística el chi cuadrado con su valor p menor a 0,05.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización del presente estudio se solicitó la aprobación al Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca (COBIAS). Para la recolección de los datos, se solicitó la autorización a la Comisión de trabajos de titulación (CTT), y a cada participante del estudio mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 4). La información recolectada durante el desarrollo del estudio fue guardada con absoluta confidencialidad a través de codificación numérica, ha sido utilizada única y exclusivamente con fines



investigativos y una vez concluida la investigación y obtenida la calificación del trabajo de titulación, los datos serán eliminados y destruidos.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

El estudio se realizó en 400 adultos mayores de la parroquia urbana Yanuncay y la parroquia rural El Valle del cantón Cuenca.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE 400 ADULTOS MAYORES, SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE PARROQUIA URBANA Y RURAL DEL CANTÓN CUENCA, 2020

Variable		n=400	100%
Edad	65 – 74 años	235	58,8
	75 – 85 años	121	30,3
	85 años o más	44	11,0
Sexo	Hombre	163	40,8
	Mujer	237	59,3
Procedencia	Urbana	168	42,0
	Rural	232	58,0
Residencia	Urbana	222	55,5
	Rural	178	44,5
Estado civil	Soltero/a	42	10,5
	Casado/a	226	56,5
	Separado/a	3	0,8
	Divorciado/a	30	7,5
	Viudo/a	95	23,8
	Unido/a	4	1,0
Etnia	Indígena	3	0,8
	Mestizo/a	377	94,3
	Blanco/a	18	4,5
	Otro/a	2	0,5
Instrucción	Ninguno	102	25,5
	Preescolar	11	2,8
	Educación básica	183	45,8
	Educación media/Bachillerato	48	12,0
	Superior	56	14,0

*EDAD \bar{X} = 73,92 años DE: \pm 7.66 años

Fuente: Base de datos.

Autora: María Gracia García Romero.

El grupo de edad de mayor prevalencia en la población estudiada de adultos mayores estuvo comprendido entre 65 y 74 años con el 58,8%. La edad mínima encontrada fue de 65 años y la máxima de 102 años, con una media de 73,92 años y un desvío estándar de ± 7.66 años. El 59,3% de participantes fueron mujeres, el 58,0% procedía de una zona rural, el 55,5% residían en una zona urbana, el 56,5% se encontraban casados, el 94,3% se identificaron como mestizo/a y el 45,8% tuvo educación básica (Tabla 1).

TABLA 2. PREVALENCIA DE RIESGO SUICIDA EN 400 ADULTOS MAYORES DE PARROQUIA URBANA Y RURAL DEL CANTÓN CUENCA, 2020.

PARROQUIA URBANA YANUNCAY

Variable	EDAD			Total	SEXO		Total
	65 – 74 años	75 – 84 años	85 años o más		Hombre	Mujer	
RIESGO SUICIDA	n=136(100%)	n=62(100%)	n=24(100%)	n=222(100%)	n=83(100%)	n=139(100%)	n=222(100%)
Presente	25 (18,4)	14 (22,6)	11 (45,8)	50 (22,5)	14 (16,9)	36 (25,9)	50 (22,5)
Ausente	111 (81,6)	48 (77,4)	13 (54,2)	172 (77,5)	69 (83,1)	103 (74,1)	172 (77,5)

PARROQUIA RURAL EL VALLE

Variable	EDAD			Total	SEXO		Total
	65 – 74 años	75 – 84 años	85 años o más		Hombre	Mujer	
RIESGO SUICIDA	n=99(100%)	n=59(100%)	n=20(100%)	n=178(100%)	n=80(100%)	n=98(100%)	n=178(100%)
Presente	29 (29,3)	23 (39,0)	7 (35,0)	59 (33,1)	23 (28,7)	36 (36,7)	59 (33,1)
Ausente	70 (70,7)	36 (61,0)	13 (65,0)	119 (66,9)	57 (71,3)	62 (63,3)	119 (66,9)

Fuente: Base de datos.

Autora: María Gracia García Romero.

La prevalencia de riesgo suicida en la parroquia urbana Yanuncay fue del 22,5%; fue mayor en el grupo de adultos mayores de 85 años en adelante con el 45,8% y en las mujeres con el 25,9%. La prevalencia de riesgo suicida en la parroquia rural

El Valle fue del 33,1%; fue mayor en el grupo de adultos mayores comprendido entre 75 y 84 años con el 39,0% y en las mujeres con el 36,7% (Tabla 2).

TABLA 3. PREVALENCIA DE RIESGO SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS MÉDICOS EN 400 ADULTOS MAYORES DE PARROQUIA URBANA Y RURAL DEL CANTÓN CUENCA, 2020.

FACTORES MÉDICOS	Parroquia Urbana			Parroquia Rural		
	RIESGO SUICIDA			RIESGO SUICIDA		
	SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
Enfermedad crónica	n=50(100%)	n=172(100%)	n=222(100%)	n=59(100%)	n=119(100%)	n=178(100%)
Presente	41 (82,0)	104 (60,5)	145 (65,3)	34 (57,6)	57 (47,9)	91 (51,1)
Ausente	9 (18,0)	68 (39,5)	77 (34,7)	25 (42,4)	62 (52,1)	87 (48,9)
Polifarmacia						
Presente	24 (48,0)	54 (31,4)	78 (35,1)	10 (16,9)	9 (7,6)	19 (10,7)
Ausente	26 (52,0)	118 (68,6)	144 (64,9)	49 (83,1)	110 (92,4)	159 (89,3)
Hospitalización periódica						
Presente	5 (10,0)	9 (5,2)	14 (6,3)	2 (3,4)	8 (6,7)	10 (5,6)
Ausente	45 (90,0)	163 (94,8)	208 (93,7)	57 (96,6)	111 (93,3)	168 (94,4)

Fuente: Base de datos

Autora: María Gracia García Romero.

En los adultos mayores de la parroquia urbana Yanuncay, el factor médico con mayor prevalencia fue enfermedad crónica con el 82%, seguido de polifarmacia con una prevalencia del 48%. En los adultos mayores de la parroquia rural El Valle, el factor médico con mayor prevalencia fue enfermedad crónica con 57,6% (Tabla 3).

TABLA 4. PREVALENCIA DE RIESGO SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS PSIQUIÁTRICOS EN 400 ADULTOS MAYORES DE PARROQUIA URBANA Y RURAL DEL CANTÓN CUENCA, 2020.

FACTORES PSIQUIÁTRICOS	Parroquia Urbana			Parroquia Rural		
	RIESGO SUICIDA			RIESGO SUICIDA		
	SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
	n=50(100%)	n=172(100%)	n=222(100%)	n=59(100%)	n=119(100%)	n=178(100%)
Depresión						
Depresión	19 (38,0)	3 (1,7)	22 (9,9)	24 (40,7)	3 (2,5)	27 (15,2)
Probable depresión	15 (30,0)	31 (18,0)	46 (20,7)	23 (39,0)	23 (19,3)	46 (25,8)
Normal	16 (32,0)	138 (80,2)	154 (69,4)	12 (20,3)	93 (78,2)	105 (59,0)
Abuso de alcohol y drogas						
CAGE						
Dependencia alcohólica	2 (4,0)	8 (4,7)	10 (4,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Problemas con el alcohol	0 (0,0)	2 (1,2)	2 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Sin problemas con el alcohol	48 (96,0)	162 (94,2)	210 (94,6)	59 (100)	119 (100)	178 (100)
ASSIST						
Riesgo alto	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Riesgo moderado	5 (10,0)	10 (5,8)	15 (6,8)	0 (0,0)	2 (1,7)	2 (1,1)
Riesgo bajo	45 (90,0)	161 (93,6)	206 (92,8)	59 (100)	117 (98,3)	176 (98,9)
Demencia						
Demencia severa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Demencia moderada a severa	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (0,8)	1 (0,6)
Demencia leve a moderada	18 (36,0)	38 (22,1)	56 (25,2)	20 (33,9)	31 (26,1)	51 (28,7)
Posible deterioro	4 (8,0)	36 (20,9)	40 (18,0)	7 (11,9)	23 (19,3)	30 (16,9)
Sin deterioro	27 (54,0)	98 (57,0)	125 (56,3)	32 (54,2)	64 (53,8)	96 (53,9)
Ansiedad						
Ansiedad severa	20 (40,0)	12 (7,0)	32 (14,4)	10 (16,9)	17 (14,3)	27 (15,2)
Ansiedad moderada	7 (14,0)	10 (5,8)	17 (7,7)	10 (16,9)	20 (16,8)	30 (16,9)
Ansiedad leve	23 (46,0)	150 (87,2)	173 (77,9)	39 (66,1)	82 (68,9)	121 (68,0)

Fuente: Base de datos

Autora: María Gracia García Romero.

En los adultos mayores de la parroquia urbana Yanuncay, dentro de los factores psiquiátricos destaca la ansiedad leve con el 46%, siendo predominante sobre la depresión que posee una prevalencia de 38%. En los adultos mayores de la parroquia rural El Valle, podemos observar una prevalencia de ansiedad leve de 66,1%, seguida de depresión con el 40,7% (Tabla 4).

TABLA 5. PREVALENCIA DE RIESGO SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS PSICOLÓGICOS EN 400 ADULTOS MAYORES DE PARROQUIA URBANA Y RURAL DEL CANTÓN CUENCA, 2020.

FACTORES PSICOLÓGICOS	Parroquia Urbana			Parroquia Rural		
	RIESGO SUICIDA			RIESGO SUICIDA		
	SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
	n=50(100%)	n=172(100%)	n=222(100%)	n=59(100%)	n=119(100%)	n=178(100%)
Duelo						
Presente	25 (50,0)	41 (23,8)	66 (29,7)	18 (30,5)	19 (16,0)	37 (20,8)
Ausente	25 (50,0)	131 (76,2)	156 (70,3)	41 (69,5)	100 (84,0)	141 (79,2)
Ideación suicida						
Presente	22 (44,0)	1 (0,6)	23 (10,4)	22 (37,3)	4 (3,4)	26 (14,6)
Ausente	28 (56,0)	171 (99,4)	199 (89,6)	37 (62,7)	115 (96,6)	152 (85,4)
Intencionalidad suicida						
Presente	8 (16,0)	0 (0,0)	8 (3,6)	6 (10,2)	1 (0,8)	7 (3,9)
Ausente	42 (84,0)	172 (100)	214 (96,4)	53 (89,8)	118 (99,2)	171 (96,1)

Fuente: Base de datos

Autora: María Gracia García Romero.

En los adultos mayores de la parroquia urbana Yanuncay, en relación a los factores psicológicos, resalta el duelo con una prevalencia del 50%, seguido de la ideación suicida con el 44%. En los adultos mayores de la parroquia rural El Valle, destaca la ideación suicida con una prevalencia del 37,3%, seguida del duelo con una prevalencia del 30,5% (Tabla 5).

TABLA 6. PREVALENCIA DE RIESGO SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS FAMILIARES EN 400 ADULTOS MAYORES DE PARROQUIA URBANA Y RURAL DEL CANTÓN CUENCA, 2020.

FACTORES FAMILIARES	Parroquia Urbana			Parroquia Rural		
	RIESGO SUICIDA			RIESGO SUICIDA		
	SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
	n=50(100%)	n=172(100%)	n=222(100%)	n=59(100%)	n=119(100%)	n=178(100%)
Penosa situación económica						
Alto (A)	1 (2,0)	4 (2,3)	5 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Medio alto (B)	7 (14,0)	56 (32,6)	63 (28,4)	1 (1,7)	4 (3,4)	5 (2,8)
Medio típico (C+)	12 (24,0)	59 (34,3)	71 (32,0)	6 (10,2)	8 (6,7)	14 (7,9)
Medio bajo (C-)	23 (46,0)	43 (25,0)	66 (29,7)	18 (30,5)	52 (43,7)	70 (39,3)
Bajo (D)	7 (14,0)	10 (5,8)	17 (7,7)	34 (57,6)	55 (46,2)	89 (50,0)
Maltrato						
Presente	25 (50,0)	31 (18,0)	56 (25,2)	22 (37,3)	22 (18,5)	44 (24,7)
Ausente	25 (50,0)	141 (82,0)	166 (74,8)	37 (62,7)	97 (81,5)	134 (75,3)
Tipo de maltrato						
Físico						
Presente	4 (8,0)	3 (1,7)	7 (3,2)	6 (10,2)	4 (3,4)	10 (5,6)
Ausente	46 (92,0)	169 (98,3)	215 (96,8)	53 (89,8)	115 (96,6)	168 (94,4)
Psicológico						
Presente	24 (48,0)	21 (12,2)	45 (20,3)	18 (30,5)	17 (14,3)	35 (19,7)
Ausente	26 (52,0)	151 (87,8)	177 (79,7)	41 (69,5)	102 (85,7)	143 (80,3)
Negligencia						
Presente	6 (12,0)	1 (0,6)	7 (3,2)	2 (3,4)	0 (0,0)	2 (1,1)
Ausente	44 (88,0)	171 (99,4)	215 (96,8)	57 (96,6)	119 (100,0)	176 (98,9)
Económico						
Presente	11 (22,0)	10 (5,8)	21 (9,5)	9 (15,3)	7 (5,9)	16 (9,0)
Ausente	39 (78,0)	162 (94,2)	201 (90,5)	50 (84,7)	112 (94,1)	162 (91,0)
Sexual						
Presente	5 (10,0)	2 (1,2)	7 (3,2)	0 (0,0)	2 (1,7)	2 (1,1)
Ausente	45 (90,0)	170 (98,8)	215 (96,8)	59 (100)	117 (98,3)	176 (98,9)
Antecedentes familiares de suicidio						
Presente	13 (26,0)	4 (2,3)	17 (7,7)	20 (33,9)	8 (6,7)	28 (15,7)
Ausente	37 (74,0)	168 (97,7)	205 (92,3)	39 (66,1)	111 (93,3)	150 (84,3)
Vida solitaria						
Nivel alto	5 (10,0)	4 (2,3)	9 (4,1)	7 (11,9)	7 (5,9)	14 (7,9)
Nivel medio	33 (66,0)	55 (32,0)	88 (39,9)	36 (61,0)	35 (29,4)	71 (39,9)
Nivel bajo	12 (24,0)	113 (65,7)	125 (56,3)	16 (27,1)	77 (64,7)	93 (52,2)
Migración forzada del adulto mayor						
0 viviendas	40 (80,0)	164 (95,3)	204 (91,9)	58 (98,3)	119 (100)	177 (99,4)
1 – 3 viviendas	10 (20,0)	7 (4,1)	17 (7,7)	1 (1,7)	0 (0,0)	1 (0,6)
4 o más viviendas	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Fuente: Base de datos. **Autora:** María Gracia García Romero.

En los adultos mayores de la parroquia urbana Yanuncay, observamos que dentro de los factores familiares destaca la vida solitaria nivel medio con una prevalencia del 66%, seguida del maltrato con un 50%, siendo el de tipo psicológico el más prevalente con el 48% y finalmente se encuentra la penosa situación económica, grupo medio bajo, con una prevalencia de 46%. En los adultos mayores de la parroquia rural El Valle, resalta, igualmente, la vida solitaria nivel medio con una prevalencia del 61%, seguida de la penosa situación económica, grupo bajo, con el 57,6% y finalmente se encuentra el maltrato con una prevalencia de 37,3%, siendo el de tipo psicológico el más frecuente con el 30,5% (Tabla 6).

**TABLA 7. RELACIÓN ENTRE RIESGO SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS
EN 222 ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA URBANA YANUNCAY DEL
CANTÓN CUENCA, 2020.**

		RIESGO SUICIDA				
FACTORES MÉDICOS		SI	NO	OR	IC (95%)	Valor p
Enfermedad crónica	Presente	41	104	2,979	1,361 – 6,521	0,005
	Ausente	9	68			
Polifarmacia	Presente	24	54	2,017	1,062 – 3,831	0,030
	Ausente	26	118			
Hospitalización periódica	Presente	5	9	2,012	0,642 – 6,304	0,222
	Ausente	45	163			
FACTORES PSIQUIÁTRICOS						
Depresión	Presente	34	34	8,625	4,271 – 17,417	0,000
	Ausente	16	138			
Abuso de alcohol y drogas	CAGE Presente	2	8	0,854	0,175 – 4,157	0,845
	CAGE Ausente	48	164			
	ASSIST Presente	5	11	1,626	0,537 – 4,923	0,386
	ASSIST Ausente	45	161			
Demencia	Presente	23	74	1,128	0,599 – 2,124	0,709
	Ausente	27	98			
Ansiedad	Presente	34	25	12,495	6,022 – 25,928	0,000
	Ausente	16	147			
FACTORES PSICOLÓGICOS						
Duelo	Presente	25	41	3,195	1,658 – 6,157	0,000
	Ausente	25	131			
Ideación suicida	Presente	22	1	134,357	17,410 – 1036,870	0,000
	Ausente	28	171			
Intencionalidad suicida	Presente	8	0	1,190	1,055 – 1,344	0,000
	Ausente	42	172			
FACTORES FAMILIARES						
Estado civil Viudez	Presente	21	32	3,168	1,604 – 6,256	0,001
	Ausente	29	140			
Penosa situación económica	Presente	30	53	3,368	1,755 – 6,463	0,000
	Ausente	20	119			
Maltrato	Presente	25	31	4,548	2,311 – 8,952	0,000
	Ausente	25	141			
Antecedentes familiares de suicidio	Presente	13	4	14,757	4,553 – 47,824	0,000
	Ausente	37	168			
Vida solitaria	Presente	38	59	6,065	2,948 – 12,477	0,000
	Ausente	12	113			
Migración forzada del adulto mayor	Presente	10	8	5,125	1,901 – 13,818	0,000
	Ausente	40	164			

Fuente: Base de datos

Autora: María Gracia García Romero.

En los adultos mayores de la parroquia urbana Yanuncay, el riesgo suicida estuvo asociado con factores médicos como la enfermedad crónica OR 2,979 (IC 95% 1,361 – 6,521), ($p=0,005$) y la polifarmacia OR 2,017 (IC 95% 1,062 – 3,831), ($p=0,030$); asociado con factores psiquiátricos como la ansiedad OR 12,495 (IC 95% 6,022 – 25,928), ($p=0,000$) y la depresión OR 8,625 (IC 95% 4,271 – 17,417), ($p=0,000$); asociado con factores psicológicos como la ideación suicida OR 134,357 (IC 95% 17,410 – 1036,870), ($p=0,000$), el duelo OR 3,195 (IC 95% 1,658 – 6,157), ($p=0,000$) y la intencionalidad suicida OR 1,190 (IC 95% 1,055 – 1,344), ($p=0,000$); asociado con factores familiares como los antecedentes familiares de suicidio OR 14,757 (IC 95% 4,553 – 47,824), ($p=0,000$), la vida solitaria OR 6,065 (IC 95% 2,948 – 12,477), ($p=0,000$), la migración forzada del adulto mayor OR 5,125 (IC 95% 1,901 – 13,818), ($p=0,000$), el maltrato OR 4,548 (IC 95% 2,311 – 8,952), ($p=0,000$), la penosa situación económica OR 3,368 (IC 95% 1,755 – 6,463), ($p=0,000$) y la viudez OR 3,168 (IC 95% 1,604 – 6,256), ($p=0,001$) (Tabla 7).

**TABLA 8. RELACIÓN ENTRE RIESGO SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS
EN 178 ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA RURAL EL VALLE DEL
CANTÓN CUENCA, 2020.**

		RIESGO SUICIDA				
FACTORES MÉDICOS		SI	NO	OR	IC (95%)	Valor p
Enfermedad crónica	Presente	34	57	1,479	0,788 – 2,776	0,222
	Ausente	25	62			
Polifarmacia	Presente	10	9	2,494	0,954 – 6,524	0,056
	Ausente	49	110			
Hospitalización periódica	Presente	2	8	0,487	0,100 – 2,368	0,363
	Ausente	57	111			
FACTORES PSIQUIÁTRICOS						
Depresión	Presente	47	26	14,010	6,495 – 30,218	0,000
	Ausente	12	93			
Abuso de alcohol y drogas	CAGE	Presente	0	0,000	0,000 – 0,000	0,317
		Ausente	59			
	ASSIST	Presente	0	0,983	0,960 – 1,007	
		Ausente	59			
Demencia	Presente	27	55	0,982	0,525 – 1,837	0,954
	Ausente	32	64			
Ansiedad	Presente	26	53	0,981	0,523 – 1,839	0,953
	Ausente	33	66			
FACTORES PSICOLÓGICOS						
Duelo	Presente	18	19	2,311	1,102 – 4,843	0,024
	Ausente	41	100			
Ideación suicida	Presente	22	4	17,095	5,534 – 52,809	0,000
	Ausente	37	115			
Intencionalidad suicida	Presente	6	1	13,358	1,569 – 113,729	0,003
	Ausente	53	118			
FACTORES FAMILIARES						
Estado civil	Viudez	Presente	18	1,738	0,852 – 3,543	0,126
		Ausente	41			
Penosa situación económica	Presente	52	107	0,833	0,310 – 2,240	0,717
	Ausente	7	12			
Maltrato	Presente	22	22	2,622	1,299 – 5,289	0,006
	Ausente	37	97			
Antecedentes familiares de suicidio	Presente	20	8	7,115	2,900 – 17,456	0,000
	Ausente	39	111			
Vida solitaria	Presente	43	42	4,927	2,481 – 9,785	0,000
	Ausente	16	77			
Migración forzada del adulto mayor	Presente	1	0	1,017	0,984 – 1,052	0,154
	Ausente	58	119			

Fuente: Base de datos

Autora: María Gracia García Romero.

En los adultos mayores de la parroquia rural El Valle, el riesgo suicida estuvo asociado con factores psiquiátricos como la depresión OR 14,010 (IC 95% 6,495 – 30,218), ($p= 0,000$); asociado a factores psicológicos como la ideación suicida OR 17,095 (IC 95% 5,534 – 52,809), ($p= 0,000$), la intencionalidad suicida OR 13,358 (IC 95% 1,569 – 113,729), ($p= 0,003$) y el duelo OR 2,311 (IC 95% 1,102 – 4,843), ($p= 0,024$); asociado con factores familiares como los antecedentes familiares de suicidio OR 7,115 (IC 95% 2,900 – 17,456), ($p= 0,000$), la vida solitaria OR 4,927 (IC 95% 2,481 – 9,785), ($p= 0,000$) y el maltrato OR 2,622 (IC 95% 1,299 – 5,289), ($p= 0,006$) (Tabla 8).

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud entre 2015 y 2050, el número de habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, aumentado del 12% al 22% (14). El Ecuador es un país en fase de transición demográfica, fenómeno que demuestra que los adultos mayores al 2010 representaron el 7% de la población total de nuestro país y al 2050 representarán el 18% de la población (15). Diversos estudios demuestran que en muchos países las tasas de suicidio entre los adultos mayores (> 65 años) son superiores o tan elevadas como las de los jóvenes (50). En base a estas premisas se estudió la prevalencia de riesgo suicida y factores asociados en 400 adultos mayores de la parroquia urbana Yanuncay y de la parroquia rural El Valle del cantón Cuenca.

El 59,3% de la población fueron mujeres con una media de edad de 73,9 años, lo que concuerda con un estudio realizado por Ciulla et al., en 2014 en Puerto Alegre, Brasil donde el 62,8% de la población estuvo conformado por mujeres y el 63,2% pertenecía al grupo de edad comprendido entre 60 a 69 años (51); igualmente, en un estudio realizado en Colombia por Sanabria Osorio et al., en 2018 se pudo evidenciar que el 83% de la población de estudio estuvo conformada por mujeres (52); en ese mismo año, en el estudio realizado por González Sábado et al., en Cuba, del total de adultos mayores que participaron en el estudio, el 66,98% fueron mujeres (53). La concordancia entre estos estudios permite establecer que la población femenina es la más afectada por el riesgo suicida, lo cual puede deberse al contexto social en el que se vive en la actualidad, donde el maltrato a la mujer es un suceso común que se encuentra presente en gran cantidad de hogares y que puede predisponer a que la mujer considere más a menudo el suicidio. Sin embargo, se debe considerar que, en la presente investigación, pese a que la muestra fue aleatoria, la población de estudio estuvo constituida predominantemente por

mujeres, al igual que en el estudio realizado por Ciulla, Sanabria Osorio y González Sábado, lo que explicaría la alta prevalencia de riesgo suicida en el sexo femenino.

El 56,5% de la población de estudio se encontraban casados, un resultado similar se puede observar en la investigación realizada en Brasil por Ciulla et al., en 2014 en donde la mayor parte de la población estudiada estuvo casada, con una frecuencia del 38,2% (51). Es importante recalcar que el tener pareja constituye un factor protector ante el suicidio, pero, por el contrario, la viudez o la ausencia de una pareja, puede originar en diversos casos sentimientos de soledad, abandono e ira que pueden desencadenar actos suicidas.

El nivel de instrucción predominante de la población de estudio fue la educación básica con el 45,8%, Ciulla et al., en su investigación de 2014 en Brasil, manifiesta que el 62% de la población de estudio tuvo un bajo nivel de educación (menos que la escuela primaria) (51); en 2016, Xu et al., en su estudio realizado en China evidenció que el 70,8% de los adultos mayores tuvo únicamente educación primaria (54). Es probable que exista relación entre el bajo nivel de educación y el riesgo suicida, un bajo nivel de educación puede derivar en dificultades para conseguir empleo o condicionar un nivel de ingresos bajos, que a su vez puede traer consigo depresión, ansiedad, violencia intrafamiliar; afectando no solo a quien los padece, sino a todo el entorno familiar. También es importante considerar que varios adultos mayores son analfabetos, situación que probablemente ha condicionado a la mayoría de ellos a tener empleos que generan bajos ingresos; sin contar que la productividad y oportunidad laboral para una persona se basa en su edad, razón por la cual muchos adultos mayores ya no tienen la posibilidad de trabajar y aportar económicamente a sus familias, generando así una problemática mayor.

En este estudio se pudo determinar que la prevalencia de riesgo suicida en la ciudad de Cuenca fue del 27,3%; en un estudio realizado en un grupo de adultos mayores institucionalizados de España en el año 2009, Rubio Herrera Gisella Magagna Ariano et al., encontró que la prevalencia de riesgo suicida fue del 41% (9); en la

investigación de González Sábado en Cuba en el 2011, se pudo evidenciar una prevalencia de riesgo suicida alto del 14,86%, riesgo suicida medio del 45,94% y riesgo suicida bajo del 39,18% (55); en 2018, Sanabria Osorio et al., en su estudio en Colombia determinó una prevalencia de riesgo suicida alto del 6%, riesgo suicida moderado del 11% y riesgo suicida leve del 34% (52). En relación a estos hallazgos se puede establecer claramente que el riesgo suicida en Cuenca posee una prevalencia similar a otros países en donde se han realizado estudios en este ámbito, convirtiendo a este fenómeno en una situación que requiere atención y que representa una problemática importante en la sociedad.

En esta investigación se determinó que la prevalencia de riesgo suicida en la parroquia urbana fue del 22,5%; fue mayor en el grupo de adultos mayores de 85 años en adelante con el 45,8% y en las mujeres con el 25,9%; mientras que en la parroquia rural fue del 33,1%; fue mayor en el grupo de adultos mayores comprendido entre 75 y 84 años con el 39,0% y en las mujeres con el 36,7%. En 2014 en su estudio realizado en Brasil, Ciulla et al., sostiene que la prevalencia de riesgo suicida fue del 15,7%, en donde el 19,5% de las mujeres presentaban riesgo de suicidio en comparación con el 9,1% de los hombres (51); en Lima, un estudio realizado por Pozo Cerna en 2015, estableció una prevalencia de riesgo suicida del 18,2% en un grupo de adultos mayores hospitalizados en el servicio de psiquiatría de un hospital de Perú (27); un estudio realizado en Turquía en 2017 por Karbeyaz et al., sostiene que las tasas de suicidio fueron más frecuentes en el grupo de edad de 80 a 84 años con el 27% (56).

En relación a estos hallazgos y en contraste con los estudios realizados en diferentes países, se puede determinar que el riesgo suicida tiene una alta prevalencia en la población de adultos mayores y se manifiesta en mayor proporción por las mujeres; en el caso de la zona urbana se evidencia que es más prevalente en los longevos (>85 años) mientras que en la zona rural es más prevalente en los adultos mayores mayores (75-84 años), situación que permite establecer que en la mayoría de los casos los adultos mayores jóvenes (65-74 años) manifiestan menos

riesgo suicida, siendo importante enfocar la atención en aquellos sujetos mayores de 75 años quienes se podrían considerar más susceptibles debido a la mayor probabilidad de sufrir enfermedades físicas o mentales incapacitantes, de encontrarse en situaciones de abandono o ser víctimas de maltrato.

Por otro lado, la prevalencia de riesgo suicida es mayor en el área rural, resultados similares se han podido encontrar en investigaciones realizadas en China, Japón y Corea del Sur, en donde Xu et al., en su estudio realizado en el año 2016 en adultos mayores de Hunan, un área rural de China, estableció que la prevalencia de suicidio es alta y oscila entre el 2,2% y el 21,5%, siendo más alta que en las zonas urbanas o que en otras edades, también se demostró que la tasa media de suicidios de los adultos mayores en las zonas rurales (88,3/100 000) fue cuatro veces mayor que en las zonas urbanas (24.4/100 000) (54).

Esta información permite establecer firmemente que la población del área rural presenta más riesgo de suicidio, situación que puede presentarse probablemente por un menor acceso a la educación y por ende menor posibilidad de poseer altos ingresos económicos, lo que a su vez puede ocasionar problemas por la escasez de recursos para sustentar las necesidades básicas; menor acceso a los servicios de salud, situación que muchas veces causa impedimento en el diagnóstico de enfermedades y orilla al adulto mayor a vivir la mayor parte del tiempo con dolencias y sin un tratamiento adecuado; de igual forma, la falta de atención psicológica que provoca que la mayoría de veces se pasen por alto trastornos depresivos o ansiosos que puede ser desencadenantes de eventos suicidas; y finalmente una de las causas más relevantes y que tiene especial presencia en la población rural es la soledad, ya que el hecho de vivir en un área relativamente lejana al sector urbano, impide muchas veces que el adulto mayor se movilice o a su vez es un motivo para que los familiares se nieguen a visitar o a acompañar al adulto mayor, lo cual provoca que se sienta abandonado y conlleva a estados de depresión, por otro lado, también es necesario recalcar que las condiciones en el área rural no siempre son

óptimas y pueden volver más propenso al adulto mayor a un deterioro funcional acelerado y por ende a un deterioro mental y sentimental.

En relación a los factores asociados al riesgo suicida, partiendo desde los factores médicos, el más prevalente fue la enfermedad crónica con 82% y 57,6% en la zona urbana y rural, respectivamente; otro de los factores médicos asociados fue la polifarmacia con una prevalencia significativa únicamente en la zona urbana con el 48%; resultados similares se han observado en varios estudios como el de Xu et al., de 2016 en China, en donde el 70% de la población de estudio tenía enfermedades crónicas (54); Hung et al., en 2015, en su estudio realizado en Taiwan, evidenció una prevalencia de 79,6% de enfermedad crónica (57); Kim et al., en su investigación de 2016 en Corea del Sur, estableció que el 84,5% de los adultos mayores padecían alguna enfermedad crónica (58); en 2018 un estudio en China de Zhu et al., encontró que el 68,8% de los adultos mayores con ideación suicida tenían enfermedades crónicas (59); Flores Villavicencio et al., en su estudio realizado en Ciudad de México en 2019, identificó que el 61.3% de adultos mayores con síntomas depresivos sufría algún tipo de enfermedad crónica (60). En Colombia, Sanabria Osorio et al., en su estudio realizado en 2018, registró que la prevalencia de polimedicación en cuanto al riesgo de suicidio leve fue del 75%, para el riesgo moderado fue del 50% y 100% para el riesgo alto (52).

El riesgo suicida de los adultos mayores de la zona urbana estuvo asociado en 2,9 veces más con enfermedad crónica, resultados similares fueron encontrados en el estudio de 2014 de Kang et al., en Corea del Sur, en donde hubo 6,75 veces mayor prevalencia de suicidio en adultos mayores que padecían alguna enfermedad crónica (IC 95% 2,82–16,19; valor $p < 0,001$) (61); estos hallazgos permiten corroborar que la enfermedad crónica como factor asociado al riesgo suicida tiene una alta prevalencia que puede deberse a la disminución de la funcionalidad y a las diversas complicaciones que traen consigo enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer; que en muchas situaciones provocan sentimientos de inutilidad y tristeza que orillen al

suicidio. De igual forma estuvo asociado 2 veces más a polifarmacia; no se encontraron resultados similares en otras investigaciones realizadas; sin embargo, es importante recalcar la importancia de la polifarmacia como factor asociado al riesgo suicida ya que en diversos casos puede significar un incremento en el gasto familiar para cubrir las medicinas y los servicios de salud, provocando en ocasiones abandono o maltrato por parte de los familiares, originando tristeza y soledad que en muchos casos culmina en actos suicidas.

Considerando los factores psiquiátricos ansiedad y depresión, se identificó una prevalencia de 46% y 38%, respectivamente para la zona urbana y 66,1% y 40,7%, respectivamente para la zona rural; hallazgos similares fueron encontrados en la investigación realizada por Kang et al., en un grupo de adultos mayores con ideación suicida de Corea en 2014, donde se observó una prevalencia de depresión del 35% y la prevalencia de ansiedad fue de 41,7% (61); en el mismo año, Van Orden et al., realizó una investigación en hospitales de Suecia donde encontraron que el 14,3% de adultos mayores hospitalizados por un intento de suicidio tenían depresión (62); Bethancourt Santana et al., en su estudio realizado en 2015 en Cuba, determinó que la prevalencia de depresión fue del 68%, mientras que la prevalencia de ansiedad fue del 48% (36); Wahlin et al., en este mismo año, registró una prevalencia de depresión del 45% y prevalencia de ansiedad del 67% en adultos mayores de la ciudad de Dhaka en Bangladesh (63); Karbeyaz et al., en 2017, encontró una prevalencia de depresión de 36,5% en su estudio realizado en Turquía (56); en 2019, Flores Villavicencio et al., en México, identificó que el 57% de los adultos mayores padecían depresión (60); Molina Illares et al., de Cuba en su investigación realizada en 2020, determinó que la prevalencia de depresión fue del 75,9% (64).

En los adultos mayores de la zona urbana el riesgo suicida estuvo asociado en 12,4 veces más a la ansiedad, asociación estadísticamente significativa y superior a los hallazgos evidenciados de Corea del Sur en el estudio realizado por Kang et al., en 2014, donde se determinó que hubo 5,70 veces mayor prevalencia de suicidio en

adultos mayores con ansiedad (IC 95% 2,45–13,26; valor $p < 0,001$) (61); estos datos permiten destacar a la ansiedad como un factor asociado al riesgo suicida ya que en muchos casos los estados ansiosos originan molestias orgánicas y situaciones de desesperación que pueden dar lugar a la pérdida de autocontrol y finalmente al suicidio.

En la zona urbana, el riesgo suicida de los adultos mayores estuvo asociado en 8,6 veces más a la depresión, mientras que en la zona rural fue mayor y estuvo asociado en 14 veces más a la depresión, asociaciones estadísticamente significativas y superiores a los resultados obtenidos en el estudio realizado por Kant et al., donde se estableció que existió 5,82 veces mayor prevalencia de suicidio en adultos mayores con depresión (IC 95% 3,89 - 8,71; valor $p < 0,001$) (61); en China, en un estudio realizado por Xu et al., en 2016, se evidenció que existe 19,53 veces mayor prevalencia de ideación suicida en adultos mayores con depresión (IC 95% 14,19 - 26,88; valor $p < 0,01$) (54); en 2019, Yeh et al., en su estudio en Taiwán, determinó que existe 14,09 veces mayor prevalencia de suicidio en aquellos adultos mayores que padecen depresión (IC 95% 9,90 – 20,06; valor $p < 0,001$) (21); en base a los hallazgos de los diversos estudios se puede determinar que la depresión es un factor asociado relevante al riesgo suicida, los estados depresivos conllevan a sentimientos de desilusión, ira o desesperanza que pueden desencadenar pensamientos suicidas, intentos suicidas o suicidios consumados.

Los factores psicológicos más prevalentes en los adultos mayores de la zona urbana, fueron el duelo con una prevalencia del 50%, seguido de la ideación suicida con el 44%; en la zona rural, fue la ideación suicida con un 37,3%, seguida del duelo con una prevalencia del 30,5%; en una investigación de 2015 en Suecia, Van Orden et al., determinó que la prevalencia de duelo fue del 37,9% (62); Bethancourt Santana et al., de Cuba en 2015, identificó que el duelo estuvo presente en el 28% de los adultos mayores (36); Kang et al., en 2014, estableció que la prevalencia de ideación suicida en Corea del Sur fue de 11,5% (61); Xu et al., en 2016, registró en su estudio en China que la prevalencia de ideación suicida entre los adultos

mayores de las zonas rurales de Hunan fue del 21,5% (54); Pozo Cerna en su investigación de 2015 en Perú, encontró una prevalencia de 31.8% de ideación suicida (27); en 2015, Kim en su investigación realizada en Corea del Sur, registró que el 25,7% de los adultos mayores encuestados informó de ideas suicidas (65); Hwang et al., en su estudio en el mismo país en 2016, estableció que el 6,37% de los adultos mayores presentaron ideas suicidas (66). Ramírez Arango et al., en 2018 en su estudio realizado en Colombia, registró que el 6,4% de los adultos mayores indicaron haber tenido ideación suicida (39); Aslan et al., en su investigación de Turquía en el año 2019, evidenció ideación suicida en el 30,7% de los adultos mayores (40); en el mismo año, Flores Villavicencio et al., identificó en su investigación en México que la prevalencia de adultos mayores con ideación suicida fue de 40.9% (60); en 2020, Molina Linares et al., en su estudio realizado en Cuba, observó una prevalencia de ideación suicida del 13,8% (64).

En el presente estudio el riesgo suicida estuvo asociado significativamente a la ideación suicida tanto en la zona urbana como rural y a pesar de que no se encontraron datos similares en otras investigaciones internacionales, se puede evidenciar que la ideación suicida desarrolla un papel muy importante en el riesgo suicida, ya que el simple hecho de presentar un pensamiento de este tipo, puede conllevar directamente a un intento suicida y finalmente a un suicidio consumado.

Tanto en la zona urbana como en la rural estuvo asociado significativamente el duelo; sin embargo, no se encontraron resultados similares a nivel mundial; pero su asociación con el duelo es de importancia pues perder a un familiar causa sentimientos de soledad y tristeza que deterioran el estado funcional y mental porque en muchas ocasiones este ser querido pudo haber sido la única persona que acompañaba y ayudaba al adulto mayor en su día a día siendo entonces un factor de riesgo suicida.

El riesgo suicida en los adultos mayores de la zona urbana estuvo asociado en 1,1 veces más a la intencionalidad suicida, mientras que en la zona rural esta asociación

fue mucho mayor (13,3 veces), estableciéndose que la intencionalidad suicida también desempeña un papel prioritario ya que la presencia de un antecedente de intento suicida, eleva la probabilidad de que se realice un nuevo intento y en esa ocasión finalmente si se concluya el acto suicida.

Los factores familiares asociados al riesgo suicida en este estudio fueron la vida solitaria; la penosa situación económica y el maltrato con una prevalencia mayor tanto en la zona urbana como en la rural; cifras superiores al estudio de 2016 en China, por Xu et al., con 12,3% de sujetos que vivían solos y eran de bajos ingresos (50,7%) (54); al igual que en 2015, Hung et al., con 7,5% en su estudio realizado en Taiwan (57);o Valiente Morejón et al., en su estudio de 2018 en Cuba, manifestó que un 36,5% de adultos mayores que cometieron suicidio estaban viviendo solos (8); Ciulla et al., presentó en su estudio de 2014 en Brasil que el 64% de los adultos mayores tenían bajos ingresos (51); en 2018, Ramírez Arango et al., determinó en su investigación que el 21,6% de los adultos mayores de Medellín viven solos, el 78,1% de adultos mayores en Barranquilla pertenece al estrato bajo y que el 14,9% de los adultos mayores de Pasto han sufrido maltrato (39); Soriano Barceló et al., en 2019, en su estudio realizado en Santiago de Compostela, España, identificó una prevalencia de vida solitaria del 2,5% (67); Hwang et al., en 2016, estableció en su investigación en Corea del Sur que el 25,6% de la población de estudio pertenecía a la clase baja y el 42,4% pertenecía a la clase media baja (66)

El riesgo suicida de los adultos mayores de la zona urbana estuvo asociado en 14,7 veces más a los antecedentes familiares de suicidio, mientras que en la zona rural el riesgo suicida estuvo asociado en 7,1 veces más a los antecedentes familiares de suicidio, asociaciones estadísticamente significativas; resultados similares fueron registrados en 2014 por Ho et al., quién estableció que los adultos mayores de Singapur con una historia familiar de suicidio tienen 10,89 veces más riesgo de suicidio (IC 95% 0,97 – 121,89; $p= 0,067$) (68); de igual forma, en 2018, Liu et al., determinó en su estudio en una zona rural de China que los adultos mayores con antecedentes familiares de suicidio tienen 40,82 veces más riesgo de cometer

suicidio (IC 95% 1,75 – 953,56; $p= 0,702$) (69); tomando en cuenta los datos obtenidos en este estudio y en muchos otros, se puede establecer que el presentar un antecedente familiar de suicidio constituye un factor clave para el riesgo suicida; si bien no existen muchas evidencias biológicas sobre la relación entre la herencia y el riesgo suicida, se ha evidenciado en varios casos que el hecho de poseer un familiar que haya cometido suicidio puede contribuir al aumento de este riesgo; situación que también podría tener un componente psicológico ya que en muchos casos el perder a un ser querido por suicidio, puede generar graves alteraciones mentales y emocionales que pueden predisponer al suicidio sin necesidad de presentar una alteración fisiológica o rasgos hereditarios para este fenómeno.

En la zona urbana, el riesgo suicida de los adultos mayores estuvo asociado en 6 veces más a la vida solitaria, de igual forma, en la zona rural estuvo asociado en 4,9 veces más a la vida solitaria, asociaciones estadísticamente significativas y mayores a las encontradas en diversas investigaciones como la de Park en 2014, quien en su estudio realizado en Corea del Sur estableció que hubo 3,17 veces mayor riesgo de suicidio en adultos mayores que viven solos (IC 95% 1,70 – 5,92; $p= 0,001$) (70); o el de Xu et al., en 2016, en su investigación realizada en China, donde estableció una prevalencia 2,50 veces mayor de riesgo de ideación suicida en adultos mayores con vida solitaria (IC del 95%: 1,80 – 3,45; $p< 0,01$) (54); lo que permite sostener que la soledad es un factor de gran relevancia en el riesgo suicida, la falta de compañía, la falta de atención, el desinterés hacía el adulto mayor causa en él sentimientos de tristeza y abandono, deteriorando su calidad de vida, volviéndolo más susceptible y contribuyendo a pensamientos suicidas; es una problemática marcada en la actualidad ya que la sociedad ha perdido el concepto de familia, las relaciones se han ido estropeando y en ciertos casos se considera normal o se considera "parte de la vida" que el adulto mayor culmine su vida solo, cuando en realidad el adulto mayor merece que se retribuya el sacrificio y la ayuda que le ha brindado a su familia durante su vida y debería ser tratado como una prioridad en cualquier hogar.

En los adultos mayores de la zona urbana el riesgo suicida estuvo asociado en 4,5 veces más al maltrato y en la zona rural en 2,6 veces más; resultados similares fueron encontrados en 2018, por Ramírez Arango et al., en su investigación realizada en Colombia donde determinó que el maltrato incrementa en 5,52 veces la probabilidad de pensamientos suicidas en el adulto mayor (IC 95% 1,5 – 20,29; $p= 0,01$) (39); resultados que permite corroborar que el maltrato es otro factor asociado de gran relevancia en el riesgo suicida porque constituye un problema social inconcebible; el maltrato a cualquier edad es una problemática prioritaria, aún más en el adulto mayor quien por el simple hecho de ser un ser humano de edad avanzada, es mucho más vulnerable e indefenso, no solo al maltrato físico, psicológico o sexual, también al maltrato económico y a la negligencia, fenómenos que se han vuelto muy comunes en la actualidad. Lamentablemente, todas estas situaciones de abuso originan sentimientos y pensamientos negativos en quienes lo sufren y sin duda alguna, pueden ser desencadenantes directos de conductas suicidas.

El riesgo suicida de los adultos mayores de la zona urbana estuvo asociado en 5,1 veces más a la migración forzada; no se encontraron datos similares en otros estudios realizados; sin embargo, es necesario recalcar que la migración forzada también representa un factor de gran importancia ya que en muchos casos los familiares que cuidan al adulto mayor por derivarse la responsabilidad, deciden trasladar por periodos al adulto mayor a diferentes hogares, pasando por alto sus opiniones y decisiones, irrespetando su espacio, privacidad y comodidad; lo cual sin duda alguna puede dar lugar a que el adulto mayor se sienta erróneamente como una carga y decida terminar con su vida para evitar molestar a sus familiares.

En esta investigación se determinó que el riesgo suicida de los adultos mayores de la zona urbana estuvo asociado en 3,3 veces más a una penosa situación económica, asociación estadísticamente significativa y mayor en comparación con el estudio en Corea del Sur de Ju et al., en 2016, donde se estableció que los adultos mayores con bajos ingresos tenían un riesgo 1,77 veces mayor de ideación suicida

(71); resultados que permiten manifestar que una penosa situación económica también contribuye al riesgo suicida, la escasez de recursos ha sido considerada desde siempre un desencadenante de diversos conflictos, no solo sociales, sino familiares; en muchos casos el adulto mayor, a pesar de su avanzada edad, constituye la única fuente de ingresos para su familia; la falta de un título universitario, la falta de empleo o un empleo mal pagado pueden traer consigo sentimientos de desesperación e ira al no poder proveer a su familia o a sí mismo de productos de primera necesidad; de igual forma, la falta de recursos para atender la salud del adulto mayor, pueden orillar a que se encuentre destinado a vivir con dolencias progresivas que deterioren aceleradamente su funcionalidad, causando a su vez problemas para conseguir recursos por la imposibilidad de trabajar y generando así un círculo vicioso que afecta al adulto mayor en la esfera física, emocional, mental y social.

En relación a la zona rural, el riesgo suicida de los adultos mayores estuvo asociado en 3,1 veces más a la viudez, asociación estadísticamente significativa; datos similares fueron encontrados en 2018, por Liu et al., en su investigación realizada en China donde determinó que los adultos mayores que no vivían con su cónyuge tenía 4,14 veces más riesgo de cometer suicidio (IC del 95% 1,07-15,98; $p < 0,001$) (69); estos hallazgos permiten establecer que la viudez también constituye un factor asociado destacado al riesgo suicida, debido a que en muchos casos la pareja es el único acompañante y sostén del adulto mayor y el perder a este ser amado origina sin duda sentimientos de dolor que pueden traer consigo frustración y desesperación que culmina en suicidio.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

- La prevalencia de riesgo suicida en la parroquia urbana Yanuncay fue del 22,5%, aquellos adultos mayores que presentan enfermedad crónica, ansiedad, ideación suicida y antecedentes familiares de suicidio presentan más riesgo suicida.
- La prevalencia de riesgo suicida en la parroquia rural El Valle fue del 33,1%, aquellos que presentan depresión, ideación suicida y antecedentes familiares de suicidio presentan más riesgo suicida.
- Los factores médicos asociados con mayor prevalencia fueron la enfermedad crónica y la polifarmacia, los factores psiquiátricos asociados con mayor prevalencia fueron la ansiedad y la depresión, los factores psicológicos asociados con mayor prevalencia fueron la ideación suicida y el duelo, los factores familiares asociados con mayor prevalencia fueron los antecedentes familiares de suicidio, la vida solitaria, el maltrato y la penosa situación económica.

RECOMENDACIONES

- Priorizar la atención médica integral al adulto mayor, brindando un enfoque mayor a la salud mental, en especial en aquellos adultos mayores de zonas rurales a quienes debido a sus diversas condiciones de vida muchas veces se les dificulta la asistencia periódica a instituciones de salud.
- En este estudio se pudo evidenciar la asociación del riesgo suicida a diversos factores familiares como la vida solitaria y el maltrato, por lo que sería recomendable que el personal de salud concientice y promueva el cuidado del adulto mayor para de esta forma mejorar las relaciones familiares y evitar situaciones de abandono y agresiones.
- Procurar por parte del equipo de salud la realización de valoraciones periódicas y seguimiento constante de aquellos adultos mayores con riesgo suicida, enfocándose en la minimización y en lo posible, en la erradicación de los diversos factores asociados.

CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kohn, Álvarez Marín. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias (NMH/MH). Unidad de Información y Análisis de Salud (CHA/HA) [Internet]. 2014 [cited 2019 Aug 12]; [about 1 p.]. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>
2. Hernández Soto PA, Villarreal Casatel RE. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. MEDISAN [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 12]; 19(8): [about 7 p.]. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san14198.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Suicidio; c2018 [cited 2019 Aug 12]; [about 2 screens]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
4. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. En las Américas hay más de 7 suicidios por hora, indica nuevo informe de la OPS; c2014 [cited 2019 Aug 12]; [about 3 screens]. Available from: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=895:en-las-americas-hay-mas-de-7-suicidios-por-hora-indica-nuevo-informe-de-la-ops&Itemid=451.
5. Velásquez Suarez JM. Suicidio en el anciano. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2013 Dec [cited 2019 Aug 12]; 42(1): [about 4 p.]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80638951011>. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.010>

6. Dechent R. Depresión geriátrica y trastornos. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile [Internet]. 2008. [cited 2019 Aug 12]; 19(46): [about 1 p.]. Available from: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/depresion_geriatrica.pdf
7. Calderón M. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Medica Herediana [Internet]. 2018 Jul. [cited 2019 Aug 12]; 29(3): [about 8 p.]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009
&lng=es. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>.
8. Valiente Morejón W, Junco Sena, Padrón Vega, Ramos Águila, Rodríguez Méndez. Caracterización clínico-epidemiológica del suicidio en adultos mayores. Revista Finlay [Internet]. 2018. [cited 2019 Aug 12]; 8(2): [about 9 p.]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200006
9. Rubio Herrera Gisella Magagna Ariano R, de la Fuente Solana, Jiménez López, Bish Merchán J, Dumitrache C. ESTUDIO DEL RIESGO SUICIDA EN UN GRUPO DE MAYORES INSTITUCIONALIZADOS. International Journal of Developmental and Educational Psychology [Internet]. 2009. [cited 2019 Aug 12]; 2(1): [about 7 p.]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832321044.pdf>
10. Ribot Reyes VdIC, Romero MA, Ramos Arteaga ME, González Castillo. Suicidio en el adulto mayor. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2012. [cited 2019 Aug 12]; 11(5): [about 9 p.]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2012/hcms125q.pdf>
11. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014. [cited 2019 Aug 12]; 25(2): [about 5 p.]. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
12. S. Huenchuan (ed.), Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos, Libros de la

CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [Internet]. 2018. [cited 2019 Aug 12]; [about 4 p.]. Available from:

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf

13. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeracional [Internet]. Personas adultas mayores, situación y derechos; c2019 [cited 2019 Aug 12]; [about 2 screens]. Available from: <https://www.igualdad.gob.ec/personas-adultas-mayores-situacion-y-derechos/>.

14. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Envejecimiento y salud; c2018 [cited 2019 Aug 12]; [about 1 screen]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.

15. Informe nacional del Ecuador. Tercera conferencia de las naciones unidas sobre la vivienda y el desarrollo urbano sostenible. HABITAT III. Quito: Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, SUBSECRETARÍA DE HÁBITAT Y ASENTAMIENTOS HUMANOS - SHAH [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 12]; [about 1 p.]. Available from: <http://habitat3.org/wp-content/uploads/National-Report-Ecuador-spanish.pdf>

16. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Factores de riesgo; c2019 [cited 2019 Aug 12]; [about 1 screen]. Available from: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/.

17. Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 1999 Mar [cited 2019 Aug 12]; 15(2): [about 6 p.]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013&lng=es.

18. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Enfermedades crónicas; c2019 [cited 2019 Aug 12]; [about 2 screens]. Available from: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.

19. Beratarrechea, Boissonet, Valenti L, Ferrante, Moral. Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención. Manual. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, Dirección de Promoción de La Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 12]; [about 1 p.]. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34520/9789503802397_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Ahmedani BK, Peterson EL, Hu, Rossom RC, Lynch, Lu CY, et al. Major Physical Health Conditions and Risk of Suicide. American Journal of Preventive Medicine [Internet]. 2017 Jun [cited 2020 March 25]; 53(3): [about 2 p.]. Available from: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(17\)30222-2/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(17)30222-2/fulltext)
21. Yeh ST, Ng YY, Wu SC. Association of psychiatric and physical illnesses with suicide in older adults in Taiwan. Journal of Affective Disorders [Internet]. 2019 Mar [cited 2020 April 7]; 264: [about 4 p.]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503271930432X>
22. Harwood DMJ, Hawton, Hope T, Harriss L, Jacoby R. Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: a descriptive and case-control study. Psychological Medicine [Internet]. 2006 May [cited 2020 April 7]; 36(9): [about 5 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16734947>
23. Rojano i Luque, Sánchez Ferrin P, Salvà. Complicaciones de la hospitalización en personas mayores. Medicina Clínica. Barcelona [Internet]. 2016 Jun [cited 2019 Aug 12]; 146(12): [about 3 p.]. Available from: <https://www.smgg.es/images/articulos/hospitalizacion.pdf>
24. Tinitana Ortega, Torres Jaramillo I, Tacuri Romero J, Ajila Vacacela J, Zari Espinoza D, Zhuzhingo Vásquez. Polifarmacia en pacientes adultos mayores pluripatológicos que acuden al primer nivel de atención en salud. FACSALUD-UNEMI [Internet]. 2018 Dec-May [cited 2020 March 25]; 2(3): [about 7 p.]. Available from: <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/download/807/726/>

25. Gallego Galisteo. Guía de apoyo y consulta para el paciente polimedicado y su cuidador. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria [Internet] 2014 [cited 2019 Aug 12]; [about 2 p.]. Available from: <https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/Gu%c3%ada%20de%20apoyo%20y%20consulta%20para%20el%20paciente%20polimedicado%20y%20su%20cuidador.%20Polimedicados20.%20Ed.%20Especial.pdf>
26. Rodríguez García, Lazcano Botello GA, Medina Chávez H, Hernández Martínez MÁ. Práctica de la Geriatria. Tercera ed.: McGraw-Hill; 2011.
27. Pozo Cerna Md. Depresión e intento de suicidio en la tercera edad en pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatria de un hospital de Lima-Perú. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 12]; (1): [about 8 p.]. Available from: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/download/984/890/>
28. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Depresión; c2017 [cited 2019 Aug 12]; [about 2 screens]. Available from: <https://www.who.int/topics/depression/es/>.
29. Cáceda R. Suicidal behavior: Risk and protective factors. Revista de Neuropsiquiatria [Internet]. 2014 [cited 2019 Aug 12]; 77(1): [about 5 p.]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/43ac/73a98a0aadea3eb774fc0c42988e34933b0d.pdf>
30. Organización Mundial de la Salud [Internet]. La salud mental y los adultos mayores; c2017 [cited 2019 Aug 12]; [about 6 screens]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
31. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Glosario de Términos de Alcohol y Drogas; c2008 [cited 2019 Aug 12]; [about 3 screens]. Available from:

https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.

32. University of Michigan [Internet]. Problemas de drogas y alcohol vinculados al aumento del riesgo de suicidio de veteranos, especialmente en mujeres; c2017 [cited 2019 Aug 12]; [about 2 screens]. Available from: <https://espanol.umich.edu/noticias/2017/03/17/problemas-de-drogas-y-alcohol-vinculados-al-aumento-del-riesgo-de-suicidio-de-veteranos-especialmente-en-mujeres/>.

33. Custodio, Montesinos, Alarcón JO. Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. Revista de Neuro-Psiquiatría [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 12]; 81(4): [about 9 p.]. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n4/a04v81n4.pdf>

34. Haw, Harwood, Hawton. Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. International Psychogeriatrics [Internet]. 2009 [cited 2019 Aug 12]; 21(3): [about 6 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19368760>

35. Arias Fernández, Melendo Granados. Trastornos de ansiedad en el paciente anciano. Medicine [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 12]; 11(84): [about 3 p.]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541215001997>

36. Bethancourt Santana YdlC, Bethancourt Enríquez, Moreno Rodríguez, Saavedra Díaz. Determinación de los factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores. MediCiego [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 12]; 21(1): [about 3 p.]. Available from: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/85/378>

37. Carmona Berrios ZE, Bracho de López CEBdL. La muerte, el duelo y el equipo de salud. Revista de Salud Pública [Internet]. 2008 Dec [cited 2019 Aug 12]; 2(2): [about 3 p.]. Available from: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/viewFile/7197/8281>

38. Pérez Martínez VT, Arcia Chávez. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2008 Jul [cited 2019 Aug 12]; 24(3): [about 2 p.]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300002
39. Ramírez Arango YC, Flórez Jaramillo HM, Cardona, Segura Cardona ÁM, Segura Cardona A, Muñoz Arroyave DI, et al. Factores asociados con la ideación suicida del adulto mayor en tres ciudades de Colombia, 2016. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. [Internet]. 2018 Sept [cited 2019 Aug 12]; 49(1): [about 4 p.]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/328681872_Factores_asociados_con_la_ideacion_suicida_del_adulto_mayor_en_tres_ciudades_de_Colombia_2016
40. Aslan, Hocaoglu, Bahceci. Description of suicide ideation among older adults and a psychological profile: a cross-sectional study in Turkey. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 May [cited 2019 Aug 12]; 24(5): [about 5 p.]. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n5/1865-1874/en>
41. Conducta suicida. *Boletín de salud mental*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social - República de Colombia, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles [Internet] 2018. [cited 2019 Aug 12]; [about 2 p.]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/bolet-in-conducta-suicida.pdf>
42. Jiménez-Hernández M., Castro-Zamudio S., Guzmán-Parra J., Martínez-García A.I., Guillén-Benítez C., Moreno-Küstner B. Las demandas por conducta suicida a los servicios de urgencias prehospitalarios de Málaga: características y factores asociados. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2017 Dec [cited 2019 Aug 12]; 40(3): [about 4 p.]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272017000300379&lng=es. <http://dx.doi.org/10.23938/assn.0047>

43. Celada Cajal FJ. Researchgate [Internet]. Prevención del suicidio e intento autolítico en el anciano, usando intervenciones de revisión de vida y psicología positiva; 2018 [cited 2020 Feb 5]; [about 1 screen]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/327689996_prevencion_del_suicidio_e_intento_autolitico_en_el_anciano_usando_intervenciones_de_revision_de_vida_y_psicologia_positiva.
44. Yáñez. Universidad de Alicante [Internet]. Diferencias entre situación económica y financiera; c2017 [cited 2019 Aug 12]; [about 2 screens]. Available from: <https://www.unniun.com/diferencias-entre-situacion-economica-y-financiera-leonardo-yanez-master-en-direccion-y-gestion-de-empresas-mde/>
45. Muñoz Sánchez, García Jorge, García de Fernando García, Portabales Barreiro, Moreno Fernández, Ceverino Domínguez, et al. Conducta suicida y crisis económica. Norte de salud mental [Internet]. 2014 [cited 2019 Aug 12]; 12(48): [about 3 p.]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830201.pdf>
46. Rodríguez Calvo María Dolores, Gómez Mendoza Coralía, Guevara de León Tamara, Arribas Llopis Alina, Duarte Duran Yaima, Ruiz Álvarez Pedro. Violencia intrafamiliar en el adulto mayor. AMC [Internet]. 2018 Apr [cited 2019 Aug 12]; 22(2): [about 4 p.]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552018000200010&lng=es.
47. Aldavero Muñoz I. Neurobiología del suicidio. Cuadernos del Tomás [Internet]. 2018 Apr [cited 2019 Aug 12]; (10): [about 2 p.]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6573026>
48. López Suarez A, Mora Mora LL, Adita Ortega, Sepúlveda Niño. La soledad en el adulto mayor. Universidad Cooperativa de Colombia [Internet]; 2019 [cited 2019 Aug 12]; [about 2 p.]. Available from: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/14666/1/2019_La_soledad_en_el_adulto_mayor..pdf

49. Andrade Salazar JA, Lozano Sapuy LP, Rodríguez Romero, Campos Ramírez JA. Vulnerabilidad biopsicosocial y suicidio en adultos mayores colombianos. *Cultura del cuidado* [Internet]. 2016 Jan [cited 2019 Nov 21]; 13(1): [about 6 p.]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/317336420>
50. Suresh Kumar P, Anish P, George B. Risk factors for suicide in elderly in comparison to younger age groups. *Indian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2015 Jul [cited 2020 Apr 15]; 57(3): [about 5 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4623642/>
51. Ciulla L, Lopes Nogueira E, Gomes da Silva Filho I, Levi Tres, Engroff P, Ciulla V, et al. Suicide risk in the elderly: Data from Brazilian public health care program. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 15]; 152: [about 3 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23948635>
52. Sanabria Osorio AF, Gallego Cano, Pineda Pineda IS, Caicedo Salverri YY, Andrade Salazar JA. Prevalencia del riesgo suicida en adultos mayores que asisten a instituciones de salud en Risaralda. *Cuaderno de Investigaciones-Semilleros Andina* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 17]; (11): [about 4 p.]. Available from: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/921>
53. González Sábado RI, Martínez Cárdenas, Izaguirre Remón RC. Resultados de una escala para evaluar riesgo suicida en adultos mayores en el nivel primario. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud* [Internet]. 2018 Jan [cited 2020 Apr 17]; 9(1): [about 5 p.]. Available from: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/962>
54. Xu H, Qin L, Wang, Zhou, Luo, Hu M, et al. A cross-sectional study on risk factors and their interactions with suicidal ideation among the elderly in rural communities of Hunan, China. *BJM Open* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 17]; 6(4): [about 5 p.]. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/4/e010914>
55. González Sábado, Martínez Cárdenas. Riesgo suicida y funcionamiento familiar en adultos mayores. *Revista Médica Multimed* [Internet]. 2011 [cited 2020

Apr 13]; 15(3): [about 3 p.]. Available from:
<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1553/1667>

56. Karbeyaz K, Çelikel, Emiral E, Öztürk Emiral. Elderly suicide in Eskisehir, Turkey. Journal of Forensic and Legal Medicine [Internet]. 2017 Jun [cited 2020 Apr 17]; 52: [about 3 p.]. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1752928X17300793>

57. Hung GCL, Kwok CL, Yip PS, Gunnell D, Chen YY. Predicting suicide in older adults - a community - based cohort study in Taipei City, Taiwan. Journal of Affective Disorders [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 17]; (172): [about 3 p.]. Available from:
<https://europepmc.org/article/med/25451412>

58. Kim KH, Jeong KY, Lee JS, Choi HS, Hong HP, Ko YG. The Characteristics of Elderly Patients With Suicide Attempts: A Comparative Study With Non-elderly Patients. Annals of Geriatric Medicine and Research [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 25]; 20(4): [about 3 p.]. Available from: <https://www.e-agmr.org/journal/view.php?vol=20&issue=4&spage=209>

59. Zhu, Xu, Sun, Li, Qin, Ding, et al. Chronic Disease, Disability, Psychological Distress and Suicide Ideation among Rural Elderly: Results from a Population Survey in Shandong. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2018 Jul [cited 2020 Apr 17]; 15(8): [about 6 p.]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30060593>

60. Flores Villavicencio ME, Romero Valadez CR, Espinel Bermúdez MC, Vega López MG, Valle Barbosa MA, Robles Bañuelos JR. Síntomas depresivos en personas adultas mayores con ideación suicida. Anales en Gerontología [Internet]. 2019 Nov [cited 2020 April 17]; 11(11): [about 4 p.]. Available from:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/39950>

61. Kang HJ, Stewart, Jeong BO, Kim SY, Bae KY, Kim SW, et al. Suicidal ideation in elderly Korean population: a two-year longitudinal study. International

Psychogeriatrics [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 18]; 26(1): [about 5 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24067580>

62. Van Orden KA, Wiktorsson, Duberstein, Ingeborg Berg, Mellqvist Fässberg, Waern. Reasons for Attempted Suicide in Later Life. American Journal of Geriatric Psychiatry [Internet]. 2015 May [cited 2020 Apr 18]; 23(5): [about 4 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25158916>

63. Wahlin, Palmer, Sternäng, Hamadani JD, Nahar Kabir. Prevalence of depressive symptoms and suicidal thoughts among elderly persons in rural Bangladesh. International Psychogeriatrics [Internet]. 2015 Dec [cited 2020 Apr 18]; 27(12): [about 3 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26250141>

64. Molina Linares II, Mora Marcial GR, Carvajal Herrera, Marrero Salazar, García Triana. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en el adulto mayor. Medicent Electrón [Internet]. 2020 Mar [cited 2020 Apr 18]; 24(1): [about 5 p.]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000100054

65. Kim SH. Suicidal ideation and suicide attempts in older adults: Influences of chronic illness, functional limitations, and pain. Geriatric Nursing [Internet]. 2015 Jan [cited 2020 Apr 19]; 37(1): [about 1 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26318163>

66. Hwang BD, Park JW, Choi. Factors Influencing Suicide Dimensions in the Elderly. International Journal of Bio-Science and Bio-Technology [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 19]; 8(1): [about 4 p.]. Available from: https://gvpress.com/journals/IJBSBT/vol8_no1/18.pdf

67. Soriano Barceló, Portes Cruz, Portela Traba, Cornes Iglesias JM, Brenlla Gonzalez, Mateos Álvarez. Perfil de los intentos de suicidio en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Santiago de Compostela en el periodo de 2015 a 2017. Informaciones Psiquiátricas [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 25]; (235): [about 6 p.]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6986277>

68. Ho RCM, Ho ECL, Tai BC, Ng WY, Chia BH. Elderly suicide with and without a history of suicidal behavior: implications for suicide prevention and management. Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 20]; 18(4): [about 2 p.]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24828390/>
69. Liu, Qin P, Jia. Behavior Characteristics and Risk Factors for Suicide Among the Elderly in Rural China. The Journal of nervous and metal disease [Internet]. 2018 Mar [cited 2020 Aug 20]; 206(3): [about 3 p.]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28825926/>
70. Park. Health status and suicidal ideation in Korean elderly: the role of living arrangement. Journal of mental health [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 20]; 23(2): [about 2 p.]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24689664/>
71. Ju YJ, Park, Han, Choi JW, Kim JL, Cho KH, et al. Low socioeconomic status and suicidal ideation among elderly individuals. International Psychogeriatrics [Internet]. 2016 Dec [cited 2020 Aug 20]; 28(12): [about 3 p.]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27456081/>
72. Real Academia de la Lengua [Internet]. Sexo; c2018 [cited 2019 Aug 12]; [about 1 screen]. Available from: <https://dle.rae.es/?id=XIApmpe>.
73. Real Academia de la Lengua [Internet]. Edad; c2018 [cited 2019 Aug 12]; [about 1 screen]. Available from: <https://dle.rae.es/edad?m=form>.
74. Pérez Porto J, Gardey. Definicion.DE [Internet]. Procedencia; c2013 [cited 2019 Aug 12]; [about 1 screen]. Available from: <https://definicion.de/procedencia/>.
75. Pérez Porto, Gardey. Definicion.DE [Internet]. Residencia; c2014 [cited 2019 Aug 12]; [about 1 screen]. Available from: <https://definicion.de/residencia/>.
76. De las Heras García, Manuel Ángel. Big Data Jurist [Internet]. Estado civil de las personas, el nacimiento, la extinción de la personalidad, la muerte (Civil Status

of People, Birth, Extinction of Personality, Death). Madrid; c2017 [cited 2019 Aug 12]; [about 1 screen]. Available from: <https://ssrn.com/abstract=3196015>

77. Real Academia de la Lengua [Internet]. Etnia; c2019 [cited 2019 Aug 12]; [about 1 screen]. Available from: <https://dej.rae.es/lema/etnia>.

78. Real Academia de la Lengua [Internet]. Instrucción; c2019 [cited 2019 Aug 12]; [about 1 screen]. Available from: <https://dle.rae.es/instrucci%C3%B3n>.

79. Galli A, Pagés, Swieszkowski. Sociedad Argentina de Cardiología [Internet]. Factores determinantes de la salud. Área de Docencia; 2017 [cited 2019 Aug 12]; [about 1 p]. Available from: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/04/factores-determinantes-de-la-salud.pdf>



CAPÍTULO IX

ANEXOS

ANEXO 1

OFICIO DE AUTORIZACIÓN

Cuenca,, 2020

Título de la autoridad

Nombre

CARGO

Su despacho.-

De mi consideración:

Yo María Gracia García Romero, en calidad de estudiante de décimo ciclo de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca, luego de un cordial saludo y por intermedio de la presente me dirijo a usted muy amablemente para solicitarle su autorización para la aplicación de formularios a los adultos mayores con el fin de recolectar datos para mi trabajo de investigación denominado “PREVALENCIA DE RIESGO SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DE PARROQUIA URBANA Y RURAL DEL CANTÓN CUENCA, 2020.” estudio realizado previo a la obtención del título de médico; el cual está dirigido por la Dra. Lorena Encalada Torres.

Por la favorable atención que se digne a dar a la presente, anticipo mi agradecimiento.

Atentamente,

María Gracia García R.
CI: 010667831-1

ANEXO 2**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas (72).	Fenotípica	Cédula	1. Hombre. 2. Mujer.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento (73).	Tiempo en años	Cédula, años cumplidos al momento del levantamiento de datos.	1. 65 a 74. 2. 75 a 84. 3. 85 o más.
Procedencia	Origen de algo o el principio de donde nace o deriva. Hace referencia al lugar de nacimiento de una persona (74).	Geográfica	Entrevista	Lugar según geografía regional, nacional o internacional
Residencia	Acción y efecto de estar establecido en un lugar, asistir periódicamente por razones de empleo). Lugar o domicilio en el que se reside (75).	Geográfica	Residencia en el último año previo a la encuesta.	Parroquia: 1. Urbano. 2. Rural.
Estado civil	Conjunto de situaciones en las que se ubica el ser humano dentro de la sociedad, respecto a atributos o situaciones como nacimiento,	Social	Cédula	1. Soltero/a. 2. Casado/a. 3. Separado/a. 4. Divorciado/a 5. Viudo/a. 6. Unido/a.

	matrimonio, divorcio (76).			
Etnia	Conjunto de personas que tienen en común rasgos culturales, tales como idioma, religión, celebración de ciertas festividades, expresiones artísticas, vestimenta, nexos históricos, tipo de alimentación y, muchas veces, un territorio, y que tienen todas las características juntas individuales o más de dos en común (77).	Cultural	Auto identificación	1. Indígena. 2. Afroecuatoriano/a. 3. Montubio/a. 4. Mestizo/a. 5. Blanco/a. 6. Otro/a.
Instrucción	Caudal de conocimientos adquiridos (78).	Aprobación formal de estudios.	Cédula	1. Ninguno. 2. Preescolar. 3. Educación básica. 4. Educación media/Bachillerato. 5. Superior. 6. Ignora.
Riesgo suicida	Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de cometer suicidio (5).	Características multifactoriales de riesgo suicida.	Escala de riesgo suicida de Plutchik	Igual o más de 6 riesgo suicida.

Factor médico	Elementos o circunstancias relacionados con herencia genética, procesos de maduración, envejecimiento, hábitos personales, alimentación, actividad física, utilización de los servicios de salud, etc. (79).	Enfermedad crónica.	Diabetes. Cáncer. Hipertensión arterial (HTA). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Enfermedades Cardiovasculares. Otros.	1. Si. 2. No.
		Consumo crónico de medicamentos.	Numero de fármacos por tiempo.	Consumo concomitante y regular de 3 o más medicamentos.
		Hospitalización periódica.	Ingreso por tiempo determinado.	1 ingreso cada 3 meses.
Factor psiquiátrico	Circunstancias contribuyentes relacionadas con enfermedades mentales de origen orgánico y no orgánico.	Depresión	Test de Yesavage modificado	1. Normal. 2. Probable depresión. 3. Depresión.
		Abuso de alcohol o drogas.	Test CAGE. Formulario ASSIST.	1. Problemas con el alcohol. 2. Dependencia.
		Demencia.	Mini Mental State Examination	1. Sin deterioro. 2. Dudoso o posible deterioro.

				3. Demencia leve a moderada. 4. Demencia moderada a severa. 5. Demencia severa.
		Ansiedad.	Escala de valoración de Hamilton.	Puntuación superior a 14 trastorno de ansiedad.
Factor psicológico	Situaciones o elementos relacionados con procesos mentales, sensaciones, percepciones y comportamiento del ser humano, en relación con el medio ambiente físico y social que lo rodea.	Duelo.	Inventario Texas revisado de duelo.	A mayor puntuación, mayor intensidad del duelo.
		Ideación suicida.	Escala de ideación suicida de Beck.	Puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio.
		Intento suicida.	Escala de intencionalidad suicida de Beck.	A mayor puntuación, mayor gravedad
Factor familiar	Circunstancias que contribuyen a generar determinada situación o elemento en relación con el ambiente familiar y las relaciones familiares.	Penosa situación económica.	Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC.	1. A (alto). 2. B (medio alto). 3. C+ (medio típico). 4. C- (medio bajo). 5. D (bajo).

		Maltrato.	Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor.	1. Existencia de maltrato. 2. Inexistencia de maltrato. Tipo de maltrato: 1. Físico. 2. Psicológico. 3. Negligencia. 4. Económico. 5. Sexual.
		Antecedentes familiares de suicidio.	Familiares que cometieron suicidio.	1. Presencia. 2. Ausencia.
		Vida solitaria.	Escala ESTE II de soledad social.	1. Bajo. 2. Medio. 3. Alto.
		Migración forzada del adulto mayor.	Viviendas habitadas durante al menos un mes en el último año.	Número de viviendas.

ANEXO 3**FORMULARIO**



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

*"PREVALENCIA DE RIESGO SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES
DE PARROQUIA URBANA Y RURAL DEL CANTÓN CUENCA, 2020."*

Código: _____

PARTE I

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

SEXO

☐ Hombre

☐ Mujer

EDAD

años

PROCEDENCIA

☐ Urbana

☐ Rural

RESIDENCIA

☐ Urbana

☐ Rural

PARROQUIA

☐ Yanuncay

☐ El Valle

ESTADO CIVIL

☐ Soltero/a

☐ Casado/a

☐ Separado/a

☐ Divorciado/a

☐ Viudo/a

☐ Unido/a

ETNIA

☐ Indígena

☐ Afroecuatoriano/a

☐ Montubio/a

☐ Mestizo/a

☐ Blanco/a

☐ Otro/a

INSTRUCCIÓN

☐ Ninguno

☐ Preescolar

☐ Educación básica

☐ Educación media / Bachillerato

☐ Superior

☐ Ignora



ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?

☐ Si ☐ No

2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?

☐ Si ☐ No

3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?

☐ Si ☐ No

4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?

☐ Si ☐ No

5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?

☐ Si ☐ No

6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?

☐ Si ☐ No

7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?

☐ Si ☐ No

8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?

☐ Si ☐ No

9. ¿Está deprimido ahora?

☐ Si ☐ No

10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?

☐ Si ☐ No

11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?

☐ Si ☐ No

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

☐ Si ☐ No

13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?

☐ Si ☐ No

14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?

☐ Si ☐ No

15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?

☐ Si ☐ No

Total



PARTE II

FACTORES MÉDICOS

ENFERMEDAD CRÓNICA

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> HTA |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> EPOC |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares | |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

POLIFARMACIA

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

HOSPITALIZACIÓN PERIÓDICA

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

PARTE III

FACTORES PSIQUIÁTRICOS

TEST DE YESAVAGE MODIFICADO

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? ☐ Si ☐ No

2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? ☐ Si ☐ No

3. ¿Siente usted que su vida está vacía? ☐ Si ☐ No

4. ¿Se aburre usted a menudo? ☐ Si ☐ No

5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? ☐ Si ☐ No

6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? ☐ Si ☐ No

7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? ☐ Si ☐ No

8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? ☐ Si ☐ No



9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Siente usted que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
12. De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
13. ¿Se siente usted con mucha energía?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Total	<input type="checkbox"/>

TEST CAGE

1. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Se ha sentido alguna vez culpable por su costumbre de beber?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Total	<input type="checkbox"/>

**PRUEBA DE DETECCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS (ASSIST)****PREGUNTA 1****A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez?**

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, lorazepam, etc.) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| j. Otros - especifique: | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

PREGUNTA 2**¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias mencionadas en los últimos tres meses?**

- | | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, lorazepam, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Otros - especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTA 3 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, lorazepam, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Otros - especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTA 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo a problemas de salud, sociales, legales o económicos?

Nunca
1 ó 2 veces
Cada mes
Cada semana
A diario o
casi a diario

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)

☐☐☐☐☐

b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)

☐☐☐☐☐

c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)

☐☐☐☐☐

d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)

☐☐☐☐☐

e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)

☐☐☐☐☐

f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)

☐☐☐☐☐

g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, lorazepam, etc.)

☐☐☐☐☐

h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)

☐☐☐☐☐

i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)

☐☐☐☐☐

j. Otros - especifique:

☐☐☐☐☐**PREGUNTA 5**

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de?

Nunca
1 ó 2 veces
Cada mes
Cada semana
A diario o
casi a diario

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)

☐☐☐☐☐

b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)

☐☐☐☐☐

c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)

☐☐☐☐☐

d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)

☐☐☐☐☐



e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, lorazepam, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Otros - especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTA 6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consume de?	Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, lorazepam, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Otros - especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTA 7

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir y no lo ha logrado?

Nunca
Si, en los
últimos 3
meses
Si, pero no en
los últimos 3
meses

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)

☐ ☐ ☐

b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)

☐ ☐ ☐

c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)

☐ ☐ ☐

d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)

☐ ☐ ☐

e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)

☐ ☐ ☐

f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)

☐ ☐ ☐

g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, lorazepam, etc.)

☐ ☐ ☐

h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)

☐ ☐ ☐

i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)

☐ ☐ ☐

j. Otros - especifique:

☐ ☐ ☐**PREGUNTA 8**

¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada?

Nunca
Si, en los
últimos 3
meses
Si, pero no en
los últimos 3
meses

☐ ☐ ☐



MINI MENTAL STATE EXAMINATION

ORIENTACIÓN TEMPORAL

¿En qué año estamos?

☐ 0 ☐ 1

¿En qué estación?

☐ 0 ☐ 1

¿En qué día (fecha)?

☐ 0 ☐ 1

¿En qué mes?

☐ 0 ☐ 1

¿En qué día de la semana?

☐ 0 ☐ 1

Total

ORIENTACIÓN ESPACIAL

¿En qué año lugar estamos?

☐ 0 ☐ 1

¿En qué piso estamos?

☐ 0 ☐ 1

¿En qué ciudad estamos?

☐ 0 ☐ 1

¿En qué provincia estamos?

☐ 0 ☐ 1

¿En qué país estamos?

☐ 0 ☐ 1

Total

FIJACIÓN

Nombre tres palabras: balón-bandera-árbol. Luego se pide al paciente que las repita.

☐ Balón

☐ Bandera

☐ Árbol

Total



CÁLCULO

Restar 100 – 7 y sucesivamente 5 veces.

☐ 93 ☐ 86 ☐ 79 ☐ 72 ☐ 65

Total

MEMORIA

¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?

☐ Balón ☐ Bandera ☐ Árbol

Total

LENGUAJE

Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto?

☐ 0 ☐ 1

Repetirlo con el reloj

☐ 0 ☐ 1

Repita esta frase: «Ni sí, ni no, ni peros»

☐ 0 ☐ 1

Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa

☐ 0 ☐ 1
☐ 2 ☐ 3

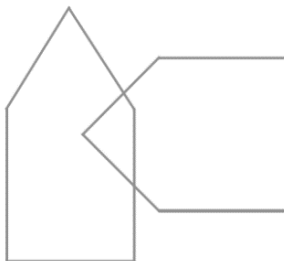
Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS

☐ 0 ☐ 1

Escriba una frase

☐ 0 ☐ 1

Copie este dibujo



☐ 0 ☐ 1

Total

**ESCALA DE VALORACIÓN DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD**

	1	2	3	4	5
1. ANSIEDAD: Preocupaciones, temores, aprensión, irritabilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. TENSIÓN: Sensación de tensión, fatigabilidad, incapacidad de relajarse, tendencia a sobresaltarse, tendencia al lloro, temblor, inquietud, incapacidad de relajarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. TEMORES: A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. TRASTORNOS DEL SUEÑO: Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. INTELLECTUAL: Dificultades de concentración, memoria reducida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. DEPRESIÓN: Falta de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. SÍNTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES: Dolores musculares, rigidez muscular, sacudidas musculares, convulsiones clónicas, crujir los dientes, voz vacilante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. SÍNTOMAS SOMÁTICOS SENSORIALES: Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, hormigueos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia, palpitaciones, dolores torácicos, latidos vasculares. sensación de desvanecimiento. sensación de paro cardíaco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborismos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS: Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido. impotencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. SÍNTOMAS VEGETATIVOS: Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a la sudoración, mareos, cefalea tensional, piloerección.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA: Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez facial, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Total				<input type="checkbox"/>

PARTE IV**FACTORES PSICOLÓGICOS****INVENTARIO TEXAS REVISADO DE DUELO****PARTE I: COMPORTAMIENTO EN EL PASADO**

	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
1. Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tras su muerte me costaba concentrarme en mi trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tras su muerte perdí el interés en mi familia, amigos y actividades fuera de casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tenía la necesidad de hacer las cosas que él/ella había querido hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Después de su muerte estaba más irritable de lo normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me sentía furioso/a porque me había abandonado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tras su muerte me costaba trabajo dormir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE II: SENTIMIENTOS ACTUALES

	Completamente verdadera	Verdadera en su mayor parte	Ni verdadera ni falsa	Falsa en su mayor parte	Completamente falsa
1. Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso él/ella.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Todavía me pongo triste cuando pienso en él/ella.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. No puedo aceptar su muerte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. A veces la/le echo mucho de menos.

☐☐☐☐☐

5. Todavía me resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo.

☐☐☐☐☐

6. A menudo me quedo ensimismado pensando en él/ella.

☐☐☐☐☐

7. Llora a escondidas cuando pienso en él/ella.

☐☐☐☐☐

8. Nadie podrá ocupar jamás el lugar que él/ella ha dejado en mi vida.

☐☐☐☐☐

9. No puedo dejar de pensar en él/ella.

☐☐☐☐☐

10. Creo que no es justo que haya muerto.

☐☐☐☐☐

11. Las cosas y las personas que me rodean todavía me hacen recordarla/le.

☐☐☐☐☐

12. Soy incapaz de aceptar su muerte

☐☐☐☐☐

13. A veces me invade la necesidad de que él/ella esté conmigo.

☐☐☐☐☐

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE

1. Deseo de vivir.

☐ 0. Moderado a fuerte ☐ 1. Poco (Débil) ☐ 2. Ninguno (No tiene).

2. Deseo de morir.

☐ 0. Ninguno (no tiene) ☐ 1. Poco (Débil) ☐ 2. Moderado a fuerte.

3. Razones para vivir/morir.

☐ 0. Vivir supera a morir ☐ 1. Equilibrado (es igual) ☐ 2. Morir supera a vivir.

4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo.

- ☐ 0. Ninguno (inexistente) ☐ 1. Poco (Débil) ☐ 2. Moderado a fuerte.

5. Deseo pasivo de suicidio.

- ☐ 0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
☐ 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
☐ 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

II. CARACTERISTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO

6. Duración

- ☐ 0. Breves, periodos pasajeros ☐ 1. Periodos largos ☐ 2. Continuos, casi continuos.

7. Frecuencia.

- ☐ 0. Rara, ocasionalmente ☐ 1. Intermitente ☐ 2. Persistentes y continuos

8. Actitud hacia los pensamientos/deseos.

- ☐ 0. Rechazo ☐ 1. Ambivalente; indiferente ☐ 2. Aceptación

9. Control sobre la acción/deseo de suicidio.

- ☐ 0. Tiene sentido de control ☐ 1. Inseguridad de control ☐ 2. No tiene sentido de control

10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar).

- ☐ 0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
☐ 1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
☐ 2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen.

11. Razones para pensar/desear el intento suicida.

- ☐ 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
- ☐ 1. Combinación de 0-2.
- ☐ 2. Escapar, acabar, salir de problemas.

III. CARACTERISTICAS DE INTENTO**12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento.**

- ☐ 0. Sin considerar.
- ☐ 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
- ☐ 2. Detalles elaborados / bien formulados.

13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.

- ☐ 0. Método no disponible, no oportunidad.
- ☐ 1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
- ☐ 2. Método y oportunidad disponible
- ☐ 2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.

14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento.

- ☐ 0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.
- ☐ 1. No está seguro de tener valor.
- ☐ 2. Está seguro de tener valor.

15. Expectativa / anticipación de un intento real.

- ☐ 0. No
- ☐ 1. Sin seguridad, sin claridad.
- ☐ 2. Sí

IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO

16. Preparación real.

☐ 0. Ninguna ☐ 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos) ☐ 2. Completa

17. Nota Suicida.

☐ 0. Ninguna ☐ 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar ☐ 2. Escrita. Terminada

18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).

☐ 0. Ninguna ☐ 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar ☐ 2. Escrita. Terminada

19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.

☐ 0. Revela las ideas abiertamente ☐ 1. Revela las ideas con reservas ☐ 2. Encubre, engaña, miente

20. Intento de suicidios anteriores.

☐ 0. No ☐ 1. Uno ☐ 2. Más de uno.**Total****ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK****I. CIRCUNSTANCIAS OBJETIVAS**

1. Aislamiento

- ☐ 0. Alguien presente.
- ☐ 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal.
- ☐ 2. Nadie cerca o en contacto.

2. Medición del tiempo

- ☐ 0. La intervención es muy probable
- ☐ 1. La intervención es poco probable
- ☐ 2. La intervención es altamente improbable

3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas

- ☐ 0. Ninguna
- ☐ 1. Toma precauciones pasivas (evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención)
- ☐ 2. Toma precauciones activas

4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento

- ☐ 0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda
- ☐ 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado
- ☐ 2. No contactó, ni avisó a nadie

5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)

- ☐ 0. Ninguno
- ☐ 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa
- ☐ 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales

6. Preparación activa del intento

- ☐ 0. Ninguna
- ☐ 1. Mínima o moderada
- ☐ 2. Importante

7. Nota suicida

- ☐ 0. Ninguna
- ☐ 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla
- ☐ 2. Presencia de nota

8. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas).

- ☐ 0. No comunicación verbal.
- ☐ 1. Comunicación ambigua (p.ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que están mejor sin mi», «nada tiene objeto»).
- ☐ 2. Comunicación ambigua (p.ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme»).

II. AUTOINFORME

9. Propósito supuesto del intento

- ☐ 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza
- ☐ 1. Componentes de 0 y 2
- ☐ 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas

10. Expectativas sobre la probabilidad de muerte

- ☐ 0. Pensó que era improbable
- ☐ 1. Posible pero no probable
- ☐ 2. Probable o cierta

11. Concepción de la letalidad del método

- ☐ 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal
- ☐ 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal
- ☐ 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal

12. Seriedad del intento

- ☐ 0. No intentó seriamente poner fin a su vida
- ☐ 1. Inseguro
- ☐ 2. Intentó seriamente poner fin a su vida

13. Actitud hacia el vivir / morir

- ☐ 0. No quería morir
- ☐ 1. Componente de 0 y 2
- ☐ 2. Quería morir

14. Concepción de la capacidad de salvamiento médico

- ☐ 0. Pensó que la muerte sería imposible si recibía atención médica.
- ☐ 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica.
- ☐ 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica



15. Grado de premeditación

- ☐ 0. Ninguno, impulsivo
- ☐ 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento
- ☐ 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento

III. CIRCUSTANCIAS SUBJETIVAS

16. Reacción frente al intento

- ☐ 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza
- ☐ 1. Acepta tanto el intento como su fracaso
- ☐ 2. Rechaza el fracaso del intento

17. Preconcepciones de la muerte

- ☐ 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos
- ☐ 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
- ☐ 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte

18. Número de intentos de suicidio previos

- ☐ 0. Ninguno ☐ 1. 1 o 2 ☐ 2. 3 o más

19. Relación entre ingesta de alcohol e intento

- ☐ 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
- ☐ 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- ☐ 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

20. Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos; cuando la droga no es el método utilizado para el intento)

- ☐ 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
- ☐ 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- ☐ 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

☐

PARTE V**FACTORES FAMILIARES****ENCUESTA DE ESTRATIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL INEC****CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA**

1. ¿Cuál es el tipo de vivienda?

- ☐ (59) Suite de lujo ☐ (59) Cuarto(s) en casa de inquilinato ☐ (59) Departamento en casa o edificio
☐ (59) Casa / Villa ☐ (40) Mediagua ☐ (4) Rancho ☐ (0) Choza / Covacha / Otro

2. El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:

- ☐ (59) Hormigón ☐ (55) Ladrillo o bloque ☐ (47) Adobe / Tapia
☐ (17) Caña revestida o bahareque / Madera ☐ (0) Caña no revestida / Otros materiales

3. El material predominante del piso de la vivienda es de:

- ☐ (48) Duela, parquet, tablón o piso flotante ☐ (46) Cerámica, baldosa, vinil o marmetón
☐ (34) Ladrillo ☐ (32) Tabla sin tratar ☐ (0) Tierra / Caña / Otros materiales

4. ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?

- ☐ (0) No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar.
☐ (12) Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha.
☐ (24) Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha.
☐ (32) Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha.

5. El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:

- ☐ (0) No tiene.
☐ (15) Letrina.
☐ (18) Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada.
☐ (18) Conectado a pozo ciego.
☐ (22) Conectado a pozo séptico.
☐ (38) Conectado a red pública de alcantarillado.

ACCESO A TECNOLOGÍA

1. ¿Tiene este hogar servicio de internet? ☐ (0) No ☐ (45) Si

2. ¿Tiene computadora de escritorio? ☐ (0) No ☐ (35) Si

3. ¿Tiene computadora portátil? ☐ (0) No ☐ (39) Si

4. ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?

☐ (0) No tiene celular nadie en el hogar

☐ (8) Tiene 1 celular

☐ (22) Tiene 2 celulares

☐ (32) Tiene 3 celulares

☐ (42) Tiene 4 o más celulares

POSESIÓN DE BIENES

1. ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional? ☐ (0) No ☐ (19) Si

2. ¿Tiene cocina de horno? ☐ (0) No ☐ (29) Si

3. ¿Tiene refrigeradora? ☐ (0) No ☐ (30) Si

4. ¿Tiene lavadora? ☐ (0) No ☐ (18) Si

5. ¿Tiene equipo de sonido? ☐ (0) No ☐ (18) Si

6. ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?

☐ (0) No tiene TV a color en el hogar

☐ (9) Tiene 1 TV color

☐ (23) Tiene 2 TV a color

☐ (34) Tiene 3 o más TV a color

7. ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?

☐ (0) No tiene vehículo exclusivo para el hogar

☐ (6) Tiene 1 vehículo exclusivo

☐ (11) Tiene 2 vehículos exclusivos

☐ (15) Tiene 3 o más vehículos exclusivos

HÁBITOS DE CONSUMO

1. ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales? ☐ (0) No ☐ (6) Si
2. ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses? ☐ (0) No ☐ (26) Si
3. ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo? ☐ (0) No ☐ (27) Si
4. ¿En el hogar alguien está registrado en una red social? ☐ (0) No ☐ (28) Si
5. Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses? ☐ (0) No ☐ (12) Si

NIVEL DE EDUCACIÓN

1. ¿Cuál es el nivel de instrucción del jefe del hogar?
- ☐ (0) Sin estudios
- ☐ (21) Primaria incompleta ☐ (91) Hasta 3 años de educación superior
- ☐ (39) Primaria completa ☐ (127) 4 o más años de educación superior (sin postgrado)
- ☐ (41) Secundaria incompleta ☐ (171) Postgrado
- ☐ (65) Secundaria completa

ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL HOGAR

1. ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario, campesino) y/o del ISSFA o ISSPOL? ☐ (0) No ☐ (39) Si
2. ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos provinciales y/o seguro de vida? ☐ (0) No ☐ (55) Si

3. ¿Cuál es la ocupación del jefe del hogar?

- ☐ (76) Personal directivo de la Administración Pública y de empresas
- ☐ (69) Profesionales científicos e intelectuales.
- ☐ (46) Técnicos y profesionales de nivel medio
- ☐ (31) Empleados de oficina
- ☐ (18) Trabajador de los servicios y comerciantes
- ☐ (17) Trabajador calificado agropecuario y pesquero
- ☐ (17) Oficiales operarios y artesanos
- ☐ (17) Operadores de instalaciones y máquinas
- ☐ (0) Trabajadores no calificados
- ☐ (54) Fuerzas armadas
- ☐ (14) Desocupado
- ☐ (17) Inactivo

Total

ESCALA GERIÁTRICA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR

¿Durante los últimos 12 meses a usted...?

Si No Una vez Pocas veces Muchas veces Un año y menos Parentesco Hombre Mujer

FÍSICO

1. ¿Le han golpeado?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2. ¿Le han dado puñetazos o patadas?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3. ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4. ¿Le han aventado algún objeto?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

5. ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

PSICOLÓGICO

6. ¿Le han humillado o se han burlado de usted?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

7. ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

8. ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

9. ¿Le han hecho sentir miedo?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

10. ¿No han respetado sus decisiones?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

11. ¿Le han prohibido salir o que lo visiten?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐**NEGLIGENCIA**

12. ¿Le han dejado de proporcionar ropa, calzado, etc.?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

13. ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

14. ¿Le han negado protección cuando la necesita?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

15. ¿Le han negado acceso a la casa que habita?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐**ECONÓMICO**

16. ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

17. ¿Le han quitado su dinero?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

18. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

19. ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

20. ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐



SEXUAL

21. ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDIO

☐ Si

☐ No

MIGRACIÓN FORZADA DEL ADULTO MAYOR

Durante el último año ¿en cuántas viviendas ha habitado durante al menos un mes consecutivo?

ESCALA ESTE II

FACTOR I: PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL

Siempre

A veces

Nunca

1. ¿Tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

3. ¿Tienen amigos o familiares cuando le hacen falta?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

4. ¿Siente que no le hacen caso?

☐ 2 ☐ 1 ☐ 0

5. ¿Se siente triste?

☐ 2 ☐ 1 ☐ 0

6. ¿Se siente usted solo?

☐ 2 ☐ 1 ☐ 0



7. ¿Y por la noche, se siente solo?

☐ 2 ☐ 1 ☐ 0

8. ¿Se siente querido?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

FACTOR II: USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

9. ¿Utiliza usted el teléfono celular?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

10. ¿Utiliza usted la computadora o consola de videojuegos?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

11. ¿Utiliza usted el internet?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

FACTOR III: INDICE DE PATRICIPACIÓN SOCIAL SUBJETIVA

12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

14. ¿Va algún parque, asociación, hogar de pensionista donde se relacione con otros mayores?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

Total

Firma del responsable:

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“PREVALENCIA DE RIESGO SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DE
PARROQUIA URBANA Y RURAL DEL CANTÓN CUENCA, 2020.”

Código: _____

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	María Gracia García Romero	010667831-1	Universidad de Cuenca
Director de investigación	Lorena Esperanza Encalada Torres	010290535-3	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Estimado Sr./Sra., usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en la parroquia urbana Yanuncay y en la parroquia rural El Valle. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que sean de su confianza.

Introducción

La realización de este estudio es necesario ya que en la actualidad el suicidio es una problemática mundial con cifras en ascenso que afecta en una cantidad muy significativa a los adultos mayores. Por otro lado, la depresión es un trastorno que vuelve vulnerable a la persona de cometer un acto suicida, siendo de vital importancia su detección temprana, con el fin de evitar consecuencias fatales. Usted ha sido escogido para participar en este proyecto de investigación por tener 65 años o más y por encontrarse viviendo al menos un año en este lugar.

Objetivo del estudio

Este estudio tiene como objetivo recolectar información sobre los diferentes factores que pueden contribuir para presentar riesgo suicida y cuantificarlos para de esta forma determinar la población de adultos mayores susceptibles y brindar información para promover la prevención.

Descripción de los procedimientos

Se le aplicará un cuestionario elaborado por la autora en el cual se solicitará sus datos personales como sexo, edad, procedencia, etc. De igual manera, se le aplicará una serie de test con el fin de recolectar datos sobre su estado emocional, mental y social; se estima que el tiempo de la intervención será de aproximadamente 50 minutos por sesión.

Riesgos y beneficios

No existe ningún riesgo significativo asociado a esta investigación, sin embargo, existe un riesgo de quebranto de información, razón por la cual, como investigadora me comprometo a supervisar y realizar adecuadamente el manejo de los datos recolectados para disminuir la probabilidad de error. Si bien, es posible que este estudio no traiga beneficios directos para usted, puede ser de gran utilidad para el personal de salud y la comunidad en general; ya que los datos recolectados y el análisis de estos, brindará una base para futuras investigaciones y acciones en pro de la salud del adulto mayor.

Otras opciones si no participa en el estudio

En caso de no desear participar en el estudio, puede manifestarlo sin inconveniente y sin que represente ninguna desventaja para usted; caso contrario, si decide participar en el estudio, usted podrá consultar todas las dudas que se le presenten en cualquier momento y podrá revocar el consentimiento informado cuando lo considere oportuno.



Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- Recibir la información del estudio de forma clara;
- Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- Que se respete su intimidad (privacidad);
- Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame a María Gracia García Romero al siguiente teléfono 0987336721 o envíe un correo electrónico a gracia.garcia@ucuenca.edu.ec.

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del testigo

Firma del testigo

Fecha

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha