

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Programa de Intervención y Prevención del Suicidio
basado en el modelo de intervención Signos de Suicidio
(SOS), aplicado a estudiantes de 10 a 19 años de colegios
municipales en la ciudad de Quito**

Proyecto de Investigación

Emilia Cristina Zamora Moncayo

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, 15 de mayo de 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Programa de Intervención y Prevención del Suicidio basado en el modelo de intervención Signos de Suicidio (SOS), aplicado a estudiantes de 10 a 19 años de colegios municipales en la ciudad de Quito

Emilia Cristina Zamora Moncayo

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Fadya Orozco, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 15 de mayo de 2018

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Emilia Cristina Zamora Moncayo

Código: 00117276

Cédula de Identidad: 1721474854

Lugar y fecha: Quito, 15 de mayo de 2018

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud estima que cerca de 800 000 personas en el mundo se suicidan cada año. El suicidio es la causa del 1.4% del total de muertes en Ecuador y constituye la segunda causa de muerte en adolescentes y jóvenes, seguido únicamente de los accidentes automovilísticos. Dado que el suicidio es considerado una muerte evitable, múltiples estrategias se han puesto en marcha con el objetivo de prevenir este evento de salud. El programa Signos de Suicidio (SOS), es una intervención respaldada por el Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en Evidencia de Estados Unidos y su efectividad ha sido comprobada numerosas veces en diversas poblaciones. El presente estudio propone realizar una intervención de 12 semanas basada en el Programa SOS a una muestra de estudiantes de 10 a 19 años de colegios municipales de Quito. Los participantes deberán completar la Escala de Conocimientos y Actitudes hacia la Depresión y el Suicidio, el Inventario de Depresión de Beck y la Columbia-Escala de Severidad Suicida. A través de una investigación cuantitativa pre-test post-test, se espera que exista un aumento en el conocimiento sobre depresión y suicidio en la población de estudio, así como una mejora en las actitudes hacia ambos temas dando como resultado una disminución significativa en el auto reporte de conductas suicidas en esta población.

Palabras Clave: suicidio, prevención, adolescentes, mortalidad Ecuador, intervención.

ABSTRACT

The World Health Organization estimates that about 800,000 people in the world commit suicide every year. Suicide is the cause of 1.4% of death in Ecuador and it is the second cause of death in youth, followed only by automobile accidents. Given that suicide is considered a preventable death, multiple strategies have been launched with the aim of preventing this health event. The Signs of Suicide (SOS) is an intervention supported by the National Registry of Evidence-Based Programs and Practices of the United States and its effectiveness has been proven numerous times in diverse populations. The present study proposes to carry out a 12-week intervention based on the SOS Program on a sample of students from 10 to 19 years of municipal schools in Quito. Participants must complete the Knowledge and Attitude scale for Depression and Suicide, the Beck Depression Inventory and the Columbia-Suicide Severity Scale. Through a pre-test post-test quantitative research, it is expected to find an increase in knowledge about depression and suicide in the study population, as well as an improvement in attitudes toward both subjects, resulting in a significant decrease in self-reported suicidal behaviors in this population.

Keywords: suicide, prevention, adolescents, mortality Ecuador, intervention.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	8
El problema.....	9
Antecedentes.....	11
Pregunta de investigación	14
Propósito del estudio	15
El significado del estudio	15
Revisión de literaratura.....	16
Fuentes.....	16
Formato de la revisión de la literatura	16
Metodología y diseño de la investigación	35
Diseño y justificación de la metodología seleccionada	35
Participantes.....	36
Herramientas de investigación utilizadas	37
Reclutamiento de los participantes.....	41
Consideraciones éticas.....	42
Resultados esperados	44
Discusión.....	44
Limitaciones del estudio	46
Recomendaciones para futuros estudios	47
Referencias	49
Anexo A: Carta para reclutamiento de instituciones participantes	55
Anexo B: Carta a los directores de los colegios participantes	56
Anexo C: Formulario de Consentimiento Informado.....	57
Anexo D: Herramientas para levantamiento de información.....	60
D1: Inventario de Depresión de Beck.....	60
D2: Escala Columbia para Evaluar el Riesgo Suicida (C-SSRS)	66
Anexo E: Carta para derivación a tratamiento clínico.....	75
Anexo F: Material de Enseñanza del Programa SOS.....	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla # 1. Muertes por suicidio en Ecuador, población de 10 a 19 años.....	23
--	----

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud cada 40 segundos ocurre una muerte por suicidio (2018). Se define como suicidio al acto intencionado y deliberado por el que una persona se provoca la muerte (Medline Plus, 2015). Se estima que cerca de 800 000 personas se suicidan cada año (OMS,2018) y del total de suicidios, el 78% se produce en países de bajos y medianos ingresos. El suicidio constituye uno de los problemas más graves de salud y se considera una muerte prevenible mediante intervenciones oportunas (OMS,2018).

Se han encontrado correlaciones entre el suicidio y las enfermedades mentales, especialmente trastornos como la depresión y el consumo de alcohol (OMS, 2018). Además, se ha observado que las tasas de suicidio tienden a elevarse en los grupos vulnerables a la discriminación como refugiados, inmigrantes, comunidad LGTBI, reclusos y comunidades indígenas (OMS, 2018).

Se estima que cada año, 30.000 personas cometen suicidio en Estados Unidos (Centro Nacional de Estadísticas sobre Salud, 1991), esta cifra resulta verdaderamente alarmante considerando que el suicidio es un fenómeno que no se reporta, por tanto, se infiere que su incidencia podría ser mucho mayor. Además, se conoce que el número de suicidios completados es apenas una proporción pequeña del número de intentos (Lester, 1970; Maris, 1988). Por ejemplo, en la población adolescente, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos estima que, por cada suicidio completado, existen de 50 a 200 intentos (2006), de manera que el número de personas que consideran al suicidio como una opción es mucho mayor que el número de personas que lo cometen.

El suicidio entre personas jóvenes es uno de los problemas más serios de salud pública en Estados Unidos (Aseltine & DeMartino, 2004). De acuerdo con el Centro Nacional de Estadísticas sobre Salud, el índice de suicidio para adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 24 años se ha triplicado desde 1950, convirtiéndose en la tercera causa de muerte en este grupo etario (Aseltine & DeMartino, 2004).

De manera similar, el suicidio es una de las principales causas de muerte en Canadá, de hecho, es la segunda causa de muerte en adolescentes y adultos jóvenes, únicamente antecedida por los accidentes automovilísticos (Szumilas & Kutcher, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), los suicidios pueden prevenirse de distintas formas, restringiendo el acceso a los medios utilizados; compartiendo información responsable en los medios; introduciendo políticas sobre el uso de alcohol; identificando y tratándose tempranamente; capacitando al personal sanitario y por último involucrando a toda la sociedad. Según esta Organización, la clave para prevenir el suicidio es adoptar un enfoque multisectorial.

En Ecuador existe una carencia generalizada de investigación en muchas áreas, una de estas áreas es la Salud Mental. A pesar de que este campo de estudio se encuentra en crecimiento en la actualidad, existen pocas o nulas investigaciones relacionadas con programas de intervención y prevención del suicidio en adolescentes. Por lo tanto, se recalca la urgencia de tomar agencia sobre esta problemática.

EI PROBLEMA

El suicidio es un problema de salud pública que afecta en distinta dimensión a toda la población. En los últimos cuatro años, el promedio anual de muertes por suicidio en la población ecuatoriana ha sido de 801 personas (González et al., 2010). El suicidio es la causa del 1.4% del total de muertes en Ecuador, siendo las siguientes las formas

más comunes de cometerlo: ahorcamientos, estrangulación, sofocación, ingesta de químicos inespecificados, seguido de envenenamiento por pesticidas (González et al., 2010).

El suicidio en adolescentes y adultos jóvenes (de 15 a 25 años) es la segunda causa de muerte después de los accidentes automovilísticos. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en el año 2000 se reportaron 74 suicidios cometidos por hombres en la población de 10 a 19 años, y cuatro años después, esta cifra creció significativamente a 103 suicidios (Ver tabla 1). En el año 2005, se reportaron 205 suicidios entre hombres y mujeres en la misma población y para el año siguiente esta cifra había crecido a 223 muertes por suicidio. El año 2010 es el año que más suicidios registró en el período 2000 al 2011, con un total de 138 suicidios para hombres. (INEC, 2012). Asimismo, el año 2006 es el año que más suicidios de mujeres registró con un total de 126 suicidios para este grupo etario (INEC, 2012). En este mismo año en Pichincha, provincia en donde se encuentra la capital del Ecuador, Quito, se registraron 59 muertes por suicidio en esta población, siendo la provincia con más muertes por suicidio registradas en ese año (INEC, 2012).

Según las cifras, el suicidio en el Ecuador ha aumentado constante y progresivamente, y a pesar de que muchos de los casos no se reportan, la tendencia ha sido creciente (González-Andrade et al., 2010). El suicidio en el Ecuador ha sido descuidado y poco entendido por la sociedad ecuatoriana, cuya postura ha sido muy conservadora en el abordaje de este tema. En la última década se ha empezado a discutir este y otros temas relacionados de forma más abierta (López-Cevallos & Chi, 2010); Sin embargo, existe una carencia sostenida de programas de intervención, concientización y prevención del suicidio a nivel nacional.

ANTECEDENTES

Los signos de suicidio más frecuentemente identificados incluyen ideación suicida; automutilación; obsesión con la muerte; escribir acerca de la muerte; cambios abruptos en la personalidad, comportamientos, patrones de alimentación y sueño; sentimientos de culpa, y rendimiento escolar disminuido (Rudd, 2003). Estas señales de alarma pueden presentarse como signos, algo observado en el otro, y como síntomas, algo que el individuo reporta a otro (Rudd, 2003).

Los signos de suicidio no son lo mismo que los factores de riesgo para suicidio (Rudd, 2003). Existen diferencias entre estos dos, por ejemplo, Hendin et al (2001), define que el riesgo de suicidio es la presencia de cualquier factor empíricamente correlacionado con el suicidio como edad, sexo, diagnósticos psiquiátricos, intentos previos, mientras que los signos de suicidio están más relacionados con un riesgo inminente y con conductas en el presente. En conclusión, los signos de suicidio involucran un riesgo cercano o inminente (días o semanas), mientras que los factores de riesgo están asociados con períodos de tiempo más largos (un año y más) (Rudd et al, 2006).

Las señales de alarma o advertencia han sido ampliamente utilizadas por la comunidad en general como un mecanismo para prevenir un espectro enorme de problemas de salud, enfermedades y desórdenes (Rudd et al., 2006). La importancia de las señales de advertencia radica en que la educación promueve conciencia y la conciencia promueve una detección temprana que permite intervenir. (Rudd et al., 2006).

Así como existen señales de alarma estandarizadas para ataques cardíacos, diabetes e infartos cerebrales, en los últimos años se ha venido trabajando en señales de

alarma estandarizadas para problemas relacionados con la salud mental, como el suicidio. El fin último de la estandarización de las señales de alarma para suicidio es salvar vidas, considerando al mismo como un tipo de muerte prevenible (Rudd et al., 2006). Este tema amerita un abordaje desde la salud pública, así como desde la psicología clínica y ha llamado la atención de organizaciones dedicadas a promocionar la salud mental.

Dadas las alarmantes cifras de suicidio en adolescentes a nivel mundial, múltiples abordajes han sido investigados e introducidos en colegios a lo largo de los últimos 20 años. Muy pocos han sido evaluados de manera rigurosa. Hasta la fecha, solo dos programas de prevención para disminuir el comportamiento suicida han sido estudiados científicamente en Estados Unidos. Uno de estos dos es el Programa SOS, Signos de Suicidio (Aseltine et al., 2007). Este programa ha sido aplicado por profesionales de la salud mental, profesores, estudiantes y cuidadores como parte del currículo escolar en escuelas públicas de Estados Unidos (Aseltine et al., 2007).

El programa de prevención e intervención SOS se basa en la idea de que las señales de alarma para suicidio son los signos más tempranos que indican una alta probabilidad de que el suicidio ocurra en un período de tiempo corto (Rudd et al., 2006). Hendin et al. (2001) identificó tres signos que precedieron inmediatamente al suicidio de un paciente: un evento precipitante, "uno o más estados afectivos intensos distintos de la depresión", y uno de los tres patrones de conducta reconocidos (habla o acciones que sugieren suicidio, deterioro en el trabajo o funcionamiento social, y aumento en el consumo de sustancias).

Este programa fue desarrollado por los creadores del Día Nacional para la detección de la Depresión en los Estados Unidos (Screening for Mental Health INC).

SOS, es un programa basado en evidencia que tuvo resultados desde el primer año de aplicación en un estudio realizado con 2100 estudiantes de 12 a 18 años, en 5 escuelas de Estados Unidos. El programa de prevención de conductas suicidas, SOS, fue añadido al registro nacional de programas efectivos de SAMHS's (Student Acces to Mental Health Support) y fue aplicado por más de 675 escuelas en el período escolar 2004-2005 (Aseltine et al., 2007).

Signos de Suicidio (SOS) ha sido probado en reiteradas ocasiones con población estudiantil diversa, incluyendo minorías étnicas en cada muestra. El objetivo principal de estas evaluaciones de resultados ha sido evaluar el impacto a corto plazo del programa en conductas suicidas, conocimientos /actitudes sobre depresión y suicidio y comportamientos de búsqueda de ayuda (Aseltine et al., 2007).

Este programa es auspiciado por quince organizaciones estadounidenses dedicadas a promover la salud mental y prevenir el suicidio, incluyendo a la Escuela Americana de Consejería, la Asociación Nacional de Directores de Escuelas Secundarias y la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales (Aseltine et al., 2007). El programa incorpora dos estrategias de prevención: currículo escolar y encuestas de detección. El objetivo del currículo escolar es generar conciencia alrededor del suicidio y temas relacionados, y se emplean encuestas con el objetivo de detectar depresión y otros factores de riesgo asociados a las conductas suicidas (Aseltine et al., 2007).

Además, el programa se enfoca en dos de los factores de riesgo más prominentes cuando se habla de suicidio, enfermedades mentales existentes, particularmente depresión, y uso problemático de alcohol. Estos factores han sido ratificados por otros estudios, por ejemplo, en una investigación realizada por Chiles et al. (1986), se encontró que el abuso de sustancias y la comunicación del deseo de suicidio precede a

la mayoría de los suicidios completados. Así también, en uno de los estudios sobre suicidio más grandes que se han realizado, Busch et al. (2003) encontró que la “ansiedad severa o la agitación extrema” fue el factor precipitante de suicidio más común en pacientes hospitalizados.

SOS, promueve la idea de que el suicidio está directamente relacionado con la enfermedad mental, típicamente depresión, y que no es una reacción normal al estrés o malestar emocional. El objetivo principal y más básico del programa, es enseñar a los estudiantes a responder a los signos de suicidio en ellos mismos y en otros como si respondieran a una emergencia, como lo es un ataque al corazón. Se enseña a los jóvenes a reconocer los signos y síntomas del suicidio y depresión y además aprenden a seguir pasos específicos para responder a estos signos. Este sistema se denomina ACT (Aknowledge, Care and Tell-Treatment) que traducido al español podría ser definido como: Conocer, Dar importancia y Contar/Tratar (Aseltine et al., 2007)

El programa de intervención y prevención de conductas suicidas ha tenido resultados positivos en sus aplicaciones, y ha sido puesto a prueba múltiples ocasiones confirmando la validez de sus estrategias para esta población. En Ecuador, no existe un programa de intervención o prevención del suicidio basado en evidencia y dado que las cifras de mortalidad por suicidio van en aumento según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) es emergente ajustar este programa a las necesidades y condiciones del país.

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta qué punto un programa de prevención del suicidio basado en el modelo de intervención SOS (Signos de Suicidio) puede disminuir conductas suicidas

en estudiantes adolescentes de 10 a 19 años de colegios municipales en la ciudad de Quito?

Propósito del estudio

El propósito del presente estudio es determinar si un programa de intervención y prevención de suicidio para adolescentes de 10 a 19 años puede disminuir conductas suicidas en dicha población.

El Significado del estudio

Dada la gravedad del problema y el incremento de las cifras de mortalidad por suicidio en adolescentes ecuatorianos, se propone este estudio con el propósito de contribuir indirectamente a uno de los objetivos del Plan de Acción de Salud Mental (2013-2020) propuesto por la Organización Mundial de la Salud, en donde se planteó reducir en un 10% los índices de suicidio a nivel mundial (OMS,2013)

El presente estudio es el primero en aplicar un plan de intervención basado en el Modelo de Intervención (SOS) Signos de Suicidio, para investigar sus efectos en estudiantes adolescentes de 10 a 19 años de colegios municipales de la ciudad de Quito.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fuentes

La información que se utilizará proviene de revistas indexadas, artículos académicos y sitios oficiales. Se accedió a esta información por bases de datos como Research Gate y Google Académico. Las principales palabras clave que se utilizaron fueron: suicidio, programas de prevención del suicidio, consecuencias, tasas de suicidio, suicidio y adolescentes, mortalidad Ecuador, mortalidad y adolescentes, mortalidad mundial, suicidio y Ecuador, prevención y suicidio, índice de suicidio por depresión, SOS y suicidio.

Formato de la revisión de la literatura

La revisión de la literatura se realizará por temas, comenzando por el suicidio en la adolescencia, suicidio en la población de 10 a 19 años en Ecuador, el programa de intervención SOS, y finalmente, se expondrá sobre la efectividad de la aplicación del programa SOS en colegios.

El Suicidio en la adolescencia.

Durante los últimos años ha habido progreso en el entendimiento del suicidio como fenómeno social, sobre todo de los factores de riesgo y conductas suicidas. (Beautrais, 2000b; Evans, Hawton, & Rodham, 2004; Gould et al., 2003; Pelkonen & Marttunen, 2003; Shaffer & Pfeffer, 2001). Para contextualizar este entendimiento, se empezará por definir la terminología utilizada para referirse a diferentes conceptos relacionados con el suicidio. (Goldsmith, Pellmar, Kleinman, & Bunney, 2002).

Ideación Suicida es un término acuñado por O'Carroll et al (1996) y adoptado por el Instituto de Medicina (2002). Este vocablo hace referencia a pensamientos de hacerse daño o matarse a uno mismo. *El intento de suicidio* es un acto destructivo auto infligido, no fatal, con intención explícita o inferida de morir. *Suicidio* es un acto

destrutivo auto infligido mortal con intención explícita o inferida de morir. *Conducta Suicida* se refiere a todos los comportamientos y pensamientos relacionados con el suicidio, que incluyen completar o intentar suicidarse, ideación suicida o lenguaje suicida (O'Carrol, 1996).

La prevalencia puntual de la ideación suicida en la adolescencia es aproximadamente de 15-25%, con una gravedad que va desde pensamientos de muerte e ideación pasiva a una ideación suicida específica con intención o plan (Grunbaum et al., 2004). Esta última es mucho menos frecuente, con tasas de incidencia anuales de 6.0% y 2.3% en adolescentes y niños, respectivamente (Lewinsohn et al., 1996).

Se cree que el número real de intentos de suicidio puede subestimarse porque muchos jóvenes que intentan suicidarse no buscan tratamiento y por tanto, no quedan registrados (Hawton y Goldacre, 1982b, Lewinsohn, Rohde y Seeley, 1994). Se estima que aproximadamente 1.3-3.8% de hombres y 1.5-10.1% de mujeres, intentan suicidarse (Andrews y Lewinsohn, 1992; Fergusson y Lynskey, 1995b; Lewinsohn). et al., 1996). En un estudio de casos realizado por Agerbo et al. con 496 casos de suicidio en adolescentes y jóvenes de 10 a 21 años cometidos entre el año 1981 y 1997, se determinó que los hombres son tres veces y media más propensos a cometer un suicidio que las mujeres, y que el número de suicidios tiene una tendencia creciente con el pasar de los años para ambos sexos (Agerbo et al., 2002).

El comportamiento suicida tiende a ser recurrente, y su presencia implica un alto riesgo de completar un suicidio. Se estima que la probabilidad de repetir el comportamiento suicida va de 10% después de un seguimiento de 6 meses y 42% después de un seguimiento de 21 meses. (Goldston et al., 1999; Hawton & Catalan, 1987; Hawton, Zahl, & Weatherall, 2003). Según Hawton et al. las tasas de suicidio

completado entre las personas que intentan suicidarse son 0.5-1.0% por año, cifras sustancialmente elevadas en comparación con la población general.

El número de suicidios completados crece consistentemente conforme pasan los años. Según la Organización Mundial de la Salud (2002), las tasas de suicidio en la Federación de Rusia y los antiguos estados soviéticos son especialmente altas, junto con Nueva Zelanda, Finlandia e Irlanda. Estos países tienen tasas de suicidio dos o tres veces más altas que Estados Unidos, que se encuentra en un rango medio en las tasas para los diversos países mencionados (OMS, 2002). Hay varias explicaciones posibles para estas tendencias suicidas en ascenso: pérdida de la cohesión social, ruptura de la estructura familiar tradicional (Mann et al. 2005), creciente inestabilidad económica y desempleo (Hintikka et al. 2009), y, por último, el aumento de la prevalencia de trastornos depresivos (Kelly et al. 2009).

A pesar de que el entendimiento de los factores de riesgo para suicidio va aumentando conforme pasan los años, la conexión entre factores de riesgo asociados a la familia no se termina de comprender debido a que la gran mayoría de estudios realizados los han obviado en sus métodos de investigación (Agerbo et al., 2002).

Asimismo, se comprobó que el riesgo de suicidio era más alto en jóvenes con una historia familiar de suicidio. Tener una enfermedad mental también se identificó como un factor de riesgo; ser soltero, estar desempleado, haber enfrentado el fallecimiento de una madre, tener una madre que emigró o un padre que tuvo una educación deficiente o estuvo en el cuartil más bajo de ingresos (Agerbo et al., 2002). También se determinó que los factores de riesgo relacionados con el origen socioeconómico del padre fueron más fuertes que los de la madre, mientras que los

factores de riesgo relacionados con el estado vital de la madre y las admisiones por enfermedad mental fueron más fuertes que los del padre (Agerbo et al., 2002). Se encontró, además, una asociación inversa entre el riesgo de suicidio y la educación (Agerbo et al., 2002).

En revisiones de estudios que han examinado asociaciones entre factores de riesgo y suicidio o intento de suicidio, se ha encontrado que existe un mayor riesgo de conductas suicidas entre individuos de entornos vulnerables con un nivel socioeconómico bajo, logros educativos limitados, bajos ingresos y pobreza (Beautrais, 2000). Se encontró que las probabilidades de suicidio eran dos veces más altas entre los individuos con nivel socioeconómico bajo en comparación con los más favorecidos. Así también se observó que el riesgo de suicidio era elevado entre los jóvenes que habían abandonado la escuela o no estaban en la universidad (Beautrais, 2000).

Otro de los factores de riesgo identificados que involucra a la familia de origen, es el divorcio. Una gran cantidad de estudios han encontrado que los jóvenes de familias con antecedentes de padres separados o divorciados tienen un mayor riesgo de suicidio o intento de suicidio (Beautrais, 2000). De manera similar, se considera a las experiencias de abuso sexual o abuso físico durante la niñez como factores de riesgo para intento de suicidio y suicidio (Beautrais, 2000).

Además de los factores socioambientales, han sido identificados algunos factores genéticos incluyendo diferencias neuroendocrinas y biológicas. Por ejemplo, en un estudio realizado por Brent et al. (1996), se encontraron tasas más altas de

comportamiento suicida en familias de jóvenes con comportamientos suicidas que entre familias de sujetos de control, lo que sugiere que los factores genéticos pueden desempeñar un papel importante. Es por eso que se tituló a la publicación de la investigación “El suicidio corre en las familias”.

Esta idea también está respaldada por estudios de gemelos y de adopción que han mostrado: (a) un riesgo elevado de suicidio en los parientes biológicos de los adoptados que mueren por suicidio en comparación con los adoptados no suicidas; (b) mayores tasas de conductas suicidas en gemelos monocigóticos en comparación con gemelos dicigóticos (Mann,2003). Estos datos de gemelos sugieren que los factores genéticos podrían estar relacionados con el riesgo de suicidio, insinuando la existencia de una predisposición genética a los desórdenes psiquiátricos asociados al suicidio (Mann,2003).

Así también, existe un interés creciente en la medida en que los procesos neuroendocrinos y biológicos pueden influir en el riesgo de suicidio (Stanley et al 1989). Este interés se ha centrado en gran parte en la medida en que los niveles bajos o inferiores al promedio del neurotransmisor 5-hidroxitriptamina (serotonina 5-HT) y/o su metabolito 5-ácido hydroxyindoleacetico (5-HIAA) están asociados con mayores riesgos de depresión y suicidio. (Arango et al., 1995).

Aunque los procesos por los cuales la serotonina y el comportamiento suicida podrían estar vinculados permanecen confusos, ha habido sugerencias recientes de que

los niveles bajos de serotonina podrían estar asociados, principalmente, con un control de impulsos deficiente en lugar del suicidio per se (Plutchik et al., 1995). Este vínculo podría explicar mejor la desregulación de la serotonina observada en el comportamiento suicida y violento.

En conclusión, existen factores socioambientales, familiares, vulnerabilidades individuales, características biológicas, rasgos de personalidad, entre otros, que se relacionan y actúan como amplios determinantes del comportamiento suicida (Beautrais, 2000). Estos factores de riesgo influyen tanto en la susceptibilidad de un individuo a la enfermedad mental como en su nivel de exposición a eventos de vida estresantes. En combinación, estos conjuntos de factores de riesgo hacen contribuciones directas e indirectas al riesgo de suicidio o intento de suicidio de un individuo (Beautrais, 2000). Aunque esta idea es claramente sólo una aproximación, tiene la ventaja de proporcionar una visión general, y un medio preliminar de síntesis a la gran variedad de datos de investigación que en la actualidad se han acumulado en esta área (Beautrais, 2000).

Suicidio en la población de 10 a 19 años en Ecuador.

El suicidio es un fenómeno que no se reporta, tanto en países industrializados como en países en vías de desarrollo, sin embargo, la situación es mucho más grave en el segundo grupo (Tousignant, 1991). Las estadísticas reportadas por algunos países en vías de Desarrollo a la Organización Mundial de la salud son probablemente dos o tres

veces inferiores a su nivel real. Por ejemplo, las estadísticas encontradas en muchos países del Medio Oriente y África son asombrosamente bajas y este es a menudo producto de una falla en el sistema de registro en las áreas metropolitanas grandes y de una cuasi-ausencia en las áreas rurales (Tousignant,1991).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en el año 2000, 74 hombres entre las edades 10 y 19 años cometieron suicidio representando el 5.5% del total de muertes en Ecuador. En el mismo año, 53 mujeres murieron por la misma causa representando el 7.0% del total de muertes registradas. En el año 2002, la cifra para mujeres aumentó a 77 representando el 9.2% del total de muertes en el país (INEC, 2012). En el año 2003, se registraron 72 suicidios perpetrados por hombres entre estas mismas edades, representando el 5.9% del total de muertes registradas ese año. La cifra para mujeres creció también en el año 2003, llegando a 91 muertes por suicidio, número que representa el 11.6% del total de muertes de mujeres en Ecuador (INEC, 2012).

En el año 2004, la cifra sigue en aumento y llegó a 103 (8.7%) muertes por suicidio para hombres y 102 (13.6%) para mujeres. En el año 2005 se sigue observando la tendencia creciente de este fenómeno, registrando 113 muertes de hombres que representan el 8.7% del total de muertes de hombres en el país y 110 muertes por suicidio de mujeres, que representa el 13.6% del total de muertes de mujeres en ese año (INEC, 2012) (Ver tabla 1)

En el año 2007, se registraron 123 (10.3%) muertes por suicidio en hombres y 104 (15.3%) en mujeres. En el año 2010 se registraron 138 (10.5%) muertes por suicidio en hombres y 87 (13.6%) para mujeres. En el año 2012, se registraron 160 muertes por suicidio en hombres y 110 muertes por suicidio en mujeres (INEC, 2012).

Cada año en Ecuador, 352.6 personas mueren por “eventos no especificados o intentos indeterminados” (González-Andrade et al., 2011). Estos eventos podrían ser una fuente de suicidios ocultos. Los eventos no especificados son el método más común utilizado (22,65%), para identificar casos en los cuales la causa de muerte es difícil de definir.

Muchos de estos casos podrían ser suicidios, seguido de plaguicidas (9,56%) y disparos con un arma de fuego (6,78%). La tasa de intención suicida/indeterminada para todas las edades es de 2,27. (González-Andrade et al., 2011).

Tabla 1

Muertes por suicidio en Ecuador, población de 10 a 19 años

AÑO	SEXO	NÚMERO DE MUERTES	% DE MUERTES
2000	Hombre	74	5.5%
	Mujer	53	7.0%
2001	Hombre	66	4.9%
	Mujer	69	8.4%
2002	Hombre	53	4.3%
	Mujer	77	9.2%
2003	Hombre	72	5.9%
	Mujer	91	11.6%
2004	Hombre	103	8.7%
	Mujer	102	13.6%
2005	Hombre	113	9.1%
	Mujer	110	15.5%
2006	Hombre	78	6.8%
	Mujer	126	16.7%
2007	Hombre	123	10.3%
	Mujer	104	15.3%

2008	Hombre	108	8.3%
	Mujer	91	13.4%
2009	Hombre	111	8.9%
	Mujer	82	12.9%
2010	Hombre	138	10.5%
	Mujer	87	13.6%
2011	Hombre	106	7.2%
	Mujer	117	13.3%

Las muertes registradas por suicidio desde el año 2000 al 2011 en población de 10 a 19 años según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)

Fuente: elaboración propia, datos obtenidos del INEC.

En Ecuador, los métodos de suicidio son similares a otros reportados en el mundo (Ajdacic-Gross et al. 2008). Para empezar, existen evidencias fundamentales entre hombres y mujeres. Los métodos violentos y altamente letales como el suicidio con armas de fuego y ahorcamiento son más frecuentes entre los hombres, mientras que las mujeres a menudo eligen envenenamiento o ahogamiento, que son menos violentos y menos letales (Ajdacic-Gross et al. 2008).

El ahorcamiento fue el método más frecuente, seguido de venenos y pesticidas desconocidos; Si se añaden estos dos últimos, el segundo método de suicidio más común en Ecuador es la intoxicación en general (González-Andrade et al., 2011). Dentro de los plaguicidas se encuentran los organofosforados y los carbamatos que causan la muerte por inhibición de la acetilcolinesterasa y son frecuentes como pesticidas en las plantaciones de banano y flores en Ecuador (González-Andrade et al., 2010).

Una sustancia muy común utilizada para cometer suicidio es el fósforo blanco. Se trata de un explosivo producido comercialmente llamado “diablillos” (González-Andrade et al., 2010). Los “diablillos” son tabletas explosivas que flamean por la fricción violenta, cuestan \$0,25 cada uno, y tienen una tasa de mortalidad que oscila entre el 20 y el 90%, siendo una manera rápida, barata, y segura de suicidarse (González-Andrade et al. 2010)

El suicidio con armas de fuego no es muy frecuente en el país, dada la ilegalidad del uso de armas de fuego (González-Andrade et al., 2011). Sin embargo, en los últimos años un aumento significativo en la circulación ilegal de armas de fuego ha aumentado los niveles de violencia por lo tanto se considera que también tendrá un efecto sobre los índices de homicidio y la tasa de suicidio por armas de fuego (González-Andrade et al., 2011).

Muchas oportunidades de prevención están disponibles para reducir las muertes por suicidio. Los programas de prevención deberían tener enfoque multidisciplinario con el que se pueda abordar los factores a nivel individual y los factores dentro de las familias, los grupos de pares, las escuelas y las comunidades que contribuyen al comportamiento suicida (González-Andrade et al., 2011). En general, los enfoques de prevención que abordan múltiples dominios de influencia en el comportamiento tienen más probabilidades de tener un impacto preventivo que aquellos que se centran en un único factor de riesgo (González-Andrade et al., 2011).

En este mismo estudio, se observó que es común que los problemas de salud mental sin tratamiento anteceden a un suicidio, por lo que se resalta la importancia del acceso a tratamiento oportuno. De nuevo, estos resultados destacan la importancia de conocer los signos y síntomas del comportamiento suicida, llegar a aquellos con problemas, reducir el estigma de las enfermedades mentales, y aumentar la accesibilidad del tratamiento todos estos pasos pueden contribuir a prevenir el suicidio (González-Andrade et al., 2011).

Modelo del Programa de Intervención y Prevención del Suicidio Signos de Suicidio (SOS).

Signos de Suicidio tiene el objetivo de relacionar el suicidio con la enfermedad mental. El programa incluye concientización sobre suicidios, educación, y estrategias de detección. El programa tiene como objetivo reducir el comportamiento suicida entre adolescentes a través de 2 mecanismos (Aseltine, et al., 2004). En primer lugar, se espera que el componente educativo del programa reduzca la tendencia al suicidio aumentando la comprensión y el reconocimiento de los síntomas depresivos en sí mismos y en otros y promoviendo actitudes más adaptativas hacia la depresión y el comportamiento suicida. En segundo lugar, el componente de autoevaluación del programa SOS ayuda a los estudiantes a evaluar y evaluar los síntomas depresivos y los pensamientos suicidas que podrían estar experimentando y les incita a buscar ayuda cuando se enfrentan a estos problemas (Aseltine, et al., 2004).

La búsqueda de ayuda no debe limitarse a la remisión para el tratamiento por un profesional de la salud mental, que es probable que esté limitado por factores tales como la disponibilidad y la accesibilidad de los proveedores, la cobertura del seguro de salud y el estigma social, pero también debe dirigirse a los "cuidadores" en el ambiente escolar (por ejemplo, maestros y consejeros de orientación) así como de sus seres queridos (Aseltine, et al., 2004).

El componente de psicoeducación se trabaja a través de videos y discusiones guiadas en el aula, los estudiantes aprenden a reconocer los signos de suicidio en otras personas y a tomarlos en serio, para después reportarlos. Los videos presentan dramatizaciones que describen los signos de suicidio y la depresión además de las formas recomendadas para reaccionar frente a alguien que está deprimido y suicida. También incluye entrevistas con personas reales cuyas vidas han sido tocadas por el suicidio (Aseltine, et al., 2004).

Como parte del componente de autoevaluación a los estudiantes se les pide que completen la Escala de Depresión de Columbia (CDs), o la Escala Breve de Depresión Adolescente (BSAD) (Aseltine, et al., 2004). El formulario de detección es calificado por los propios estudiantes; una puntuación de 16 o más en los CDs se considera un fuerte indicador de depresión clínica, y la hoja de puntuación e interpretación que acompaña al formulario alienta a los estudiantes con tales puntuaciones a buscar ayuda de inmediato (Aseltine, et al., 2004). Además, cada

escuela/colegio proporciona una lista de los recursos disponibles para los estudiantes que desean solicitar ayuda.

Efectividad de la aplicación del Programa SOS en escuelas y colegios

Para evaluar la efectividad del Programa Signos de Suicidio, se realizaron estudios en búsqueda de evidencia. En el primer estudio, 17 colegios de Connecticut implementaron SOS como parte de su currículo escolar. Los participantes eran estudiantes de noveno grado (13-14 años) de 16 escuelas secundarias técnicas en el estado de Connecticut y una escuela secundaria comprensiva (CHS) que tiene un programa de agricultura vocacional afiliada. Los estudiantes de noveno grado reportaron las tasas más altas de intentos de suicidio en las administraciones 2005, 2007, 2009 y 2011 de la encuesta de comportamiento de riesgo juvenil de Connecticut (centros para el control y prevención de enfermedades 2012).

De los 3120 estudiantes de noveno grado en estas escuelas secundarias, un total de 1575 estudiantes (50%) tuvieron permiso de sus padres para participar en la evaluación del programa SOS. De los 1575 estudiantes, 1302 completaron el pre-test, 1268 terminaron el post-test, y 1052 estudiantes completaron tanto pre test como post-test (Schilling, 2016).

La implementación del programa SOS fue evaluada usando un diseño de control aleatorio de pre test y post-test. Las escuelas fueron asignadas al azar a grupos de intervención y control. En las escuelas de intervención, los estudiantes que tomaron

clases de salud en el otoño participaron en el programa SOS después de completar el pretest; 3 meses después completaron el post-test (Schilling, 2016).

En las escuelas del grupo control, los estudiantes de la clase de gimnasia en el otoño completaron el pre test; 3 meses más adelante, tomaron el post-test antes de que el programa del SOS fuera administrado. Ocho de las escuelas técnicas y la escuela CHS completaron la evaluación en el año escolar 2007 – 2008 y las ocho escuelas técnicas restantes completaron la evaluación en el año escolar 2008 – 2009 (Schilling, 2016).

El perfil demográfico para los participantes en el estudio fue bastante diverso. Los estudiantes eran mayoritariamente varones (58%) y predominantemente blancos (60%) e hispanos (23%) (Schilling, 2016). Sólo el 6% se identificó como negros no hispánicos. Se realizaron análisis preliminares para evaluar la comparabilidad de los grupos de intervención y control en términos de raza/etnia, sexo y calificaciones (Schilling, 2016).

El grupo de intervención tuvo un porcentaje más alto de blancos y mujeres y un menor porcentaje de negros e hispanos. Los participantes en el grupo de intervención tenían mejores calificaciones en sus clases (Schilling, 2016).

La evaluación del programa se centró en dos categorías de resultados: (1) conocimiento y actitudes sobre la depresión y el suicidio; y (2) ideación suicida auto reportada, planificación suicida e intentos de suicidio. El conocimiento sobre depresión

y suicidio se midió con siete ítems de verdadero/falso que reflejaban los temas centrales del programa SOS (por ejemplo: “las personas que hablan de suicidio realmente no se suicidan;” “la depresión es una enfermedad que los doctores pueden tratar”) (Schilling, 2016).

Las actitudes hacia la depresión y el suicidio fueron medidas con una escala resumida de diez ítems que evaluó la probabilidad de intervenir con amigos que tienen ideación suicida y obtener ayuda para sí mismos si se sentían deprimidos o suicidas (por ejemplo: “alguien realmente quiere matarse, no hay mucho que pueda hacer al respecto”, “Un amigo me dijo que él/ella está pensando en cometer suicidio, yo lo mantendré en secreto”. Las opciones de respuesta para esta escala iban de “completamente en desacuerdo” a “completamente de acuerdo” en una escala de 5 puntos. Los valores más altos indican actitudes más favorables sobre intervenir con los amigos que exhiben depresión, ideación e intención suicida (Schilling, 2016). Estas escalas de conocimiento fueron adaptadas de instrumentos previamente utilizados para evaluar programas de prevención del suicidio en escuelas y colegios (Shaffer et al. 1991; Spirito et al., 1988).

Para medir intentos de suicidio previos se utilizó una escala adaptada de la encuesta de los Centros para el control de enfermedades y la prevención de conducta de riesgo juvenil (YRBS), por medio de la cual se evalúa el comportamiento en los últimos 3 meses (Kann et al. 2000).

Las preguntas estaban formuladas de la siguiente manera: “Durante los últimos 3 meses, ¿intentaste suicidarte? (sí o no)”. Además, la ideación suicida, el planeamiento de suicidio, y las tentativas del suicidio en el curso de vida fueron evaluadas con las preguntas siguientes adaptadas del YRBS: “Durante los últimos 3 meses, ¿alguna vez consideró seriamente intentar suicidarse (sí o no)?”, “Durante los últimos 3 meses, ¿hizo un plan sobre cómo intentaría suicidarse?” y “¿alguna vez intentó suicidarse?” (Schilling, 2016).

Resultados

Solo los participantes que completaron las versiones completas del cuestionario se incluyeron en los análisis de actitudes y conocimientos (Schilling, 2016).

El análisis de los grupos de intervención versus control incluyó las siguientes variables iniciales: sexo, etnia, intentos de suicidio a lo largo de la vida, intento de suicidio, ideación suicida y plan de suicidio en los 3 meses previos. Se realizaron análisis para investigar si los participantes que completaron la información de referencia, pero no completaron el post test difirieron de los participantes que completaron ambos.

La composición demográfica de respondedores y no respondedores al post test no difirió según el estado del grupo de intervención, el sexo, la raza y la ideación suicida. Sin embargo, los comportamientos de suicidio fueron significativamente

mayores en los no respondedores en comparación con los respondedores (Schilling, 2016).

La exposición al programa SOS dio como resultado un mayor conocimiento de la depresión y el suicidio y actitudes más adaptativas hacia estos problemas. El efecto del programa SOS sobre el conocimiento fue modesto en magnitud y aunque también es significativo, el efecto del programa SOS sobre las actitudes fue algo menor.

Los estudiantes blancos parecían tener más conocimiento sobre el suicidio y la depresión que cualquier otro grupo étnico; sin embargo, los estudiantes negros eran menos propensos a experimentar ideación suicida (Schilling, 2016). La exposición al programa SOS dio lugar a actitudes más adaptativas hacia el suicidio, así como un mayor conocimiento sobre sus causas. Los resultados sugirieron que las mujeres, en comparación con los hombres tenían mejores actitudes, mayor conocimiento, eran más propensas a intervenir en nombre de sus compañeros, y tenían más probabilidades de reportar la ideación suicida (Schilling, 2016).

Los resultados indican que, para el grupo de intervención, la exposición al programa SOS se asoció significativamente con menos reportes de intentos de suicidio en los últimos 3 meses, pero no con menos reporte de planificación o ideación.

Se observó una disminución en los intentos de suicidio reportados después de la implementación; siendo del 5,4% en el grupo control y el 3,6% en el grupo de

intervención (Schilling, 2016). El coeficiente para el efecto del programa SOS en los intentos de suicidio fue estadísticamente significativo ($\beta = -1.02$, $p < 0.05$).

Finalmente, también se observaron notables efectos en la edad, con puntajes más altos en conocimiento entre los estudiantes mayores (Schilling, 2016). Este efecto indica que los estudiantes de noveno grado en el grupo de intervención reportaron un 64% menos de probabilidad de intentar suicidarse en los últimos 3 meses en comparación con el grupo control. La tasa de intentos de suicidio reportados entre los estudiantes del grupo control fue del 5,0%, en comparación con el 1.7% de los estudiantes en el grupo de intervención.

Los intentos de suicidio a lo largo de la vida también aumentaron en el post-test entre los estudiantes del grupo de control (14.9 vs. 9.4%) (Schilling, 2016). Este aumento en los intentos de suicidio a lo largo de la vida se debió exclusivamente a intentos de suicidio recientes (es decir, todos los estudiantes del grupo control que informaron un intento de por vida en la prueba posterior pero no en la prueba preliminar también informaron un intento de suicidio en los últimos 3 meses -prueba) (Schilling, 2016).

Además, se observó una fuerte relación entre el comportamiento suicida previo y el comportamiento suicida futuro (Schilling, 2016). El programa SOS tuvo un impacto diferencial en el comportamiento suicida para los estudiantes que tenían un mayor riesgo de comportamiento suicida en el pretest según sus auto reportes de intentos suicidas a lo largo de la vida (Schilling, 2016).

La participación en el programa SOS se asoció con una reducción del 75% en la planificación del suicidio en los estudiantes en riesgo según su historial de intentos de suicidio a lo largo de la vida, en comparación con los estudiantes con control de riesgo (Schilling, 2016).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño y justificación de la metodología seleccionada

Dada la pregunta de investigación ¿Cómo y hasta qué punto un programa de prevención del suicidio basado en el modelo de intervención SOS (Signos de Suicidio) puede disminuir conductas suicidas en estudiantes adolescentes de 10 a 19 años de colegios municipales en la ciudad de Quito? Se ha decidido utilizar un diseño de investigación cuantitativo de pretest – post test con dos grupos, el grupo control y el grupo de intervención o experimental.

Se refiere al grupo control a aquel grupo que no será expuesto a la intervención SOS, mientras que el grupo experimental/intervención será aquel que estará expuesto a la metodología. Resulta apropiado utilizar este diseño experimental ya que nos permite comparar los resultados numéricos de ambos grupos. Además, la investigación cuantitativa nos permite testear una hipótesis con base en la medición numérica y en el análisis estadístico.

Para la distribución de los participantes en el grupo de intervención y en el grupo control, se utilizará asignación aleatoria, necesaria para este tipo de diseño de investigación. Este tipo de asignación disminuye la probabilidad de que los grupos sean homogéneos, reduce la probabilidad del sesgo entre grupos, y contribuye a que las diferencias se deban al azar. En ambos grupos, los participantes completarán cuestionarios para medir variables antes y después de la intervención. El objetivo de este tipo de diseño es comparar los resultados de ambos grupos midiendo si existen diferencias significativas.

La población de este estudio serán estudiantes de 10 a 19 años de Colegios Municipales de Quito. Inicialmente, para definir los colegios participantes en el estudio se realizará un muestreo aleatorio por conglomerados para dividir los colegios municipales en dos grupos; el grupo control y el grupo de intervención; en cada conglomerado se escogerán tres colegios. Una vez seleccionados aleatoriamente los conglomerados de colegios, se enviará una invitación formal para la participación en el estudio. Se cuidará que los colegios participantes no estén ubicados geográficamente adyacentes con el objetivo de evitar sesgos por contaminación en el proceso, especialmente entre aquellos que participan como grupo control. En el caso de que estuvieran adyacentes se escogerá un nuevo colegio por reposición. A continuación, en ambos grupos de colegios se aplicará el cuestionario de actitudes y conocimientos sobre suicidio utilizado y creado por el Programa SOS. El cuestionario se aplicará a todos los estudiantes que estén en el rango de edad entre 10 a 19 años. Además, los estudiantes completarán una escala resumida para medir intentos de suicidio previos por medio de la cual se evalúa el comportamiento en los últimos 3 meses (Kann et al. 2000).

Asimismo, se les pedirá que completen el Inventario de Depresión de Beck.

Una vez aplicados los cuestionarios pretest, los colegios en el grupo experimental recibirán la intervención, que consiste en una clase semanal de 45 minutos durante 12 semanas. La clase estará basada en el programa SOS, incluyendo las discusiones y videos educativos sobre las diferentes temáticas.

Participantes

Para esta investigación se requiere un número de participantes aproximado de 1500 estudiantes. Este ha sido el valor estándar con el que se ha aplicado la metodología

SOS en otros estudios replicas. El grupo experimental recibirá el programa de intervención y contará con aproximadamente 750 personas y el grupo control no recibirá ninguna intervención durante los 5 meses de tratamiento, y contará con aproximadamente 750 participantes, esto da un total de 1500 participantes.

Los criterios de inclusión para la muestra son: que sea estudiante de un colegio municipal de Quito y se encuentre en un rango de edad entre 10 y 19.

Herramientas de investigación utilizadas

Para el propósito de esta investigación, se utilizarán tres cuestionarios:

- 1) El Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), adaptado de tal forma que las preguntas indaguen sobre el comportamiento suicida en los últimos tres meses (Al Halabí et al., 2016). Esta escala se traduce al español como Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio, fue diseñada para ofrecer definiciones de ideación y conducta suicidas, conducta autodestructiva, cuantificar el espectro completo de la ideación suicida y la conducta suicida, y medir su gravedad en determinados períodos.
- 2) Para evaluar los conocimientos y actitudes hacia el suicidio y la depresión se emplearán los ítems utilizados por el programa SOS, basados en otras herramientas de evaluación de programas de intervención de suicidio (Schilling, 2016). Finalmente, para evaluar depresión en esta muestra se utilizará el Inventario de Depresión de Beck (Beck & Steer, 1984; Mukhtar & Tian, 2008).

La Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS) ha sido traducida y validada al español por lo que se puede aplicar en la población definida para este estudio (Al Halabí et al. ,2016). Esta escala es una entrevista estructurada que recoge la aparición, la gravedad y la frecuencia de la conducta y los pensamientos suicidas durante el periodo de evaluación. Tiene el objetivo de medir cuatro pilares (Posner et al, 2011): 1) Gravedad de la Ideación, con una escala ordinal de 5 puntos siendo 1= deseos de morir y 5= ideación suicida con plan específico e intención 2) Intensidad de la ideación, compuesta por una subescala de 5 ítems, 2 de ellos con una escala ordinal de 5 puntos y los otros tres con una escala ordinal de 6 puntos 3) Conducta Suicida, para el cual se utilizó una subescala nominal para evaluar tentativas reales, interrumpidas, fallidas, actos preparativos y conducta autodestructiva no suicida 4) Letalidad de la Conducta Suicida, con una subescala que valora el nivel de daño médico real de la tentativa que se evalúa con una escala ordinal de 6 puntos (de 0 = no hay daño físico a 5 = muerte); si la letalidad real es 0, la letalidad potencial de la tentativa se clasifica según una escala ordinal de 3 puntos.

La fiabilidad de C-SSRS según la consistencia interna (α de Cronbach) es de 0.53 en la subescala de intensidad de la Ideación Suicida. La Sp-C-SSRS posee validez convergente y divergente adecuada, sensibilidad al cambio, así como una aceptable consistencia interna de las subescalas de gravedad e intensidad de la ideación, lo que

corroborar que es un instrumento fiable y válido para evaluar la ideación y la conducta suicida (Al Halabí et al., 2016).

Para evaluar las actitudes y conocimientos sobre suicidio y depresión se utilizarán ítems utilizados por el programa SOS basados en los conocimientos impartidos en las clases del Programa. Esta escala no se encuentra traducida al español, por lo que previamente se realizará la traducción de la misma, seguido de una prueba piloto con aproximadamente 20 estudiantes, correspondientes a una población similar de colegios públicos no municipales de la ciudad de Quito; La escala de conocimientos sobre depresión y suicidio tiene siete ítems de verdadero/falso que reflejan los temas centrales del programa SOS (por ejemplo: “las personas que hablan de suicidio realmente no se suicidan;” “la depresión es una enfermedad que los doctores pueden tratar”) (Schilling, 2016).

Las actitudes hacia la depresión y el suicidio serán medidas con una escala resumida de diez ítems que evalúa la probabilidad de intervenir con amigos suicidas y obtener ayuda para sí mismos si se sienten deprimidos o suicidas (Schilling, 2016). Por ejemplo: “alguien realmente quiere matarse, no hay mucho que pueda hacer al respecto”, “Un amigo me dijo que él/ella está pensando en cometer suicidio, yo lo mantendré en secreto”.) Las opciones de respuesta para esta escala van de “completamente en desacuerdo” a “completamente de acuerdo” en una escala de 5

puntos. Los valores más altos indican actitudes más favorables sobre intervenir con los amigos que exhiben depresión, ideación e intención suicida.

Finalmente, se empleará una escala para medir depresión, a través del inventario de Depresión de Beck. Este cuestionario cuenta con más de 500 estudios publicados que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica, así como su uso transcultural en investigación (Beck &Steer, 1984; Mukhtar &Tian, 2008). El BDI (Beck Depression Inventory). Comprende seis de los nueve criterios diagnósticos establecidos en el DSM-III. Estos criterios están medidos mediante 21 ítems en una escala de 4 puntos, la suma total del test es de 63 puntos. El inventario tiene una estructura factorial de dos dimensiones 1) cognitivo/afectivo, 2) Somático-vegetativo, cuyo alfa de Cronbach es .89 y .72 respectivamente (Mukhtar & Tian, 2008). Los ítems de esta escala miden aspectos como: tristeza, pesimismo, sentimientos de culpabilidad, desinterés social, insomnio, fatiga, irritabilidad, desinterés por el sexo, fatiga entre otras (Beltrán., Freyre & Hernández 2012). Los ítems son afirmaciones que se deben contemplar según las últimas dos semanas incluyendo el día de la evaluación y tienen cuatro opciones de respuesta (0,1,2,3) Ej. “En últimas semanas, incluyendo el día de hoy usted: 1) Tristeza, 0) No me siento triste, 1) Me siento triste gran parte del tiempo, 2) Me siento triste todo el tiempo, 3) Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo sopórtalo” (Beltrán., Freyre & Hernández 2012).

La aplicación del cuestionario tiene como objetivo referir a quienes tengan puntajes altos a un tratamiento clínico gratuito en la Clínica de Salud Mental de la Universidad San Francisco de Quito u otros proveedores de salud especializados de la ciudad.

Reclutamiento de los participantes

Para empezar, se obtendrá una autorización de la Secretaria Municipal de Educación, Recreación y Deporte del Municipio de Quito para el estudio de la efectividad del Programa SOS como parte del currículo escolar. A fin de establecer coordinación intersectorial para el abordaje del problema, se comunicará del estudio a la Secretaria Municipal de Salud. A continuación, se contactarán a las autoridades de los colegios Municipales de Quito con el objetivo de confirmar su participación en el estudio. Se indicará que la participación es voluntaria, que la información que se provea será confidencial, y que los resultados serán utilizados con fines investigativos.

Asimismo, se incluirán los requisitos para participar en el estudio, como ser estudiante y tener entre 10 y 19 años. Para los estudiantes menores de 18 años será requisito que su representante legal firme el consentimiento informado. Posteriormente, se les pedirá a todos los participantes que completen los cuestionarios pretest, incluyendo el Inventario de Depresión de Beck, La Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio y La Escala de Conocimientos y Actitudes hacia el Suicidio y la Depresión del Programa SOS.

El grupo experimental, participará por 12 semanas en clases grupales basadas en el Programa SOS, mientras que el grupo control no recibirá intervención durante el tiempo que dure el estudio.

Consideraciones éticas

En primer lugar, todos los participantes firmarán un consentimiento informado, en caso de ser menores de edad sus representantes legales lo harán. En el consentimiento informado se detallará toda la información y objetivos del estudio, además se indicará que la participación en la investigación es voluntaria, su información e identidad es confidencial y los datos obtenidos serán utilizados con fines de investigación. También se les comunicará que son libres de retirarse en cualquier momento durante el estudio.

Este estudio tendrá todas las consideraciones éticas por lo tanto se proveerá de información sobre daños y consecuencias negativas de la participación en el estudio en el consentimiento informado, recalando los temas sensibles que se tratarán en la intervención. Además, se comunicará que la confidencialidad tiene un límite en caso de que alguna de las herramientas de medición arroje un resultado positivo para eminente riesgo suicida ; En cuyo caso se contactará a la persona con un profesional de la salud mental de la Clínica de Salud Mental de la Universidad San Francisco de Quito u otro prestador especializado en la ciudad.

Además, dada la efectividad del estudio, se considera ético que todos los estudiantes participantes tengan acceso a la intervención por lo que se aplicará la intervención en los colegios del grupo control una vez terminado el estudio.

RESULTADOS ESPERADOS

Una vez aplicada la intervención, se esperaría observar una correlación significativa negativa entre los resultados de la Escala de Actitudes y Conocimientos sobre Depresión y Suicidio y La Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS) en el grupo experimental que tuvo 12 semanas de clases del Programa SOS. Se espera que mientras aumente el conocimiento sobre suicidio y depresión, mejoren las actitudes hacia estas dos áreas y por ende la conducta suicida disminuya. Además, se espera encontrar una diferencia significativa en los resultados de la escala de actitudes y conocimientos en ambos grupos en el pre y post test, siendo el grupo experimental el grupo con mejores resultados, observando de esta manera el incremento de conocimiento sobre depresión y suicidio.

Otros estudios que han aplicado el Programa SOS han obtenido resultados similares. Por ejemplo, Schilling et al. (2015) encontró que la exposición al programa SOS está asociada significativamente con menos intentos de suicidio auto reportados en los 3 meses consecutivos al programa. Además, se encontró que los estudiantes del grupo de intervención eran un 64% menos propensos a reportar un intento de suicidio en los últimos tres meses en comparación con el grupo control (Schilling et al, 2015). Asimismo, se halló que la exposición al programa da como resultado un conocimiento sobre depresión y suicidio más grande y por tanto actitudes más favorables hacia intervenir con amigos suicidas y buscar ayuda para sí mismos.

De igual forma, Aseltine et al. (2007), realizó un estudio para evaluar la efectividad del programa SOS y encontró que existen índices de intentos de suicidio significativamente más bajos en el grupo que recibe la intervención. Además, se observó un mayor conocimiento y actitudes más adaptativas sobre la depresión y el suicidio entre los estudiantes de dicho grupo. Asimismo, se observó que la

raca/etnicidad, grado y género no alteraron el impacto de la intervención en ninguno de los resultados obtenidos para este análisis. Ambos estudios confirman la efectividad del programa SOS y demuestran los importantes resultados de la intervención en poblaciones diversas exponiendo la utilidad de SOS como un programa de intervención universal.

Como otro resultado indirecto del estudio, se espera que el Municipio de Quito, implemente el programa de manera rutinaria dentro de su plan curricular, iniciando por los colegios que participaron como grupo control en el estudio.

DISCUSIÓN

Se propuso utilizar el programa de prevención de suicidio SOS como método de intervención debido a su reconocimiento a nivel mundial y su efectividad en poblaciones diversas. Después de la intervención se esperaba encontrar significativamente menos auto-reportes de intentos de suicidio en el grupo experimental, así como un incremento en los conocimientos sobre depresión y suicidio y actitudes más adaptativas hacia estas dos. Esta hipótesis es congruente con la literatura revisada previamente dado que Aseltine (2007) y Schilling (2015) obtuvieron resultados similares.

La propuesta del presente estudio es que el conocimiento sobre depresión y suicidio pueden mejorar las actitudes que se tiene con respecto estas temáticas y por lo tanto reducir la cantidad de intentos de suicidio auto-reportados significativamente. Se espera que después de la finalización del estudio las autoridades del Municipio de Quito competentes adopten el programa con el objetivo de institucionalizar la intervención; se espera que el programa sea replicado en las demás instituciones educativas adscritas al Municipio de Quito.

Además de los resultados que han sido investigados en estudios previos, se espera que esta intervención sea la primera de varios programas efectivos adoptados por las autoridades del Municipio de Quito y el país con el objetivo de mejorar el bienestar de sus habitantes a través de intervenciones y programas dirigidos a la promoción de la salud mental de las personas. Asimismo, se espera que la información recibida por los estudiantes sea compartida con sus padres y pares y se produzca un aprendizaje vicario.

Limitaciones del estudio

Para empezar, al ser un estudio basado en el auto-reporte podría estar sujeto a sugerencias en las respuestas lo que podría alterar los datos obtenidos. Sin embargo,

numerosos estudios, especialmente de psicología, han utilizado esta metodología obteniendo resultados consistentes en las investigaciones, por tanto, el riesgo de sesgo de respuesta por auto-reporte disminuye y no representa una falta grave a la metodología de investigación. Por otro lado, una limitación importante de este estudio es que no se evalúan los efectos del programa SOS a largo plazo sino únicamente tres meses después de la aplicación de la intervención. Esta es una limitación importante ya que el ideal sería que los efectos del programa se mantengan a largo plazo sin necesidad de renovar los conocimientos cada cierto tiempo.

Otra limitación del estudio es la utilización de una de las herramientas traducida al español, pero no validada en población hispanohablante, para minimizar errores en su traducción, se realizará un pilotaje de la herramienta en población similar. El cuestionario para medir conocimientos sobre depresión y suicidio adaptado por el Programa SOS y el cuestionario para medir actitudes hacia la depresión y el suicidio también adaptado por el Programa SOS no se encuentra validado en población hispanohablante. Esta limitación puede significar problemas importantes en la metodología que afecten los resultados del estudio, por lo tanto, se recalca la importancia de la validación de dichas herramientas en población hispanohablante.

Recomendaciones para futuros estudios

A pesar de que existen múltiples investigaciones para estudiar los efectos positivos de la intervención con el Programa SOS en adolescentes, estas investigaciones se enfocan en comprender los efectos a corto plazo, descuidando la evaluación del tiempo que estos efectos positivos duran en cada una de las poblaciones. Por esta razón, es importante que se extienda el plazo de evaluación del programa SOS, y se realice un seguimiento de 6 meses y 1 año después de la aplicación del programa para evaluar la efectividad a largo plazo y entender la necesidad de aplicar el programa más de una vez

en la vida estudiantil o complementar el seguimiento y monitoreo de los resultados con metodologías que permitan entender los impactos del programa de una manera sostenible.

Finalmente se recomienda validar las herramientas a utilizarse en la población ecuatoriana con el objetivo de reducir los sesgos y obtener resultados más acertados según el contexto cultural de nuestro país. A pesar de que dos de las tres herramientas propuestas para este estudio se encuentran traducidas y validadas en población hispanohablante, sería interesante observar si existirían cambios sustanciales en el contenido de estas escalas si fuesen validadas en población ecuatoriana, debido a que los contextos sociales, culturales y económicos de aplicación de las escalas son diferentes.

REFERENCIAS

- Agerbo, E., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *Bmj*, 325(7355), 74.
- Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, Rössler W (2008) Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ* 86(9):726–73
- Aseltine Jr, R. H., & DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *American Journal of Public Health*, 94(3), 446-451.
- Aseltine, R. H., James, A., Schilling, E. A., & Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*, 7(1), 161
- Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A., & Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families: a controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of general psychiatry*, 53(12), 1145-1152
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3- 4), 372-394.
- Chiles, J. A., Strosahl, K., Cowden, L., Graham, R., & Linehan, M. (1986). The 24 hours before hospitalization: factors related to suicide attempting. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16(3), 335-342.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24, 957–979.

- Goldsmith, S.K., Pellmar, T.C., Kleinman, A.M., & Bunney, W.E. (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. Washington, DC: National Academy Press.
- Goldston, D.B., Daniel, S.S., Reboussin, D.M., Reboussin, B.A., Frazier, P.H., & Kelley, A.E. (1999). Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 660–671.
- González-Andrade, F., López-Pulles, R., & Estévez, E. (2010). Acute pesticide poisoning in Ecuador: a short epidemiological report. *Journal of public health*, 18(5), 437-442
- González-Andrade, F., López-Pulles, R., Gascón, S., & Campayo, J. G. (2011). Epidemiological issues regarding suicides in Ecuador: an 8-year report. *Journal of Public Health*, 19(2), 161-169
- Gould, M.S., Greenberg, T., Velting, D.M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 386–405.
- Harel, O., Stratton, J., & Aseltine, R.H. (2011). Designed Missingness to Better Estimate Efficacy of Behavioral Studies. Paper presented at the Tenth Conference on Health Survey Research Methods, Hyattsville, MD.
- Hendin, H., Maltzberger, J. T., Lipschitz, A., Haas, A. P., & Kyle, J. (2001). Recognizing and responding to a suicide crisis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932(1), 169-187.
- Hintikka J, Koivumaa-Honkanen H, Lehto SM, Tolmunen T, Honkalamoi K, Haatainen K, Viinamäki H. (2009). Are factors associated with suicidal ideation

- true risk factors? A 3-year prospective follow-up study in a general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44:29–33
- INEC. (2012). *Mortalidad Adolescente*. Sistema Integrado de consultas electrónicas y estadísticas vitales. Disponible en <http://inec.gov.ec>
- Kelly BD, Davoren M, Mhaoláin AN, Breen EG, Casey P. (2009). Social capital and suicide in 11 European countries: an ecological analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44:971–977
- Lester, D. (1988). Youth suicide: a cross-cultural perspective. *Adolescence*, 23(92), 955.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., & Seeley, J.R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Science and Practice*, 3, 25–36.
- López-Cevallos, D. F., & Chi, C. (2009). Health care utilization in Ecuador: a multilevel analysis of socio-economic determinants and inequality issues. *Health policy and planning*, 25(3), 209-218
- Maltsberger, J. T., Hendin, H., Haas, A. P., & Lipschitz, A. (2003). Determination of precipitating events in the suicide of psychiatric patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(2), 111-119
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(10), 819.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Mehlum, L. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074.
- MedlinePlus (2015) *Health Information from the National Library of Medicine*. Retrieved February 20, 2018. Disponible en <https://medlineplus.gov>

Whitten, N., & Runa, S. (1976). *Ethnicity and Adaptation of Ecuadorian Jungle Quichua*. Urbana: University of Illinois Press

National Center for Health Statistics (US), & National Center for Health Services Research. (1991). Health, United States. US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Health Resources Administration, National Center for Health Statistics.

O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L., & Silverman, M.M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 237–252.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de Acción sobre salud mental 2013-2020*. Disponible en:

http://who.int/mental_health/publications/action_plan/es

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Suicidio*. Disponible en:

<http://www.who.int/topics/suicide/es/>

Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2003). Child and adolescent suicide:

Epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Pediatric Drugs*, 5, 243– 265.

Plutchik, R., & Van Praag, H. M. (1995). The nature of impulsivity: Definitions, ontology, genetics, and relations to aggression. *Impulsivity and aggression*.

Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner Jr, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., ... & Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 255-262

- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & James, A. (2016). The SOS suicide prevention program: Further evidence of efficacy and effectiveness. *Prevention science*, 17(2), 157-166
- Spirito, A., Overholser, J., Ashworth, S., & Morgan, J. (1988). Evaluation of a suicide awareness curriculum for high school students. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 705– 711.
- Shaffer, D., & Pfeffer, C. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7 Suppl.), 24S–51S.
- Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P., & Trautman, P. (1988). Preventing teenage suicide: A critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(6), 675-687.
- Szumilas, M., & Kutcher, S. (2011). Post-suicide intervention programs: a systematic review. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 18-29
- Tousignant, M., & Chela, T. (1991). Suicide in Third World Countries: The Case of Rural Ecuador. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 23(3), 191-198
- US Department of Health, & Human Services (Eds.). (2006). *Health, United States, 2005: With chartbook on trends in the health of Americans*. Claitor's Law Books and Publishing Division.
- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., ... & Muñoz, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134-142

- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of clinical psychology, 40*(6), 1365-1367
- Mukhtar, F., & Tian, O. (2008). Exploratory and confirmatory factor validation and psychometric properties of the Beck Depression Inventory for Malays (BDI-Malays) in Malaysia. *Malaysian Journal of Psychiatry, 17*, 17-25
- Universidad Complutense Madrid. (2006). Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica. Recuperado en abril 14, 2011, disponible en <http://www.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/proyecto.htm>
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental, 21*, 26-31.
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... & Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry, 168*(12), 1266-1277

ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE INSTITUCIONES

PARTICIPANTES.

Quito..... 2018

(Título Académico) Shajaly Calles.
Encargada del área de Salud Mental
MUNICIPIO DE QUITO

El propósito de la presente misiva es solicitar su permiso para la implementación del Programa de Prevención del Suicidio SOS como parte del proyecto de tesis cuantitativo de la Universidad San Francisco de Quito: “Programa de Intervención y Prevención del suicidio basado en el modelo de intervención Signos de Suicidio (SOS), aplicado a estudiantes de 10 a 19 años de colegios municipales en la ciudad de Quito”. El objetivo del proyecto investigativo es medir la efectividad del programa en la población de estudiantes de colegios municipales de Quito.

El Programa **SOS** es una de las intervenciones más utilizadas en Estados Unidos por sus excelentes resultados y su alta efectividad, todos los recursos y contenidos han sido creados y avalados por los diseñadores del programa. Durante la implementación del programa se proveerán todos los materiales y recurso humano necesario para su completo desarrollo. Personas capacitadas en el programa visitarán los colegios seleccionados aleatoriamente de la lista de colegios interesados en participar en la investigación y dictarán las clases del programa a la muestra de estudiantes cuyos padres hayan aceptado la participación en el estudio a través del consentimiento informado.

La duración de la implementación será de 5 meses, incluyendo la preparación a los profesores sobre la temática, la tabulación de resultados y la redacción del informe. Además, la universidad San Francisco de Quito ofrecerá tratamiento gratuito y diferenciado a aquellos estudiantes que se identifiquen en riesgo y lo soliciten.

Esperando la propuesta sea considerada me despido muy atentamente,

Emilia Zamora
Estudiante de la USFQ
0984432846
zemilia8@gmail.com

ANEXO B: CARTA A LOS DIRECTORES DE LOS COLEGIOS

PARTICIPANTES

Quito..... 2018

(Nombre del director/a de la Unidad Educativa)

Director/a

/(NOMBRE DE LA UNIDAD EDUCATIVA)

El propósito de la presente misiva es solicitar su permiso para la implementación del Programa de Prevención del Suicidio SOS en (NOMBRE DE LA UNIDAD EDUCATIVA), como parte del proyecto de tesis cuantitativo de la Universidad San Francisco de Quito: “Programa de Intervención y Prevención del suicidio basado en el modelo de intervención Signos de Suicidio (SOS), aplicado a estudiantes de 10 a 19 años de colegios municipales en la ciudad de Quito”. El objetivo del proyecto investigativo es medir la efectividad del programa en la población de estudiantes de colegios municipales de Quito.

El Programa **SOS** es una de las intervenciones más utilizadas en Estados Unidos por sus excelentes resultados y su alta efectividad, todos los recursos y contenidos han sido creados y avalados por los diseñadores del programa. Durante la implementación del programa se proveerán todos los materiales y recurso humano necesario para su completo desarrollo. Personas capacitadas en el programa visitarán su institución y dictarán las clases del programa a la muestra de estudiantes cuyos padres hayan aceptado la participación en el estudio a través del consentimiento informado. La duración de la implementación será de 5 meses, incluyendo la preparación a los profesores sobre la temática, la tabulación de resultados y la redacción del informe. Además, la universidad San Francisco de Quito ofrecerá tratamiento gratuito y diferenciado a aquellos estudiantes que se identifiquen en riesgo y lo soliciten.

Agradeciendo de antemano su apertura me despido,

Emilia Zamora

Estudiante de la USFQ

0984432846

zemilia8@gmail.com }

ANEXO C: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



*

Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Programa de Intervención y Prevención del suicidio basado en el modelo de intervención Signos de Suicidio (SOS), aplicado a estudiantes de 10 a 19 años de colegios municipales en la ciudad de Quito.

Organización del investigador USFQ

Nombre del investigador principal: Emilia Cristina Zamora Moncayo

Datos de localización del investigador principal 0984432846/zemilia8@gmail.com

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación para saber si un programa de prevención del suicidio tiene un efecto sobre las conductas suicidas en estudiantes adolescentes de 10 a 19 años de colegios municipales de Quito.

Propósito del estudio (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

Este estudio tiene el objetivo de determinar la efectividad del Programa de Prevención del Suicidio SOS. Se quiere conocer si el programa disminuye las conductas suicidas en estudiantes de 10 a 19 años de colegios municipales de Quito. Para esto, se dividirán a los estudiantes en dos grupos, un grupo recibirá 12 semanas de clases del programa SOS, mientras que el otro grupo no recibirá tratamiento durante esas 12 semanas. Antes y después del tratamiento se evaluará la presencia de conductas suicidas y los conocimientos sobre depresión y suicidio con el objetivo de evaluar la efectividad de la intervención.

Descripción de los procedimientos (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

Inicialmente se reclutarán a los colegios participantes a través de una carta de permiso dirigida al Municipio de Quito. Posteriormente, de los colegios interesados en participar, se seleccionará aleatoriamente a 6 colegios. Una vez seleccionados los colegios se procederá a dividir en dos grupos aleatoriamente, grupo control y el grupo experimental, ambos grupos de colegios deberán completar: Escala de Conocimientos y Actitudes hacia la Depresión y el Suicidio, el Inventario de Depresión de Beck y la Columbia-Escala de severidad suicida.

Los colegios del grupo experimental recibirán 12 sesiones de clases grupales del programa SOS. Por otro lado, el grupo control no recibirá ninguna intervención durante esas 12 semanas. Después de las 12 semanas, se volverá a evaluar a ambos grupos con las medidas: Escala de Conocimientos y Actitudes hacia la Depresión y el Suicidio, el Inventario de Depresión de Beck y la Columbia-Escala de severidad suicida.

8

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Los riesgos potenciales que pueden existir son: herir la sensibilidad psicológica o emocional con respecto a los reactivos propuestos que tratan temáticas controversiales. Se puede esperar una aversión o negación a responder los reactivos de forma honesta debido a las temáticas presentadas. No existen riesgos físicos. Se minimizará este posible impacto psicológico que atente a la sensibilidad de las opiniones personales mediante una explicación del estudio y la aseveración de la confidencialidad de los datos.

Los beneficios para los participantes incluyen las 12 semanas de capacitación en el tema, la posibilidad de tener tratamiento gratuito en caso de encontrarse en riesgo y además los estudiantes podrán tener un estudio de referencia para potenciales trabajos de investigación posteriores. Finalmente, los participantes podrán utilizar sus resultados para cualquier fin.

Confidencialidad de los datos (*se incluyen algunos ejemplos de texto*)

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y el participante tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante (*se incluye un ejemplo de texto*)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. 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 al siguiente teléfono 0984432846 que pertenece a Emilia Zamora, o envíe un correo electrónico a zemilia8@gmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado (*Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito*)

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.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo (<i>si aplica</i>)	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

-

ANEXO D: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN.**D.1 Inventario de Depresión de Beck.****Inventario de Depresión de Beck.**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13) .

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

- Mi apetito no ha disminuido.

- No tengo tan buen apetito como antes
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
1-10	Estos altibajos son considerados normales.
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20	Estados de depresión intermitentes.
21-30	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave.
+40	Depresión extrema.

*Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

D.2. Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS)

IDEACIÓN SUICIDA

Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de “Comportamiento suicida”. Si la respuesta a la pregunta 2 es sí, haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es “sí”, complete la sección “Intensidad de la ideación” más abajo.

1. Deseos de morir

El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarme dormido/a y no despertar.

¿Ha deseado estar muerto/muerta o quedarse dormido y no despertar?

Si la respuesta es sí, describa:

.....

2. Pensamientos suicidas activos no específicos

Pensamientos no específicos de querer terminar con su vida/suicidarse (p. ej., “He pensado en suicidarme”) sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plan durante el período de evaluación.

¿Ha pensado realmente en matarse?

Si la respuesta es sí, describa:

.....

3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar.

El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p.ej., ha pensado en el método para suicidarse, pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: “He

pensado en tomar una sobredosis, pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo”

¿Ha pensado en cómo podría hacerlo?

Si la respuesta es sí, describa:

.....

4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico.

El/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener cierta intención de llevarlos a cabo, a diferencia de que dijera “Tengo estos pensamientos, pero definitivamente no los voy a llevar a cabo”

¿Ha tenido estos pensamientos y alguna intención de llevarlos a cabo?

Si la respuesta es sí, describa:

.....

5. Ideación suicida activa con plan específico e intención.

Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo.

¿Ha empezado a elaborar o ya tiene elaborados los detalles de cómo se va a matar?

¿Tiene la intención de llevar a cabo este plan?

Si la respuesta es sí, describa:

.....

INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN

Las siguientes características deben ser evaluadas con respecto al tipo más severo de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos severo y 5 siendo el más severo).

Ideación más seria:

Tipo N (1-5)

Descripción de la Ideación

Frecuencia

¿Cuántas veces ha tenido estos pensamientos?

- 1) Menos de una vez por semana.
- 2) Una vez por semana.
- 3) De 2 a 5 veces por semana.
- 4) Diariamente o casi diariamente
- 5) Muchas veces al día

Duración

Cuando tiene esos pensamientos, ¿Cuánto tiempo duran?

- 1) Fugaces/pocos segundos o minutos.
- 2) Menos de 1/hora algo de tiempo.
- 3) De 1 a 4 horas/ mucho tiempo
- 4) De 4 a 8 horas/ la mayor parte del día.
- 5) Más de 8 horas/ persistentes o continuos

Control

¿Podría/puede dejar de pensar en matarse o en querer morirse si lo desea?

- 1) Puede controlar los pensamientos fácilmente.
- 2) Puede controlar los pensamientos con muy poca dificultad.
- 3) Puede controlar los pensamientos con alguna dificultad.
- 4) Puede controlar los pensamientos con mucha dificultad
- 5) No puede controlar los pensamientos

- 1) No corresponde

Impedimentos

¿Hay cosas- alguien o algo (p ej., la familia, la religión, el dolor al morir)- que hayan evitado que quisiera morir o que se dejara llevar por los pensamientos suicidas?

- 2) Los impedimentos definitivamente detuvieron sus intentos de suicidio.
- 3) Los impedimentos probablemente lo/la detuvieron.
- 4) No está seguro/a de los impedimentos lo hayan detenido.
- 5) Los impedimentos probablemente no lo detuvieron.
- 6) Los impedimentos definitivamente no lo detuvieron.
- 1) No corresponde.

Razones para la ideación.

¿Qué razones ha tenido para pensar en querer morirse o matarse? ¿Puede que haya sido para terminar con el dolor o con la manera en que se sentía (es decir, no podía seguir viviendo con ese dolor o con la manera en que se sentía) o para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás? ¿O ambas posibilidades?

- 2) Absolutamente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás.
- 3) Mayormente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás.
- 4) Igualmente, para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás y para terminar con el dolor.
- 5) Mayormente para terminar con el dolor (no podría seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía)
- 6) Absolutamente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía)
- 1) No corresponde.

COMPORTAMIENTO SUICIDA

(Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)

Intento real:

Un acto potencialmente autodestructivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir como resultado de este. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. Un acto potencialmente autodestructivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir *como resultado del mismo*. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay *cierta* intención o deseo de morirse asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. *No es necesario que haya alguna herida o daño*, sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiere, esto se considera un intento.

Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención.

¿Ha intentado suicidarse?

¿Ha hecho algo para hacerse daño?

¿Ha hecho algo peligroso por lo cual podría haberse muerto?

¿Qué hizo?

¿Usted _____ como una manera de terminar con su vida?

¿Quería morirse (aunque fuera un poco) cuando usted _____?

¿Estaba tratando de terminar con su vida cuando usted _____?

¿O pensó que era posible que podría haber muerto por _____?

¿O lo hizo sólo por otras razones o sin NINGUNA intención de suicidarse (como aliviar el estrés, sentirse mejor, obtener empatía o para que pasara otra cosa)?

(Comportamiento autodestructivo sin intención suicida)

Si la respuesta es "sí", describa:

.....

¿Ha tenido la persona un comportamiento autodestructivo no suicida?

Intento interrumpido:

Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autodestructivo (*si no fuera por eso, el intento habría ocurrido*). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero no las ingiere.

Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntándose hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo la detiene.

¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para terminar con su vida pero alguien o algo lo/la detuvo antes de que lo hiciera?

Si la respuesta es "sí", describa:

.....

Intento abortado:

Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa.

¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para tratar de terminar con su vida pero se detuvo antes de hacerlo?

Si la respuesta es "sí", describa:

.....

Actos o comportamiento preparatorios:

Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida).

¿Ha hecho algún preparativo para un intento suicida o para matarse (como juntar pastillas, comprar una pistola, regalar posesiones valiosas o escribir una nota suicida)?

Si la respuesta es "sí", describa:

.....

Suicidio:

Responda solamente por intentos reales

Grado de letalidad y lesiones:

1. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales).

2. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces).
3. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de conducto sanguíneo principal).
4. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable, pero puede recuperarse, fracturas graves).
5. Daño físico grave: necesita hospitalización con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital).
6. Muerte

Letalidad potencial: conteste solamente si hay causa de muerte real = 0

Muerte probable en el intento real, aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: se puso una pistola dentro de la boca y apretó el gatillo, pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara).

0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones

1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones, pero no de muerte

2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible

Finalmente, la Escala de Actitudes y Conocimientos sobre Depresión y Suicidio creada por SOS, tiene un costo incluido en el valor del programa, se mantiene oculta su información.

ANEXO E: CARTA PARA DERIVACIÓN A TRATAMIENTO CLÍNICO

Derivación a Tratamiento Clínico

Si obtuviste una puntuación mayor a 21 en el inventario de depresión de Beck te recomendamos acceder al tratamiento clínico gratuito en los Sistemas Médicos de la Universidad San Francisco de Quito.

Si respondiste sí a la pregunta 2 de la Escala de Severidad Suicida Columbia (C-SSRS) te recomendamos acceder al tratamiento clínico gratuito en los Sistemas Médicos de la Universidad San Francisco de Quito.

Llena tu información en el siguiente espacio y te contactaremos.

Información de Contacto:

Nombres:

Edad:

Número de Contacto:

ANEXO F: MATERIAL DE ENSEÑANZA DEL PROGRAMA SOS



Signs of Suicide Middle School

Implementer Resources

- [IMPLEMENTING SOS](#)
- [STAFF TRAINING](#)
- [PARTNERING WITH PARENTS](#)

Classroom Resources

- [IMPLEMENT SOS](#)
- [SUPPLEMENTAL MATERIALS](#)
- [HELPLINES & RESOURCES](#)

[TAKE THE SURVEY](#) TELL OUR USERS SOMETHING ABOUT WHY THIS IS BENEFICIAL





