

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA  
INDOAMÉRICA**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA  
SALUD**

**CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**TEMA:**

---

**“AUTOCONCEPTO EN RELACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAS DE LA COMUNIDAD LGBTI DE LA ASOCIACIÓN “ES MI FAMILIA” DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018”**

---

**Trabajo de investigación previo a la obtención del Título de Licenciada en Psicología de la Universidad Tecnológica Indoamérica. Modalidad Proyecto de Investigación.**

**Autor**

Quinde Manzano Erika Cristina

**Tutor**

Msc. Moreno Proaño Gilda Marianela

**Quito**

**2019**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, Moreno Proaño Gilda Marianela C.I. 100224069-3 en mi calidad de tutora del trabajo de titulación nombrado por el Comité Curricular de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Tecnológica Indoamérica:

Certifico:

Que el Trabajo de Titulación AUTOCONCEPTO EN RELACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAS DE LA COMUNIDAD LGBTI DE LA ASOCIACIÓN “ES MI FAMILIA” DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018, desarrollado por Quinde Manzano Erika Cristina, estudiante de la Carrera de Psicología para optar por el Título de Psicóloga General ha sido revisado en todas sus partes y considero que dicho informe investigativo, reúne los requisitos técnicos, científicos y reglamentarios, para ser sometido a sustentación pública y evaluación por parte del tribunal Examinador.

Quito, 26 de junio de 2019

---

Msc. Moreno Proaño Gilda Marianela

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

El abajo firmante, en calidad de estudiante de la Carrera de Psicología, declara que los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de su persona como autor de este Trabajo de Titulación.

Quito, 26 de junio de 2019

---

Erika Cristina Quinde Manzano

180498544-6

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA  
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA  
DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, Quinde Manzano Erika Cristina, declaro ser autora del Proyecto de Tesis, titulado “AUTOCONCEPTO EN RELACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAS DE LA COMUNIDAD LGBTI DE LA ASOCIACIÓN “ES MI FAMILIA” DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018” como requisito para optar al grado de “Psicóloga”, autorizo al Sistema de Bibliotecas de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional (RDI-UTI).

Los usuarios del RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo, acepto que los Derechos de Autor, Morales y Patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes, producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Quito, a los veintiséis días del mes de junio de 2019, firmo conforme:

**Autor:** Quinde Manzano Erika Cristina.

**Firma**

**Número de Cédula:** 180498544-6

**Dirección:** Francisco Burgueño y Francisco García (Carcelén)

**Correo Electrónico:** erika.manzano95@gmail.com

**Teléfono:** 0984474551

## **APROBACIÓN TRIBUNAL**

El trabajo de Investigación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: “AUTOCONCEPTO EN RELACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAS DE LA COMUNIDAD LGBTI DE LA ASOCIACIÓN “ES MI FAMILIA” DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018”, previo a la obtención del Título de Psicóloga General, reúne los méritos suficientes para ser sometido a disertación pública.

Para constancia firman:

.....

DRA. MARINA CALVO MSC.

**PRESIDENTE**

.....

PS. PAULINA PÉREZ MSC.

**VOCAL**

.....

LIC. AQUILES GALINDO MSC

**VOCAL**

**Quito, .....**

## **DEDICATORIA**

Dedico este proyecto primero a Dios porque ha estado conmigo en cada paso, brindándome fortaleza para continuar.

A mis padres José y Betty, quienes son mi mayor bendición, les tengo una profunda admiración porque son un claro ejemplo de perseverancia, nunca ha importado el frío o el calor, si es de día o de noche, la alegría o la tristeza, siempre han estado ahí; hoy soy quien soy gracias a ellos que me inculcaron valores, me enseñaron a siempre luchar y a dar lo mejor de mí; a ustedes que siempre corrigieron mis fallas y celebraron mis triunfos, les dedico este logro.

A mi hermana Carolina, quien siempre ha estado junto a mí, aconsejándome, dándome ánimo para afrontar cada reto, ella es mi inspiración, así como un gran ejemplo de constancia y superación.

Los amo

**Erika**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mis padres, José y Betty, quienes con su amor, esfuerzo y paciencia me han permitido cumplir todas mis metas, gracias por ser un ejemplo de esfuerzo y valentía; por siempre estar junto a mí y por alentarme a superar cada adversidad que se me presenta haciéndome saber que soy capaz de lograr todo lo que me proponga.

A mi hermana Carolina, por su amor y apoyo incondicional, por ser una mujer así como una profesional ejemplar.

A mis abuelitos maternos y paternos quienes han sido como mis ángeles velando siempre por mi bienestar, gracias por sus sabios consejos y amor inquebrantable

Agradezco a mi tutora, Msc. Gilda Moreno, por ser un apoyo y guía en la elaboración de este proyecto, a mis profesores por compartir sus conocimientos con tanto amor y devoción haciendo que ame y me apasione la Psicología.

A Rodrigo, gracias por apoyarme, alentarme y por siempre impulsarme a dar lo mejor de mí; gracias a su hermosa familia, en especial a sus padres por la acogida y motivación que siempre me han brindado.

Finalmente agradezco a mis amigos por su apoyo incondicional en todo momento.

**Erika**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>PRELIMINARES</b>	<b>Pág.</b>
TEMA .....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN .....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA .....	iii
AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA .....	iv
APROBACIÓN TRIBUNAL.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT .....	xiv
<b>CAPÍTULO I</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
El Problema .....	5
Contextualización .....	6
Macro.....	6
Meso .....	6
Micro .....	8
Antecedentes .....	9
Contribución teórica, económica, social y/o tecnológica .....	10
<b>CAPÍTULO II</b> .....	11
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	11
Ideación Suicida .....	11
Definición de ideación suicida.....	11
Variedades clínicas de ideación suicida .....	12
Signos y síntomas.....	14
Factores de riesgo.....	15



Autoconcepto.....	16
Definiciones .....	16
Tipos de Autoconcepto .....	25
Cómo se forma el autoconcepto.....	28
Componentes del Autoconcepto .....	28
Autoconcepto y Autoestima.....	29
Comunidad LGBTI .....	29
Justificación.....	32
Objetivos .....	33
Objetivo General .....	33
Objetivos Específicos .....	33
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>34</b>
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>34</b>
Diseño del trabajo.....	34
Tipo de Investigación .....	34
Área de estudio.....	34
Población y muestra .....	35
Instrumentos de investigación.....	36
Procedimientos para obtención y análisis de datos .....	37
Actividades .....	38
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>41</b>
<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>41</b>
Diagnóstico de la situación actual.....	41
Análisis e Interpretación .....	48
Análisis Descriptivo .....	48
Autoconcepto Laboral – Ideación Suicida.....	49
Autoconcepto Social – Ideación Suicida .....	50
Autoconcepto Emocional – Ideación Suicida.....	51
Autoconcepto Familiar – Ideación Suicida.....	52
Autoconcepto Físico – Ideación Suicida .....	53
Comprobación de las hipótesis .....	54

<b>CAPÍTULO IV</b> .....	55
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	55
Conclusiones .....	55
Recomendaciones.....	56
Discusión .....	57
<b>CAPÍTULO V</b> .....	59
<b>PROPUESTA</b> .....	59
Tema de la Propuesta .....	59
Justificación .....	59
Objetivos .....	60
Objetivo General .....	60
Objetivos Específicos .....	60
Estructura Técnica de la Propuesta .....	60
Argumentación Teórica .....	61
Diseño Técnico de la Propuesta.....	62
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	71
<b>ANEXOS</b> .....	74
Anexo 1 Cuestionario de Autoconcepto AF5 .....	74
Anexo 2 Escala De Intencionalidad Suicida De Beck .....	76
Anexo 3 Dinámica “Tela de Araña” (Sesión 1).....	80
Anexo 4 Frase motivacional (Sesión 2).....	81
Anexo 5 Dinámica “Nombres y Adjetivos” (Sesión 3).....	82
Anexo 6 Formato de actividad para cierre (Sesión 3) .....	83
Anexo 7 Dinámica “El sol brilla en...” (Sesión 4) .....	84
Anexo 8 Dinámica “¿Quién soy?” (Sesión 5) .....	85
Anexo 9 Dinámica “COCOTERO” (Sesión 7).....	86
Anexo 10 Dinámica “Grupo de Estatuas” (Sesión 8) .....	87
Anexo 11 Carta de Agradecimiento .....	88

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla N° 1: Definición de LGBTI .....	30
Tabla N° 2: Población y Muestra.....	35
Tabla N° 3: Aplicación de Test AF-5 y SSI.....	39
Tabla N° 4: Niveles de Autoconcepto .....	41
Tabla N° 5: Valores de Ideación Suicida .....	47
Tabla N° 6: Análisis Descriptivo.....	48
Tabla N° 7: Autoconcepto Laboral – Ideación Suicida .....	49
Tabla N° 8: Correlaciones .....	49
Tabla N° 9: Autoconcepto Social – Ideación Suicida.....	50
Tabla N° 10: Correlaciones .....	50
Tabla N° 11: Autoconcepto Emocional – Ideación Suicida.....	51
Tabla N° 12: Correlaciones .....	51
Tabla N° 13: Autoconcepto Familiar – Ideación Suicida .....	52
Tabla N° 14: Correlaciones .....	52
Tabla N° 15: Autoconcepto Físico – Ideación Suicida.....	53
Tabla N° 16: Correlaciones .....	53
Tabla N° 17: Propuesta de Intervención: “MÍRATE BIEN” .....	62
Tabla N° 18: Hablando de mi.....	63
Tabla N° 19: Derrocando ideas .....	64
Tabla N° 20: Pregunta sin parar .....	65
Tabla N° 21: Conociendo mis fortalezas y debilidades .....	66
Tabla N° 22: Yo soy capaz, Yo puedo.....	67
Tabla N° 23: Mi familia y yo .....	68
Tabla N° 24: Aprendiendo a aceptarme y amarme.....	69
Tabla N° 25: Un nuevo y mejor yo.....	70

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
Gráfico N° 1: Población y Muestra .....	36
Gráfico N° 2: Autoconcepto Laboral.....	42
Gráfico N° 3: Autoconcepto Social. ....	43
Gráfico N° 4: Autoconcepto Emocional. ....	44
Gráfico N° 5: Autoconcepto Familiar.....	45
Gráfico N° 6: Autoconcepto Físico .....	46
Gráfico N° 7: Ideación Suicida.....	47
Gráfico N° 8: Sexo de la muestra. ....	48

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**RESUMEN EJECUTIVO**

**TEMA: “AUTOCONCEPTO EN RELACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN PERSONAS DE LA COMUNIDAD LGBTI DE LA ASOCIACIÓN “ES MI FAMILIA” DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL AÑO 2018”**

**AUTORA:**

Quinde Manzano Erika Cristina

**TUTORA:**

Moreno Proaño Gilda Marianela

**RESUMEN**

La presente investigación se orienta a determinar la relación entre el autoconcepto y la ideación suicida en las personas LGBTI de la asociación “Es Mi Familia” en la ciudad de Quito. Se trabajó con una muestra de 150 personas, para ello se utilizó el cuestionario AF - 5 (autoconcepto) y la escala SSI (ideación suicida). El estudio realizado es de tipo transversal y de campo. Los resultados obtenidos permitieron establecer que el autoconcepto tiene una correlación inversa con la ideación suicida es decir a mayor autoconcepto menor ideación suicida y viceversa. Dichos resultados permitirán brindar un adecuado acompañamiento psicológico a todas las personas de dicha comunidad para una mejor inserción social a través de la incrementación del autoconcepto.

**PALABRAS CLAVE:** autoconcepto, ideación suicida, LGBTI.

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**EXECUTIVE ABSTRACT**

**THEME: “SELF-CONCEPT IN RELATION TO THE SUICIDAL IDEATION OF THE LGBTI PEOPLE OF THE "ES MI FAMILIA" ASSOCIATION, QUITO, 2018”**

**AUTHOR:**

Quinde Manzano Erika Cristina

**TUTOR:**

Moreno Proaño Gilda Marianela

**ABSTRACT**

This research is aimed at determining the relationship between self-concept and suicidal ideation in LGBTI people of the "Es Mi Familia" association, in the city of Quito. We worked with a sample of 150 people, for this we used the questionnaire SCF - 5 (self - concept) and the suicidal ideation scale (SIS). The study carried out the transversal and field type. The results obtained allowed to establish that self-concept has an inverse correlation with suicidal ideation, that is to say, greater self-concept, less suicidal ideation and vice versa. These results will provide an adequate psychological support to all the people of that community for a better social insertion through the increase of self-concept.

**KEY WORDS:** self-concept, suicidal ideation, LGBTI.

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo de investigación tiene como fin determinar la relación que existe entre el autoconcepto y la ideación suicida en las personas de la comunidad LGBTI de la asociación “Es Mi Familia” en la ciudad de Quito, considerando que es un tema de mucha relevancia, pues de acuerdo al medio en que se desenvuelven se ven más propensos a sufrir distintos tipos de rechazo o conductas que atenten su bienestar físico y/o psicológico.

La comunidad LGBTI cuyas siglas representan a lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales, los cuales en varias ocasiones han sido rechazados, irrespetados y hasta violentados, por esta razón tienen problemas relacionados a la salud mental, por sentirse “diferentes” o “enfermos” por tener una orientación sexual diferente a los estándares sociales establecidos.

A lo largo de la historia la comunidad LGBTI ha luchado por su inserción social, pues en varias ocasiones por sentir exclusión y rechazo se han visto obligados a esconder su orientación sexual, aislándose, desvalorizándose y en ocasiones más catastróficas llegaban al suicidio. Según (Tenutto, 2005) el autoconcepto es tan importante ya que abarca la totalidad de los pensamientos y sentimientos que cada persona tiene sobre sí misma. Es por ello que se busca trabajar el autoconcepto de una comunidad que ha sido tan vulnerada; cabe recalcar que a medida que pasa el tiempo esta comunidad se va empoderando y a su vez logrando ser más aceptada por ende también una mejor integración social, esto consecuentemente beneficia al autoconcepto de las personas LGBTI.

Una encuesta que se realizó en la comunidad LGBTI en el 2014 después de observar las constantes discriminaciones que existían ante ellos, demostró que el

47% de la población muestra un autoconcepto bajo, y un 25 % de homosexuales presentan un buen autoconcepto, conllevando a mantener relaciones estables con la sociedad, muchos de estos acuden a consulta por auto-conceptos que tienen hacia ellos mismos producto de las diversas opiniones, rechazos, insultos verbales e incluso agresiones físicas que han sufrido por parte de la sociedad.

La homosexualidad sigue siendo uno de los temas más controversiales de la sociedad a nivel mundial, han existido actos homofóbicos a nivel físico como psicológico provocando que las personas LGBTI repriman su orientación sexual afectando directamente su autoconcepto que es indispensable para el desarrollo personal y social.

El autoconcepto se lo puede definir como la opinión que una persona tiene sobre sí misma, se trata de un conjunto de ideas que consideramos que nos definen. En definitiva, el autoconcepto es el conjunto de características (estéticas, físicas, afectivas, etc.) que sirven para definir la imagen del "yo". (Padrón, 2013): “Un buen autoconcepto puede considerarse la clave para la formación personal, el aprendizaje, las relaciones satisfactorias, la autorrealización y la felicidad de los individuos”.

Investigaciones publicadas orientadas al estudio de la ideación suicida en relación con la desesperanza, la autoestima y problemas psicosociales, han demostrado que la ideación suicida es un síntoma que presenta conflictos interno y externos que se relaciona con la depresión, los fracasos de la vida, la aceptación errónea de uno mismo; lo que deriva en diferentes modelos explicativos agrupados en dos grandes categorías: aquellas orientadas a factores intrapsíquicos o fisiológicos y las orientadas a factores psicosociales (Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2001, Pág. 4-15)



Mientras tanto la ideación suicida implica todos los pensamientos que los individuos tienen relacionados a desear y formular planes de cometer suicidio; en otras palabras la ideación suicida tiene que ver con los planes para ejecutar la intención de acabar con la propia vida y con la intención en sí misma de quitarse la vida.

Este trabajo investigativo se desarrolló en cinco capítulos que son:

**EL PROBLEMA:** Establece objetivamente la contextualización macro, meso y micro de la investigación, los antecedentes de las variables y la contribución específica del proyecto investigativo.

**CAPÍTULO I.- MARCO TEÓRICO:** Se desarrolla de una manera clara las fundamentaciones y bases teóricas de cada variable (autoconcepto e ideación suicida), la justificación y los objetivos de esta investigación.

**CAPÍTULO II.- METODOLOGÍA:** Contiene el diseño del trabajo, área base de estudio donde se ejecutó la evaluación, enfoque, población y muestra objeto de la investigación. Se explica brevemente los instrumentos utilizados para medir las variables, además incluye el procedimiento que se realizó para la obtención y análisis de datos, y por último las actividades realizadas.

**CAPÍTULO III.- ANÁLISIS DE RESULTADOS:** En este capítulo se describe el diagnóstico principal de la situación actual, el análisis e interpretación de los datos obtenidos y la comprobación de la hipótesis planteada previamente en la investigación. A través de gráficos y cuadros sencillos y comprensibles se realiza un análisis minucioso de los resultados expuestos en la evaluación.

**CAPÍTULO IV.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:** Engloba los resultados obtenidos de la investigación, se determina las respectivas conclusiones, recomendaciones y discusiones; respondiendo al objetivo general y los objetivos específicos.

**CAPÍTULO V.- LA PROPUESTA:** En este capítulo se plantea un enfoque claro encaminado a prevenir niveles depresivos en la institución, permitiendo una dinámica de enseñanza-aprendizaje más cálida y comprometida.

Se incluye la propuesta, la justificación, los objetivos, la estructura técnica, argumentación teórica y el diseño técnico.

Para finalizar, dentro de la investigación se adjuntó la bibliografía y los anexos respectivos.

## EL PROBLEMA

La comunidad LGBTI, en sus inicios sufrió muchos acosos que iban deteriorando su manera de verse ellos mismos razón por la cual los niveles de intentos autolíticos eran elevados. (Viteri, 2002) afirma: “Las personas LGBTI no solo tienen una lucha por la aceptación social sino que también tienen una lucha con ellos mismo por aceptarse y valorarse como son, no sentirse como personas enfermas o extrañas solo por tener gustos diferentes”. (p. 30)

El autoconcepto, es el concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual; razón por la cual cuando una persona tiene un nivel bajo de autoconcepto esta propenso a tener ideas suicidas ya que no se valora a sí mismo. (Massenzana, 2017)

La ideación suicida implica todos los pensamientos «que los individuos tienen respecto a desear y formular planes de cometer suicidio». El rango de la ideación varía de breves a exhaustivos pensamientos, planeación detallada, representaciones e intentos no exitosos. Pueden ser deliberadamente creados para no completarse o ser descubiertos o con la plena intención de acabar en la muerte, pero la persona sobrevive. (Rosales, Córdova y Ramos, 2012)

Por dichas razones surge la importancia de conocer como el autoconcepto se relaciona con la ideación suicida en personas LGBTI, ya que los problemas de autoconcepto generan cambios negativos como la aparición de ideas suicidas, sobre todo en poblaciones tan vulnerables y expuestas a discriminación como lo es esta comunidad.

## **Contextualización**

### **Macro**

De acuerdo con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) existe una gran preocupación por los altos índices de violencia que se registran contra las personas LGBTI en el continente americano. Esto se evidencia en la falta de adopción de medidas efectivas para prevenir, investigar, sancionar y reparar actos de violencia cometidos contra dichas personas.

La CIDH destaca que los actos de violencia contra este grupo de personas suelen demostrar altos niveles de ensañamiento y crueldad; por ejemplo en varios casos documentados, los cuerpos sin vida de personas LGBTI demuestran que han sido torturados, sus genitales mutilados, sus cuerpos descuartizados y marcados con símbolos que denotan altos niveles de prejuicio, comúnmente denominados a estos actos homofóbicos como “crímenes de odio”.

Según datos de la ONU al menos 76 países aún tienen leyes contra las relaciones entre personas del mismo sexo, y en unos cinco de estos se castiga con la pena de muerte lo cual contribuye a que las personas LGBTI escondan su orientación sexual.

### **Meso**

Ecuador; el país visibiliza poco a poco la homosexualidad mientras lucha contra la homofobia en una sociedad considerada aún conservadora y que busca lograr la igualdad de derechos dentro de la diversidad, manifestaron representantes de diferentes colectivos sociales.

Análisis y debates sobre la diversidad de género se han incrementado en el país en los últimos años, en especial con la Constitución de 2008 en la que se reconoció a la “familia en sus diversos tipos” y “la unión estable y monogámica entre dos personas libres de vínculo matrimonial que formen un hogar de hecho”.

El tema de la discriminación se activó en la más reciente campaña electoral para la presidencia, en la que el Tribunal Contencioso Electoral sancionó a Nelson Zavala por haber emitido varias opiniones consideradas intolerantes y homofóbicas durante su proselitismo en busca del sillón presidencial. En Ecuador, las parejas del mismo sexo no se pueden casar, pero pueden acceder a la unión civil.

En Ecuador las personas LGBTI cada vez buscan que sus derechos sean respetados e igualitarios, así como una mejor inserción social, es decir, no ser juzgados por tener una orientación sexual “diferente” a lo establecido por los estándares sociales, pues dicha comunidad ha sufrido tantos rechazos y su bienestar tanto físico como psicológico ha sido violentado en un sin número de ocasiones provocando que ellos mismos se desvaloricen.

Según el INEC (2013) en su investigación “Primera Investigación (estudio de caso) sobre Condiciones de Vida, Inclusión Social y Derechos Humanos de la población LGBTI en Ecuador”, obtuvo como resultados que el 15,94% de la población LGBTI entrevistada en algún momento estuvo o está involucrada con actividades de trabajo sexual; también se pudo evidencia que los amigos son las personas que más conocen la orientación sexual de los entrevistados con un 95%, seguido de los hermanos con un 81%, en nivel de rechazo el padre es el que menos acepta la orientación sexual con el 13%. La investigación también demostró que del total de la población LGBTI entrevistada, el 70,9% reportó que vivieron alguna experiencia de discriminación en su entorno familiar de los cuales el 72,1% sufrió algún tipo de experiencia de control, el 74,1% experimentó algún tipo de imposición, el 65,9% sufrió rechazo y el 61,4% violencia. La forma de rechazo más recurrente que sufren la población LGBTI es que: “Dejaron de hablarle uno o más familiares” con un 26,2%. Y en las situaciones de violencia, el 35,3% de la población LGBTI entrevistada, ha recibido “gritos, insultos, amenazas y burlas”. Finalmente En términos de discriminación y violencia, el

mayor porcentaje de eventos se suscitan en espacios públicos, mientras que en términos de exclusión estos se dan en mayor medida en espacios privados.

## **Micro**

En Quito aún hay intolerancia; una serie de distintas formas de discriminación que se viven día a día, sirven de recordatorio de que la tolerancia no llega mucho más allá del sector de La Mariscal donde existen varios establecimientos dedicados exclusivamente a las personas homosexuales, conocidos coloquialmente como “bares gay”, en esta zona de la capital la comunidad LGBTI siente un poco más de libertad al manifestar muestras de afecto.

“No se puede dar un criterio que identifique la situación de la comunidad gay en Quito en forma general. Hay manifestaciones bastante contradictorias en torno al tema. Aunque La Mariscal es un sitio seguro para la comunidad LGBTI, hay otros lugares, en las zonas residenciales o más populares de Quito donde las manifestaciones públicas de afecto no son concebibles”, dice Efraín Soria, presidente de la Fundación Ecuatoriana de Equidad.

En la ciudad de Quito aún no se visibiliza totalmente la dura realidad de las personas LGBTI quienes son víctimas de discriminaciones y agresiones, que van afectando su autoconcepto provocando que miren como única solución quitarse la vida.

La capital cada vez busca más la tolerancia y el respeto por la orientación sexual de esta comunidad, es así que los colores del arco iris se tomarán las instalaciones de varias entidades públicas a través de unos adhesivos que propagan el eslogan ‘Quito libre de trans-lesbo-homofobia’. Esta iniciativa es organizada por el Municipio, cuyo objetivo principal es concientizar sobre que la orientación sexual de una persona no es causa para discriminarla y mucho menos agredirla.

## **Antecedentes**

En 1990 se produjo uno de los hitos de la historia LGBTI, la OMS retiró la homosexualidad de la clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud; desde entonces los homosexuales ya no pueden ser discriminados por considerarlos “enfermos” o “trastornados”, ni tienen que sufrir las peligrosas terapias de reorientación sexual, aunque los detractores de la homosexualidad sigan considerando que se retiró de la lista no por criterios científicos sino por las presiones políticas de las organizaciones homosexuales.

Las personas LGBTI pertenecen a un grupo minoritario relevante en la comunidad, cuyo reconocimiento despierta un sin número de reacciones emocionales, percepciones y actitudes, la mayoría de tendencia negativa. Las percepciones y actitudes de rechazo se deben en gran parte a los prejuicios contra este grupo minoritario, que a menudo conduce a una estigmatización de las personas LGBTI.

Según el INEC (2013) en su investigación “Primera Investigación (estudio de caso) sobre Condiciones de Vida, Inclusión Social y Derechos Humanos de la población LGBTI en Ecuador”, obtuvo como resultados que el 15,94% de la población LGBTI entrevistada en algún momento estuvo o está involucrada con actividades de trabajo sexual; también se pudo evidenciar que los amigos son las personas que más conocen la orientación sexual de los entrevistados con un 95%, seguido de los hermanos con un 81%, en nivel de rechazo el padre es el que menos acepta la orientación sexual con el 13%. La investigación también demostró que del total de la población LGBTI entrevistada, el 70,9% reportó que vivieron alguna experiencia de discriminación en su entorno familiar de los cuales el 72,1% sufrió algún tipo de experiencia de control, el 74,1% experimentó algún tipo de imposición, el 65,9% sufrió rechazo y el 61,4% violencia. La forma de rechazo más recurrente que sufren la población LGBTI es que: “Dejaron de hablarle uno o más familiares” con un 26,2%. Y en las situaciones de violencia, el

35,3% de la población LGBTI entrevistada, ha recibido “gritos, insultos, amenazas y burlas”. Finalmente En términos de discriminación y violencia, el mayor porcentaje de eventos se suscitan en espacios públicos, mientras que en términos de exclusión estos se dan en mayor medida en espacios privados.

### **Contribución teórica, económica, social y/o tecnológica**

Con esta investigación se contribuirá en el aspecto **teórico**, ya que servirá a futuras investigaciones como fuente de referencia e información ya que se conocerá la correlación que existe entre el autoconcepto y la ideación suicida de las personas LGBTI; su aporte será significativo ya que existen escasos estudios sobre la relación que tiene el autoconcepto con la ideación suicida.

La contribución **social** al realizar este estudio es significativa pues los beneficiarios serán los miembros de la comunidad LGBTI, sobre todo los integrantes de la asociación “Es Mi Familia”, contribuyendo en el desarrollo de un mejor autoconcepto, lo cual permitirá reducir la ideación suicida y mejorar sus relaciones sociales. Con esta investigación se podrá conocer el nivel de autoconcepto como de ideación suicida, implementando así una psicoterapia para incrementar el autoconcepto y disminuir la ideación suicida en los integrantes de la asociación “Es Mi Familia”, logrando que sean capaces de integrarse socialmente, sintiéndose respetados; siendo individuos plenos y preparados para la sociedad.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **Ideación Suicida**

##### **Definición de ideación suicida**

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, cualquier persona que se plantee el suicidio experimenta pensamientos o ideas suicidas. La ideación suicida se define como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”. Además, en esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto autolesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte. (Pérez, 2001, p. 90)

Conducta suicida como “una conducta agresiva, cuya meta es la obtención de la muerte a través de un acto de autolesión, realizado con el propósito consciente de la autodestrucción”. (Rendón y Yampey, 2000, p. 567)

La conducta suicida no se correlaciona estrictamente con ningún cuadro psiquiátrico en particular; sin embargo, todos los autores coinciden en que la patología mental al igual que la enfermedad física son factores de riesgo para cometer suicidio así como los factores psicosociales. (Rendón y Yampey, 2000, p. 567)

## Variedades clínicas de ideación suicida

Según (Pérez, 2016) Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría, la ideación suicida puede manifestarse de las siguientes maneras:

- **Idea suicida sin planeamiento de la acción:** Es aquella idea en la cual el individuo expresa deseos de matarse aunque no sabe cómo hacerlo. Es frecuente que al preguntarle cómo ha pensado quitarse la vida, responda: “No sé”.
- **Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado:** Es aquella en la que el sujeto expresa deseos de matarse y maneja varios métodos sin decidirse aún por uno específico. Es común cuando se le pregunta de qué forma ha pensado quitarse la vida, responda lo siguiente: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, tirándome delante del tren”.
- **Idea suicida con un método específico pero no planificado:** Es aquella idea en la que el individuo desea morir, ha elegido un método específico, pero aún no ha considerado cuándo hacerlo, en qué lugar y qué precauciones ha de tomar para llevar a cabo el suicidio.
- **Plan suicida:** Es aquella idea que, además de expresar sus deseos de autoeliminación, contiene el método específico, el lugar determinado y las precauciones que ha de tomar para lograr no ser descubierto y alcanzar el propósito anhelado de morir. Es muy grave cuando se presenta.

Todas estas manifestaciones de la ideación de autodestrucción deben ser exploradas, si el paciente no las manifiesta, pues la comunicación y el diálogo abierto sobre el tema no incrementan el riesgo de desencadenar el acto, como erróneamente se considera y es una valiosa oportunidad para iniciar su prevención.

Según (Pérez, 2016) cuando el individuo no “verbaliza” sus ideas suicidas, se puede llegar a sospecharlas mediante determinadas manifestaciones como las siguientes:

- Restar importancia a las ideas suicidas, minimizarlas, sobre todo con una sonrisa y expresiones como: “No te preocupes por mí”, “No me va a pasar nada”.
- El cese de la angustia, una sensación de paz y tranquilidad internas, un período de calma después de una fase de agitación, son signos de grave peligro suicida, pues se ha resuelto el conflicto entre los deseos de vivir y los deseos de morir a favor de estos últimos (la calma antes de la tormenta).
- Comparar su situación con la similar de una persona que se suicidó: “Fulano se mató cuando supo que tenía cáncer” (y a él se le está investigando para diagnosticarle un cáncer).
- Apuntan hacia la presencia de una idea suicida las conductas asumidas cuando se le pregunta si ha pensado en quitarse la vida, entre las que se destacan el llanto sin pronunciar palabra alguna, bajar la cabeza y mirar el piso, hacer silencio repentino, motivado por la propia pregunta; fruncir el ceño, mostrarse intranquilo o angustiado, etc.
- La tenencia escondida del futuro método para cometer suicidio (acumular tabletas, llevar consigo el tóxico, la soga, etc.)
- Ingerir bebidas alcohólicas en cantidades y con una frecuencia inusuales que llaman la atención de quienes lo conocen, mediante lo cual el individuo trata de lograr “el valor” necesario para llevar a cabo sus intenciones.

Mientras más planificada sea la idea suicida, el riesgo de cometer suicidio se incrementa considerablemente.

## Signos y síntomas

Según el personal de (Mayo Clinic, 2018) los siguientes son algunos signos y síntomas de pensamientos suicidas:

- Hablar acerca del suicidio; por ejemplo, hacer afirmaciones como «voy a matarme», «quisiera estar muerto» o «desearía no haber nacido».
- Obtener los medios para atentar contra tu propia vida, como comprar un arma o almacenar píldoras.
- Retraimiento de la vida social y deseo de estar solo.
- Tener cambios de humor, como pasar de estar eufórico un día a estar profundamente desalentado al día siguiente.
- Preocuparse por la muerte, por el hecho de morir o por la violencia.
- Sentir desesperanza o impotencia ante una situación.
- Aumentar el consumo de alcohol o de drogas.
- Sufrir cambios en la rutina normal, por ejemplo, cambios en la alimentación y en los horarios de sueño.
- Hacer cosas riesgosas o autodestructivas, como consumir drogas o conducir con imprudencia.
- Regalar las pertenencias o dejar en orden los asuntos materiales cuando no existen motivos lógicos para hacerlo.
- Despedirse de las personas como si la despedida fuera definitiva.
- Desarrollar cambios de personalidad o estar sumamente ansioso o agitado, en particular al experimentar algunos de los signos de advertencia antes indicados.

Los signos de advertencia no siempre son evidentes y pueden variar de una persona a otra. Algunas personas dejan en claro sus intenciones, en tanto que otras conservan en secreto sus pensamientos y sentimientos suicidas.

## Factores de riesgo

Si bien el intento de suicidio es más frecuente en mujeres, los hombres presentan una tendencia mayor que las mujeres a concretar el suicidio ya que, por lo general, utilizan métodos más efectivos, como armas de fuego.

Puede existir riesgo de suicidio en los casos siguientes:

- Sentir desesperanza, desvalorización, agitación, aislamiento social o soledad.
- Experimentar sucesos de vida estresantes, como la muerte de un ser querido, el servicio militar, una ruptura sentimental, problemas legales o financieros
- Reconocer un problema de abuso de sustancias; abuso de drogas o de alcohol pueden agravar los pensamientos suicidas ocasionando que se sienta lo suficientemente temerario o impulsivo para ejecutarlos
- Tener un trastorno psiquiátrico preexistente, como depresión profunda, trastorno de estrés postraumático o trastorno bipolar
- Tener antecedentes familiares de trastornos mentales, de abuso de sustancias, de suicidio o de violencia, como maltrato físico o abuso sexual
- Ser lesbiana, gay, bisexual o transgénero y que la familia no le brinde apoyo o su entorno sea hostil
- Haber intentado suicidarse en el pasado.

En niños y adolescentes, por lo general, el suicidio se produce a consecuencia de acontecimientos estresantes de la vida. Lo que una persona joven percibe como algo grave e insuperable, por ejemplo los problemas en la escuela o la pérdida de una amistad, a un adulto puede parecerle insignificante. En ciertos casos, es posible que un niño o un adolescente tengan la intención de suicidarse debido a determinadas circunstancias de la vida sobre las que no quiere hablar, entre ellas:

- Padecer de un trastorno psiquiátrico, como la depresión
- Una pérdida o un conflicto que involucre a sus amigos o familiares cercanos
- Antecedentes de maltrato físico o de abuso sexual
- Problemas de consumo de alcohol o drogas

- Problemas físicos o afecciones médicas, por ejemplo, quedar embarazada o contraer una infección de transmisión sexual
- Ser víctima de hostigamiento
- Sentir incertidumbre acerca de la orientación sexual
- Leer o escuchar el relato de un suicidio o haber conocido a alguien de su edad que se haya suicidado.

## **Autoconcepto**

### **Definiciones**

Un punto de vista generalizado sobre el desarrollo del autoconcepto y, especialmente el de los autores que trabajan bajo la perspectiva de la multidimensionalidad estructural y funcional, o aquellos con un punto de vista parecido, es que su evolución camina de una etapa inicial principalmente indiferenciada a una progresiva diferenciación con el paso del tiempo. Además, también existe cierto acuerdo en suponer que a lo largo de los años en que el autoconcepto se forma, las facetas del autoconcepto tienen diferente peso y su importancia explicativa también varía. En general, las descripciones que los adolescentes realizan de sí mismos, a medida que aumenta la edad, se vuelve más complejas y sutiles. Pero, además de en su complejidad, las autodescripciones también varían respecto a las áreas más significativas y, finalmente, se refieren cada vez más a aspectos relacionados con atributos de personalidad, intereses y aficiones, ideas, actitudes y valores. (Alcaide, 2009)

Es la opinión que una persona tiene sobre sí misma, que lleva asociado un juicio de valor. El autoconcepto puede definirse como todas aquellas ideas, hipótesis y creencias que tenemos de nosotros mismos, es decir, la forma en la que nos percibimos. (Massenzana, 2017)

(Massenzana, 2017) destaca tres características esenciales:

- Es innato: el autoconcepto se va formando con la experiencia y la imagen proyectada o percibida en los otros. Además depende del lenguaje simbólico.
- Es un todo organizado: el individuo tiende a ignorar las variables que percibe de él mismo que no se ajustan al conjunto y tiene su propia jerarquía de atributos a valorar.
- Es dinámico: puede modificarse con nuevos datos, provenientes de una reinterpretación de la propia personalidad o de juicios externos.

Además, como atributo dinámico el autoconcepto se ve retroalimentado positiva o negativamente por nuestro entorno social, siendo determinante las opiniones o valoraciones de las personas. Así el autoconcepto también ha sido entendido como la percepción que el individuo tiene de sí mismo, basada directamente en sus experiencias con los demás, y en las atribuciones que él mismo hace de su conducta.

“El autoconcepto no es heredado, sino que es el resultado de la acumulación de autopercepciones obtenidas a partir de las experiencias vividas por el individuo en su interacción con el ambiente”. (Núñez y González, 1994). A medida que pasan los años se va formando un autoconcepto cada vez más estable y con mayor capacidad para dirigir nuestra conducta. Las autopercepciones se desarrollan en un contexto social lo cual implica que el autoconcepto y su funcionamiento particular están vinculados al contexto inmediato. Sin embargo, las autopercepciones también dependen de las características evolutivas de la persona en cada momento de su desarrollo. En consecuencia, el desarrollo del autoconcepto puede ser visto desde un enfoque interaccionista: el ambiente posibilita ciertas experiencias las cuales serán tratadas según las posibilidades evolutivas. Las diferentes dimensiones o áreas del autoconcepto y su importancia en la elaboración del propio sentido personal, se encuentran fuertemente relacionadas con la edad de los individuos. Un ejemplo de ello lo constituye el hecho de que mientras en las primeras edades los niños reconocen su necesidad de los padres para su

supervivencia, en la adolescencia tiene mayor importancia los iguales y el logro de la independencia familiar.

Un punto de vista generalizado sobre el desarrollo del autoconcepto y, especialmente el de los autores que trabajan bajo la perspectiva de la multidimensionalidad estructural y funcional, o aquellos con un punto de vista parecido, es que su evolución camina de una etapa inicial principalmente indiferenciada a una progresiva diferenciación con el paso del tiempo. Además, también existe cierto acuerdo en suponer que a lo largo de los años en que el autoconcepto se forma, las facetas del autoconcepto tienen diferente peso y su importancia explicativa también varía. En general, las descripciones que los adolescentes realizan de sí mismos, a medida que aumenta la edad, se vuelve más complejas y sutiles. Pero, además de en su complejidad, las autodescripciones también varías respecto a las áreas más significativas y, finalmente, se refieren cada vez más a aspectos relacionados con atributos de personalidad, intereses y aficiones, ideas, actitudes y valores. (Alcaide, 2009)

En términos generales, el autoconcepto es la percepción de sí mismo; de manera específica, son las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a las propias capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social. Aunque los utilizados con mayor frecuencia son autoconcepto y autoestima, algunos autores (Hughes, 1984) reconocen la tendencia a utilizarlos como sinónimos; pero en líneas generales, se acepta que el autoconcepto engloba ambos aspectos.

El autoconcepto se considera una característica inherente al ser humano. Implica juicios que le permiten conocerse, reconocerse y definirse; esto es, forman parte de su conciencia de ser y estar. Debido a que se define desde diversos enfoques, se pueden utilizar diferentes términos como conocimiento de sí mismo, autoestima, imagen de sí mismo y autoconcepto de sí. La formación del autoconcepto se da fundamentalmente por la socialización entre el mundo de los padres y los iguales (Oñate, 1989).



El autoconcepto es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que tiene el individuo respecto a si mismo. Es una experiencia subjetiva que la persona hace conocer a otros a través de informes verbales y de otras conductas expresivas patentes. El autoconcepto implica considerar la conducta del individuo no sólo a través de la perspectiva de personas externas, sino también y desde la perspectiva interna o subjetiva del individuo, de cómo actúa y se comporta. De la manera en que percibe y construye el medio donde se desenvuelve y del cual su autoconcepto constituye el punto central en una construcción significativa y única en el individuo. (Burns, 1990)

(Mori, 1989): El autoconcepto, ha sido desde hace mucho tiempo un tema de interés para los psicólogos, pero es en la década de los ochenta que aparece como un legítimo constructo teórico al interior de la Psicología Clínica, y de la Psicología Educativa. (Como se cita en Ruíz, 2002).

(Markus, 1977) menciona que el autoconcepto es una estructura cognitiva organizada que se forma a partir de la experiencia que uno tiene de sí mismo. Así como los individuos retienen nociones estereotipadas y generalizadas acerca de otras personas, también mantienen nociones estereotipadas de sí mismas. Y que el intento para organizar, resumir o explicar la propia conducta resulta en la formación de estructuras cognitivas acerca de sí mismo, a las que llama esquema del sí mismo u organización del sí mismo. Estas son generalizaciones cognitivas derivadas de la experiencia social del individuo. Esto distingue a personas con un esquema fuerte para autodefinirse, de aquellos que no lo poseen. Las primeras pueden procesar información de sí mismos con rapidez, predecir sus conductas futuras, resistir la información incongruente, y evaluar la relevancia de la misma información. (Como se cita en Bower, 1983)

(Sevilla, 1991) define el autoconcepto como: la percepción que se tiene de sí mismo, como un fenómeno social que está en moldeamiento constante, es el centro de la personalidad y es lo que lleva al ser humano a saber lo que es y lo que

quiere ser, a plantearse metas y a darle un sentido a su vida, no conformándose con sólo sobrevivir. Se puede definir al autoconcepto como el conjunto de conceptos que se tienen acerca de uno mismo en términos de inteligencia, creatividad, intereses, aptitudes, rasgos conductuales y apariencia personal (Como se cita en Bruno, 1995).

Esta imagen se encuentra determinada por la acumulación integradora de la formación tanto externa como interna, juzgada y valorada mediante la interacción de los sistemas de estilos y valores. La acumulación de información elaborada proviene de la coordinación entre lo que el sujeto ya dispone y lo nuevo que debe integrar.

En consecuencia, (González- Pineda, Núñez, González y García, 1995) afirman que: “el autoconcepto es una de las variables centrales del ámbito de la personalidad”. (Como se cita en Walker, 2005)

El precursor de los estudios del autoconcepto fue (William James, 1890) de su trabajo deriva gran parte de lo que en la actualidad se escribe acerca del sí mismo.

Este autor señala que: se pueden distinguir dos dimensiones dentro del self (o persona), el sí mismo o Yo, como conocedor, pensador, agente de conducta; y el sí mismo o Mí, del que tenemos conocimiento, “la suma total de cuanto un hombre puede llamar suyo”. (Como se cita en Jiménez, 2004)

Después (González y Tourón, 1994) desarrolló su idea del yo reflejado, que postula que el autoconcepto es un reflejo de las percepciones que uno tiene acerca de cómo aparece ante los otros. Destaca así la importancia de los grupos primarios y de las personas que el individuo aprecia, en la formación y desarrollo del autoconcepto. El autoconcepto, la opinión que uno tiene de sí mismo, es un factor importante de la personalidad, que sirve de pauta interpretativa y guía de las experiencias vitales. Existen diversos aspectos de la persona que se hallan relacionados con el autoconcepto, como núcleo alrededor del que giran cualidades y experiencias. (Como se cita en Jiménez, 2004)

(Linch, 1981) define el autoconcepto como: un conjunto de reglas para procesar información que rige la conducta. Sugiere la existencia de aspectos evolutivos en su desarrollo y dirige su atención a las consecuencias afectivas negativas para el niño cuando las reglas acerca de sí mismo no son válidas. La frustración, ansiedad, agresión, y apatía pueden ligarse al autoconcepto. (Como se cita en Mc Coach, 2002).

(Epstein, 1973) sostiene que: “el autoconcepto es una teoría del sí mismo, es una teoría que el individuo ha construido inadvertidamente como resultado de sus experiencias en el medio social”. (Como se cita en Mc Coach, 2002).

(Suls & Greenwald): “El autoconcepto, constituye uno de los más importantes y significativos reguladores de la conducta humana”. (Como se cita en Ruíz, 2002).

Debido a que, es de gran importancia para la experiencia vital de individuo, para su salud psíquica, su actitud hacia sí mismo y hacia los demás, por lo tanto, para el desarrollo constructivo de su personalidad. El autoconcepto puede ser generalmente positivo o generalmente negativo. Si es generalmente positivo para que el individuo logre una adecuada adaptación, alcance felicidad personal y para un funcionamiento eficaz. Si la persona no posee un autoconcepto adecuado, no puede estar abierta a sus propias experiencias afectivas, especialmente a los aspectos desfavorables de su carácter. La autodeterminación o independencia afectiva son aspectos que también se ven afectados negativamente por la no posesión de un autoconcepto desarrollado. (Villa & Auzmendi, 1999).

Los estudios que llevó a cabo el psicólogo investigador Stanley Coopersmith (citado por Bruno, 1995) sugiere que es en la infancia donde residen algunos de los antecedentes principales de la autoestima.

(Villa y Auzmendi, 1999) mencionan que: una persona con escasa autoestima no se muestra tal y como es ante los demás, sino que representa

ante ellos los papeles que considera oportunos en cada momento. La falta de autoestima influye notablemente en el bienestar espiritual, en el propio nivel de satisfacción y, sobretodo, en la propia salud y capacidad psíquica. La posesión o no posesión de un autoconcepto fuerte influye tanto sobre la propia persona como sobre los demás. En la relación con los demás, el autoconcepto influye ya que una persona con un buen autoconcepto adopta menos actitudes de defensa, puede percibir la realidad con mayor autenticidad y puede aceptar a los otros con mayor facilidad. Su “Yo Real”, la forma en cómo se ve la gente a sí misma; y su “Yo Ideal”, cómo le gustaría verse a la persona, muestran menos discrepancias y gracias a ello se facilita el contacto con otros.

(Woolfolk, 1999) menciona que: el autoconcepto se desarrolla en consecuencia de la constante evaluación que realiza el niño de sí mismo en situaciones diferentes como puede ser en la casa o en la escuela que son los contextos más importantes en el desarrollo del mismo.

De acuerdo con (Myers y Spencer, 2001) el autoconcepto es: “un conjunto de conceptos internamente consistentes y jerárquicamente organizados; es una realidad compleja integrada por aspectos más concretos como lo son el aspecto físico, el social, el emocional y el académico”. Estos autores, plantean que el autoconcepto es dinámico, ya que cambia con la experiencia integrando nuevos datos e información; se desarrolla a partir de experiencias sociales, especialmente con personas significativas para el individuo y es necesario mantenerlo como una forma de adquirir integridad y seguridad; además de ser resultado de la experiencia y plantean que va cambiando a lo largo del ciclo vital.

(Ríos, 1994) define el autoconcepto como: un conjunto organizado y cambiante de percepciones que se refieren al sujeto. Como ejemplo de estas percepciones, están las características, los atributos, las cualidades, los defectos, las capacidades, los límites y las relaciones que el sujeto reconoce como descriptivos de sí y que él percibe como datos de su identidad. De esta forma se puede decir que el sí mismo

es la zona más íntima de la vida, el cual desempeña un papel importante en la conciencia, en la personalidad y en el organismo.

(DiCaprio, 1985) postula que al describirnos a nosotros mismos, recurrimos a nuestro propio concepto del –yo-, que puede ser o no una representación exacta de nuestro yo real. En donde podemos tener una noción de lo que desearíamos ser, nuestra versión idealizada del yo, que se adapta como el yo real provocando conflictos internos y realizando una comparación entre los logros y los desempeños.

Para (Bruno, 1995) el autoconcepto se empieza a formar a muy temprana edad, tal vez en la etapa de los 18 meses a los 3 años. Es importante señalar que la calidad de las relaciones que ha tenido el niño desde su nacimiento, promueven el crecimiento y desarrollo de su autoconcepto, así como su capacidad cognitiva y su motivación de logro, por lo que plantea que el autoconcepto se va desarrollando a la par con el desarrollo del niño. Antes de la aparición del lenguaje el niño ya tiene una percepción de lo que está adentro y de lo que está afuera de sus fronteras corporales; esto lo logra explorando su medio y su cuerpo mediante los sentidos. Como la valía del niño depende del sentimiento de seguridad, dado por la satisfacción de sus necesidades y de su aceptación emocional, se requiere que el niño logre percibirse como un individuo genuinamente aceptado y valorizado por sí mismo. Esto se logrará dependiendo de las actitudes parentales de aceptación y valorización.

(Satir, 1991): “Ya que se ha visto que los padres que tienen un nivel positivo de autoconcepto tienen más probabilidades de crear familias sanas y nutridas, en contraste con aquellos padres con baja autoestima que sólo van a generar relaciones conflictivas”. (Como se cita en Acevedo 2003).

(Powell, 1989): enumera diez signos que en su opinión, son manifiestos en quienes se aceptan a sí mismos, de manera auténtica los cuales son: Las personas que se aceptan a sí mismas son felices; Les resulta fácil

relacionarse con los demás; Siempre están abiertas a ser amadas y elogiadas; Tienen el poder de ser realmente ellas mismas; Se aceptan tal como son en el momento presente; Son capaces de reírse de sí mismas con frecuencia y sin dificultad; Tienen la habilidad de reconocer y atender sus propias necesidades (físicas, emocionales, intelectuales, sociales y espirituales); Son independientes. Aquí se menciona que las personas extraen sus normas de su propio interior, no de los demás; Mantienen un buen contacto con la realidad; Son asertivos (derecho a los pensamientos propios y a elegir por sí mismos).

(Ríos, 1994) al respecto dice que: el autoconcepto es un conjunto de percepciones, creencias y actitudes que la persona realiza sobre sí misma, y que influye considerablemente en el comportamiento; las percepciones pueden ser diferentes y alterarse dependiendo de la diversidad de situaciones a las que se enfrenta y de su capacidad para resolverlas satisfactoriamente, estas intervendrán notoriamente en su comportamiento en la medida que conserve la coherencia entre esas diferentes percepciones.

(Tranché, 2000) menciona que: quienes se aceptan, son independientes debido a que extraen las normas desde su propio interior, no de los demás; mantienen un buen contacto con la realidad, pueden disfrutar la vida tal y como es y no fantasean sobre lo que pudo haber sido.

(González, 1987) muestra que existen varios modelos de autoconcepto:

- El primero se llama “Modelo Antiguo” cuyo punto de vista de análisis del autoconcepto es el más viejo y tradicional. En este modelo se ve al autoconcepto y a la autoestima como unidimensional.
- El modelo jerárquico” es una pirámide en la que se sugiere que el autoconcepto es una estructura multidimensional. La noción general de autoconcepto se encuentra en la cima de la pirámide, hay niveles intermedios y en la base se encuentran las nociones específicas.

- El “modelo taxonómico” también ve al autoconcepto como multifacético, sin embargo, señala que el hecho de cambiar un aspecto del autoconcepto no llevará al cambio de otro aspecto del mismo.
- Por último, el “Modelo Compensatorio” en el cual el autoconcepto tiene diferentes facetas, que se encuentran interrelacionadas, de manera que si se encuentra un autoconcepto bajo en un área, va a ser compensada por otra área que no tenga relación. Este es el modelo que se aplica a estudiantes con necesidades especiales.

### **Tipos de Autoconcepto**

- **Autoconcepto Familiar**

Se refiere a la percepción que tiene el sujeto de su implicación, participación e integración en el medio familiar. El significado de este factor se articula en torno a dos ejes. El primero se refiere específicamente a los padres en dos dominios importantes de las relaciones familiares como con: la confianza y el afecto. El segundo eje hace referencia a la familia y al hogar con cuatro variables, dos de ellas formuladas positivamente (me siento feliz y mi familia me ayudaría) aluden al sentimiento de felicidad y de apoyo, y las otras dos, formuladas negativamente (mi familia está decepcionada y soy muy criticado) hace referencia al sentimiento de no estar implicado y de no ser aceptado por los otros miembros familiares.

Este factor, que es uno de los más importantes del autoconcepto, correlaciona positivamente con el rendimiento escolar y laboral, con el ajuste psicosocial, con el sentimiento de bienestar, con la integración escolar y laboral, con la conducta pro social, con valores universalistas, y con la percepción de salud física y mental. También correlaciona negativamente con la sintomatología depresiva, la ansiedad y el consumo de drogas. (Gracia y Musitu, 2014, p.18)

- **Autoconcepto Físico**

Este factor hace referencia a la percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico y de su condición física. El factor gira en torno a dos ejes que son complementarios en su significado. El primer alude a la práctica deportiva en su vertiente social. El segundo hace referencia al aspecto físico. Un autoconcepto físico alto significa que se percibe físicamente agradable, que se cuida físicamente y que puede practicar algún deporte adecuadamente y con éxito. Se podría decir lo contrario de un puntaje bajo en este concepto. Este autoconcepto correlaciona positivamente con la percepción de salud, con el autocontrol, con la percepción de bienestar, con el rendimiento deportivo, con la motivación de logro y con la integración social y escolar. (Gracia y Musitu, 2014, p.19)

- **Autoconcepto Social**

Se refiere a la percepción que tiene el sujeto de su desempeño en las relaciones sociales. Dos ejes definen esta dimensión: el primero hace referencia a la red social del sujeto y a su facilidad o dificultad para mantenerla y ampliarla; el segundo eje, se refiere a algunas cualidades importantes en las relaciones interpersonales. El autoconcepto social correlaciona positivamente con el ajuste psicosocial, con el bienestar psicosocial, con el rendimiento académico y laboral, con la estima de profesores y superiores, con la aceptación y estima de compañeros, con la conducta pro social y con los valores universalistas; y negativamente, con los comportamiento disruptivos, la agresividad y la sintomatología depresiva. (Gracia y Musitu, 2014, p.17)



- **Autoconcepto Académico/Profesional**

Se refiere a la percepción que el sujeto tiene de la calidad del desempeño de su rol, como estudiante y como trabajador. La dimensión hace referencia a dos ámbitos o escenarios: el académico y el laboral, que en realidad, en este caso específico, es más una diferenciación de períodos cronológicos que de desempeño de roles, puesto que ambos contextos (laboral y académico) son dos contextos de trabajo. Semánticamente, la dimensión gira en torno a dos ejes: el primero se refiere al sentimiento que el estudiante o el trabajador tiene del desempeño de su rol a través de sus profesores o superiores (buen trabajador, buen estudiante...) y, el segundo se refiere a cualidades específicas valoradas especialmente en ese contexto (inteligente, estima, buen trabajador/a). Esta dimensión correlaciona positivamente con el ajuste psicosocial, el rendimiento académico/laboral, la calidad de la ejecución del trabajo, la aceptación y estima de los compañeros, el liderazgo y la responsabilidad; y, negativamente, con el absentismo académico/laboral y el conflicto. (Gracia y Musitu, 2014, p.17)

- **Autoconcepto Emocional**

Hace referencia a la percepción del sujeto de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana. El factor tiene dos fuentes de significado: la primera hace referencia a la percepción general de su estado emocional (soy nervioso, me asusto con facilidad) y la segunda a situaciones más específicas (cuando me preguntan, me hablan, etc.), donde la otra persona implicada es de un rango superior (profesor, director, etc.).

Un autoconcepto emocional alto significa que el sujeto tiene control de las situaciones y emociones, que responde adecuadamente y sin nerviosismo a los diferentes momentos de su vida, y lo contrario sucede, normalmente, con un autoconcepto bajo. El autoconcepto emocional correlaciona

positivamente con las habilidades sociales, el autocontrol, el sentimiento de bienestar y la aceptación de los iguales; y, negativamente, con la sintomatología depresiva, con la ansiedad, con el consumo de alcohol y cigarrillos, y con la pobre interacción social en el aula y en el ámbito laboral. (Gracia y Musitu, 2014, p.18)

### **Cómo se forma el autoconcepto**

Para el psicólogo humanista (Rogers, 1959) había tres partes importantes que forman y conforman el autoconcepto:

- **Autoimagen o cómo te ves a ti mismo:** Esta imagen no necesariamente debe coincidir con la realidad.
- **Autoestima o cuánto te valoras a ti mismo:** Hay una serie de factores que afectan a la autoestima (cómo nos comparamos con los demás o cómo éstos nos responden). Si nos responden positivamente a nuestro comportamiento, la autoestima se desarrolla de forma positiva.
- **Yo ideal o cómo desearías ser:** La forma en que nos vemos a nosotros mismos y cómo nos gustaría ser no coincide del todo.

### **Componentes del Autoconcepto**

Según (Rodríguez, 2012) los principales componentes del autoconcepto son:

- **“Conocimiento de mi misma:** Reconocer mi forma de ser y de reaccionar.
- **Autocontrol y Autoeficacia:** Saber manejar, enfrentar y recuperarse de los sentimientos negativos.
- **Autonomía y Autosuficiencia:** Capacidad para tomar decisiones y resolver problemas de forma independiente”.

## **Autoconcepto y Autoestima**

Aunque ambas ideas se parezcan, el autoconcepto no es lo mismo que la autoestima. El primero sirve sólo para describirnos a nosotros mismos, mientras que la autoestima es el concepto que hace referencia a nuestra manera de valorarnos. Es decir, que el autoconcepto sirve para referirnos a la vertiente cognitiva de nuestra manera de vernos, mientras que la autoestima tiene su razón de ser en el componente emocional y valorativo desde el que nos juzgamos. Ambos constructos teóricos, sin embargo, hacen referencia a algo subjetivo y privado.

“Muchas veces, además, se utiliza el término "autoconcepto" ya dando por sentado que en él quedan incluidos tanto el autoconcepto como la autoestima”. (Triglia, Regader, García, 2016)

## **Comunidad LGBTI**

Estas siglas se utilizan para referirse a personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales. A veces aparecen en otro orden y se eliminan o añaden siglas para referirse a otras realidades que integran la diversidad sexual.

En uso masivo desde la década de los 90. Las siglas “LGBT”, fue una prolongación de las siglas “LGB”, que a su vez habían reemplazado la expresión “comunidad gay”, que muchos homosexuales, bisexuales y transexuales sentían que no les representaba adecuadamente. Finalmente se le incorpora la letra “I” que representa a la intersexualidad.

Algunos rechazan el término LGBTI ya que sienten que los categorizan o etiquetan, cuando en realidad el deseo y la identidad son construcciones sociales, haciéndolos sentir que son diferentes solo porque su orientación sexual es diferente a los estándares sociales. (Máscolo, 2018)

La orientación sexual hace referencia a la manera de sentir, experimentar y expresar el deseo sexual y amoroso; muchas personas dirigen su sexualidad hacia personas del otro sexo (heterosexualidad); también hay personas homosexuales, es decir, que el deseo es dirigido a personas del mismo sexo y otras personas sienten deseo sexual y se enamoran indistintamente de mujeres y hombres (bisexuales). La orientación sexual sería pues la identidad que tomamos o nos es asignada en base al sexo de las personas con las que tenemos o deseamos tener relaciones sexuales.

Por otro lado la identidad de género hace referencia a como cada persona se siente en su interior y como expresa su género a través de la vestimenta, comportamiento y apariencia personal. Cuando una persona siente una identidad de género concordante con el sexo biológico y legal asignado al nacimiento, se le denomina cisgénero. Es decir, son personas que tras ser identificadas como mujeres al nacer, al crecer se sienten como tales. Lo mismo ocurre en el caso de los hombres. Las personas transgénero son aquellas que no se identifican con el sexo asignado en su nacimiento y generalmente llevan a cabo transformaciones corporales que les permitan sentir su cuerpo en coherencia con su identidad de género.

**Tabla N° 1:** Definición de LGBTI

<b>Sigla</b>	<b>Definición</b>	<b>Identidad de Género</b>	<b>Orientación Sexual</b>
<b>L (Lesbiana)</b>	Hace referencia a la homosexualidad femenina, es decir, las mujeres que experimentan amor romántico o atracción sexual por otras mujeres.	Femenina	Atracción hacia el mismo sexo.
<b>G (Gay)</b>	Se refiere a las personas homosexuales masculinas, es decir, aquellos hombres a los que les atraen sexual o emocionalmente otros hombres.	Masculino	Atracción hacia el mismo sexo.
<b>B (Bisexual)</b>	Personas que se sienten atraídas por el sexo opuesto y también por las que comparten su mismo sexo.	Femenina o Masculino	Atracción por ambos sexos.
<b>T (Transgénero)</b>	Son personas que no se identifican con su sexo biológico e identidad sexual, sin embargo no cambian físicamente.	Femenina o Masculino	Heterosexual, homosexual o bisexual.
<b>I (Intersexual)</b>	Personas que poseen genitales de ambos sexos, por ejemplo, tener un órgano reproductivo interno femenino y órgano sexual externo masculino.	Femenina o Masculino	Heterosexual, homosexual o bisexual.

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Erika Quinde

## JUSTIFICACIÓN

La presente investigación tiene relevancia debido a que en la actualidad el autoconcepto es uno de los factores que más afecta a la estabilidad psicológica de las personas y con mayor énfasis a las personas LGBTI, por la constante discriminación que viven. Esta investigación se realiza debido a que el autoconcepto en este grupo se puede ver afectado provocando ideación suicida ya que han sido víctimas constantes de rechazo, irrespeto y hasta de violencia, haciendo que ellos mismo se desvaloricen, por tal motivo se pretende demostrar que el autoconcepto se relaciona con la ideación suicida.

Dicha investigación beneficiará al grupo LGBTI ya que de esta manera se pretende que la sociedad empiece a respetar la orientación sexual de cada persona, mejorando la inclusión social de este grupo que ha sido vulnerabilizado en varias ocasiones, también se anhela trabajar los daños emocionales que tienen estas personas, para que mejoren y recuperen su autoconcepto.

La factibilidad de llevar a cabo esta investigación es alta ya que contará con la participación de la comunidad LGBTI de la asociación “Es Mi Familia” de la ciudad de Quito, de igual manera existe información bibliográfica para consultar sobre la autoconcepto e ideación suicida, pero existen pocos estudios de como el autoconcepto afecta y se relaciona con la ideación suicida de esta población; también existe factibilidad pues en los últimos años las personas LGBTI han tomado mucha fuerza y deciden hablar con mayor libertad de su orientación sexual sobre todo en organizaciones y asociaciones en donde les brindan apoyo y orientación.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar la relación del autoconcepto con la ideación suicida en personas de la comunidad LGBTI de la asociación “Es Mi Familia” de la ciudad de Quito, en el año 2018.

### **Objetivos Específicos**

- Especificar los niveles de ideación suicida de las personas LGBTI en la asociación “Es Mi Familia”.
- Establecer los niveles de las subescalas de autoconcepto de las personas LGBTI de la asociación “Es Mi Familia” de la ciudad de Quito.
- Plantear una alternativa de solución al problema de bajo autoconcepto de los miembros LGBTI de la asociación “Es Mi Familia” de la ciudad de Quito.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **Diseño del trabajo**

La presente investigación realizada acerca del autoconcepto e ideación suicida consta de un diseño no experimental, debido a que no se manipula ninguna de las dos variables sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador.

A lo largo de este proyecto se utilizará un enfoque cuantitativo, porque se recolectarán datos numéricos y cuantificables mediante procedimientos estadísticos, obteniendo de esta manera resultados de la investigación, y descriptiva ya que se describe la realidad de las variables en este caso el autoconcepto y la ideación suicida en la comunidad LGBTI de la asociación “Es Mi Familia” de la ciudad de Quito.

#### **Tipo de Investigación**

En la presente investigación se utilizará el tipo de investigación transversal, debido a que se trabajó en un determinado momento, el estudio se realizó desde Octubre 2018 – Febrero 2019 y también de campo porque se trabajó con la comunidad LGBTI de la asociación “Es Mi Familia” de la ciudad de Quito.

#### **Área de estudio**

<b>Campo:</b>	Psicología
<b>Área:</b>	Clínica
<b>Aspecto:</b>	Cognitivo



**Delimitación espacial:** Asociación “Es Mi Familia”  
**Provincia:** Pichincha  
**Cantón:** Quito  
**Delimitación temporal:** 2018

### **Población y muestra**

La población y muestra para el estudio de la comunidad LGBTI son 150 integrantes de la asociación “Es Mi Familia”, siendo de esta manera 37 lesbianas, 35 gays, 38 bisexuales, 37 transexuales y 3 intersexuales.

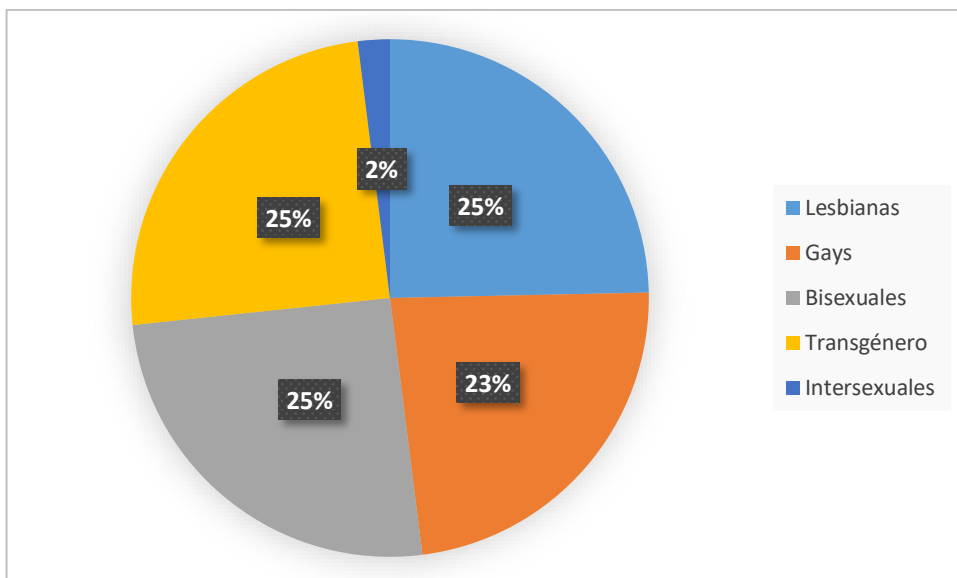
Muestreo intencional no probabilístico, se recogen las muestras mediante un proceso que no brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados. La muestra es seleccionada por el investigador de manera intencional en función de los criterios de inclusión y exclusión.

**Tabla N° 2:** Población y Muestra

	<b>Lesbianas</b>	<b>Gays</b>	<b>Bisexuales</b>	<b>Transgénero</b>	<b>Intersexuales</b>	<b>Total</b>
<b>Total</b>	37	35	38	37	3	<b>150</b>

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Erika Quinde



**Gráfico N° 1: Población y Muestra**

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Erika Quinde

### **Instrumentos de investigación**

**Manual AF-5 Autoconcepto Forma 5:** Es un cuestionario de fácil aplicación, corrección e interpretación compuesto por 30 elementos que evalúan el autoconcepto de la persona evaluada en sus vertientes Social, Académica/Profesional, Emocional, Familiar y Física. Proporciona puntuaciones de cada una de estas vertientes, permitiendo una completa medida de estos aspectos clave para el correcto desarrollo y bienestar de la persona.

**Autores:** García, F., y Musitu, G.

**Administración:** Individual o colectiva

**Ámbito de aplicación:** Niños y adultos a partir de los 10 años.

**Duración:** 15 minutos, aproximadamente, incluyendo la aplicación y corrección

**Aplicación:** Alumnos de 5° y 6° de Primaria, Secundaria, Bachiller, universitarios y adultos.

**Baremación:** Muestras escolares y adultos.

**Escala de Intencionalidad Suicida de Beck:** Evalúa la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse y mide la gravedad de la ideación suicida; esta escala consta de 20 ítems, recogen una serie de características relativas a: actitud hacia la vida / muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado y añaden una quinta sección, con dos ítems, en la que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio.

Autor: Aron Beck.

Autores de Validación y Confiabilidad: Heredia Segura Richard.

Aplicación: En lo posible aplicar a personas con un intento de suicidio.

Tipos de Ítem: Opción múltiple

Duración: Tiempo Ilimitado.

### **Procedimientos para obtención y análisis de datos**

Luego de obtener la aceptación de la asociación “Es Mi Familia” para poder realizar dicha investigación, se tomó una muestra de 150 miembros de la asociación; se seleccionaron los instrumentos pertinentes que permitan medir las dos variables de investigación (autoconcepto e ideación suicida), los reactivos seleccionados fueron el cuestionario AF5 para medir el autoconcepto y la Escala SSI para medir la ideación suicida. Posterior a la aprobación de dichos reactivos por las autoridades pertinentes de la asociación, verificando que cada reactivo tenga un sustento bibliográfico, de confiabilidad y de validez.

Después se procedió a la aplicación de los test a la muestra seleccionada, con los datos recolectados se procederá a realizar un análisis estadístico que servirá para la comprobación de la hipótesis planteada. Para la valoración de las dos variables se realizó una base de datos, los cuales fueron ingresados en el programa estadístico SPSS con el fin de verificar si existe o no correlación entre las variables; una vez terminado el análisis estadístico se procedió a realizar la propuesta de intervención.

## **Actividades**

Para realizar esta investigación se empezó seleccionando una asociación de personas LGBTI, donde se pudieran aplicar los test de autoconcepto e ideación suicida, una vez recibida la carta de aceptación de la asociación “Es Mi Familia” se realizó un cronograma donde se detallaban las actividades que se realizarían, las mismas fueron establecidas y aprobadas por los docentes de la Universidad Tecnológica Indoamérica, posteriormente se procedió a la aplicación de los test en el establecimiento antes mencionado.

De igual manera para la elaboración de este estudio se utilizaron varias fuentes científicas y bibliográficas con su respectiva revisión por parte de la tutora de tesis, además se realizó un análisis estadístico mediante la interpretación de los reactivos.

Finalmente se realizó el planteamiento y elaboración de la propuesta de intervención para mejorar los niveles de autoconcepto y reducir la ideación suicida en la comunidad LGBTI de la asociación “Es Mi Familia”.

**Tabla N° 3:** Aplicación de Test AF-5 y SSI

APLICACIÓN DE TEST AF-5 Y SSI EN LA ASOCIACIÓN "ES MI FAMILIA"						
Día	HORA DE INICIO	DURACIÓN	ACTIVIDAD	DETALLES DE ACTIVIDADES	RESPON SABLE	LUGAR
Día 1	11:00 a.m.	5 min.	Bienvenida	Bienvenida, breve explicación sobre los test	Erika Quinde	Calle Jorge Washington E 4-54 y Av. Amazonas
	11:05 a.m.	10 min.	Dinámica	¡Párate Siéntate! Se da a cada participante un número (varios participantes pueden tener el mismo número). Luego cuente una historia que tenga muchos números - cuando usted diga un número, la persona o personas que tengan ese número tienen que pararse.		
	11:15 a.m.	20 min.	Aplicación AF-5 Grupo 1	Indicaciones específicas de cómo responder correctamente el AF-5		
	11:35 a.m.	10 min.	Aplicación SSI Grupo 1	Indicaciones específicas de cómo responder correctamente el SSI		
	11:45 a.m.	20 min.	Aplicación AF-5 Grupo 2	Indicaciones específicas de cómo responder correctamente el AF-5		
	12:05 p.m.	10 min.	Aplicación SSI Grupo 2	Indicaciones específicas de cómo responder correctamente el SSI		
	12:15 p.m.	5 min.	Despedida y Agradecimiento	Despedida y agradecimiento por la participación y colaboración en dicha investigación		

APLICACIÓN DE TEST AF-5 Y SSI EN LA ASOCIACIÓN "ES MI FAMILIA"						
Día	HORA DE INICIO	DURACIÓN	ACTIVIDAD	DETALLES DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE	LUGAR
Día 2	11:00 a.m.	5 min.	Bienvenida	Bienvenida, breve explicación sobre los test	Erika Quinde	Calle Jorge Washington E 4-54 y Av. Amazonas
	11:05 a.m.	10 min.	Dinámica	¡Párate Siéntate! Se da a cada participante un número (varios participantes pueden tener el mismo número). Luego cuente una historia que tenga muchos números - cuando usted diga un número, la persona o personas que tengan ese número tienen que pararse.		
	11:15 a.m.	20 min.	Aplicación AF-5 Grupo 1	Indicaciones específicas de cómo responder correctamente el AF-5		
	11:35 a.m.	10 min.	Aplicación SSI Grupo 1	Indicaciones específicas de cómo responder correctamente el SSI		
	11:45 a.m.	20 min.	Aplicación AF-5 Grupo 2	Indicaciones específicas de cómo responder correctamente el AF-5		
	12:05 p.m.	10 min.	Aplicación SSI Grupo 2	Indicaciones específicas de cómo responder correctamente el SSI		
	12:15 p.m.	20 min.	Aplicación AF-5 Grupo 3	Indicaciones específicas de cómo responder correctamente el AF-5		
	12:35 p.m.	10 min.	Aplicación SSI Grupo 3	Indicaciones específicas de cómo responder correctamente el SSI		
	12:45 p.m.	5 min.	Despedida y Agradecimiento	Despedida y agradecimiento por la participación y colaboración en dicha investigación		

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Erika Quinde

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### Diagnóstico de la situación actual

**Tabla N° 4:** Niveles de Autoconcepto

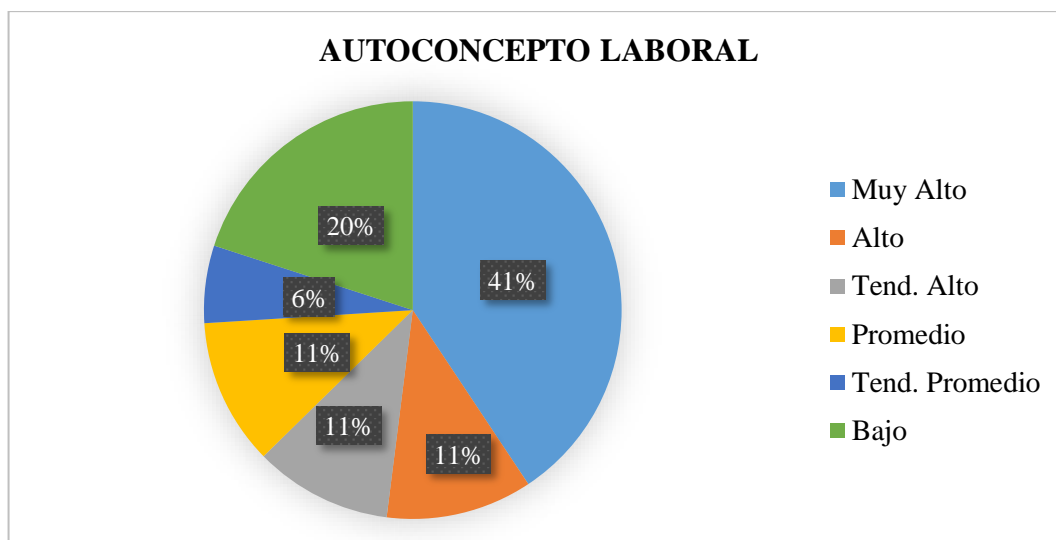
	<b>A.L</b>	<b>%A.L</b>	<b>A.S</b>	<b>%A.S</b>	<b>A.E</b>	<b>%A.E</b>	<b>A.FA</b>	<b>%A.FA</b>	<b>A.FI</b>	<b>%A.FI</b>
<b>Muy Alto</b>	61	40,7%	44	29,3%	53	35,3%	46	30,7%	73	48,7%
<b>Alto</b>	17	11,3%	17	11,3%	29	19,3%	16	10,7%	25	16,7%
<b>Tend. Alto</b>	16	10,7%	13	8,7%	14	9,3%	7	4,7%	16	10,7%
<b>Promedio</b>	17	11,3%	15	10,0%	14	9,3%	13	8,7%	6	4,0%
<b>Tend. Promedio</b>	9	6,0%	7	4,7%	4	2,7%	19	12,7%	10	6,7%
<b>Bajo</b>	30	20,0%	54	36,0%	36	24,0%	49	32,7%	20	13,3%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

En la tabla número 4 se puede evidenciar cuantos miembros de la asociación “Es Mi Familia” se posicionan en cada nivel de las subescalas que evalúa el AF-5 de autoconcepto y a qué porcentaje equivalen.

Es así que podemos evidenciar como el mayor porcentaje de autoconcepto laboral se encuentra en un nivel muy alto con el 40,7%, en el autoconcepto social el mayor porcentaje se encuentra en un nivel bajo con el 36%, por otro lado en el mayor porcentaje de autoconcepto emocional está ubicado en un nivel muy alto con el 35,3%, el mayor porcentaje de autoconcepto familiar está en el nivel bajo con el 32,7% y finalmente con un 48,7% en un nivel muy alto de autoconcepto físico.



**Gráfico N° 2:** Autoconcepto Laboral

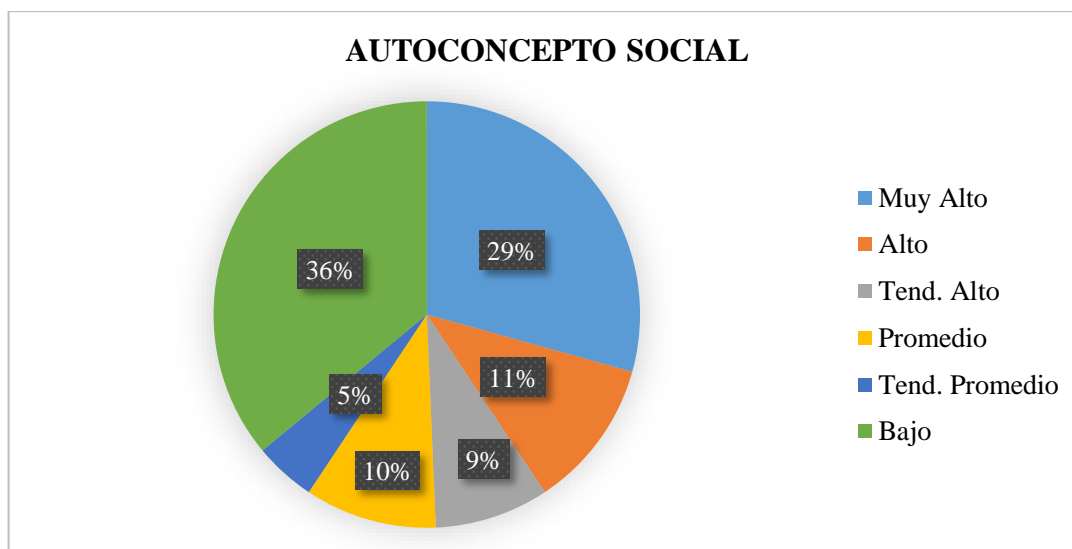
**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

Tal como se evidencia en el gráfico los niveles de autoconcepto laboral en la comunidad LGBTI de la asociación “Es Mi Familia” son muy alto en el 40,7% es decir que 61 personas de las 150 de la muestra se encuentran en este nivel, alto con el 11,3% equivalente a 17 personas del total de la muestra, tendencia alto con un 10,7% correspondiente a 16 personas, promedio en el 11,3% con un total de 17 miembros, tendencia promedio en el 6% equivalente a 9 personas y finalmente bajo en el 20% correspondiente a 30 personas de la asociación.

Consecuentemente podemos evidenciar que el porcentaje más alto se encuentra en el nivel alto con el 40,7% (61 personas).



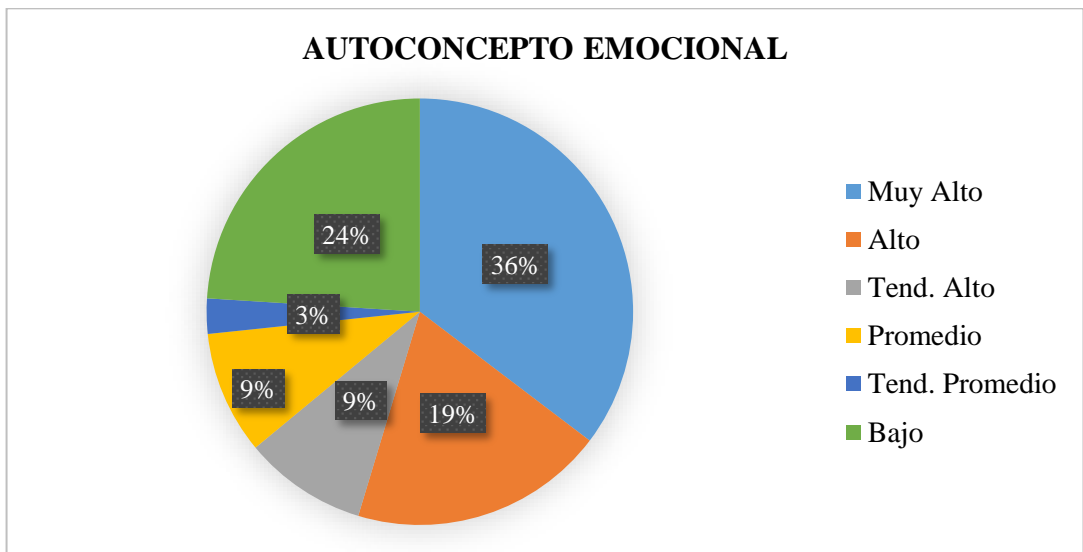


**Gráfico N° 3:** Autoconcepto Social.

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

Como se muestra en el gráfico los niveles de autoconcepto social en los miembros de la asociación “Es Mi Familia” son muy alto en un 29,3% correspondiente a 44 miembros, alto en un 11,3% es decir 17 personas, tendencia alto en un 8,7% equivalente a 13 personas del total de la muestra, promedio en un 10% lo que es igual a 15 personas, tendencia promedio en un 4,7% siendo 7 miembros y bajo en un 36% correspondiente a 54 personas de un total de 150.



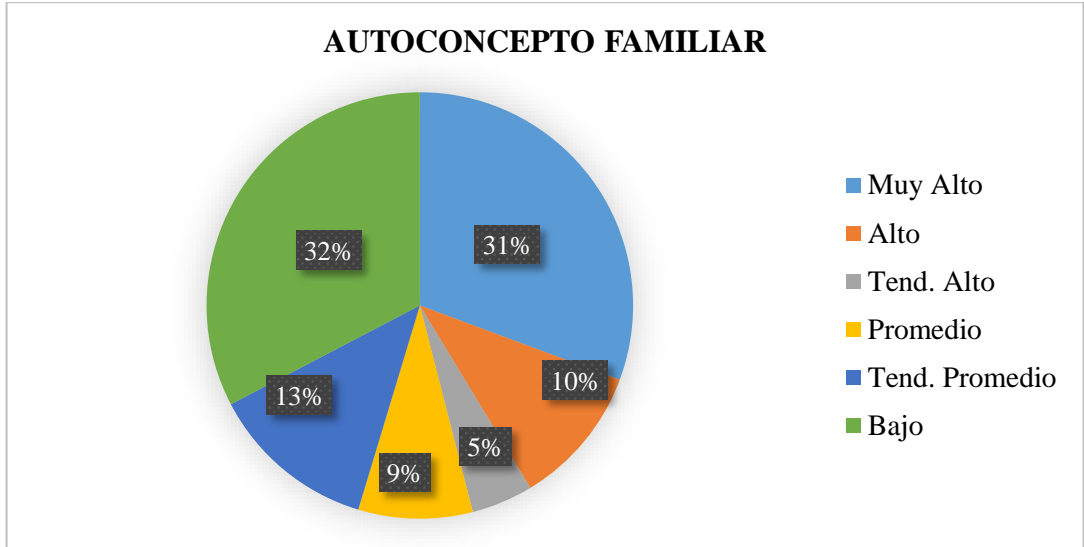
**Gráfico N° 4:** Autoconcepto Emocional.

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

Como se observa en el gráfico los niveles de autoconcepto emocional en la muestra son muy alto en el 35,3% equivalente a 53 participantes de toda la muestra, alto en el 19,3% es decir 29 miembros de la asociación, tendencia alto 9,3% correspondiente a 14 participantes, promedio en el 9,3% lo que es igual a 14 personas, tendencia promedio en el 2,7% es decir 4 participantes y finalmente bajo en un 24% 36 miembros de la muestra.

Por lo tanto podemos concluir que el mayor porcentaje se encuentra en el nivel muy alto con un 35,3% (53 personas).



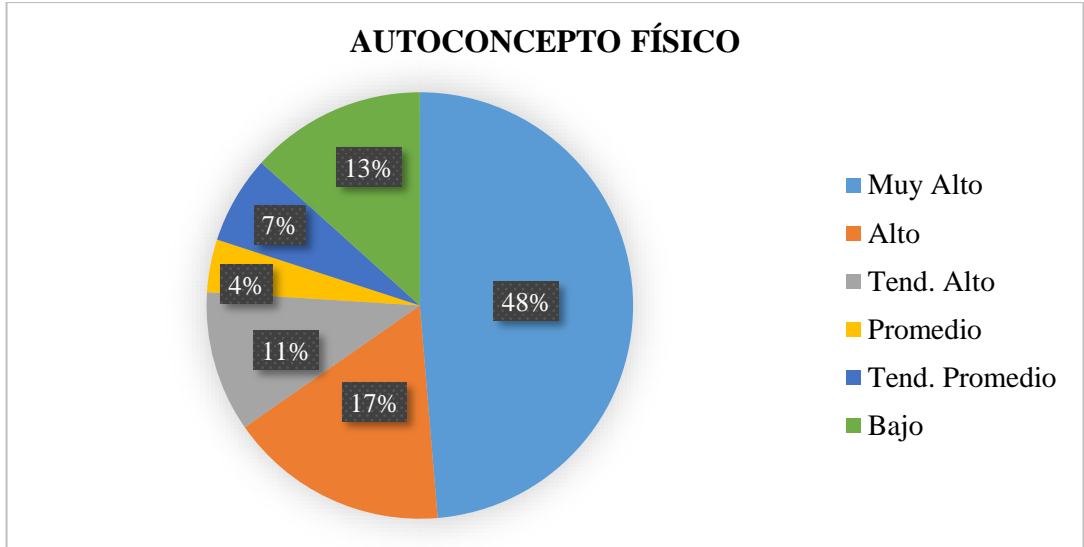
**Gráfico N° 5:** Autoconcepto Familiar

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

Tal como se puede apreciar en el gráfico los niveles de autoconcepto familiar en la comunidad LGBTI de la asociación “Es Mi Familia” son muy alto en un 30,7% equivalente a 46 participante de la investigación, alto en un 10,7% siendo igual a 16 personas, tendencia alto en un 4,7% correspondiente a 7 miembros de la asociación, promedio en un 8,7% es decir 13 participantes, tendencia promedio en un 12,7% equivalente a 19 personas y bajo en un 32,7% siendo igual 49 personas del total de la muestra.

Es así que se puede evidenciar que la mayoría de los participantes se encuentran en un nivel bajo con un 32,7% (49 personas).



**Gráfico N° 6:** Autoconcepto Físico

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

Como se puede evidenciar en el gráfico los niveles de autoconcepto físico en los miembros de la asociación “Es Mi Familia” son muy alto en el 48,7% siendo igual a 73 miembros de la asociación, alto en el 16,7% equivalente a 25 personas, tendencia alto 10,7% correspondiente a 16 participantes de la investigación, promedio en el 4% es decir 6 personas del total de la muestra, tendencia promedio en el 6,7% representando a 10 miembros y bajo en el 13,3% correspondientes a 20 participantes.

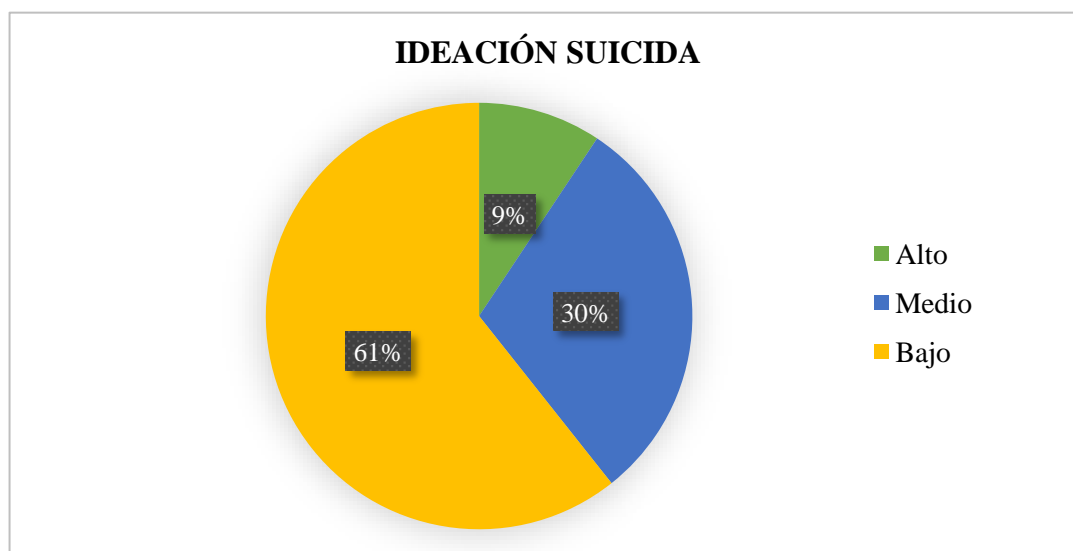
**Tabla N° 5:** Valores de Ideación Suicida

<b>Ideación Suicida</b>		
<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Alto</b>	14	9,3%
<b>Medio</b>	45	30%
<b>Bajo</b>	91	60,7%
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

En la tabla número 5 se puede observar los niveles de ideación suicida obtenidos, 14 personas se encuentran en un nivel alto siendo esto equivalente al 9,3%, en el nivel medio se encuentran 45 participantes correspondientes al 30% y finalmente 91 participantes en el nivel bajo equivalente al 60,7%.



**Gráfico N° 7:** Ideación Suicida.

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

Como se evidencia en la tabla y en el gráfico los niveles de ideación suicida en la muestra es de alto con una frecuencia de 14 equivalente al 9,3%, medio con 45 proporcional al 30% y bajo con 91 equivalente al 60,7%.

## Análisis e Interpretación

### Análisis Descriptivo

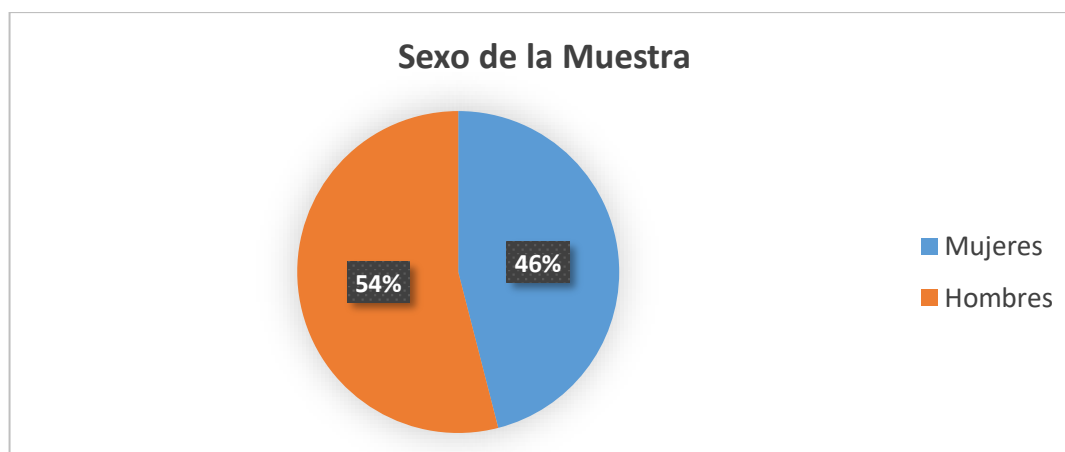
**Tabla N° 6:** Análisis Descriptivo.

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
SEXO	150	0	1	,54	,500
GRUPO	150	1	5	2,56	1,167
N válido (por lista)	150				

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

La muestra fue de 150 personas, teniendo como sexos femenino (0) y masculino (1), obteniendo una media de 0,54 y una desviación estándar de 0,50. Por otra parte dentro de la categoría grupo se encuentran las lesbianas (1), gays (2), bisexuales (3), transgénero (4) e intersexuales (5), con una media de 2,56 y una desviación estándar de 1,17.



**Gráfico N° 8:** Sexo de la muestra.

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

El total de la población pertenece a ciento cincuenta miembros de la asociación “Es Mi Familia”; tal como se evidencia en el gráfico el 46% de la muestra pertenece al sexo femenino mientras que el 54% es de sexo masculino.

## AUTOCONCEPTO LABORAL – IDEACIÓN SUICIDA

**Tabla N° 7:** Autoconcepto Laboral – Ideación Suicida

### Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación estándar	N
A.L	2,91	1,978	150
IDEA.S	2,51	,663	150

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

La media de autoconcepto laboral es de 2,91 con una desviación estándar de 1,98 mientras que la media de ideación suicida es de 2,51 con una desviación estándar de 0,66. En una muestra de 150 personas.

**Tabla N° 8:** Correlaciones

### Correlaciones

		A.L	IDEA.S
A.L	Correlación de Pearson	1	-,480**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	150	150
IDEA.S	Correlación de Pearson	-,480**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	150	150

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

Se observa una correlación de Pearson de -0,48 entre las variables de Autoconcepto Laboral e Ideación Suicida con un nivel de significancia de 0,00 significativa al nivel de dos colas indicando que es una correlación estadísticamente significativa e inversamente proporcional, es decir a mayor autoconcepto laboral menor ideación suicida y a menor autoconcepto laboral mayor ideación suicida.

## AUTOCONCEPTO SOCIAL – IDEACIÓN SUICIDA

**Tabla N° 9:** Autoconcepto Social – Ideación Suicida

### Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación estándar	N
A.S	3,57	2,125	150
IDEA.S	2,51	,663	150

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

Mediante la aplicación de datos estadísticos se obtuvo una media de 3,57 en Autoconcepto Social con una desviación estándar de 2,13 por otro lado la media de la Ideación Suicida fue de 2,51 con una desviación estándar de 0,66.

**Tabla N° 10:** Correlaciones

### Correlaciones

		IDEA.S	A.S
IDEA.S	Correlación de Pearson	1	-,339**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	150	150
A.S	Correlación de Pearson	-,339**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	150	150

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde



Se evidencia que la correlación de Pearson entre el Autoconcepto Social y la Ideación Suicida es de -0,34 con un nivel de significancia de 0,00 significativa al nivel de dos colas demostrando que la correlación entre estas dos variables es estadísticamente significativa e inversamente proporcional pues a mayor autoconcepto social menor ideación suicida o viceversa.

## AUTOCONCEPTO EMOCIONAL – IDEACIÓN SUICIDA

**Tabla N° 11:** Autoconcepto Emocional – Ideación Suicida

### Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación estándar	N
A.E	2,97	1,998	150
IDEA.S	2,51	,663	150

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

La media del Autoconcepto Emocional es de 2,97 con una desviación estándar de 2,00 mientras que la media de la Ideación suicida es de 2,51 con una desviación estándar de 0.66 en una muestra de ciento cincuenta personas.

**Tabla N° 12:** Correlaciones

### Correlaciones

		IDEA.S	A.E
IDEA.S	Correlación de Pearson	1	-,387**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	150	150
A.E	Correlación de Pearson	-,387**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	150	150

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

Se observa una correlación de Pearson de -0,39 entre las variables de Autoconcepto Emocional e Ideación Suicida con un nivel de significancia de 0,00 significativa a nivel de dos colas indicando que existe una correlación estadísticamente significativa e inversamente proporcional es decir que a mayor autoconcepto emocional menor ideación suicida y a menor autoconcepto emocional mayor ideación suicida.

### AUTOCONCEPTO FAMILIAR – IDEACIÓN SUICIDA

**Tabla N° 13:** Autoconcepto Familiar – Ideación Suicida

#### Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación estándar	N
A.FA	3,60	2,130	150
IDEA.S	2,51	,663	150

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

La media de la variable Autoconcepto Familiar es de 3,60 con una desviación estándar de 2,13 por otro lado la Ideación Suicida posee una media de 2,51 y una desviación estándar de 0,66.

**Tabla N° 14:** Correlaciones

#### Correlaciones

		IDEA.S	I.FA
IDEA.S	Correlación de Pearson	1	-,305
	Sig. (bilateral)		,000
	N	150	150
A.FA	Correlación de Pearson	-,305	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	150	150

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

Se observa una correlación de Pearson entre las variable de Autoconcepto Familiar e Ideación Suicida de -0,31 con un nivel de significancia de 0,00 significativa al nivel de dos colas indicando que existe una correlación estadísticamente significativa e inversamente proporcional, es decir a mayor autoconcepto familiar menor ideación suicida y a menor autoconcepto mayor ideación suicida.

## AUTOCONCEPTO FÍSICO – IDEACIÓN SUICIDA

**Tabla N° 15:** Autoconcepto Físico – Ideación Suicida

### Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación estándar	N
A.FI	2,43	1,822	150
IDEA.S	2,51	,663	150

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

En una muestra de 150 personas se observa que el Autoconcepto Físico posee una media de 2,43 con una desviación estándar de 1,82 mientras que la Ideación suicida posee una media de 2,51 con una desviación estándar de 0,66.

**Tabla N° 16:** Correlaciones

### Correlaciones

		IDEA.S	I.FI
IDEA.S	Correlación de Pearson	1	-,369**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	150	150
A.FI	Correlación de Pearson	-,369**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	150	150

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

**Fuente:** Investigación de campo

**Elaborado por:** Erika Quinde

Se observa una correlación de Pearson de -0,37 entre las variables Autoconcepto Físico e Ideación Suicida con un nivel de significancia de 0,00 significativa al nivel de dos colas indicando que es una correlación estadísticamente significativa e inversamente proporcional, es decir que a mayor autoconcepto físico menor ideación suicida y a menor autoconcepto físico mayor ideación suicida.

### **Comprobación de las hipótesis**

**H0** = No existe relación directa entre el autoconcepto y la ideación suicida en los miembros de la asociación “Es Mi Familia” en la ciudad de Quito.

**H1** = Existe relación directa entre el autoconcepto y la ideación suicida en los miembros de la asociación “Es Mi Familia” en la ciudad de Quito.

En relación con los resultados obtenidos de los análisis realizados en la investigación se encontró que se cumple la H1 y se rechaza la H0, mediante el análisis de correlación de Pearson se indica que la variable Autoconcepto y la variable Ideación Suicida poseen una correlación bilateral significativa de 0,00 con un nivel de significancia de dos colas, indicando que existe una correlación estadísticamente significativa.

De acuerdo con el cuadro de correlación de Pearson indica dos colas de 0.01 y 0.05 mostrando el 1% de margen de error, dando a entender que la correlación siendo alta posee un valor muy significativo. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula ya que, si existe una relación entre las variables autoconcepto e ideación suicida dando paso a la aceptación de la H1, a medida que aumentan los niveles de autoconcepto se reducen los niveles de ideación suicida.

## CAPÍTULO IV

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### Conclusiones

- En conclusión se determinó que existe una correlación inversamente proporcional entre el autoconcepto e ideación suicida en los miembros de la asociación “Es Mi Familia” de la ciudad de Quito.
- Se especificó el nivel de ideación suicida en las personas LGBTI de la asociación “Es Mi Familia”, alto en el 9,3 %, medio 30 % y bajo en el 60,7 % de la muestra.
- Se estableció en relación a las subescalas que brinda el cuestionario de autoconcepto que la población posee un autoconcepto laboral bajo en un 20%, autoconcepto social bajo en un 36 %, autoconcepto emocional bajo en un 24%, autoconcepto familiar bajo en un 32%, autoconcepto físico bajo en un 13%.
- De acuerdo con los resultados obtenidos, se elaboró un plan de intervención para mejorar el nivel de autoconcepto y reducir la ideación suicida en las personas de la asociación “Es Mi Familia” en la ciudad de Quito.

## **Recomendaciones**

- Es recomendable que se trabaje en mejorar el autoconcepto para consecuentemente reducir la ideación suicida.
- Se recomienda aplicar una intervención psicoterapéutica a las personas con media y alta ideación suicida mediante la incrementación de su autoconcepto.
- Es recomendable estimular la realización de ejercicios mentales y físicos, a través de actividades de integración psicosocial, que permita a los miembros de la asociación que permita modificar la percepción de sí mismos y de su entorno.
- Se recomienda la realización de una investigación para conocer cómo las relaciones familiares afectan en la ideación suicida de las personas LGBTI.

## Discusión

Es importante establecer el nivel de autoconcepto que define a cada persona ya que según (Craven, 2000) indica que: El autoconcepto es una característica inherente al ser humano, la cual implica juicios que permiten a las personas conocerse y definirse, de esta forma parte la conciencia de ser y estar, debido a que se indica desde diversos enfoques se pueden utilizar diferentes términos como conocimientos de sí mismo y autoconcepto de sí.

Las personas con bajo autoconcepto se caracterizan por que tienden a percibir mayor infelicidad en todos los aspectos de su vida (Coatsworth y Conroy, 2006): “carecen de confianza en sí mismos, se aíslan socialmente, sufren rechazo por parte de sus compañeros, son más agresivos, tiene comportamientos delictivos y tienden a presentar algunas psicopatologías como ideación suicida”. (Como se cita en Korkmaz Yiğiter, 2014)

Mediante estudios realizados, en diferentes grupos de personas, con culturas, religiones y en general entornos diferentes, determinaron que algunas de las características más relevantes que presentaron las personas con ideación y consumación del suicidio, guardan cierta relación con el bajo nivel de autoconcepto y la depresión, como una sintomatología básica para predecir que estos estados podrían llevarlos a pensar en auto eliminarse, como una salida fácil a sus problemas. El bajo autoconcepto juega un papel muy importante en las personas ya que muchas veces se dejan influenciar o afectar por comentarios negativos con mayor facilidad, quienes generan en el joven pensamientos de riesgo suicida, autodestrucción y suicidio, unido a la soledad y el poco o nulo apoyo de la familia, los docentes o compañeros de colegio o trabajo. (Jiménez, Mondragón González 2007)

De acuerdo con el análisis de datos que se obtuvo en el trabajo de investigación los niveles de autoconcepto y la aparición de la ideación suicida; se evidenció que

en los miembros de la asociación “Es Mi Familia” existe la presencia de ideas suicidas en relación a los niveles bajo de autoconcepto.

En la presente investigación se evidenció que un porcentaje de 20% del total de la muestra presenta bajo autoconcepto laboral, el 36% un bajo autoconcepto social, el 24% un bajo autoconcepto emocional, 32% bajo autoconcepto familiar y finalmente el 13% bajo autoconcepto físico. Mientras en cuanto a la ideación suicida el 30% se encuentra en un nivel medio y el 9% en un nivel alto.

Es decir que los resultados obtenidos en la población estudiada tienen relación con los resultados de estudios realizados por otros autores, quienes sostienen que el autoconcepto tiene una gran influencia en la presencia de pensamientos irracionales relacionados al suicidio.

(Villalobos y Galvis 2009), establecieron que otras causas importantes para la aparición de ideas suicidas, detectadas en su estudio, son: problemas económicos familiares, defunción de un ser querido, antecedentes familiares de la misma conducta, comportamientos antisociales, problemas de salud mental, el bajo autoconcepto y otros con menor repercusión, pero que fueron tenidos en cuenta en estudiantes adultos como: enfermedades letales, pérdida del empleo de ellos o de alguno de la familia y riesgo suicida en adolescentes y jóvenes separación de los padres y por ende cambios importantes en la estructura y funcionamiento en la familia.



## **CAPÍTULO V**

### **PROPUESTA**

#### **Tema de la Propuesta**

“Mírate Bien”, es una propuesta que busca incrementar los niveles de autoconcepto y eliminar las ideas suicidas, creando una percepción positiva de sí mismos.

#### **Justificación**

Se pretende que con dicha propuesta de intervención los niveles de autoconcepto mejoren en los miembros de la asociación “Es Mi Familia”, mediante una intervención basada en el enfoque cognitivo-conductual para disminuir las autopercepciones negativas favoreciendo al bienestar psicológico.

(Lega, Caballo y Ellis, 1998) sugieren que: el termino cognitivo conductual se refiere a las terapias que incorporan dentro de la práctica técnicas conductuales y cognitivas. Ambas se basan en la afirmación de que un aprendizaje anterior está repercutiendo en la conducta produciendo cambios desadaptativos. Este enfoque terapéutico tiene como objetivo reducir el malestar desaprendiendo lo aprendido o aprendiendo nuevas experiencias de aprendizaje, más adaptativas.

Asimismo mencionan que los psicólogos clínicos que practican el enfoque cognitivo conductual creen que el cambio se da una vez el paciente haya tenido un cambio cognitivo y por consiguiente este se va a hacer notorio en su conducta.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Incrementar el autoconcepto de las personas LGBTI de la asociación “Es Mi Familia”, para reducir la ideación suicida y mejorar sus relaciones interpersonales.

### **Objetivos Específicos**

- Realizar una propuesta para incrementar el autoconcepto de las personas LGBTI de la asociación “Es Mi Familia”.
- Fomentar el autoconcepto a través de la identificación de las debilidades y fortalezas de los integrantes de la asociación “Es Mi Familia”.
- Reforzar positivamente, elevar la confianza en sí mismos y que se valoren más.

### **Estructura Técnica de la Propuesta**

Se dividirá al grupo de 40 personas en dos grupos de 20, con el fin de mantener un control en las actividades a trabajar en cada sesión.

Se aplicarán técnicas y actividades desde el Enfoque Cognitivo Conductual tales como: relajación, discusiones grupales, dibujos representativos, dramatización, plenarias y tips de habilidades de afrontamiento, las mismas que ayudarán a incrementar el autoconcepto de las lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales.

Se realizará 8 intervenciones psicoterapéuticas cada una con una duración de 1 hora, las mismas que se llevarán a cabo en las instalaciones ubicadas en la Calle Jorge Washington E 4-54 y Av. Amazonas.

## Argumentación Teórica

La propuesta tendrá como base el Enfoque Cognitivo Conductual que se determina en distinguir lo que se puede cambiar de lo que no se puede cambiar y aceptar racionalmente.

Beck afirma que: “el individuo desarrolla un esquema desde el cual se ve a sí mismo y a otros en el medio ambiente, este esquema afecta lo que percibe, renombra, y prioriza como importante”. Según Beck (1967) quien es uno de los pioneros, “esta terapia enseña al paciente a identificar, evaluar y responder a los pensamientos y creencias disfuncionales”.

“Es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que postula que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta” (Beck, 1967). Beck estableció 15 pensamientos distorsionados.

Albert Ellis propone la Terapia Racional Emotiva Conductual la cual es un tipo de psicoterapia de orientación cognitivo conductual. (Ellis) consideraba que su teoría se podía resumir en la frase del famoso filósofo griego Epíteto, el cual afirmaba que: “Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos”. El ABC de la TREC, donde A es un estímulo activador negativo, B es un pensamiento distorsionado acerca de dicho estímulo y finalmente C es la conducta, sentimiento y/o emoción; A no se puede cambiar ya que es una situación que ya pasó se debe trabajar en B para modificar C.

El modelo de Beck y también el de Ellis, son una parte importante de las estrategias que se emplean dentro de la terapia cognitivo conductual, pues a través de la reestructuración cognitiva, un individuo es capaz de modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva de los hechos y de las situaciones que vive y de esta manera se estimula a éste para que altere los esquemas de pensamientos desordenados viéndose a sí mismo y al mundo de formas más realista y adaptativa.

## DISEÑO TÉCNICO DE LA PROPUESTA



**Tabla N° 17:** Propuesta de Intervención: “MÍRATE BIEN”

<b>Propuesta de Intervención: “MIRATE BIEN”</b>				
<b># de Sesión</b>	<b>Nombre</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Sesión 1</b>	“Hablando de mi”	Conocer sobre los pensamientos y emociones de los participantes.	Hojas de papel, esferos y lana.	1 hora 20 min
<b>Sesión 2</b>	“Derrocando ideas”	Modificar creencias y pensamientos irracionales.	Frase o lectura motivacional. Hojas de papel, esferos y marcadores.	1 hora
<b>Sesión 3</b>	“Pregunta sin parar”	Demostrar la “no certeza” del pensamiento irracional.		50 min.
<b>Sesión 4</b>	“Conociendo mis fortalezas y debilidades”	Tomar conciencia sobre sus fortalezas.	Hojas de papel bond, marcadores y espejo.	1 hora 5 min.
<b>Sesión 5</b>	“Yo soy capaz, yo puedo”	Fomentar la autoaceptación.	Basurero y encendedor.	40 min.
<b>Sesión 6</b>	“Mi Familia y Yo”	Mejorar la calidad de las relaciones interpersonales.		1 hora 5 min.
<b>Sesión 7</b>	“Aprendiendo a aceptarme y amarme”	Promover la autoaceptación y fomentar el amor propio.	Presentación de PowerPoint Hojas y marcadores	50 min.
<b>Sesión 8</b>	“Un nuevo y mejor yo”.	Mejorar la imagen propia y promover el bienestar psicológico.	Test AF-5 (Autoconcepto), SSI (Ideación Suicida) y esferos.	45 min.

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Erika Quinde

## Sesión N° 1 “Hablando de Mi”



**Responsable:** Erika Quinde

**Duración:** 1 hora 20 minutos

**Tabla N° 18:** Hablando de mí

“Hablando de Mi”				
	Técnica/Actividad	Objetivo	Recursos	Tiempo
<b>Inicio</b>	Saludo y Bienvenida	Conocer a los participantes.	Cartulina con los nombres	5 min.
	Dinámica: “Tela de Araña”.	Romper el hielo.	Lana.	15 min.
<b>Desarrollo</b>	Explicación breve sobre lo que se trabajara en las sesiones.	Que los participantes conozcan sobre la técnica y actividades a realizar.		10 min
	Evaluación racional emotiva.	Conocer los problemas que presentan los miembros de la asociación, para fijar metas globales.		40 min
<b>Cierre</b>	Se pide a todos los participantes que cierren los ojos e imaginen un lugar hermoso donde se sientan en paz y felices consigo mismos, se le pide que depositen esa felicidad en un lugar específico de su cuerpo y que la guarden durante toda la semana.	Cerrar simbólicamente la temática tratada en la sesión.		10 min.

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Erika Quinde

## Sesión N° 2 “Derrocando Ideas”



**Responsable:** Erika Quinde

**Duración:** 1 hora

**Tabla N° 19:** Derrocando ideas

<b>“Derrocando Ideas”</b>				
	<b>Técnica/Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Inicio</b>	Lectura motivacional.	Motivar al grupo para un mejor ambiente y desenvolvimiento.	Frase o lectura motivacional.	5 min
	Retroalimentación de la sesión pasada.	Intercambiar información y recordar lo tratado.		5 min.
<b>Desarrollo</b>	Formar grupos de 5, cada uno debe enlistar en una hoja sus pensamientos negativos; posteriormente deben elegir 5 pensamientos negativos comunes dentro del grupo.	Identificar los pensamientos negativos.	Hojas de papel y esferos.	10 min.
	Unir cada pensamiento negativo a una emoción.	Conocer que emoción genera cada pensamiento negativo.		15 min.
	En los mismos grupos realizar una discusión para cambiar los pensamientos negativos por pensamientos positivos.	Convertir los pensamientos negativos en pensamientos positivos.		15 min.
<b>Cierre</b>	Se pide a los participantes que hagan parejas y en una hoja cada uno escriba una virtud de su compañero.	Cerrar simbólicamente la temática tratada en la sesión.	Hojas y marcadores.	10 min.

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Erika Quinde

### Sesión N° 3 “Pregunta Sin Parar”



**Responsable:** Erika Quinde

**Duración:** 50 minutos

**Tabla N° 20:** Pregunta sin parar

“Pregunta Sin Parar”				
	Técnica/Actividad	Objetivo	Recursos	Tiempo
<b>Inicio</b>	Explicación de lo que se trabajará en la sesión.	Que los participantes conozcan sobre la técnica y actividades a realizar.		5 min.
	Dinámica: “Nombre y Adjetivo”	Promover una mejor predisposición para realizar las actividades de la sesión.		5 min.
<b>Desarrollo</b>	Entre los mismos integrantes de cada grupo realizar una discusión para cambiar los pensamientos negativos por pensamientos positivos.	Convertir los pensamientos negativos en pensamientos positivos.		25 min.
	Relajación: Imaginar como la tristeza cambia a felicidad.	Conseguir el bienestar físico y psicológico de los participantes.		10 min.
<b>Cierre</b>	Se pide a los miembros que coloquen en la hoja 7 razones por las que se aman y 3 razones (físicas o intelectuales) por las que se valoran.	Cerrar simbólicamente la temática tratada en la sesión.		5 min.

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Erika Quinde

## Sesión N° 4 “Conociendo mis Fortalezas y Debilidades”



**Responsable:** Erika Quinde

**Duración:** 1 hora 5 minutos

**Tabla N° 21:** Conociendo mis fortalezas y debilidades

<b>“Conociendo mis fortalezas y debilidades”</b>				
	<b>Técnica/Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Inicio</b>	Dinámica: “El sol brilla en...”	Crear un ambiente adecuado la para la temática a tratar en la sesión.	Hojas de papel bond y marcadores.	10 min.
	Revisión de las fortalezas y debilidades anotadas.	Identificar las fortalezas y debilidades que se presentan en común para trabajarlas.		10 min.
<b>Desarrollo</b>	Consolidación de los puntos fuertes.	Fortalecer el autoconcepto y afianzar la seguridad en sí mismo.		35 min.
	<b>Tarea:</b> se pide a los integrantes que apliquen autoreforzo en su día a día en las actividades que realice. Ej.: ¡Me está saliendo muy bien!	Fomentar la percepción positiva de las actividades que realiza.		5 min.
<b>Cierre</b>	Se pide a los miembros de la asociación que tomen su espejo (previamente solicitado) y que se digan a ellos mismos su mayor fortaleza y una frase motivadora.	Cerrar simbólicamente la temática tratada en la sesión.	Espejo	5 min.

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Erika Quinde



Sesión N° 5 “Yo soy capaz, Yo puedo”



**Responsable:** Erika Quinde

**Duración:** 40 minutos

**Tabla N° 22:** Yo soy capaz, Yo puedo

<b>“Yo soy capaz, Yo puedo”</b>				
	<b>Técnica/Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Inicio</b>	Dinámica: ¿Quién soy?	Autoconocimiento y romper la tensión para mejorar el ambiente de la sesión.		5 min.
<b>Desarrollo</b>	Desechar las debilidades; realizar de un dibujo que represente sus debilidades.	Crear pensamientos positivos sobre ellos mismos para que se sientan personas competentes.		15 min.
	Plenaria-Exposición voluntaria de 5 miembros de la asociación.	Socializar que representa el dibujo realizado y como eso se relaciona con sus debilidades.		15 min.
<b>Cierre</b>	Eliminar las debilidades en un basurero, romper o quemar etc.	Cerrar simbólicamente la temática tratada en la sesión.	Basurero y encendedor.	5 min.

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Erika Quinde

## Sesión N° 6 “Mi Familia y Yo”



**Responsable:** Erika Quinde

**Duración:** 1 hora 5 minutos

**Tabla N° 23:** Mi familia y yo

<b>“Mi Familia y Yo”</b>				
	<b>Técnica/Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Inicio</b>	Dinámica: Miembros de la familia.	Romper el hielo entre los participantes.		5 min
<b>Desarrollo</b>	Representar los roles familiares	Conocer como es su rol en la familia antes y después de manifestar su orientación sexual.		15 min.
	Dramatización: se pedirá a los miembros que voluntariamente formen dos familias de cuatro integrantes cada una donde en una de ellas exista un miembro LGBTI.	Evidenciar como cada miembro percibe que cambian los roles en la familia con un miembro LGBTI.		20 min.
	Plenaria Reflexión grupal  “Lo que yo soy tengo que seguir siendo sin importar el rol que cumpla en mi familia”	Lograr que los participantes comprendan que su esencia debe ser la misma sin importar su orientación sexual.		15 min.
<b>Cierre</b>	Abrazo grupal Frasas voluntarias “Hoy quiero decirte que...”	Fortalecer los lazos entre cada miembro y sus familias.		10 min.

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Erika Quinde

## Sesión N° 7 “Aprendiendo a aceptarme y amarme”



**Responsable:** Erika Quinde

**Duración:** 50 minutos

**Tabla N° 24:** Aprendiendo a aceptarme y amarme

<b>“Aprendiendo a aceptarme y amarme”</b>				
	<b>Técnica / Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Inicio</b>	Dinámica: COCOTERO	Crear un ambiente más óptimo para trabajar la sesión.		5 min.
<b>Desarrollo</b>	Tips de habilidades de afrontamiento	Desarrollar un repertorio de habilidades para ayudar al grupo a afrontar una serie de situaciones estresantes.	Presentación de PowerPoint	40 min.
<b>Cierre</b>	Se pide a los participantes que en una hoja escriban una palabra o frase ofensiva que les hayan dicho solo por su orientación sexual, posteriormente deben arrugar, romper o quemar esa hoja.	Cerrar simbólicamente la temática tratada en la sesión.	Hojas y marcadores	5 min.

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Erika Quinde

## Sesión N° 8 “Un nuevo y mejor yo”



**Responsable:** Erika Quinde

**Duración:** 45 minutos

**Tabla N° 25:** Un nuevo y mejor yo

“Un nuevo y mejor yo”				
	Técnica/Actividad	Objetivo	Recursos	Tiempo
<b>Inicio</b>	Dinámica: Grupo de estatuas.	Lograr que los participantes se relajen para una mejor colaboración durante la sesión.		5 min.
<b>Desarrollo</b>	Retest de autoconcepto e ideación suicida	Identificar si los niveles han variado de como iniciaron hasta la actualidad.	Test AF-5 de Autoconcepto SSI de Ideación Suicida y esferos.	30 min
<b>Cierre</b>	Agradecimiento	Agradecer a la asociación “Es Mi Familia” y a los participantes por su apoyo y predisposición tanto para la aplicación de los test como para llevar a cabo el plan de intervención.		10 min

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Erika Quinde

## BIBLIOGRAFÍA

- Alcaide, M. (2009). Influencia en el rendimiento y autoconcepto en hombres y mujeres. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*, 2, 27-44.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana. ISBN 978-8-4983-5810-0.
- Baena, M. (2008). “La incompreensión familiar daña la salud de los hijos homosexuales”. *El Mundo es Salud*, España.
- Barzani, C. (2005). “La Homosexualidad A La Luz De Los Mitos Sociales”. Topia. Buenos Aires. Argentina.
- Cartagena, M. (2015). “Aceptación y relaciones interpersonales de las personas LGBTI”. *SerendipiaSicología*. Recuperado de <http://psicoterapiaserendipia.com>
- Ceballos, M. (2014). “Identidad homosexual y contexto familiar”. Universidad de Oviedo, España.
- Cheng ATA (1995) Mental illness and suicide. A case-control study in East Taiwan. *Arch Gen Psychiatry*; 52: 594-603.
- Dacquino, G. (1970): *Diario de un homosexual*, trad.: Naldo Lombardi, Ediciones de la Flor, Buenos Aires.
- Flores, C. (2014). “Homofobia en Ecuador: Falta de conocimiento o cultura de odio”. Ecuador, Sin etiquetas.
- González, A. “¿Qué hacer cuando un hijo se declara gay?”. *Revista Hogar y Familia*.
- González, A. (2013). “La mitad de los pacientes con trastorno bipolar ha intentado suicidarse”. *La Vanguardia*. Recuperado de <https://www.lavanguardia.com/salud/20130607/54375437387/mitadpacientes-trastorno-bipolar-intentado-suicidarse.html>
- Lewis, L. (2004). “Factores de riesgo suicida en pacientes con esquizofrenia”. *IntraMed*. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=34322>

- LGBTI. (2013). INEC. Ecuador. Suicidio y pensamientos suicidas. (24 de febrero de 2018). Mayo Clinic. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/suicide/symptoms-causes/syc-20378048>
- López, J. (1994). "Homosexualidad y entorno familiar". ABC, 28 OCT 1994, 3ª página.
- Macías, F. (2017). Asociación entre depresión e ideación suicida. Pensamiento psicológico. vol.15, n.1, pp.51-61. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.ADIS>.
- Martínez, L. (2010). "Suicidios en la población LGBTI". Topia. Buenos Aires. Argentina.
- Máscolo, T. (2018). Género y Sexualidades. La Izquierda Diario <http://www.laizquierdadiario.com/Que-significa-LGTBI>
- Massenzana, F. (2017). Autoconcepto y autoestima: ¿sinónimos o constructos complementarios? PSSOCIAL. Revista de investigación en psicología social.
- Núñez, J. y González, J. (1994). Determinantes del rendimiento académico. Variables cognitivo-motivacionales, atribucionales, uso de estrategias y autoconcepto Oviedo: Servicio de Publicaciones Universidad de Oviedo
- Padrón, F. (2013). Psicología y Autoconcepto. Bogotá – Colombia. San Pablo.
- Palmer, M. (2012). "La homofobia y sus consecuencias en las personas LGBTI". El Mundo es Salud. España.
- Rascón, G., Gutiérrez, L., Valencia, C., Díaz, M., Leños, G. y Rodríguez, V. (2004). Percepción de los familiares del intento e ideación suicidas de pacientes con esquizofrenia. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=16597>
- Rodríguez, D. (2012). El autoconcepto y sus componentes. Recuperado de <http://autoconceptoysuscomponentes.blogspot.com/>.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In (ed.) S. Koch,

Psychology: A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context. New York: McGraw Hill.

Rosales, J.; Córdova, M; Ramos, R. (2012). "Ideación suicida en estudiantes mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal". *Psicología y Salud (Universidad Veracruzana)* 22 (1): 63-74. Consultado el 14 de agosto de 2015.

Sierra, A. (2017), Los falsos mitos sobre la diversidad sexual. *El Mundo*, Recuperado de <http://www.elmundo.es/vida-sana/sexo/2017/06/30/5953b87ae5fdea575d8b4600.html>

Solís, F. (2014). Proceso de aceptación que experimentan padres y madres de hijos homosexuales. *Revista Científica de FAREM-Estelí. Medio ambiente, tecnología y desarrollo humano*. N° 12, pg. 28-41

Tanney BL (1992). Mental disorders, psychiatric patients, and suicide. En: Maris RW, Berman AL, Maltzberger

Trautman PD, Rotheram-Borus MJ, Dopkins S (1991) Psychiatric diagnoses in minority female adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30(4): 617-622.

Triglia, A.; Regader, B.; García, J. (2016). *Psicológicamente hablando*. Paidós. p. 222.

Vargas, G. (2010). "Los jóvenes homosexuales rechazados por familia, más inclinados al suicidio". *Revista Semana*, 5 de noviembre ed. 1877.

## ANEXOS

### Anexo 1 Cuestionario de Autoconcepto AF5

#### Cuestionario de Autoconcepto AF5

**Nombre y apellidos: Sexo:**

**Centro:**

**Edad:**

**Fecha de aplicación:**

**Instrucciones:** A continuación encontrará una serie de frases. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste con un valor entre 1 y 99 según su grado de acuerdo con cada frase. Escoja el grado que más se ajuste a su criterio. Conteste con la máxima sinceridad.

1. Hago bien los trabajos escolares (profesionales).	
2. Hago fácilmente amigos.	
3. Tengo miedo de algunas cosas.	
4. Soy muy criticado en casa.	
5. Me cuido físicamente.	
6. Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador.	
7. Soy una persona amigable.	
8. Muchas cosas me ponen nervioso.	
9. Me siento feliz en casa.	
10. Me buscan para realizar actividades deportivas.	
11. Trabajo mucho en clase.	
12. Es difícil para mí hacer amigos.	
13. Me asusto con facilidad.	
14. Mi familia está decepcionada de mí.	
15. Me considero elegante.	
16. Mis superiores (profesores) me estiman.	



17. Soy una persona alegre.	
18. Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso.	
19. Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas.	
20. Me gusta como soy físicamente.	
21. Soy un buen trabajador (estudiante).	
22. Me cuesta hablar con desconocidos.	
23. Me pongo muy nervioso cuando me pregunta el profesor (superior).	
24. Mis padres me dan confianza.	
25. Soy bueno haciendo deporte.	
26. Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y trabajador.	
27. Tengo muchos amigos.	
28. Me siento nervioso.	
29. Me siento querido por mis padres.	
30. Soy una persona atractiva.	

## **Anexo 2 Escala De Intencionalidad Suicida De Beck**

### **ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK**

#### **INSTRUCCIONES:**

A continuación se te presenta una hoja con 20 ítems, el cual tiene por objetivo conocer las características de una persona que ha intentado auto eliminarse. Lee atentamente y marca con un círculo la respuesta que más se adecue a tus características. Te agradecemos responder con total sinceridad. Tus respuestas deberán expresar lo que más has sentido, experimentado y pensado durante los últimos tiempos.

#### **1. Deseos de vivir**

- a) Moderado a fuerte
- b) Débil
- c) Ninguno

#### **2. Deseo de morir**

- a) Moderado a fuerte
- b) Débil
- c) Ninguno

#### **3. Razones para vivir/morir**

- a) Las de vivir superan a las de morir
- b) Aproximadamente igual
- c) Las de morir superan a las de vivir

#### **4. Deseo de realizar un intento activo de suicidio**

- a) De moderado a fuerte
- b) Débil
- c) Ninguno

#### **5. Deseo de suicidio pasivo**

- a) Tomaría precauciones para salvarse
- b) Dejaría al azar la vida o la muerte
- c) Evitaría tomar precauciones para salvarse o conservar la vida

**6. Dimensión temporal: duración de la ideación/deseo suicida**

- a) Breve, pasajera
- b) Periodos más prolongados
- c) Persistente, continúa.

**7. Dimensión temporal: frecuencia del suicidio**

- a) Rara, ocasional
- b) Intermitente
- c) Persistente o continúa

**8. Actitud hacia la ideación/deseo**

- a) Rechazo
- b) Ambivalente, indiferente
- c) Aceptación

**9. Control sobre la acción suicida/deseo de "acting out"**

- a) Tiene conducta de control
- b) Inseguro de control
- c) No tiene conducta de control

**10. Impedimentos para un intento activo (por ejemplo, familia, religión, etc.)**

- a) No lo intentaría debido a un impedimento
- b) Alguna preocupación acerca de los impedimentos
- c) Mínima o ninguna preocupación acerca de los impedimentos

**11. Motivo del intento proyectado**

- a) No considerado
- b) Combinación a y c
- c) Huir, acabar, solucionar problemas

**12. Método: especificidad/planificación del intento proyectado**

- a) No considerado
- b) Considerado, pero sin ultimar detalles
- c) Considerado, detalles ultimados o bien formulados

**13. ¿Qué tan seguro estabas sobre la letalidad del método a utilizar?**

- a) Hizo menos de lo que pensaba que sería letal.
- b) No estaba seguro si lo que hacía era letal.
- c) Igualo o excedió lo que pensaba que sería mortal.

**14. Sentido de la capacidad para llevar a cabo el intento**

- a) No animado
- b) Inseguro
- c) Seguro

**15. Expectativa/anticipación del intento actual**

- a) No
- b) Incierta
- c) Si

**16. Preparación actual del intento proyectado**

- a) Ninguna
- b) Parcial (por ejemplo empezando a conseguir píldoras)
- c) Completa (por ejemplo píldoras conseguidas, revolver cargado)

**17. Nota suicida**

- a) Ninguna
- b) Iniciada pero no completa
- c) Completa

**18. Actos finales en anticipación a la muerte (ejemplo: seguro, testamento)**

- a) Ninguna
- b) Planeados pero no ejecutados
- c) Hechos, ejecutados

**19. Engaño/ocultamiento del suicidio proyectado**

- a) Ideas reveladas
- b) Parcialmente reveladas
- c) Ideas ocultas

**20. ¿En cuántas oportunidades has intentado suicidarte?**

a) Ninguna.

b) 1 o 2.

c) 3 o más.

### Anexo 3 Dinámica “Tela de Araña” (Sesión 1)

#### Dinámica de Integración “Tela de Araña”



**Objetivo:** Conocer e integrar al grupo

**Grupo:** hasta 30 participantes

**Material:** una bola de estambre

**Tiempo aproximado.** 15-25 min (dependiendo del tamaño del grupo).

**Desarrollo:** Se define previamente preguntas que permiten el conocimiento de los integrantes del grupo, como podría ser: su nombre, su carrera, sus pasatiempos, su música preferida, su comida preferida, la hora del día que le gusta estudiar, etc. Se sugiere que no exceda a cinco preguntas concretas.

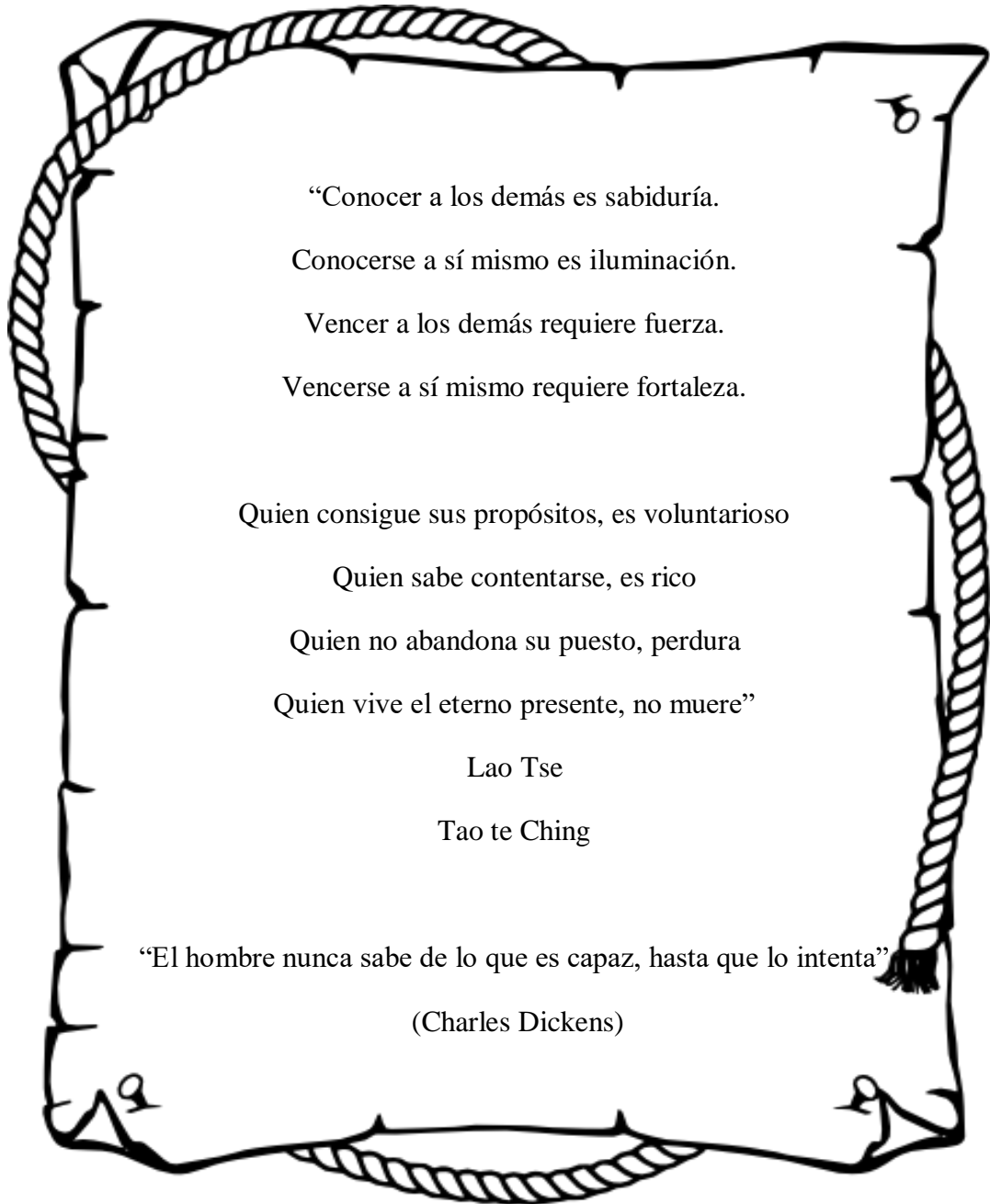
Para comenzar la dinámica los integrantes del grupo deben sentarse en un círculo, de tal forma que todos se vean. El primero en presentarse es el que dirige la dinámica (psicoterapeuta) y tira la bola de estambre a un integrante del círculo, quedándose con el extremo; el participante que recibió el estambre se presenta, deteniendo una parte de estambre en su mano, y tira la bola de estambre a otro compañero y así sucesivamente, de tal manera que al final queda armada una telaraña y todos se han presentado.

El siguiente paso es destejer la telaraña, para eso el último integrante en presentarse comienza a enrollar la bola y deberá repetir la información de la persona a donde llega enrollando el estambre, el estudiante que la recibe repite lo mismo, hasta que se termina de enrollar todo el estambre.

Es importante que el que dirige la dinámica no les mencione que tendrán que repetir la información de la persona a la que están conectados por medio del hilo, pero sí puede recomendar poner atención a lo que cada compañero menciona. Al final el psicoterapeuta podrá dirigir una reflexión sobre la importancia de escuchar y observar para conocer las personas.

Recuperado de: 100 Formas de Animar Grupos

Anexo 4 Frase motivacional (Sesión 2)



## Anexo 5 Dinámica “Nombres y Adjetivos” (Sesión 3)

### Nombres y Adjetivos



**Objetivo:** Presentación de los participantes y fomentar el autoconocimiento.

**Grupo:** Ilimitado

**Tiempo:** Dependiendo del número de participantes

**Desarrollo:** El Facilitador da las siguientes instrucciones a los participantes: "Tienen un momento para pensar en un adjetivo que defina mejor a cada uno de ustedes y que comience por la misma letra que su nombre. Por ejemplo: "María, meticulosa" o "Pedro, productivo". El adjetivo escogido debe referirse a un aspecto que consideren fundamental en su persona. Si les resulta muy difícil encontrar una característica importante que empiece por la misma letra que su nombre, háganlo con la primera letra de su apellido".

Al terminar la actividad anterior, el Facilitador integra subgrupos de 5 personas y les indica que compartan: Su nombre, apellido, adjetivo y por qué se ha escogido dicha cualidad.

A los 3 o 4 minutos, el facilitador cambia de grupo a los participantes. Así tres veces, procurando que no coincidan las mismas personas en el grupo.

Al terminar las tres veces, y ya sentado cada uno en su sitio habitual, se piden dos voluntarios: uno de ellos señala a una persona y el otro responde cómo se llama. La persona que respondió nuevamente señala a otra persona y el señalado debe responder como se llama la persona que lo señaló. Se repite la misma operación durante el tiempo que se crea conveniente hasta que los participantes aprendan el nombre de sus compañeros.

Recuperado de: 100 Formas de Animar Grupos



## Anexo 6 Formato de actividad para cierre (Sesión 3)



### Mírate Bien

Escribir 7 razones por las que ME AMO

•

•

•

•

•

•

•

Escribir 3 cualidades (físicas o intelectuales) por las que ME VALORO

•

•

•

## Anexo 7 Dinámica “El sol brilla en...” (Sesión 4)



### “El sol brilla en...”

**Objetivo:** Integrar al grupo y crear un ambiente óptimo para trabajar.

**Grupo:** Ilimitado

**Tiempo:** 10-15 minutos

**Desarrollo:** De pie o sentados, los participantes forman un círculo pequeño con una persona en el centro. La persona en el centro grita “el sol brilla en...” y dice un color o un artículo de vestir que alguien en el grupo tenga. Por ejemplo, “el sol brilla en todos los que llevan algo azul” o “el sol brilla en todos los que llevan calcetines” o “el sol brilla en todos los que tienen ojos cafés”. Todos los participantes que tienen estos atributos deben cambiar lugares entre sí. La persona en el centro trata de tomar el lugar de los que se han movido, y así se queda otra persona en el centro sin lugar.

La nueva persona en la mitad grita “el son brilla en...” y dice nombres de diferentes colores o tipos de ropa.

Recuperado de: 100 Formas de Animar Grupos.

## Anexo 8 Dinámica “¿Quién soy?” (Sesión 5)



### ¿Quién soy?

**Objetivo:** Que cada uno de a conocer cómo cree que los otros lo reconocen

**Grupo:** Hasta 30 participantes.

**Tiempo:** Dependiendo del número de participantes

**Desarrollo:** Es recomendable aplicar esta dinámica en grupos que están en los primeros inicios de conformación del equipo, o en aquellos que están formados hace mucho tiempo y tienen roles fijos y pocos dinámicos que entorpecen la producción grupal

El coordinador les pide a los participantes que se presenten con su nombre y den a conocer 3 cualidades y 3 defectos que creen poseer. Si los integrantes lo desean pueden explyarse con ejemplos de por qué creen poseer esas cualidades y esos defectos (no es obligatorio que lo hagan). Además, se les debe solicitar que, según su criterio, expliquen si con los aspectos pronunciados favorecen o no a alcanzar el objetivo personal o grupal que están buscando (no es necesario que expliquen los 6 aspectos)

Hay que tener en cuenta que a muchas personas les es difícil identificar cualidades y/o defectos, por esto es importante dar el tiempo adecuado para que cada uno de los participantes pueda completar la consigna.

Recuperado de: 100 Formas de Animar Grupos

## Anexo 9 Dinámica “COCOTERO” (Sesión 7)

### “COCOTERO”



**Objetivo:** Relajar al grupo para un mejor desempeño.

**Grupo:** Hasta 25 personas

**Tiempo:** 10 – 25 minutos

**Desarrollo:** El facilitador enseña al grupo cómo deletrear C-O-C-O-T-E-R-O usando sus brazos y el resto de su cuerpo. Luego todos los participantes juntos tratan de hacer lo mismo.

Escritura con el cuerpo Pida a los participantes que escriban sus nombres en el aire con una parte de sus cuerpos. Puede ser que escojan usar el codo o una pierna, por ejemplo. Continúe de esta manera hasta que todos hayan escrito sus nombres con varias partes de sus cuerpos.

Recuperado de: 100 Formas de Animar Grupos.

## Anexo 10 Dinámica “Grupo de Estatuas” (Sesión 8)

### “Grupo de Estatuas”



**Objetivo:** Relajar y crear un ambiente óptimo para trabajar posteriormente.

**Grupo:** Hasta 30 personas.

**Tiempo:** Aproximadamente 15 minutos

**Desarrollo:** Pida al grupo que se mueva por el salón, moviendo y soltando sus brazos y relajando sus cabezas y sus cuellos. Después de un momento, diga una palabra. El grupo debe formar estatuas que describan esa palabra. Por ejemplo, el facilitador dice “paz”.

Dar las siguientes indicaciones poniéndose el psicoterapeuta en el centro:

- 1.- Vamos a caminar, relajarnos y moviéndonos por todo el salón.
- 2.- Al escuchar la palabra que les mencione (por eje. Casa), tienen que hacer la representación de ello.
- 3.- Primero empezaremos a trabajar individualmente, después por parejas, seguiremos con grupos de tres y así sucesivamente hasta llegar a grupos de diez.

Recuperado de: 100 Formas de Animar Grupos.

## Anexo 11 Carta de Agradecimiento

Quito, de 2019

Estimados miembros de la Asociación “Es Mi Familia”:

Me dirijo a ustedes para manifestarles mi agradecimiento por su colaboración y apoyo brindado para aplicación de los test necesarios para realizar mi tesis.

Encontré muy enriquecedor el tiempo compartido con cada uno de los miembros de tan prestigiosa asociación, pues aprendí más sobre la comunidad y las dificultades que cada uno ha tenido que atravesar a lo largo de su vida; son un claro ejemplo de lucha y perseverancia; les auguró el mayor de los éxitos en cada cosa que realicen.

Agradeciéndoles nuevamente por la acogida recibida; no me queda más que recordarles que estoy a su entera disposición para cualquier necesidad en la que pudiera ayudarles.

Atentamente

Erika Quinde