

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

“IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES”

**Estudio descriptivo transversal realizado en adolescentes entre las edades
de 15 a 19 años, del Instituto Mixto Diversificado Ixil, Cantón Simocol
del municipio de Nebaj, Departamento del Quiché**

septiembre-octubre 2015

Tesis

**Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala**

ANNA BEATRIZ SALAZAR IZEPPI

MÉDICO Y CIRUJANO

Guatemala, junio de 2016

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

La estudiante:

Anna Beatriz Salazar Izeppi 200610269

Cumplió con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

"IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES"

Estudio descriptivo transversal realizado en adolescentes entre las edades de 15 a 19 años, del Instituto Mixto Diversificado Ixil, Cantón Simocol del municipio de Nebaj, Departamento del Quiché

septiembre-octubre 2015

Trabajo asesorado por el Dr. René Vladimir López Ramírez y revisado por Dr. Mynor Iván Gudiel Morales, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, a los ~~atorce~~ días de junio del dos mil dieciséis


DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO 
DECANATO

El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que la estudiante:

Anna Beatriz Salazar Izeppi

200610269

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

"IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES"

Estudio descriptivo transversal realizado en adolescentes entre las edades de 15 a 19 años, del Instituto Mixto Diversificado Ixil, Cantón Simocol del municipio de Nebaj, Departamento del Quiché

septiembre-octubre 2015

El cual ha sido revisado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el catorce de junio del dos mil dieciséis.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950

Dr. C. César Oswaldo García
Coordinador



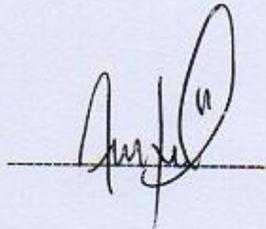
Guatemala, 14 de junio del 2016

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informo que yo:

Anna Beatriz Salazar Izeppi



Presenté el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

"IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES"

Estudio descriptivo transversal realizado en adolescentes entre las edades
de 15 a 19 años, del Instituto Mixto Diversificado Ixil, Cantón Simocol
del municipio de Nebaj, Departamento del Quiché

septiembre-octubre 2015

Del cual como asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos
y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

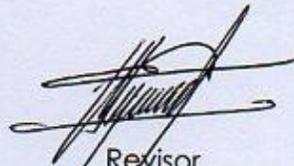


Asesor

Dr. René Vladimir López Ramírez

Firma y sello

René Vladimir López
Médico y Cirujano
Col. No. 8208



Revisor

Dr. Mynor Iván Gudiel Morales

Firma, sello y Reg. de personal

Dr. Mynor Iván Gudiel M
MÉDICO Y CIRUJANO
COL. 5877

DEDICATORIA

Acto que dedico:

A papá Dios por permitirme la vida, una familia que me ha apoyado en todo y sabiduría gracias a lo cual he podido culminar esta etapa académica.

A mis padres Mario Salazar y Silvia Izeppi por haberme acompañado con paciencia a lo largo de este camino, gracias por su amor incondicional y por brindarme los medios para llegar a este glorioso momento.

A mis hermanos porque siempre han estado para ayudarme y acompañarme durante estos años. Iza gracias por contagiarme de esa energía para dar este último paso. ¡Terminamos la tesis!

A mi esposo Edgar por apoyarme, ayudarme y motivarme a continuar por tu amor y por estar siempre para mí. A nuestra pequeña Eleonor porque es el motorcito de mi corazón y la razón para siempre continuar.

A mis hermanas de otra mamá Marelin y Luisa por acompañarme en las aventuras y siempre creer en mí.

A mis abuelos por su amor y aunque ya no están estoy segura que se alegran y se llenan de satisfacción porque también anhelaban este día.

A mi familia porque son una parte muy importante en mi vida, gracias por compartir conmigo este logro.

A mis profesores saber transmitir sus conocimientos y experiencia.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos especiales:

A la universidad de San Carlos de Guatemala

Por haberme recibido en esta gloriosa universidad y abrirme las puertas del conocimiento.

A la Facultad de Ciencias Médicas

Por mostrarme que se debe perseverar para lograr alcanzar nuestras metas.

Al Instituto Mixto Diversificado Ixil

Por permitirme la realización del trabajo de campo y el apoyo durante el proceso.

A mi revisor

Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales por su apoyo en la revisión metodológica de mi trabajo y por transmitirme sus conocimientos de investigación.

A mi asesor

Dr. René Vladimir López Ramírez por su orientación durante el proceso y por transmitir sus conocimientos en psiquiatría.

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la ideación suicida en adolescentes entre las edades de 15 a 19 años del Instituto Mixto Diversificado Ixil ubicado en el Cantón Simocol del Municipio de Nebaj del Departamento de Quiché, durante el periodo de septiembre - octubre del 2015.

Población y Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se incluyó una muestra de 233 adolescentes, luego se realizó un muestreo estratificado por grado, carrera y sección. Los datos se recolectaron mediante una boleta para los factores de riesgo y el test de Ideación Suicida de Beck, se utilizó Microsoft Excel para tabular y el programa EPIDAT para analizar los datos. **Resultados:** La prevalencia de ideación suicida fue de 12.53%; la edad más frecuente fue 17 años; 6 de cada 10 estudiantes fueron de sexo femenino; 178 (81%) viven con ambos padres; 42(19%) viven con uno de los padres; 53(24%) afirmaron que sus padres consumen alcohol; y de estos, 9(17%) si tienen problemas por consumo del mismo; 82(37%) conoce alguna persona cercana con antecedente de suicidio y 138(62%) no conocen ninguna persona. La presencia de ideación suicida está asociada con pertenecer a una familia disfuncional pues el riesgo es 2 veces mayor en estos adolescentes (OR= 2.27; IC95%= 1.55-3.31; p= 0.00009). **Conclusiones:** En los adolescentes del estudio 6 de cada 10 son mujeres y la edad más frecuente es de 17 años; 1 de cada 10 presenta ideación suicida, con los factores de riesgo: Antecedente paterno de consumo de alcohol en 1 de cada 10, 1 de cada 10 proviene de una familia disfuncional, 1 de cada 10 conoce a una persona con antecedente de suicidio, se calcula la asociación entre ideación suicida y factores de riesgo; se encontró que el riesgo de presentar ideación suicida es 2 veces mayor en los adolescentes con familia disfuncional.

Palabras clave: Ideación suicida, prevalencia, factores de riesgo.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	1
2	OBJETIVOS	3
2.1.	Objetivo general	3
2.2.	Objetos específicos	3
3	MARCO TEÓRICO	5
3.1	Suicidio	5
3.1.1	Definición de suicidio	5
3.1.2	Epidemiología	5
3.1.3	Teorías del suicidio	8
3.1.3.1	Teorías sociológicas	8
3.1.3.2	Teorías psicoanalíticas del suicidio	10
3.1.3.3	Teorías biológico-genéticas	12
3.2	Factores de riesgo suicida	14
3.2.1	Factores de riesgo individuales	16
3.2.2	Factores de riesgo familiar y contextual	18
3.2.3	Otros factores de riesgo	19
3.2.3.1	Historia de maltrato físico o abuso sexual	19
3.2.3.2	Orientación sexual	19
3.2.3.3	Acoso por parte de iguales	19
3.2.3.4	Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos	19
3.3	Suicidio y adolescencia	20
3.4	Ideación suicida	23
3.4.1	Test de medición de ideación suicida	25
3.4.1.1	Aplicación	27
3.4.1.2	Interpretación	27
3.4.1.3	Confiabilidad	27
3.4.1.4	Validez	28
3.5	Contextualización del área de estudio	28
3.5.1	Distribución Geográfica	28
3.5.1.1	Ubicación	28
3.5.2	Demografía	29
3.5.2.1	Población	29

3.5.3	Educación	29
4	POBLACIÓN Y MÉTODOS	33
4.1	Tipo y diseño de estudio	33
4.2	Unidad de análisis	33
4.1.1.	Unidad primaria de muestreo	33
4.1.2.	Unidad de análisis	33
4.1.3.	Unidad de información	33
4.3	Población o universo	33
4.4.	Muestra	33
4.5.	Selección de los sujetos a estudio	35
4.5.1.	Criterios de inclusión	35
4.5.2.	Criterios de exclusión	35
4.6.	Definición y operalización de variables	36
4.7.	Técnicas, procesos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos	41
4.7.1.	Técnica de recolección de datos	41
4.7.2.	Procedimiento	41
4.7.3.	Instrumento de recolección de datos	41
4.7.4.	Procesamiento de datos	42
4.7.5.	Análisis de datos	42
4.8.	Límites de la investigación	42
4.9.	Alcances	43
4.10	Principios éticos de la investigación	43
5	RESULTADOS	45
6	DISCUSIÓN	49
7	CONCLUSIONES	53
8	RECOMENDACIONES	55
9	APORTES	57
10	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
11	ANEXOS	65

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un importante problema de salud ya que según la OMS se encuentra entre las primeras 10 causas de muerte de cada país y en las primeras 3 causas de muerte en las de edades de 15-35 años.¹

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Guatemala en el 2007 la tasa de mortalidad por suicidio fue de 7.52%.² En el municipio de Nebaj departamento de Quiché, en el Hospital Regional según datos obtenidos del SIGSA 3 para el 2013 se atendieron 35 casos de suicidio, de los cuales 30 eran residentes de Nebaj, 19 de los cuales estaban entre las edades de 15 a 19 años; en el 2014 se atendieron 31 casos de intento de suicidio, para abril de este año se encuentran reportados 7 casos.

Se debe tomar en cuenta el impacto que produce el suicidio en lo psicológico y social de la familia y la sociedad ya que en promedio, un suicidio individual afecta íntimamente al menos otras seis personas y si este ocurre en una institución educativa o en el sitio de trabajo, tiene un impacto sobre cientos de personas.³

Al hacer la evaluación de la conducta suicida es prioritario indagar sobre la existencia de ideación suicida.¹ Según la literatura el grado o severidad de las ideas suicidas se relaciona con un riesgo mayor de llevar a cabo el acto suicida.⁴ Para la evaluación de la ideación suicida existen diversas escalas; dentro de estas una de las de uso más frecuente es la escala de ideación suicida de Beck (Scale for Suicidal Ideation, SSI) que se compone de 19 ítems distribuidos en cuatro apartados; actitud hacia la vida y la muerte, características de la ideación o deseo de la muerte, características del intento contemplado y actualización de este.⁵

A este respecto en Guatemala se han realizado algunos estudios de tesis como el que se realizó en municipios de Chiquimula en el 2014, en el que mediante la Escala de Ideación Suicida de Beck se evaluó a jóvenes entre las edades de 10 a 19 años; se encontró intencionalidad suicida en el 38% de los jóvenes, de los cuales el 78% presentaban intencionalidad baja y el 22% intencionalidad alta, la edad más frecuente fue de 15 años (21%); con predominio del sexo femenino (59%).⁶ También se puede mencionar el estudio

realizado en Santa Rosa en el 2011, en el que se cuantificó una prevalencia de desesperanza del 30%, de ideación suicida del 2% y ambas del 20%; de los adolescentes evaluados, el 50.15% está comprendido entre la edad de 10 a 14 años, 50.63% corresponde al sexo masculino.⁷

Se plantea un estudio descriptivo transversal en el Instituto Mixto Diversificado Ixil del municipio de Nebaj departamento de Quiché en el que se evaluó adolescentes entre 15 y 19 años mediante la Escala de Ideación Suicida de Beck, además se indago sobre tres factores de riesgo consumo de alcohol por los padres, familia desintegrada, conocer antecedentes de suicidio de persona cercana.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar la ideación suicida en adolescentes entre las edades de 15 a 19 años del Instituto Mixto Diversificado Ixil ubicada en el Cantón Simocol del municipio de Nebaj del Departamento de Quiché, durante el periodo de septiembre - octubre del 2015.

2.2. Objetivos específicos

- 2.1.1 Caracterizar a los adolescentes según edad y sexo.
- 2.1.2 Identificar en los adolescentes factores de riesgo como consumo de alcohol por los padres, familia disintegrada, conocer antecedentes de suicidio de personas cercanas.
- 2.1.3 Calcular la prevalencia de ideación suicida en adolescentes entre las edades de 15 a 19 años evaluados mediante el test de Ideación Suicida de Beck.
- 2.1.4 Identificar la asociación entre ideación suicida y factores de riesgo (consumo de alcohol por los padres, problemas por consumo de alcohol, familia disintegrada, conocer antecedentes de suicidio de persona cercana).

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Suicidio

3.1.1 Definición de suicidio

El vocablo suicidio proviene de las raíces latinas "sui", que significa de sí mismo y, "caedere", matar. Suicidio significa el "acto a través del cual la persona se provoca voluntariamente la muerte a sí misma".⁸

Hay dificultades en el consenso para definir suicidio, aunque parece un término fácil de definir, el concepto es polisémico y da nombre a diversas categorías de comportamiento, existiendo numerosas definiciones que se diferencian en pequeños detalles⁹; aunque en las definiciones propuestas se lo considera acto mortal de autolesión con intención autodestructiva más o menos consciente¹⁰; también puede definirse como la muerte autoinflingida, con evidencia implícita o explícita, de que la persona quería morir.¹¹ Suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen, tanto las ideas suicidas como el acto suicida propiamente dicho.¹² Estas definiciones excluyen los actos realizados por sujetos que no comprenden la letalidad potencial de aquellos.¹³

La clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) propone como criterios operativos de suicidio: a) acto con resultado letal; b) deliberadamente iniciado por un sujeto; c) sabiendo o esperando el resultado letal y d) la muerte es el instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social.¹¹

3.1.2 Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad "global" de 16 por 100 000, o una muerte cada 40 segundos. En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial.

El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y estas cifras no incluyen los tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. Las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada aunque las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo.¹

En Estados Unidos constituye la novena causa de muerte, con una tasa de 11.6 por cada 100000 habitantes. A pesar de los programas de prevención, la tasa global de suicidio no se ha modificado en las últimas décadas. Una de los factores que se ha identificado y se correlaciona con la tasa global de suicidio es la disponibilidad de medios para cometerlo; se demostró por primera vez en Inglaterra cuando se redujo la toxicidad producida por el gas de consumo doméstico, la tasa de suicidio disminuyó paralelamente.¹⁴

En España se reportaron 3451 suicidios para el año 2008,¹⁵ En la comunidad autónoma de Navarra, se evaluó a 1194 estudiantes entre 14 y 18 años mediante el test ideación suicida de Beck y se encontró que el 5.4% padece ideación suicida severa y el 1.9% ideación suicida leve.¹⁶

Según el Instituto nacional de estadística y geografía (INEGI), México, en el año 2011 se reportaron 5718 muertes por suicidio de las cuales 1775 se dieron entre las edades de 15 a 24 años.¹⁷ Los actores y víctimas principales de suicidio son los jóvenes entre 15 y 34 años y las personas mayores de 65 años, en su inmensa mayoría del sexo masculino. En el caso de las mujeres, es entre las jóvenes de los grupos de edad entre 15 y 24 años donde se presentan las tasas de suicidios más altas.¹⁸

En Guatemala es escasa la información sobre suicidio ya que existe un subregistro del mismo. Según datos de la Policía Nacional Civil (PNC) del año 2003 al 2013 se han reportado 6711 casos de suicidio, lo que representa un promedio de 559 casos anuales.¹⁹ En el 2009 se realizó la Encuesta Nacional de Salud Mental según la cual el 5% de la población ha presentado algún pensamiento suicida y de este porcentaje el 56% ha intentado el suicidio.²⁰ En el año 2001 se publicó un artículo de investigación periodístico en el que se indica que en los últimos dos años se han registrado 18 muertes por suicidio entre las edades de 14 a 19 en Nebaj, Quiché.²¹ Según datos del Hospital Regional de Nebaj en el año 2013 se reportaron 30 casos de suicidio en el municipio de Nebaj; de los cuales 19 se dieron en las edades de 15 a 19 años de estos 13 fueron femeninos y 6 masculinos; en el año 2014 se reportaron 31 casos de suicidio de los cuales 14 se dieron entre las de edades de 15 a 19 años.

En Guatemala se han realizado las siguientes tesis el año 2001 se realizó una en el hospital nacional de Antigua Guatemala donde se demostró que las características del suicidio en Guatemala son muy similares a los datos internacionales. Reportaron 175 casos de suicidio de los cuales el 60% fue de sexo femenino, de los hombres que intentaron suicidarse el 15% lo consumo y de las mujeres solo el 3%, las edades más frecuentes fueron entre 10 y 25 años.²²

En el 2011 se llevó a cabo un estudio en adolescentes realizado en cinco municipios de Cuilapa. En este se evaluó a 1942 estudiantes mediante el test de desesperanza de Beck y test de Ideación Suicida de Beck; se encontró una prevalencia de desesperanza del 30% y de desesperanza e ideación suicida del 20% para ambos sexos.⁷

En el 2013 en Sacatepéquez se realizó un estudio que evaluó 186 estudiantes mediante el test de Ideación Suicida de Beck y se identificó ideación suicida leve en el 54% de los estudiantes de quinto primaria y de estos el 41% se encontró entre los 11 y 12 años; de los estudiantes

de sexto primaria el 58% presentó ideación suicida leve de los cuales el 41% se encontraba entre 12 y 13 años.²³

En el 2014 se realizó otro estudio en jóvenes entre las edades de 10 a 19 años evaluados mediante el test Ideación Suicida de Beck en las aldeas de los municipios de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala del departamento de Chiquimula. Este evaluó a 642 estudiantes y se encontró una prevalencia de ideación suicida del 38%, de los cuales el 22% presento intencionalidad alta y el 59% fue del sexo femenino.⁶

Según la Organización Panamericana de la Salud existe un subregistro en las tasas de suicidio en los países centroamericanos. La conducta suicida ha sido comparada con un iceberg de la cual conocemos únicamente lo que aflora a nivel público, es decir, los intentos de suicidio y los suicidios consumados. La presencia de ideas suicida, pensamientos suicidas y/o planes suicidas han sido objetos de investigaciones como la búsqueda de las actitudes y de los valores hacia la conducta suicida.²⁴

3.1.3 Teorías del suicidio

El suicidio es un ejemplo donde los factores psicológicos, ambientales y genéticos parecen necesarios para que se dé el fenómeno suicida. Sin embargo, estos elementos son insuficientes por separado a la hora de dar una explicación adecuada, debido a las lagunas conceptuales y metodológicas que presentan.²⁵

3.1.3.1 Teorías sociológicas

La sociología clásica considera que el suicidio es un fenómeno social, no individual. Se considera que el factor crucial es la predisposición moral de la víctima del suicidio para cometerlo, y no sus experiencias individuales. Los suicidios se consideran como una alteración o un síntoma en la relación entre la sociedad y los individuos.¹⁰

Una de ellas sería la Teoría sociocultural representada por la obra *Suicide* de Durkheim (1982). El sociólogo Emile Durkheim hipotetiza que todos los suicidios resultan de perturbaciones en la relación entre el individuo y la sociedad, y en base a ello establece cuatro formas de suicidio:

- Suicidio egoísta: es aquel que resulta de la alienación del individuo respecto de su medio social. Este tipo es común allí donde factores culturales, como en el protestantismo, subrayan el individualismo y el esfuerzo concentrado en el yo, factor determinante en esta modalidad de autosacrificio. Este tipo de suicidio se reduce notablemente en tiempo de crisis, sea política, económica o de estado de guerra.^{10,26}
- Suicidio altruista: es el que se encuentra en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral. El comportamiento suicida de los kamikazes en la Segunda Guerra Mundial, o las inmolaciones musulmanas, tendría que ser catalogado en este tipo. Es el suicidio que se comete animado por una fuerte ideología, o por una extrema vergüenza cuando alguien ha quebrantado las normas de su grupo.^{10,26}
- Suicidio anómico: es el que se da cuando existe una falla o dislocación de los valores sociales, que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida.

Eso puede resultar de perturbaciones temporales como la guerra o las crisis económicas; de factores personales como la rápida movilidad social, como lo relacionado con la industrialización de los países subdesarrollados, que socavan la autoridad tradicional y los valores establecidos.^{10,26}

- Suicidio fatalista: se caracteriza por una excesiva reglamentación; es el que cometen los sujetos cuyo porvenir está implacablemente limitado.^{10,25}

3.1.3.2 Teorías psicoanalíticas del suicidio

Las principales formulaciones teóricas relacionadas con el sustrato intrapsíquico del suicidio derivan de Freud y sus discípulos. Las aportaciones más relevantes de la obra de Freud son: a) la idea fundamental del suicidio como parte homicidio, b) la ambivalencia amor y odio que está presente en la dinámica de todo suicida, y c) la asociación de la agresividad, y por tanto del suicidio, a la manifestación de un instinto o pulsión de muerte que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio.^{25,27}

Jung postuló que, a fin de que la vida tenga sentido, debía haber un contacto mínimo entre el ego y el self. Sin embargo, surge el peligro porque el self tiene a la vez un lado brillante y un lado oscuro; cuando prevalece el último, la muerte puede parecer más deseable que la vida. En el suicidio, la muerte se concibe claramente como la muerte del ego, que ha perdido contacto con el self y, por lo tanto, con el significado de la vida. El acto suicida, ocurre cuando: a) prevalece una situación a la que sólo podría poner fin la muerte, b) el ego se ve envuelto en el conflicto, c) el resentimiento puede alcanzar proporciones asesinas, con la ira dirigida a la persona responsable, en cuyo caso, el suicidio es un

intento de preferir tales actos asesinos, y d) la falta de vitalidad hace imposible encontrar alguna situación sustituta que desahogue la tensión.²⁵

La doctrina clásica psicoanalítica sobre el suicidio es la obra de Karl Menninger. Este afirmó de acuerdo con el concepto freudiano del instinto de muerte, que existen en todos nosotros fuertes propensiones hacia la propia destrucción y éstas llegan a hacerse efectivas como suicidio cuando se combinan muchas circunstancias y factores. Define tres componentes de la conducta suicida: a) el deseo de matar son impulsos cristalizados derivados de la agresividad primaria; b) el deseo de ser matado son impulsos derivados de una modificación de la primitiva agresividad cristalizada en la que, básicamente, intervienen los sentimientos de culpabilidad y la justicia de castigo; y c) el deseo de morir que enlaza con los motivos más sofisticados y se traduce a menudo en las ansias de reposo y en la voluntad de alejar o rehuir los conflictos. Además, señala que en la práctica autodestructiva intervienen los derivados de tres elementos; el autopunitivo, el agresivo y el erótico.^{25,27} Así establece tres formas de suicidio que serían:

- Suicidio crónico: como aquellas formas de autodestrucción en las cuales el individuo pospone la muerte indefinidamente, a costa de sufrimientos y del deterioro de las funciones. Incluye en este grupo las formas de ascetismo y martirio, invalidez crónica y neurótica, alcoholismo, conductas antisociales y psicosis.²⁵
- Suicidio localizado: definiéndolo como aquellas actividades autodestructivas que se concentran habitualmente sobre una parte limitada del cuerpo como, por ejemplo, morderse las uñas,

las automutilaciones, las enfermedades fingidas, la polícurugía, los accidentes intencionados, la impotencia y frigidez.²⁵

- Suicidio orgánico: como aquel que suscita internamente procesos destructivos, generales o focales, haciendo hincapié en los factores psicológicos de la enfermedad orgánica.²⁵

3.1.3.3 Teorías biológico-genéticas

Los estudios familiares, junto con los estudios con gemelos y los estudios de adopción, demuestran la innegable participación de factores genéticos en la conducta suicida. Según estos estudios, entre los familiares de sujetos que se suicidan o que lo intentan, las conductas suicidas son hasta 10 veces más frecuentes. Los antecedentes familiares de conducta suicida violenta son un factor predictivo de conducta suicida en sujetos con depresión mayor. Los descendientes de sujetos con trastorno afectivo y antecedentes de intento de suicidio tienen una probabilidad seis veces mayor que los hijos de los sujetos con depresión que no han intentado suicidarse.¹³

Los estudios con gemelos han demostrado una elevada concordancia de las tasas de suicidio y de tentativas entre gemelos monocigotos, en comparación con las tasas observadas en gemelos dicigotos. Los estudios de adopción han demostrado que entre los padres biológicos de sujetos adoptados que realizan actos suicidas existe un riesgo de suicidio seis veces mayor, en comparación con los padres biológicos de los sujetos adoptados que no se suicidan.^{13,14}

Todos estos estudios indican que la transmisión familiar de la conducta suicida es independiente de la transmisión de otros

trastornos psiquiátricos. Parece que lo que se transmite es una predisposición a presentar comportamientos suicidas, ya que las tasas de suicidio son elevadas entre los familiares de los sujetos que comenten tentativas y asimismo, entre los familiares de individuos que consuman el suicidio los antecedentes de intentos son más habituales; entre estos la ideación suicida no es frecuente, pero si más grave.¹³

La serotonina es el neurotransmisor mejor estudiado en relación con el suicidio. Diversos estudios han demostrado la existencia de una hipofunción serotoninérgica en sujetos suicidas y en los que intentan suicidarse, se ha propuesto que esta posible disfunción serotoninérgica podría condicionar un aumento de la vulnerabilidad o propensión al suicidio. Los bajos niveles del ácido 5-hidroxiindolacético en líquido cefalorraquídeo se correlacionan con impulsividad, violencia y una mayor letalidad de las conductas suicidas en pacientes con depresión mayor, observándose también en la esquizofrenia y en sujetos con trastornos de la personalidad, lo cual sugiere que el deterioro de la función serotoninérgica podría ser un marcador de rasgo de los sujetos suicidas, con independencia del diagnóstico psiquiátrico primario que presenta el paciente. Los estudios post mortem con cerebros de individuos suicidas han identificado también anomalías en las neuronas serotoninérgicas, así como cambios cuantitativos en sus receptores. Asimismo se han hallado alteraciones en el sistema noradrenergico, estos presentan un menor número de neuronas noradrenérgicas en el locus coeruleus, un descenso en el número de transportadores de noradrenalina y un incremento de la actividad tirosina hidroxilasa. En los estudios de neuroimagen funcional en sujetos supervivientes a un intento de suicidio ha demostrado una disminución del potencial de unión de los receptores de serotonina en la corteza prefrontal.^{13,14}

Al suicidio se lo entiende ahora como un trastorno multidimensional, el cual resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.¹

Actualmente existen dos teorías que tratan de explicar el suicidio, una de ellas es el modelo de estrés-diátesis y se basa en que las características de algunos individuos les hace reaccionar de manera peculiar ante algunos estímulos del medio ambiente; el término diátesis se emplea para referirse a la predisposición que tienen ciertas personas para contraer una determinada enfermedad, siendo así que estas personas padecen una enfermedad psiquiátrica que al exacerbarse podría ser el desencadenante al suicidio o de modo particular una simple crisis psicosocial podría ser el detonante.¹²

El segundo modelo explicativo del fenómeno suicida lo enfoca como un proceso. Se basa en las características rasgo-estado de la personalidad del sujeto y su interacción con el medio ambiente. El proceso suicida se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo; es decir, la suicidalidad, que comprende las ideas y deseos suicidas o ideación suicida, las conductas suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y los suicidios consumados.¹²

3.2 Factores de riesgo suicida

Los factores de riesgo suicida se pueden dividir en fijos y modificables. Los fijos aun con tratamiento psiquiátrico no se modificarán tales como el intento previo de suicidio, los factores genéticos, los de género, edad y etnia, el estado civil, la situación económica y la preferencia sexual. En cambio, los factores de riesgo

modificables son la ansiedad y la depresión, el consumo de drogas, el acceso a los medios para cometer el suicidio, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social y las enfermedades crónicas.¹²

Según la OMS algunos de los factores asociados con el suicidio son:

- Trastornos psiquiátricos (generalmente depresión, alcoholismo y trastornos de la personalidad);
- Enfermedad física (enfermedad terminal, dolorosa o debilitante, SIDA);
- Intentos suicidas previos;
- Historia familiar de suicidio, alcoholismo y/u otros trastornos psiquiátricos;
- Estatus de divorcio, viudez o soltería;
- Vivir solo (aislado socialmente);
- Desempleo o retiro;
- Pérdida sensible en la infancia.¹

Según un estudio realizado en México que evaluó factores de riesgo en pacientes con intento de suicidio de alta letalidad y de baja letalidad, se entrevistaron 106 pacientes y se encontró que vivir solo y la intoxicación etílica previa se relacionaban con un intento de suicidio de alta letalidad con un OR de 1.79 y 1.24, respectivamente.²⁸

En Colombia se llevó a cabo un estudio para identificar factores asociados al intento de suicidio en 21988 pobladores dentro de las edades de 16 a 60 años y se encontró que el grupo de edad con mayor riesgo está entre 16 y 21 años con OR de 2.5; en cuanto a intentos de suicidio el 4.5% había tenido al menos uno; se encontró que la ansiedad y depresión estaban relacionadas con el intento suicida y que la consulta médica por “nervios” presentó un OR de 2.1.²⁹

En Cuba se realizó un estudio de 54 casos y 128 controles para identificar factores de riesgo suicida; se encontró que los antecedentes patológicos familiares como alteraciones psiquiátricas, intento suicida y alcoholismo presentaron un OR de 8.63; los conflictos familiares presentaron un OR de 6.45, los conflictos económicos presentaron un OR de 2.59.³⁰

3.2.1 Factores de riesgo individuales

Trastornos mentales

El factor de riesgo más importante en los intentos de suicidio y/o el suicidio consumado, es el padecimiento, esté o no diagnosticado, de una enfermedad y/o trastorno mental.²⁸ El suicidio es la primera causa de mortalidad en las enfermedades psiquiátricas y el 90% de los pacientes que se suicidan tienen algún tipo de enfermedad o trastorno mental.⁹ La depresión mayor es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general. Se ha correlacionado depresión con ideación suicida y se encontró un coeficiente de correlación de 0.56 lo que significa que a mayor depresión mayor ideación suicida; además analizaron el coeficiente de regresión que fue de 0.45 lo que significa que la depresión es un predictor positivo de ideación suicida.³¹ Entre un 25-50% de los pacientes con trastorno bipolar realizan un intento de suicidio siendo el riesgo mayor al inicio del trastorno y cuando existen comorbilidades asociadas. Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia presentan mayor riesgo de suicidio; se estima que entre el 25-50% de todas las personas con esquizofrenia presentarán un intento de suicidio a lo largo de su vida. En un estudio se observó que una de cada cuatro mujeres con trastornos de la conducta alimentaria tenían antecedentes de ideación o conducta suicidas, lo que supone una tasa cuatro veces superior a la de la población femenina general y de estos, la anorexia nerviosa es la de mayor riesgo de suicida. Uno de cada cuatro suicidas presenta abuso de alcohol o de otras sustancias; el abuso de alcohol u otras sustancias no es sólo un factor de riesgo sino también un factor precipitante y se estima que estas personas tienen un riesgo seis veces mayor de suicidio que la población en general.

Los trastornos de la personalidad que se asocian con más frecuencia al suicidio son el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de personalidad y tienen un riesgo de 4-8% superior al de la población general.^{2,31}

Factores psicológicos

Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, la sobre generalización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo. Entre los rasgos de personalidad más importantes para la conducta suicida está la presencia de agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad.^{2,31}

Intentos previos de suicidio e ideación suicida

La ideación suicida y la presencia de planificación aumentan considerablemente el riesgo de suicidio. Los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida. Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces.³²

Edad

Los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada; los ancianos presentan tasas de suicidio tres veces superiores a los adolescentes debido, entre otros factores, a que usan métodos más letales.³² Los intentos de suicidio son poco frecuentes antes de la pubertad, su incidencia aumenta entre los 12 y 13 años y alcanzan un pico entre los 17 y los 24 años de edad.²⁹

Sexo

En líneas generales, los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio; también a nivel mundial los hombres presentan métodos más letales que las mujeres.³²

Factores genéticos y biológicos

Desde el punto de vista biológico, los factores relevantes en relación con la conducta suicida serían aquellos que reducen la actividad serotoninérgica, como: 1) factores genéticos: polimorfismos en el gen de la enzima triptófano hidroxilasa-TPH o del gen del receptor 5-HT_{2A}; 2) factores bioquímicos: bajos niveles de proteína transportadora de serotonina, bajos niveles de monoamino oxidasa en sangre, altos niveles de receptores 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A} postsinápticos, bajos niveles de colesterol en sangre o una disminución del ácido homovalínico en el líquido cefalorraquídeo.^{2,32}

Enfermedad física o discapacidad

El dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración, así como otras formas de discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad (cáncer, SIDA, etc), se relacionan con mayor riesgo de suicidio. La enfermedad física está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% cuando hablamos de personas de edad avanzada.³²

3.2.2 Factores de riesgo familiar y contextual

Historia familiar de suicidio

Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida, especialmente en el género femenino y cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado. La mayor concordancia se produce entre gemelos monocigóticos.³²

Factores sociofamiliares y ambientales

La conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de apoyo social y principalmente en

los hombres, en los primeros meses de la pérdida (separación, divorcio o viudedad). La pérdida de empleo y la pobreza se asocian con un mayor riesgo de suicidio, pudiéndose considerar la pérdida de empleo o la jubilación, eventos estresantes, incrementándose dos o tres veces el riesgo de suicidio. No existen pruebas concluyentes de que la raza o etnia tengan influencia sobre la tasa de suicidio; se ha observado que poblaciones de emigrantes presentan primero las tasas de suicidio del país de origen y, con el paso del tiempo, adoptan los valores del país de residencia. La afiliación y la actividad religiosa parecen proteger del suicidio, ya que las personas ateas parecen tener tasas más altas.³²

3.2.3 Otros factores de riesgo

3.2.3.1 Historia de maltrato físico o abuso sexual

Los abusos sexuales y físicos, más concretamente los producidos durante la infancia, presentan una asociación consistente con la conducta suicida. La relación existente entre la violencia de género y el suicidio ha sido puesta de manifiesto en diferentes estudios.³²

3.2.3.2 Orientación sexual

Aunque la evidencia es limitada, parece existir un mayor riesgo de suicidio en homosexuales, sobre todo en la adolescencia y en los adultos jóvenes, debido a que en ocasiones sufren discriminación, tensiones en sus relaciones interpersonales, ansiedad y falta de apoyo, lo que aumenta el riesgo suicida.³²

3.2.3.3 Acoso por parte de iguales

En adolescentes, el acoso se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas.³²

3.2.3.4 Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos

Un fácil acceso a medios para llevar a cabo un suicidio aumenta el riesgo del mismo, al facilitar el paso del pensamiento a la acción suicida.³²

Adicionalmente, los acontecimientos estresantes recientes asociados con un aumento en el riesgo de suicidio incluyen:

- Separación marital;
- Pérdida sensible;
- Problemas familiares;
- Cambio en el estatus ocupacional o financiero;
- Rechazo por parte de una persona importante;
- Vergüenza o temor a ser encontrado culpable.¹

3.3 Suicidio y adolescencia

La adolescencia es un período comprendido entre la pubertad y los 25 años aproximadamente. Es un período intenso de cambios a todo nivel: corporal, psíquico, afectivo, familiar y social. La infancia relativamente segura debe ser abandonada para ganarse un lugar en el mundo de los adultos; el adolescente quiere ser autónomo aunque aún dependa de los padres y de otros adultos. Hay un gran cambio en la percepción de sí mismo y de los demás, comenzando por los cambios corporales; los cambios de su cuerpo no le ofrecen una referencia segura, se siente desorganizado, torpe, fuerte, poco atractivo o muy atractivo. En el ámbito sexual, el adolescente debe definir su identidad, con el fin de poder establecer una relación con el otro. En el ámbito social, va y viene entre la infancia y la edad adulta, a veces se le exige comportarse como un adulto y en otras se le trata como a un niño. El adolescente además está siendo mirado críticamente; el mundo adulto lo evalúa, lo juzga, lo critica y lo confronta permanentemente. Su maduración intelectual le permite filosofar y preguntarse sobre el sentido de la vida y su lugar en el mundo. En el ámbito psicológico, es impulsivo, hipersensible, susceptible, emotivo, impaciente, apasionado. Se puede afirmar que el adolescente está constantemente en desequilibrio y en estado de conflicto, lo que es normal debido a los múltiples e intensos cambios que está viviendo. Todos estos cambios generan un grado de angustia que varía de un adolescente a otro.³³

El intento de suicidio en el adolescente traduce, la mayoría de las veces, la expresión de un deseo de cambio, de poner fin a una situación en la cual se

encuentra, de dejar de sentir lo que se está sintiendo; se puede afirmar que es una forma de reacción ante el sentimiento de impotencia para cambiar una situación que se ha hecho insoportable.³³

En un estudio realizado en Canadá se encontró que 72% de los adolescentes con intento de suicidio, uno o ambos padres se encontraban fuera del hogar y más de la mitad tenía un padre que había reorganizado su vida con otra pareja.³⁰

Una de las cuestiones más importantes de la problemática del suicidio en la adolescencia son las reincidencias. En un estudio realizado en Francia, dos de cada tres niñas y uno de cada tres varones reincidían en su intento de suicidio. Además, es importante recordar que cada nuevo intento de suicidio es habitualmente de una gravedad médica mayor que la anterior.³³

El suicidio consumado suele producirse más a menudo en los últimos años de la adolescencia. En muchos países industrializados, el suicidio es la segunda causa de muerte en población de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años.²

Se ha constatado que los intentos de suicidio empiezan a producirse a la edad de 12 años, con un aumento de la incidencia que alcanza un pico a los 16-18 años. El perfil típico en individuos que cometen intentos de suicidio es el de una mujer, de edad entre los 15 y los 17 años, que lleva a cabo el intento ingiriendo una dosis pequeña o media de un analgésico o bien algún otro medicamento utilizado por algún miembro de la familia. El acto tiene las características de un acto impulsivo, es decir, un acto escasamente reflexionado, que aparece en el contexto de un conflicto familiar o de pareja. Las manifestaciones clínicas son la irritabilidad, la agitación, el comportamiento amenazador y un deseo de morir.²

Casi un tercio de adultos jóvenes que completaron suicidio dejaron notas en las que expresaban sentimientos de fracaso por no poder lograr metas que se habían propuesto. El fracaso puede ser vivido por los adolescentes y jóvenes con mucha humillación; la desesperanza y el sentirse humillado originan deseos de abandonarlo todo, abatimiento, apatía y tendencias agresivas muy comunes en sujetos con ideaciones e intentos suicidas. Otros estados afectivos hacen referencia a sentimientos de vergüenza, soledad, ser muy diferente al resto, aislamiento. Comportamientos e ideaciones suicidas están positivamente correlacionados con sentimientos de culpa entre los adolescentes que cometieron suicidio³⁴

Gérard Bouchard, sociólogo canadiense, plantea que el proceso suicida es el período que comprende el momento en que se produce la crisis y el paso al acto, y aclara que en los adolescentes este proceso puede ser muy corto, inclusive de horas, y es más corto aun en los segundos intentos de suicidio.³³ Divide este proceso en cinco momentos.

El primer momento es la búsqueda de soluciones, que es una etapa normal en cualquier crisis. La persona hace una especie de inventario de las posibles soluciones a sus problemas juzgando la posibilidad de que se produzca un cambio y, por lo tanto, se disminuya el dolor. En este momento, la idea de suicidio no se toma como una posible solución.³³

El segundo momento es la ideación suicida. En la búsqueda de soluciones, una imagen súbita, breve y pasajera de muerte aparece como una posible solución. Las soluciones que encuentra son ineficaces para reducir la intensidad de la crisis, y por lo tanto son rechazadas. La idea del suicidio comienza a aparecer más frecuentemente, muchas veces encubierta por la idea de que algo pasara para morir, como, por ejemplo, una enfermedad grave o un accidente, pero cada vez más se piensa en el suicidio y se empieza a elaborar escenarios posibles.³³

El tercer momento es la rumiación. La inconformidad es cada vez mayor y más difícil de soportar, el deseo de escapar a la angustia es cada vez más apremiante. La imposibilidad de resolver la crisis y el sentimiento de haber agotado todas las posibilidades provoca un aumento de la angustia. La idea del suicidio se vuelve constante y regular, lo que genera aún más angustia y aviva el sufrimiento y el dolor.³³

El cuarto momento es la cristalización, en el cual la persona se encuentra totalmente desesperanzada. El suicidio es ya considerado como la solución a todos los sufrimientos. Es el momento en el que se elabora un plan preciso: el día, la hora, el medio, el lugar. El adolescente puede sentirse aliviado y dar signos de estar mejor, ya que el suicidio representa la solución definitiva, y él posee el medio para poner fin a su sufrimiento. Sólo hará falta el evento que lleve el paso al acto.³³

El último momento es el elemento desencadenante. Después de la etapa de cristalización, el paso al acto se vuelve inminente. Un evento desencadenante está ligado al acto suicida, sin importar muchas veces la intensidad o trascendencia manifiesta del evento, pero es un evento que para el adolescente se agrega a la serie de pérdidas significativas que ha sentido en su vida.³³

3.4 Ideación suicida

La ideación suicida se define como la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia; 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.¹⁵ También la definen como pensamientos universales sobre el cese de la propia vida en situaciones de estrés intolerable.¹¹

El espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado.³⁵

La ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas posiblemente relacionados con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros trastornos; sin embargo, la ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero que están interrelacionados.⁴

La ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

- El deseo de morir
- La representación suicida ("Me he imaginado que me ahorcaba").
- La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción ("Me voy a matar", y al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "No sé cómo, pero lo voy a hacer").
- La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún ("Me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome delante de un carro, quemándome").
- La idea suicida con una adecuada planificación ("He pensado ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerma"). Se le conoce también como plan suicida.³⁵

Un estudio mexicano en el que se correlacionó las variables ideación suicida, desesperanza, actitud negativa del self y hostilidad con suicidio encontró que todas eran significativas pero la más significativa fue ideación suicida.⁴

Existen diferentes instrumentos para la evaluación de ideación suicida:

- La escala modificada de ideación suicida realizada por Miller, Norman y Bishop en 1986; no es ampliamente utilizada en español.
- Escala de intencionalidad suicida de Beck: Es una escala que se utiliza para evaluar pacientes que han presentado un intento suicida y tiene un único enfoque evaluar el intento suicida.
- La escala de ideación suicida realizada por Rudd en 1989: Es una escala autoadministrada que evalúa ideación suicida, elaborada para estudiantes de primaria. No ha sido ampliamente utilizada en publicaciones.
- Cuestionario de conducta suicida elaborado por Linehan en 1981: Inicialmente era un cuestionario de 7 páginas diseñado para realizarse durante una entrevista actualmente fue modificado y reducido a 4 preguntas mediante análisis factorial y es de autoadministración. Es de fácil aplicación pero su desventaja es que puede ser susceptible a engaño por parte de la persona que llena el cuestionario.
- Cuestionario de ideación suicida elaborado por Reynolds en 1987, es el único cuestionario con una versión para adolescentes de 12 a 14 años; no sirve para discriminar bajo de alto riesgo y se ha utilizado más como herramienta clínica de tamizaje que en investigaciones experimentales.³⁶

3.4.1 Test de medición de ideación suicida

La escala de ideación suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) realizada por A. T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman en 1979, es una escala que debe ser llenada en el transcurso de una entrevista semi-estructurada cuyo objetivo es cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando en suicidarse.³⁸ Inicialmente fue creada con 30 items que luego de la prueba piloto se redujeron a 19; se evaluó la consistencia interna de esta escala y se encontró que 16 de los 19 items se correlacionaban positivamente con el punteo total y que el coeficiente de Cronbach fue de 0.89.³⁷

Es una escala frecuentemente utilizada de la que se cuenta con amplia documentación, validada en varios idiomas, por lo que se puede contar con

estudios para comparación con grupos similares; sobre todo es excelente midiendo riesgo suicida, es muy confiable está bien validada y es muy concisa en sus sub escalas.³⁶

En un estudio mexicano se evaluaron 122 estudiantes mediante la escala de ideación suicida de Beck y evaluación por un psiquiatra de los participantes para identificar ideación suicida de los 53 pacientes identificados mediante la entrevista por el clínico 52 fueron también identificados por la escala y se comprobó la consistencia interna de la escala mediante el coeficiente Cronbach que fue de 0.84.⁴

La escala reporta cuatro factores que agrupan los reactivos para medir el constructo hipotético de ideación suicida:

- Características de las actitudes hacia la vida/muerte. Reactivos 1 al 5.
- Características de los pensamientos/deseos de suicidio. Reactivos 6 al 11.
- Características del intento. Reactivos 12 al 15.
- Actualización del intento. Reactivos 16 al 19.^{5,39}

A pesar de que el instrumento SSI fue originalmente desarrollado para pacientes adultos, se ha demostrado que es útil para evaluar la ideación suicida en los pacientes psiquiátricos adolescentes porque el nivel de significancia de su ideación suicida se comparó con la tasa de los pacientes adultos, descrita por Beck y Steer (1991), y se encontró que el significado de los niveles de ideación suicida entre ambos era comparable.⁴

La escala consta de 19 reactivos, cada reactivo se registra en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se

suman para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38.^{5,37}

La quinta sección, con dos ítems, tiene un valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala.³⁷

3.4.1.1 Aplicación

Hay dos formas de aplicar la escala, una referida al momento presente y otra referida al peor momento de la vida del paciente, es decir al momento de mayor crisis, que puede coincidir con el actual o ser un acontecimiento ya pasado. El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad/seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida. Si el paciente contesta con un 0 (0=ausente) a los ítems 4 y 5, pasa directamente a contestar el ítem 20; si, por el contrario, la respuesta al ítem 4 ó 5 es 1 ó 2 (2=máxima intensidad), el paciente debe contestar todos los ítems. Sólo se contesta el ítem 21 cuando la respuesta al ítem 20 haya sido 1 ó 2.^{37,38}

3.4.1.2 Interpretación

Cada ítem se puntúa de 0 a 2 puntos (0= ausente hasta 2= máxima intensidad de la ideación suicida), y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems (como ya se ha indicado, 20 y 21 tienen solo valor descriptivo). El rango de puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un riesgo más elevado de suicidio.^{37,38}

3.4.1.3 Confiabilidad

Al someter los reactivos de la escala a un análisis de confiabilidad se obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach = .84. (5) Mientras que en los estudios realizados por Beck y cols. se obtuvo

consistencia interna alta con coeficiente alfa de Cronbach de 0.89-0.96.³⁷

3.4.1.4 Validez

En el análisis factorial de cada subescala la subescala I: Características de las actitudes hacia la vida y la muerte (5 reactivos), quedó conformada por 1 factor que explicó 71.2% del total de la varianza, obteniendo una consistencia interna de $\alpha = .90$. La sub-escala II: Características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse (5 reactivos), arrojó 2 factores que explicaron 62.6% de la varianza. Al calcular la consistencia interna de cada factor se obtuvieron coeficientes $\alpha = .65$ en el primer factor, y $\alpha = .45$ en el segundo. Como la consistencia interna de los 5 reactivos fue de $\alpha = .65$ se consideró pertinente integrar esta sub-escala con los 5 reactivos en una sola dimensión. La sub-escala III: Características del intento suicida (4 reactivos), se integró en un factor que explicó 46.4% de la varianza, y alcanzó una consistencia interna de $\alpha = .61$. La subescala: IV; Actualización del intento suicida (2 reactivos), se consideró como el indicador (por el reducido número de reactivos que la integraron) que explicó 64.5% de la varianza; obtuvo un coeficiente $\alpha = .45$. La estructura factorial descrita concuerda con la obtenida y registrada por Beck y cols. 1979.⁴

3.5 Contextualización del área de estudio

3.5.1 Distribución Geográfica

3.5.1.1 Ubicación

El municipio de Nebaj se encuentra ubicado al norte del departamento de Quiché y forma parte de los 21 municipios del departamento. También forma parte de la comunidad lingüística Ixil, integrado por los municipios de Chajul, Nebaj y Cotzal. La extensión territorial del municipio, es aproximadamente de 608

kilómetros cuadrados que representa el 7.06% del territorio del departamento.^{39,40}

3.5.2 Demografía

3.5.2.1 Población

En el año 2009 contaba con una población de 76,077 habitantes. Con una densidad poblacional de 125 personas por kilómetro cuadrado. La población femenina representa el 51% contra el 49% de la población masculina. El grupo étnico mayoritario lo constituyen los indígenas con el 95% sobre la población no indígena.³⁹

Limita al Norte con el municipio de Ixcán, al Sur con los municipios de Cunén y Sacapulas, al Este con Chajul y Cotzal y al Oeste con Chiantla, San Juan Ixcoy, Aguacatan, Santa Eulalia y Barrillas (Huehuetenango). Tiene una altitud de 2,001 m. sobre el nivel del mar. Su topografía es semiplano quebrado y tiene las siguientes coordenadas: Latitud Norte de 15°24'15" y Longitud Oeste de 91°08'52".³⁹

3.5.3 Educación

La cobertura educativa del Municipio es del 55% sobre el total de habitantes en edad escolar. El ciclo básico en el área urbana cubrió un 24% y 15% en el área rural. La cobertura del nivel diversificado representa el 17% y pertenece al área urbana.

De los establecimientos educativos el 91% son públicos y el resto privados. El nivel preprimario y primario, tienen cobertura en todas las comunidades; el nivel básico solo en 9 comunidades y el nivel diversificado únicamente en el área urbana.³⁹

3.5.4. Historia

La historia precolombina relata que el pueblo Ixil descende de los antiguos mayas que habitaron la mayor parte del territorio de Guatemala; se considera que para el periodo clásico el área Ixil estaba poblada. Restos de monumentos y muros arqueológicos encontrados en la región, constatan asentamientos humanos desde 500 años A.C; como una pieza de jade históricamente labrada encontrada en el área territorial de Nebaj.⁴⁰

En un principio, el área Ixil se pobló por mayas provenientes de Tikal, se asentaron en el cerro Ilom, se dice que el área Ixil mantenía una ruta de comercio con Chiapas y Petén hacia el altiplano, a partir de donde desarrollaron una gran civilización.⁴⁰

Los ixiles fueron sometidos militarmente por los españoles en el año 1530 por Francisco de Orduña y Francisco de Castellanos, pero gracias a las dificultades de acceso pudieron mantener su identidad y cultura.⁴⁰

El área Ixil fue arrasada por una epidemia que obligo a sus habitantes a emigrar; estos se distribuyeron en tres direcciones. Unos se dirigieron a la orilla de la laguna que traducido en Ixil es NAB´A actualmente llamado Nebaj, mientras los otros conformaron los otros dos pueblos del área ixil.⁴⁰

El conflicto armado que se inició en los años 60 entre las fuerzas armadas del gobierno de Guatemala y la guerrilla, trajo gran desolación para la población ixil. Muchas poblaciones fueron arrasadas por la guerra y sus habitantes tuvieron que refugiarse en las montañas huir hacia territorio Mexicano o desplazarse hacia la costa o a la ciudad de Guatemala. Las aldeas y los cultivos fueron abandonados y luego quemados por las fuerzas rebeldes y el ejército; pocas aldeas se mantuvieron en resistencia.⁴¹

A principios de los años 70 cuando el Ejército Guerrillero de los Pobres inició sus acciones en este territorio, el área ixil se vio especialmente afectada por la violencia; este movimiento cobró adeptos entre los ixiles quienes se vieron altamente involucrados por lo que a finales de los 70 la población migró por miedo al ejército nacional, identificación con la guerrilla o intimidación; quedando las aldeas despobladas. Cuando el ejército varió

sus acciones y dejó de atacar a la población civil, poco a poco esta población regresó a su casa o cerca de ella, en Nebaj hubo cerca de 15,000 desplazados para 1983.⁴²

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de estudio

Tipo: Cuantitativo

Diseño: Descriptivo transversal

4.2 Unidad de análisis

4.1.1. Unidad primaria de muestreo

Estudiantes entre las edades de 15 a 19 años del Instituto Mixto Diversificado Ixil ubicado en el cantón Simocol del municipio de Nebaj del Departamento Quiché.

4.1.2. Unidad de análisis

Respuestas obtenidas de los estudiantes en la escala de ideación suicida de Beck.

4.1.3. Unidad de información

Estudiantes entre las edades de 15 a 19 años del Instituto Mixto Diversificado Ixil ubicado en el cantón Simocol del municipio de Nebaj del Departamento Quiché.

4.3 Población o universo

Se tomaron 527 estudiantes entre las edades de 15 a 19 años del Instituto Mixto Diversificado Ixil ubicada en el Cantón Simocol del municipio de Nebaj del Departamento de Quiché, ciclo escolar 2015. Todos los estudiantes hablan y comprenden el idioma español.

4.4. Muestra

Se realizó un muestreo aleatorio simple con una confianza de 1.96, sabiendo que la prevalencia es de 38% para ideación suicida.⁶ Se definió una muestra de 212 estudiantes y se le agregó un 10% al total de la muestra, siendo así que se entrevistaron 233 estudiantes.

$$N = 527 \quad n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1)+Z^2pq}$$

$$p = 0.38$$

$$q = 0.62$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 0.05$$

Luego se realizó un muestreo estratificado por grado, carrera y sección según la siguiente formula:

N_1 = número de estudiantes por sección de cada grado

$$n_1 = \frac{N_1 n}{N}$$

n = tamaño de la muestra y N = tamaño de la población

Estratos	Población	Muestra
4to perito contador "A"	39	17
4to perito contador "B"	32	14
5to perito contador	49	22
6to perito contador	27	12
4to magisterio preprimaria "A"	35	15
4to magisterio preprimaria "B"	39	17
5to magisterio preprimaria "A"	40	18
5to magisterio preprimaria "B"	31	14
6to magisterio preprimaria "A"	30	13
6to magisterio preprimaria	24	11

“B”		
4to bachillerato “A”	45	20
4to bachillerato “B”	45	20
5to bachillerato “A”	38	17
5to bachillerato “B”	43	19
4to secretariado	10	4
Total	527	233

Según el listado de estudiantes en orden alfabético por sección se asignaron números a cada listado y luego se seleccionaron los números a participar según tabla de números aleatorios con remplazo.

4.5. Selección de los sujetos a estudio

4.5.1. Criterios de inclusión

- Adolescentes de 15 a 19 años de ambos sexos del Instituto Mixto Diversificado Ixil ubicado en el Cantón Simocol del municipio de Nebaj del Departamento de Santa Cruz del Quiché.
- Adolescentes inscritos en el ciclo lectivo 2015.
-

4.5.2. Criterios de exclusión

- Antecedente de intento suicida
- No presentar consentimiento informado o asentimiento informado
- No asistir el día de la realización del estudio.

4.6. Definición y operalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Edad	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado. ⁴³	Dato de la edad en años indicada por el estudiante de la resta de la Fecha de la entrevista a la fecha de nacimiento y verificado con DPI si es mayor de edad.	Cualitativa discreta	Razón	Años
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina de las personas. ⁴³	Dato obtenido referente a la condición biológica del ser humano que lo determina como hombre o mujer, indicado por el estudiante.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Femenino Masculino

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Familia integrada	Familia en la cual ambos padres viven y cumplen sus funciones ⁴⁴ .	Dato obtenido referente a vivir o no con ambos padres indicado por el estudiante.	Cualitativa	Nominal	Si No
Familia desintegrada	Familia en la que uno de los padres ha dejado el hogar por muerte, divorcio o separación. No se cumplen las funciones. ⁴⁴	Dato obtenido referente a la condición familiar de vivir solo con uno de los dos padres u otro, indicado por el estudiante.	Cualitativa	Nominal	Madre Padre Otro
Consumo de alcohol	Autoadministración de una sustancia psicoactiva ⁴⁵ .	Dato obtenido referente al consumo de alcohol por los padres y	Cualitativa	Nominal	Si No Cada cuanto consume alcohol • una vez al año

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Consumo de alcohol		con qué frecuencia consumen indicado por el estudiante.			<ul style="list-style-type: none"> • una vez al mes • una vez a la semana más de una vez a la semana
Problemas por consumo de alcohol	Modelo desadaptativo de uso de alcohol caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo. ⁴⁵	Dato obtenido referente al consumo de alcohol por los padres, con qué frecuencia consumen y si causa conflictos familiares, laborales o físicos cada vez que lo consume indicado por el estudiante.	Cualitativa	Nominal	Tiene problemas familiares, laborales o físicos relacionados al consumo de alcohol Si No

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Intento de suicidio	Se describe como un acto no habitual con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, que le cause autolesión o que, sin la intención de otros, la determinaría. ¹¹	Dato obtenido referente a haber conocido a alguna persona que intentó suicidarse, indicado por el estudiante.	Cualitativa	Nominal	Si No
Ideación suicida	Abarcan desde pensamientos de falta de valor de la vida, planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de	Dato obtenido de la entrevista del estudiante sobre la ideación suicida con respecto: - Actitud hacia la vida / muerte (ítems 1 a 5)	Cualitativa	Nominal	0= ausencia de Ideación suicida ≥1= presencia ideación suicida.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Ideación suicida	muerte o fantasías de suicidio. ¹⁵	-Pensamientos o deseos suicidas (ítems 6 a 11) -Proyecto de intento de suicidio (ítems 12 a 15) -Realización del intento proyectado (ítems 16 a 19)			

4.7. Técnicas, procesos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.7.1. Técnica de recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante una entrevista personal en un área que brindo privacidad y se procedió a leer cada ítem del test ideación suicida de Beck, se marcó cada respuesta según lo que indico el estudiante.

4.7.2. Procedimiento

Inicialmente se procedió a la aprobación de protocolo. Se solicitó autorización al director del Instituto Mixto Diversificado Ixil, se envió a los padres de los menores de 18 años y se dió a los mayores de 18 años consentimiento informado y a los estudiantes menores de edad se dió asentimiento informado donde se les informó y se les pidió su autorización para participar en este estudio. Se recogió los consentimientos de los padres y asentimiento de los estudiantes previo a realizar el test. Se verificó y se tomó los consentimientos y asentimientos válidos y autorizados. Se elaboró un listado de los estudiantes que participaran en el estudio. Se programó el día para evaluar la escala. Se citó a los alumnos el día de la evaluación. Se recolectaron los datos y se plasmaron en boletas de recolección de datos e inmediatamente se evaluaron para poder referir al psicólogo del área de salud a los estudiantes con puntuaciones altas según el test. Se verificó el cumplimiento de los objetivos trazados en relación a los resultados obtenidos.

4.7.3. Instrumento de recolección de datos

En este estudio se utilizó un test estandarizado, Escala de ideación suicida de Beck, para la recolección de los datos. Es una escala cuyo objetivo es cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida o grado de seriedad e intencionalidad con el que alguien está pensando en suicidarse.

La escala consta de 19 reactivos divididos de la siguiente manera:

- Características de las actitudes hacia la vida y la muerte. Reactivos 1 al 5.
- Características de los pensamientos o deseos suicidas. Reactivos 6 al 11.
- Características del intento. Reactivos 12 al 15.
- Actualización del intento. Reactivos 16 al 19.

En los casos cuya puntuación de los ítems 4 y 5 sean de 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de la intencionalidad suicida y no se procede a continuar aplicando la escala. Cada ítem se puntúa de 0 a 2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los valores de los primeros 19 ítems. El rango de la puntuación total es de 0 a 38, en donde cero es ausencia de ideación suicida y uno o mayor a uno como presencia de ideación suicida.

4.7.4. Procesamiento de datos

Posteriormente a la realización de la entrevista en la que se llenó la escala se procedió a tabular los datos, se analizaron la escala de ideación suicida de Beck y las preguntas complementarias, se trasladaron los datos a hojas de Excel para elaborar base de datos. Después de realizar la base de datos se revisó para verificar datos faltantes, correctos y completos

4.7.5. Análisis de datos

La información recolectada y tabulada se analizó con estadística descriptiva, se calculó la prevalencia y se realizaron tablas univariadas y bivariadas para la presentación final de resultados. Se calculó χ^2 y OR para evaluar la relación y el grado de asociación de los factores de riesgo con ideación suicida.

4.8. Límites de la investigación

- Solo el 17% de los adolescentes continúan con estudios diversificados.

- La anuencia a colaborar de los padres.
- La poca colaboración de los estudiantes.

4.9. Alcances

En Nebaj se observó que se han presentado 35 y 31 casos de suicidio en los últimos dos años, se identificó que se producían en las edades de 15 a 19 años por lo que se decidió realizar este estudio para conocer la existencia de ideación suicida en dicha población, ya que según la teoría, a mayor ideación suicida mayor riesgo de suicidio lo que permitirá identificar casos con riesgo de suicidio; los estudiantes con riesgo podrán ser referidos oportunamente, para brindar apoyo psicológico.

4.10 Principios éticos de la investigación

Se solicitó la autorización mediante consentimiento y asentimiento informado. Se explicó el procedimiento y para que se estaba realizando. Todos los datos fueron recabados mediante entrevistas individuales y anónimas para garantizar la privacidad de los entrevistados, los datos personales de los participantes no fueron publicados con lo que se garantizó la confidencialidad de los mismos. Todos los casos positivos para ideación suicida fueron enviados luego de la entrevista con el Licenciado en psicología Vasni Pablo García, actualmente psicólogo del área de salud de Nebaj, mediante hojas de referencia en las que se especificó la puntuación obtenida en el test y datos relevantes recabados durante la entrevista, además se notificó a los padres de los adolescentes menores de edad según fue necesario.

Es un estudio categoría I. Por lo que no se pone en riesgo la integridad de los adolescente

5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del estudio realizado a 220 adolescentes entre 15 y 19 años estudiantes del Instituto Mixto Diversificado Ixil del municipio de Nebaj, Quiché. En el estudio se tomó una población de 527 adolescentes estudiantes inscritos en el ciclo escolar 2015. Se definió una muestra de 212 adolescentes al que se le agregó un 10% por pérdidas siendo entonces 233, se captaron 221 participantes debido a que los adolescentes se resistían a participar en el estudio, además se anuló una boleta por datos incompletos. Se presenta la prevalencia de ideación suicida, seguido de la tabla de distribución según edad y sexo, luego la tabla según factores de riesgo asociados y por último se presenta la asociación de los mismos.

5.1. Descripción de la muestra

Tabla 5.1.1
Características de los adolescentes entre 15 y 19 años
del Instituto Mixto Diversificado Ixil
del Municipio de Nebaj, Quiché
septiembre - octubre 2015

Características	Adolescentes (n=220)	%
Edad en años ($\bar{X}17 \pm 2$)		
15	12	5.45
16	56	25.45
17	71	32.27
18	57	25.91
19	24	10.91
Sexo		
Femenino	133	60.45
Masculino	87	39.55
Integración familiar		
Si	178	80.91
No	42	19.09
Consumo de alcohol		
Si	53	24.09
No	141	64.09
No sabe	26	11.82
Conoce persona con antecedente de suicidio		
Si	82	37.27
No	138	62.73
Ideación suicida		
Presente	66	30
Ausente	154	70

5.2. Ideación suicida por edad y sexo

Tabla 5.2.1

Ideación suicida según edad y sexo en adolescentes entre 15 y 19 años del Instituto Mixto Diversificado Ixil del Municipio de Nebaj, Quiché septiembre - octubre 2015

	Presente (n=66)	Ausente (n=154)	Total (n=220)
Edad	f(%)	f(%)	f(%)
15	2(3.03)	10(6.49)	12(5.45)
16	16(24.24)	40(25.97)	56(25.45)
17	28(42.42)	43(27.92)	71(32.27)
18	12(18.18)	45(29.22)	57(25.91)
19	8(12.12)	16(10.39)	24(10.91)
Sexo			
Femenino	41(62.12)	92(59.74)	133(60.45)
Masculino	25(37.87)	62(40.26)	87(39.55)

5.3. Factores de riesgo según ideación suicida

Tabla 5.3.1

Ideación suicida y factores de riesgo asociados en adolescentes entre 15 y 19 años del Instituto Mixto Diversificado Ixil del Municipio de Nebaj, Quiché septiembre - octubre 2015

Factores de riesgo	Presente	Ausente	Total
Consumo de alcohol (n=220)	f(%)	f(%)	f(%)
Si	20(9.09)	33(15)	53(24.09)
No	34(15.45)	107(48.63)	141(64.09)
Ns	12(5.45)	14(6.36)	26(11.82)
Frecuencia de consumo (n=53)			
1vez al año	4(7.54)	11(20.75)	15(28.30)
1vez al mes	11(20.75)	11(20.75)	22(41.51)
1vez a la semana	4(7.54)	8(15.09)	12(22.64)
Más de 1vez a la semana	1(1.89)	3(5.66)	4(7.54)
Problemas por consumo (n=53)			
Si	6(11.32)	3(5.66)	9(16.98)
No	5(9.43)	18(33.96)	23(43.39)
NS	9(16.98)	12(22.64)	21(39.62)
Familia integrada (n=220)			
Si	43(19.55)	135(61.36)	178(80.91)
No	23(10.45)	19(8.63)	42(19.09)
Familia desintegrada (n=42)			
Madre	18(42.86)	17(40.48)	35(83.33)
Padre	4(9.52)	0	4(9.52)
Otro	1(2.38)	2(4.76)	3(7.14)
Persona cercana con antecedente de suicidio (n=220)			
Si	28(12.72)	54(24.55)	82(37.27)
NO	38(17.27)	100(45.45)	138(62.73)

5.4. Prevalencia de ideación suicida

Tabla 5.4.1
Prevalencia de ideación suicida en adolescentes entre 15 y 19 años
del Instituto Mixto Diversificado Ixil del Municipio de Nebaj, Quiché
septiembre - octubre 2015

Característica	f	Población	Prevalencia	
Ideación suicida	66	527	$66/527=0.125*100$	12.53%

5.5. Factores de riesgo asociados con ideación suicida

Tabla 5.5.1
Ideación suicida según factores de riesgo asociados en adolescentes entre 15 y 19 años
del Instituto Mixto Diversificado Ixil del Municipio de Nebaj, Quiché
septiembre - octubre 2015

Factor de riesgo	Chi ²	OR	IC 95%	Valor P	Interpretación
Consumo de alcohol	3.56				NSA
Problemas por consumo de alcohol	0.46				NSA
Familia desintegrada	15.16	2.27	1.55 – 3.31	0.00009	SA
Persona cercana con antecedente de suicidio	1.07				NSA

SA: se encontró asociación.

NSA: no se encontró asociación.

6. DISCUSIÓN

Según la OMS el suicidio se encuentra entre las primeras 10 causas de muerte de cada país y en las primeras 3 causas de muerte en las edades de 15 a 35 años. Al hacer la evaluación de la conducta suicida es prioritario indagar sobre la existencia de ideación suicida¹ y el grado o severidad de estas se relaciona con un riesgo mayor de llevar a cabo el acto suicida.⁴

En el estudio se tomó una muestra de 220 adolescentes estudiantes inscritos en el ciclo escolar 2015 del Instituto Mixto Diversificado Ixil. Se encontró que la edad más frecuente fue 17 años y representa el 32% de los adolescentes, 60% participantes fueron de sexo femenino; 19% viven solo con uno de sus padres; 24% de los participantes afirman que sus padres consumen alcohol; 37% estudiantes dijeron conocer por lo menos una persona con intento de suicidio; de los evaluados 30% presentaron ideación suicida. Se observó que más de la mitad de los participantes fueron de sexo femenino esto puede ser debido a que presentaron una mejor disposición a participar en el estudio ya que según los datos proporcionados por el instituto aproximadamente el 65% de los estudiantes son de sexo masculino.

En el estudio se encontró que el 42% de los adolescentes que presentaron ideación suicida tenía 17 años. En el estudio "Desesperanza e Ideación Suicida en Adolescentes" realizado en Santa Rosa en el año 2011 no se encontró diferencia significativa entre grupos de edad y presencia de ideación suicida, sin embargo en el estudio realizado en Chiquimula "Intencionalidad Suicida en Jóvenes" se encontró que el 21% de los casos se presentó a los 15 años. Estas discrepancias podrían deberse a diversos factores, sin embargo podemos las edades se encuentran dentro del grupo etario de riesgo creciente pues según la OMS la incidencia de ideación suicida aumenta entre los 12 y 13 años y alcanzan un pico entre los 17 y los 24 años de edad.²⁹

En cuanto al sexo que más presentó ideación suicida se observó que el 62% fue femenino. En otro estudio realizado en Chiquimula en el 2014 se reportó que el 59% de los casos fueron femeninos y el 41% masculinos esto concuerda con datos

internacionales donde se indican que el intento suicida es más común en mujeres en tanto que el suicidio consumado más frecuente en hombres.³² Aquí debemos tomar en cuenta que en esta muestra predomina el sexo femenino por lo que habría que considerar utilizar una muestra con una relación 1:1 para tener una mayor certeza de los datos obtenidos.

De los estudiantes con ideación suicida el 9% aseveraron que sus padres consumen alcohol, de estos el 21% de los padres consumían alcohol 1 vez al mes y el 11% afirmaron que sus padres presentan problemas por consumo. El 10% de los adolescentes con ideación suicida no viven con ambos padres, de los cuales el 43% vive con la madre. En Canadá un estudio reportó que 72% de los adolescentes que presentaron intento de suicidio uno o ambos padres se encontraban fuera del hogar por separación, divorcio.³⁰ El 13% de los adolescentes que presentaron ideación suicida conoce a una persona cercana con antecedente de suicidio. Según la literatura los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida, especialmente en el género femenino y cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado.³³ En este estudio no se encontró asociación entre antecedente de persona cercana con intento de suicidio e ideación suicida aunque sí se encontró en el estudio realizado en Cuba donde los antecedentes patológicos familiares de intento suicida presentaron un OR de 8.62. Se analizaron estos factores de riesgo ya que según la literatura se relacionan con presencia de ideación suicida, aunque no es lo que se observa numéricamente en esta muestra tal vez debido a que solo se estudió un instituto.

La prevalencia de ideación suicida en los adolescentes fue de 12.5% que fue menor en comparación con la encontrada en el estudio Chiquimula en el año 2014 (38%). En el estudio "Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana" realizado en el año 2007 en 32 estados mexicanos se encontró una prevalencia de ideación suicida que va de 56% a 35% ya que se calculó por cada estado⁴⁶. Aquí se debe tomar en cuenta que la muestra fue pequeña debido a que el estudio se realizó únicamente en uno de los 5 institutos del área urbana y que en Nebaj solo el 17% de los adolescentes continúan estudios diversificados.

Se buscó la asociación entre ideación suicida y cuatro factores de riesgo, solamente se encontró asociación entre familia desintegrada: la ideación suicida se presenta 2 veces

más (OR=2.27; IC95%= 1.55-3.31; p= 0.00009) en los adolescentes de familias desintegradas.

Se planteó en el estudio calcular la asociación entre ideación suicida y vivir solo con la madre, padre u otro y aunque no se pudo calcular dicha asociación debido a que se presentaron valores cero ya que se utilizó una muestra pequeña; se observó que el hecho de vivir solo con el padre se presentó en 4 de los casos de ideación suicida; y en el único caso de adolescente que vive con otro familiar también se identificó la presencia de ideación suicida. Para determinar la asociación entre estos factores de riesgo se requiere de un estudio con mayor número de participantes en el que se obtenga más para aumentar el poder estadístico.

7. CONCLUSIONES

- 7.1.** De los adolescentes del Instituto Mixto Diversificado Ixil del Municipio de Nebaj Quiché 3 de cada 10 tiene 17 años, 6 de cada 10 son del sexo femenino, 2 de cada 10 no vive con ambos padres, 2 de cada 10 tiene padres que consumen alcohol, 4 de cada 10 conoce alguna persona cercana con intento de suicidio y 3 de cada 10 presenta ideación suicida.
- 7.2.** De los adolescentes que presentan ideación suicida 6 de cada 10 son de sexo femenino, y 4 de cada 10 tiene 17 años.
- 7.3.** La ideación suicida está presente en 1 de cada 10 adolescentes con antecedente paterno de consumo de alcohol, de los cuales 1 de cada 10 tienen problemas por consumo, 1 de cada 10 proviene de una familia desintegrada y 1 de cada 10 conoce a una persona con antecedente de suicidio.
- 7.4.** La prevalencia de ideación suicida en los adolescentes del instituto estudiado es de 12%.
- 7.5.** Se encontró que el riesgo de presentar ideación suicida es 2 veces mayor en los adolescentes con familia desintegrada.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Ministerio de Educación

Incorporar un protocolo de acción para disminuir los pensamientos y conductas suicidas en los estudiantes, a través del desarrollo y la implementación de estrategias para la prevención en el que se incluya la formación y actualización de los profesionales que laboran en los centros educativos en conocimiento sobre suicidio, recursos y circuito de derivación.

8.2 Al director del Instituto Mixto Diversificado Ixil

Incorporar dentro del equipo educativo un psicólogo que pueda dar apoyo a los docentes para la identificación de casos de riesgo dentro de los estudiantes y así contribuir en la disminución de la ideación suicida como de los factores de riesgo.

8.3 Al personal docente del centro educativo

Promover y supervisar la salud mental del estudiante así como la del personal docente para contribuir a la identificación de casos de riesgo y pronta derivación a los servicios pertinentes, involucrando a los padres de familia en el apoyo al estudiante.

9. APORTES

Es un estudio importante en Guatemala, ya que aporta conocimientos sobre la prevalencia de ideación suicida y factores de riesgo en adolescentes entre 15 y 19 años del Instituto Mixto Diversificado Ixil del municipio de Nebaj departamento de Quiché.

Con los resultados de la presente investigación se hace necesario implementar un protocolo para la atención y derivación de los adolescentes en los que se identifique riesgo, donde se incluya la participación de profesionales capacitados que puedan brindar el apoyo adecuado, y donde la pronta notificación de los padres de familia sea indispensable para que su participación pueda beneficiar en la atención al adolescente.

Los resultados fueron enviados el mismo día de la recolección al psicólogo del área de salud quien brindó el apoyo psicológico a los que se consideró que presentaron mayor riesgo, alta puntuación en el test de Ideación suicida y factores de riesgo presentes, mismo que debían continuar según fuera indicado por el profesional.

Se proporcionan los resultados obtenidos al Director del centro educativo Instituto Mixto Diversificado Ixil, para que solicite la inclusión de un profesional en psicología al el equipo educativo que pueda brindar el apoyo oportuno a los adolescentes y que sirva como una ruta de derivación pronta y eficaz.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas. Ginebra; OMS: 2000.
2. Moya Ollé J. La conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil. Rev Interv Psicoeduc Desadapt Soc [en línea] 2008 [citado 5 Mayo 2015]; 1: 29-36. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3247531>.
3. Programa de Salud Pública de la Unión Europea. Directrices de actuación para la prevención, intervención y postvención del suicido en el entorno escolar. Bélgica: Euregenas; 2014.
4. Gonzales Macip S, Díaz Martínez A, Ortiz León S, Gonzales Forteza C, Gonzales Nuñez JJ. Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Salud Mental [en línea] 2000 Abr [citado 5 Mayo 2015]; 23(2): 21-30. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=22655>.
5. Córdova Osnaya M, Rosales Pérez JC, Confiabilidad y validez de constructo de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes de educación media superior. Altern Psico [en línea] 2012 Feb–Mar [citado 6 Mayo 2015]; 26: 16-25. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2012000100002&lng=pt&nrm=iso.
6. Gutiérrez Recinos EM, Lee Franco JA, Rivera Orellana RM. “Intencionalidad suicida en la pubertad y adolescencia”. Estudio descriptivo transversal en jóvenes entre las edades de 10 a 19 años evaluados mediante el test “Ideación Suicida de Beck” en las aldeas de los municipios de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala del departamento de Chiquimula durante los meses de junio- julio 2014. [tesis Médico y Cirujano]. Chiquimula: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2014.
7. Pérez Gómez CA, Aguilar Baldizón JR, Castillo García KA, Pérez Pérez PG, Lima Huevo SA, Coguox Gonzáles MV. “Desesperanza e ideación suicida en adolescentes”. Estudio descriptivo transversal realizado en estudiantes de los institutos nacionales de nivel básico y experimental de los municipios de Cuilapa, Barberena, Santa Rosa de Lima, Nueva Santa Rosa, Santa Cruz Naranjo y Oratorio, Departamento de Santa Rosa, Guatemala junio -julio 2011. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2011.
8. López García MB, Hinojal Fonseca R, Bobes García J. El suicidio: aspectos conceptuales doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. Rev Derecho Penal Criminología [en línea] 1993 [citado 6 Mayo 2015]; 3: 309-417. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=174022>.

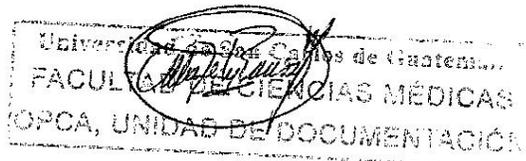
9. Vega Piñero M, Blasco Fontecilla H, Baca García E, Díaz Sastre C. El suicidio. Salud Gob [en línea] 2002 [citado 10 Jun 2015]; 4: 1-15. Disponible en: <http://eutanasia.ws/hemeroteca/j79.pdf>.
10. Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen N. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Médica; 2003.
11. Soler Insa PA, Gascon Barrachina J. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. 3ed. Catalunya: Ars Médica; 2005.
12. Gutiérrez García AG, Contreras CM, Orozco Rodríguez RC. El suicidio, conceptos actuales. Salud Mental [en línea] 2006 Sept-Oct [citado 10 Jun 2015]; 29(5): 66-74. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229510>.
13. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6ed. Barcelona: Masson; 2006.
14. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de psiquiatría. 3ed. España: Masson. 2001.
15. De la Torre Martí M. Protocolo para detección y manejo inicial de la ideación suicida. Universidad Autónoma de Madrid. [en línea] Madrid: UAM; 2013 [citado 10 Jun 2015]. Disponible en: <https://goo.gl/hQ7sef>.
16. Simón A, Sanchis F. Epidemiología de la ideación suicida en una muestra de estudiantes de la Comunidad Autónoma de Navarra. Rev Fac Med UFM (Guatemala). 2014; 1(18): 11-13.
17. México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadística de suicido de los Estados Unidos Mexicanos. [en línea] México: INEGI; 2013. Disponible en: <http://goo.gl/zIAzVM>.
18. Hernández Bringas HH, Flores Arenales R. El suicidio en México. Pap Poblac [en línea] 2011 Abr-Jun [citado 15 Jun 2015]; 68: 69-101. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000200004&lng=es&nrm=iso.
19. Gonzales M, Elias D, Mejía D. Suicidas con la propia mano. Plaza Pública. [en línea] 27 feb 2014; Datos y Mapas: [citado 17 Mayo 2015]; [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <https://www.plazapublica.com.gt/content/con-la-propia-mano>.
20. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el Sistema de Salud en Guatemala. Guatemala: OMS; 2011.
21. Barrios Paiz G. Suicidio en Nebaj. Prensa Libre. 14 Ene 2001; Revista Domingo: 14.
22. León Chacón LE. . "Prevalencia y caracterización epidemiológica del paciente con intento de suicidio y el enfoque psiquiátrico del médico tratante." Estudio descriptivo retrospectivo y transversal realizado con registros clínicos de pacientes con intento de suicidio durante el período de Enero de 1999 a Abril del 2001; y en

Médicos especialistas y médicos en formación, de los Departamentos de Medicina Interna, Cirugía y Pediatría, durante los meses de Abril y Mayo de 2001; del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2001.

23. Ortiz Morales GI. "Incidencia de la ideación suicida en estudiantes de quinto y sexto primaria, secciones A y B de la Escuela Dr. Víctor Manuel Asturias Castañeda." [tesis Psicóloga Clínica]. Antigua Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades; 2013.
24. Organización Panamericana de la Salud. Informe subregional de suicidio Centroamérica y República Dominicana 1988-2008. Panamá: OPS; 2011.
25. Rodríguez Pulido F, Rivera y Revuelta JL, Gracia Marco R, Montes de Oca Hernández D. El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis* [en línea] 1990 [citado 27 Jul 2015] 11: 374-380. Disponible en: http://www.psicoter.es/art/90_A077_12.pdf.
26. Palacio AF. La comprensión clásica del suicidio de Emile Durkheim a nuestros días. *Rev Affection Societatis* [en línea] 2010 Jun [citado 27 Jul 2015]; 7(12): 1- 12. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/view/6318>.
27. Universidad de Málaga, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario, Las conductas Suicidas. [en línea] Málaga: Departamento de psiquiatría y Psicología Medica, Universidad de Málaga; 2000 [citado 7 Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/suicidas.pdf>.
28. García Rábago H, Sahagún Flores JE, Ruiz Gómez A, Sánchez Ureña GM, Tirado Vargas JC, González Gámez JG. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparados con factores de alta y baja letalidad. *Rev Salud Pública* [en línea] 2010 Oct [citado 10 Mayo 2015]; 12(5): 713-721. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a02.pdf>.
29. Gómez Restrepo C, Rodríguez Malagón N, Bohórquez PA, Díaz Granados FN, Ospina García MB, Fernández C. Factores asociados al intento de suicidio en población colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr.* [en línea] 2002 Oct-Dic; [citado 28 Mar 2015]; 31(4): 271-786. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502002000400002&lng=en&nrm=iso
30. Noa López J, Miranda Vásquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. *Medisan.* [en línea] 2010 Abr; [citado 15 Mayo 2015]; 14(3): 353-358. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300011&lng=es&nrm=iso

31. Noh Amit NI, Yui Suen MW. Psychological factors as predictors of suicidal ideation among adolescents in Malaysia. *PloS One*. [en línea] 2014 Mayo; [citado 8 Oct 2015]; 9(10): [10]. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0110670>.
32. Galicia. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. [en línea] Galicia [citado 10 Oct 2015]; Ministerio de Ciencia e Innovación: 2011. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf.
33. Barón OP, Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*. [en línea] 2000 Ago-Dic; [citado 28 Mar 2015]; 6: 48-69. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300605>.
34. Casullo MM. Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: Una urgencia social. *Anu Investig* [en línea] 2005 Dic; [citado 29 Mar 2015]; 12: 173-178. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100017&lng=es&tlng=es.
35. Pérez Barreno SA. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr*. [en línea] 1999; [citado 29 Mar 2015]; 15 (2): 196-217. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013&lng=es&nrm=iso.
36. Range LM, Knott EC. Twenty suicide assessment of suicidal intention: evaluation and recommendations. *Death Studies*. [en línea] 2010 Oct; [citado 5 Ago 2015]; 21(1): 25-58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/074811897202128>.
37. Beck At, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol*. [en línea] 1979 Abr; [citado 17 Ago 2015]; 47(2): 343-352. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>.
38. Niméus A, Alsén M, Traskman Bendz L. La escala de evaluación del suicidio: Un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio de personas que han intentado quitarse la vida. *Eur Psychiatry Ed Esp* [en línea] 2000; [citado 5 Mayo 2015]; 15: 415-423. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/europeanpsy/54-62.pdf>.
39. Guatemala. Secretaria de Planificación y Programación. Plan de desarrollo municipal 2011-2025 municipio de Nebaj departamento de Quiché. Guatemala: SEGEPLAN; 2010.
40. González López JO. "Diagnostico socioeconómico, potencialidades productivas y propuestas de inversión: diagnostico financiero municipal". [tesis Contador Público y Auditor]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Económicas; 2010.

41. Herrera Peña G. Historia y memorias de la comunidad étnica Ixil. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Instituto de Lingüística; [1997?]. (Castellano; 7).
42. Stormot Santos J. "Salud enfermedad en personas desplazadas de su hábitat por la violencia". [tesis Licenciada en Antropología]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Historia; 1989.
43. Oxford Dictionaries Language matters. [en línea]. Oxford (UK): Oxford University Press; 2015 [citado 27 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.oxforddictionaries.com/es/definicion/espanol/edad>.
44. De la Cerda Salazar MA, Riquelme Heras H, Guzmán de la Garza FJ, Barrón Garza F, Vásquez D. Tipos de familias de niños y adolescentes que acuden al instituto nuevo amanecer. [en línea]. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2015. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/7577>.
45. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Glosario de términos de alcohol y drogas. [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones; [1994?] [citado 27 Jun 2015]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.
46. Pérez Amezcua B, Rivera Rivera L, Atienzo E, Castro F, Leiva López A, Chávez Ayala R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. Salud Publica Mex [en línea] 2010 Jun-Ago [citado 3 Nov 2015]; 52(4): 324-333. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400008&lng=es&nrm=iso.
47. España. Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida. [en línea] Andalucía: Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias, Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010 [citado 3 Nov 2015]. Disponible en: http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Conducta%20suicida_SAS_2010.pdf.
48. Sevillano Aguiño FT, Villalobos Galvis FH. Caracterización Psicométrica de una versión reducida del cuestionario de ideación suicida SIQ-HS, adaptado al español, en estudiantes de Pasto. Rev Centr Stud Salud [en línea] 2008 Oct [citado 14 Mayo 2015]; 1(10): 32-44 Disponible en: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/download/221/pdf>.
49. Comité de Consenso de Catalunya en Terapéutica de los Trastornos Mentales. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. 3ed.Catalunya: Ars Medica; 2005.



11. ANEXOS

11.1 Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACION

CONSENTIMIENTO INFORMADO A PADRE O ENCARGADO

Nombre del estudio: Ideación suicida en adolescentes del municipio de Nebaj departamento de Quiche.

Nombre del Investigador Principal: Estudiante del 7mo año de medicina

Nombre del participante: _____

Cuando su hijo (a) participa en una investigación, usted necesita una adecuada información para decidir sobre su cooperación en la misma. Con el fin de invitarle tanto a su hijo (a) como a usted a participar en la presente investigación y obtener su consentimiento, se le solicita leer atentamente el siguiente documento.

A. PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Su hijo(a) participará en una investigación que se realiza para identificar ideación suicida en los adolescentes y servirá como tesis de graduación.

B. PROCEDIMIENTO: Si usted y su hijo(a) aceptan la participación en este estudio, se realizará lo siguiente: Se le solicitará a su hijo(a) completar un instrumento de estudio, denominado escala de Ideación Suicida de Beck.

C. RIESGOS: Se espera que la participación de su hijo(a) en este estudio no conlleve ningún riesgo para su integridad física, psicológica o moral, ni costo económico alguno. Puede significarle alguna molestia o incomodidad, en el sentido de que implica referirse a su vida privada, sin embargo, cualquier inconveniente al respecto puede expresarlo libremente y recibirá la información requerida por parte de la investigadora que realizara dicho test.

D. BENEFICIOS: Como resultado de su participación en este estudio, su hijo(a) no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo es posible que los resultados que surjan de la investigación beneficien a otras personas y ayuden a incrementar el conocimiento de los profesionales sobre el riesgo de las y los adolescentes en cuanto a conductas autodestructivas. Por su participación no recibirá ningún tipo de pago.

E. Puede conversar con la investigadora que le aplica el test para contestar sus preguntas sobre este estudio.

F. Su participación y la de su hijo(a) en este estudio es voluntaria. Ambos tienen el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento.

G. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en un documento llamado tesis, en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima. La privacidad en ningún momento se podrá ver comprometida puesto que las únicas personas con acceso a la información será quien realiza la investigación. Si se considera necesario esta información le será brindada a usted y al psicólogo a quien será referido su hijo(a) en caso de considerarse necesario.

H. No se perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

Consentimiento Informado

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en este documento, antes de firmarla.

Me quedó clara la información que necesitaba decidir acerca de la participación de mi hijo (a) en esta investigación. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada.

Por lo tanto: acepto que mi hijo (a) participe voluntariamente como sujeto de investigación en la investigación titulada: **Ideación suicida en adolescentes** pues se me ha informado que él (ella) es libre de decidir participar en el estudio y que puede retirarse voluntariamente en cualquier momento, me queda claro que mi firma no implica consecuencias legales adversas para mí ni para mi hijo(a).

Nombre padres o encargado

DPI

firma

fecha

11.2 Asentimiento informado

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN**

ASENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Proyecto: **Ideación suicida en adolescentes del municipio de Nebaj departamento de Quiche.**

Nombre del Investigador Principal: Estudiante del 7mo año de medicina

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: A continuación participarás en una investigación sobre **ideación suicida en adolescentes del municipio de Nebaj departamento de Quiche.**

B. PROCEDIMIENTO: Si aceptas participar en este estudio, se te solicitará completar un instrumento del estudio, la escala de Ideación Suicida de Beck.

C. RIESGOS: Con tu participación en este estudio no se espera que tengas ningún riesgo. Puede significarte alguna molestia o incomodidad, en el sentido de que implica referirte a ti y a tu vida privada. Si quisieras comentar algo sobre lo que contestas al momento de la entrevista o si quieres solicitar algún tipo de ayuda puedes hacerlo con la investigadora que te aplicará el test, nadie más que el personal que realiza y participa en el estudio tendrá acceso a la información y los datos personales no serán publicados.

D. BENEFICIOS: Con tu participación en este estudio no recibirás ningún pago o beneficio directo, pero si ayudarás a beneficiar a otras personas, especialmente otros jóvenes.

E. Según los resultados obtenidos durante la entrevista puede ser necesario enviarte con el psicólogo luego de la entrevista, además la información también se dará a tus padres si se considera necesario.

Asentimiento Informado

He leído, toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla, mi participación en este estudio es voluntaria. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre Participante

firma

fecha

11.3 Consentimiento informado para mayores de edad
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAYORES DE EDAD

Nombre del Proyecto: **Ideación suicida en adolescentes del municipio de Nebaj departamento de Quiche.**

Nombre del Investigador Principal: Estudiante del 7mo año de medicina

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: A continuación participarás en una investigación sobre **ideación suicida en adolescentes del municipio de Nebaj departamento de Quiche.**

B. PROCEDIMIENTO: Si aceptas participar en este estudio, se te solicitará completar un instrumento del estudio, la escala de Ideación Suicida de Beck.

C. RIESGOS: Con tu participación en este estudio no se espera que tengas ningún riesgo. Puede significarte alguna molestia o incomodidad, en el sentido de que implica referirte a ti y a tu vida privada. Si quisieras comentar algo sobre lo que contestas al momento de la entrevista o si quieres solicitar algún tipo de ayuda puedes hacerlo con la investigadora que te aplicará el test, nadie más que el personal que realiza y participa en el estudio tendrá acceso a la información y los datos personales no serán publicados.

D. BENEFICIOS: Con tu participación en este estudio no recibirás ningún pago o beneficio directo, pero si ayudarás a beneficiar a otras personas, especialmente otros jóvenes.

E. Según los resultados obtenidos de la entrevista puede ser necesario enviarte con el psicólogo luego de la entrevista.

Consentimiento Informado

He leído, toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla, mi participación en este estudio es voluntaria. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre Participante

DPI

firma

fecha

11.4

1.4 Ficha de recolección de datos

Boleta No. _____

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TRABAJOS DE GRADUACION**

Edad: _____ Sexo: _____ Grado: _____ Sección: _____

1. ¿vive usted con sus dos padres? **Sí** **No**

1.1. si su respuesta es NO ¿con cuál de sus padres vive?

Madre **Padre** **Otro**

2. ¿sabe usted si alguno de sus padres consumen alcohol? **Sí** **No** **NS**

2.1. si su respuesta es Sí

• ¿cada cuánto consume alcohol?

Una vez al año

Una vez al mes

Una vez a la semana

Más de una vez a la semana

• ¿Tiene algún problema de tipo familiar, laboral, o físico cada vez que consume alcohol?

Sí **No** **NS**

3. ¿conoce usted a alguna persona cercana que haya intentado suicidarse? **Sí** **No**

Escala de ideación suicida de Beck

I. Características de la actitud ante la vida o la muerte

1. Deseo de vivir

- 0. Moderado
- 1. Débil
- 2. Ninguno

2. Deseo de morir

- 0. Ninguno
- 1. Débil
- 2. Moderado a fuerte

3. Razones para vivir/morir

- 0. Porque seguir viviendo vale más que morir
- 1. Igual unas que otras
- 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo

4. Deseo de intentar activamente el suicidio

- 0. Ninguno
- 1. Débil
- 2. Moderado a fuerte

5. Deseo pasivo de suicidio

- 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar su vida
- 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
- 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con la vida

Si en los códigos de los ítems 4 y 5 la puntuación es 0, sáltese las secciones II, III, IV, puntuando "8"

6. Duración de la ideación/deseo suicida

- 0. Breve, períodos pasajeros
- 1. Amplios períodos
- 2. Continuo (crónico), casi continuo

7. Frecuencia de la ideación/deseo suicida

- 0. Raro, ocasional
- 1. Intermitente
- 2. Persistente o continuo

8. Actitud hacia la ideación/deseo suicida

- 0. Rechazo
- 1. Ambivalente, indiferente
- 2. Aceptación

9. Control sobre la actividad suicida/deseo de actuar

- 0. Tiene sentido del control
- 1. Inseguro
- 2. No tiene sentido del control

10. Disuasivos para un intento activo

- 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
- 1. Alguna preocupación sobre los medios puede disuadirlo
- 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos

11. Razones para el intento contemplado

- 0. Manipular el entorno, llamar la atención, venganza
- 1. Combinación de 0 y 2
- 2. Escapar, resolver problemas, finalizar de forma absoluta

12. Método especificidad, planificación del intento contemplado

- 0. No considerado
- 1. Considerado, pero detalles no calculados
- 2. Detalles calculados, bien formulados

13. Método accesibilidad, oportunidad para el intento contemplado

- 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
- 1. Método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
- 2a. Método y oportunidad accesibles
- 2b. Futura oportunidad o disponibilidad del método previsto

14. Sentido de "capacidad para llevar a cabo el intento"

- 0. No tiene valor, demasiado débil, temeroso, incompetente
- 1. Inseguridad sobre su valor
- 2. Seguro de su valor, capacidad

15. Expectativas/espera del intento actual

- 0. No
- 1. Incierto
- 2. Si

16. Preparación actual para el intento contemplado

- 0. Ninguna
- 1. Parcial
- 2. Completa

17. Nota suicida

- 0. Ninguna
- 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
- 2. Nota terminada

18. Actos finales en anticipación a la muerte

- 0. Ninguna
- 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
- 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales

19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado

- 0. Revelo las ideas abiertamente
- 1. Frenó lo que estaba expresando
- 2. Intento engañar, ocultar o mentir