



**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 GRADUACIÓN**

DESESPERANZA E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES

INTEGRANTES

CARNÉTELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

CÉSAR AUGUSTO PÉREZ GÓMEZ	199117838	45474165	tesispsiquia7@hotmail.com
JULIO RAFAEL AGUILAR BALDIZÓN	199719222	48298540	tesispsiquia7@hotmail.com
KAREN ALICIA CASTILLO GARCÍA	199810175	41542496	tesispsiquia7@hotmail.com
PERSY GUADALUPE PÉREZ PÉREZ	199810279	53854001	tesispsiquia7@hotmail.com
SABRINA ALEJANDRA LIMA HUEZO	200012433	41548524	sabylima@gmail.com
MIRIAM VERÓNICA COGUOX GONZÁLEZ	200110599	49102746	veromirco7@hotmail.com

ASESOR: Dr. EDGAR PEÑA 57694688 edgarpega70@gmail.com

REVISOR:Dr. MIGUEL GARCÍA 54017462 guayogarcia1@yahoo.com.mx

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“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

César Augusto Pérez Gómez
Julio Rafael Aguilar Baldizón
Karen Alicia Castillo García
Persy Guadalupe Pérez Pérez
Sabrina Alejandra Lima Huevo
Miriam Verónica Cogoux González

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre 2011

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“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

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

César Augusto Pérez Gómez
Julio Rafael Aguilar Baldizón
Karen Alicia Castillo García
Persy Guadalupe Pérez Pérez
Sabrina Alejandra Lima Huevo
Miriam Verónica Cogoux González

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre 2011

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

Los estudiantes:

César Augusto Pérez Gómez	9117838
Julio Rafael Aguilar Baldizón	9719222
Karen Alicia Castillo García	199810175
Persy Guadalupe Pérez Pérez	199810279
Sabrina Alejandra Lima Huevo	200012433
Miriam Verónica Cogoux González	200110599

han cumplido 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:

**“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

Trabajo asesorado por el Dr. Edgar René Peña y revisado por el Dr. Miguel Eduardo García quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, tres de octubre del dos mil once


DR. JESUS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

César Augusto Pérez Gómez	9117838 ✓
Julio Rafael Aguilar Baldizón	9719222 ✓
Karen Alicia Castillo García	199810175
Persy Guadalupe Pérez Pérez	199810279
Sabrina Alejandra Lima Huevo	200012433
Miriam Verónica Cogoux González	200110599 ✓

han presentado el trabajo de graduación titulado:

**“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

El cual ha sido revisado y corregido por el Profesor de la Unidad de Trabajos de Graduación -UTG-, Dr. Luis Gustavo de la Roca Montenegro y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el tres de octubre del dos mil once.

“DÉ Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador



Guatemala, 03 de octubre del 2011

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León Barillas:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

César Augusto Pérez Gómez

Julio Rafael Aguilar Baldizón

Karen Alicia Castillo García

Persy Guadalupe Pérez Pérez

Sabrina Alejandra Lima Huevo

Miriam Verónica Cogoux González



Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

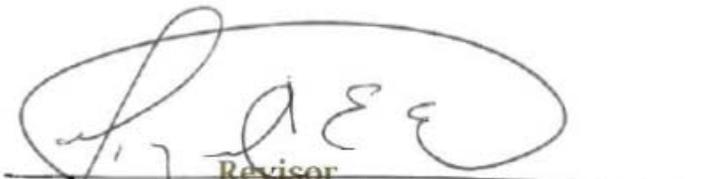
**“DESESPERANZA E IDEACIÓN SUICIDA
EN ADOLESCENTES”**

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

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.


DR. EDGAR RENÉ PEÑA GARCÍA
MÉDICO Y PSIQUIATRA
Col. 9 997
Asesor
Firma y sello


Revisor
Firma y sello
Reg. de personal 401
Dr. Miguel Eduardo García
Pediatra
Col. No. 5298

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico de los adolescentes con desesperanza e ideación suicida de los institutos nacionales de educación básica y experimental de los municipios de Cuilapa, Barberena, Santa Rosa de Lima, Nueva Santa Rosa, Santa Cruz Naranjo y Oratorio del departamento de Santa Rosa del ciclo escolar 2011. **Metodología:** Estudio descriptivo prospectivo transversal en el que se les realizó a 1,942 adolescentes de los institutos nacionales de educación básica y experimental el test de desesperanza de Beck y test de ideación suicida de Beck, se realizó una entrevista estructurada a los adolescentes que presentaron desesperanza e ideación suicida. **Resultados:** Se cuantificó una prevalencia de desesperanza de 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, 65% procede del área urbana, 66.5% profesa la religión católica, 38% cursa el primero básico, 57% estudia en un Instituto Nacional de Educación Básica y 86% no trabaja; de los adolescentes con desesperanza, el 13.46% tiene riesgo alto de cometer suicidio; de los adolescentes con ideación suicida, el 49.29% tiene un proyecto de intento de suicidio o realización del intento proyectado. **Conclusiones:** Un tercio de los adolescentes de los institutos nacionales de educación básica y experimental presentó desesperanza, una centésima parte presentaron ideación suicida y la quinta parte de ellos evidencia ambos hallazgos; el adolescente con desesperanza, ideación suicida o ambas esta comprendido entre la edad de 10 a 14 años, corresponde al sexo masculino, procede del área urbana, profesa la religión católica, cursa el primero básico, estudia en un Instituto Nacional de Educación Básica y no trabaja; de los adolescentes con desesperanza, más de la décima parte tiene riesgo alto de cometer suicidio; de los adolescentes con ideación suicida, casi la mitad ha proyectado un intento de suicidio o ha realizado el intento proyectado.

Palabras Clave: Escala de desesperanza, Beck, Desesperanza, Ideación suicida, Adolescentes, Santa Rosa

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	OBJETIVOS	5
3.	MARCO TEÓRICO	7
3.1	Contextualización del área de estudio	7
3.2	Desesperanza	10
3.3	Idea suicida	21
3.4	Suicidio	25
3.5	Institutos nacionales de educación básica en Santa Rosa	28
4.	METODOLOGÍA	31
4.1	Tipo y diseño de estudio	31
4.2	Unidad de análisis	31
4.3	Población y muestra	31
4.4	Selección de los sujetos a estudio	32
4.5	Definición y operacionalización de variables	33
4.6	Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos	35
4.7	Procesamiento y análisis de datos	37
4.8	Alcances y límites de la investigación	38
4.9	Aspectos éticos de la investigación	38
5.	RESULTADOS	41
6.	DISCUSIÓN	45
7.	CONCLUSIONES	49
8.	RECOMENDACIONES	51
9.	APORTES	53
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
11.	ANEXOS	59

INTRODUCCIÓN.

El suicidio es un fenómeno humano de carácter universal; presente en toda época histórica. Se puede mencionar la muerte por suicidio de filósofos griegos como Anaxágoras o Sócrates, quienes terminaron con su vida de forma voluntaria en medio de acontecimientos sociales y políticos. (1)

En la actualidad el suicidio es considerado como uno de los problemas principales a nivel de salud pública en relación a salud mental, ya que se sitúa entre una de las principales causas de muerte. (1)

Shaffer y Pfeffer describen que los estudios y la mayoría de la literatura sobre el comportamiento suicida de niños y adolescentes surgen a partir de la década de los 80; según datos recopilados por la national center for health statistics en 1999 a inicios de los 80 la tasa de suicidio en adolescentes varones blancos en Estados Unidos de América (USA) se había más que duplicado, estos datos, además de varios suicidios en grupo de niños y adolescentes alarmaron al público y atrajeron la atención pública.(2)

Por el contrario, los datos declarados de suicidio son menores en países mediterráneos y países católicos de América Latina (Colombia y Paraguay), Asia (Filipinas) y los países Musulmanes (Pakistán). Estos países tienen tasas de suicidio menores al 6 por 100.000. (3)

Aunque en Guatemala los datos que existen sobre suicidio son muy pobres, es de reconocer la labor de ciertas instituciones como el organismo judicial quien reportaba 54 suicidios por año de parte del departamento de medicina forense atendiendo entre 1 a 2 semanales, el 82% era masculino y el 18% femenino, manejando una proporción de 5/1; los métodos usados por los varones fueron más efectivos, las mujeres que fallecieron usaron los mismos métodos de los varones, el grupo etario más afectado fue entre los 15 a 45 años, (edad productiva) en ambos géneros el 60% eran solteros, el 38 % tenía empleo formal, 19% eran agricultores, 18% estudiantes dando en el 2005 un total de 117 suicidios registrados (4,5). Vale la pena mencionar que en otras instancias como en salud pública el suicidio como causa de muerte no es adecuadamente registrado por lo que no figura en las estadísticas, debido a no estar dentro de las 10 primeras causas de morbilidad, ni de mortalidad, muchos de los intentos suicidas y los suicidios son clasificados como intoxicaciones accidentales, politraumatismos, lesiones cortocontundentes, laceraciones, etc. Sin escribir en la mayoría de registros y libros de

emergencia la palabra suicidio, lo mismo ocurre en el actual instituto nacional de ciencias forenses (INACIF), quien es la organización encargada en Guatemala y registra las causas de muerte en el año, donde el suicidio se diluye en un rubro grande quedando en el reglón de “otras causas de muerte”, desapareciendo la información. (*)

El estudio realizado por el Dr. Ismael Salazar basado en un análisis de comportamiento suicida en Guatemala hace resaltar que el departamento de Santa Rosa se ubica en el segundo lugar de muertes ocasionadas por suicidio según datos recabados de diciembre 2007 al mes de agosto 2008 se registraron 12 suicidios de 199 reportados a nivel nacional el cual corresponde a un 6%. El primer lugar es ocupado por el departamento de Guatemala con 46 casos; al realizar una comparación de ambos departamentos se muestra una proporción alta en el departamento de Santa Rosa ya que su población equivale al 10% de la población del departamento de Guatemala mostrándose una relación de 4.5/1 suicidios respectivamente. (6)

La organización mundial de la salud (OMS), por su parte reconoce la importancia de los factores socioculturales y actualmente promociona el estudio suicide prevention multisite intervention study on suicide (SUPRE-MISS) en los cinco continentes, en el que se incluye la comparación de diversos indicadores socioculturales estandarizados, una intervención clínica sobre las personas con ideación y comportamiento suicida en la comunidad además de la investigación biológica. (7)

Uno de los factores que influye en el suicidio y riesgo suicida es la desesperanza la cual se define como un estado dinámico de actitud y percepción que la persona tiene de los acontecimientos a futuro, de tal manera que condicionan u orientan la conducta del individuo.

La ideación suicida comprende pensamientos de falta de valor de la vida que abarcan hasta la planificación de un acto letal pasando por deseos más o menos intensos de muerte o fantasías de suicidio. (8)

* ORTIZ H. Suicidio en Guatemala, 2,009.

Con lo anterior se llevo a plantear las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es la prevalencia de desesperanza, ideación suicida y ambas en los adolescentes de los institutos nacionales de educación básica y experimental?
- ¿Cuál es el perfil epidemiológico de los adolescentes con desesperanza e ideación suicida y ambas de acuerdo a su edad, sexo, procedencia, religión, grado de escolaridad, establecimiento y condición laboral?
- ¿Cuál es el riesgo de suicidio de los adolescentes con desesperanza por medio del test de desesperanza de Beck?
- ¿Cuál será la ideación suicida de los adolescentes por medio del test de ideación suicida de Beck?

Por lo que el presente estudio tuvo como propósito cuantificar la prevalencia de desesperanza, ideación suicida y ambas en los adolescentes de los institutos nacionales de educación básica y experimental INEB e INEBE; caracterizar epidemiológicamente al adolescente según edad, sexo, procedencia, religión, escolaridad, establecimiento y condición laboral; determinar el riesgo de desesperanza e ideación suicida de los adolescentes; dicho estudio se realizó en los municipios de Cuilapa, Barberena, Santa Rosa de Lima, Nueva Santa Rosa, Santa Cruz Naranjo y Oratorio del departamento de Santa Rosa.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, prospectivo, transversal, en el que se les realizó a 1,942 adolescentes de los institutos nacionales de educación básica y experimental el test de desesperanza de Beck y test de ideación suicida de Beck, en donde se les realizó una entrevista estructurada a los adolescentes que presentaron desesperanza e ideación suicida.

En los adolescentes de los institutos nacionales de educación básica y experimental se presentó una prevalencia de desesperanza de 30%, de ideación suicida del 2% y ambas del 20%.

De los adolescentes evaluados el 50.15% esta comprendido entre la edad de 10 a 14 años, 50.63% corresponde al sexo masculino, 65% procede del área urbana, 66.5% profesa la religión católica, 38% cursa el primero básico, 57% estudia en un INEB y 86% no trabaja; de los adolescentes con desesperanza, el 13.46% tiene riesgo alto de cometer

suicidio; de los adolescentes con ideación suicida, el 49.29% tiene un proyecto de intento de suicidio o realización del intento proyectado.

En conclusión se dice que un tercio de los adolescentes de los institutos nacionales de educación básica y experimental presentó desesperanza, muy pocos presentaron ideación suicida y la quinta parte de ellos evidencia ambos hallazgos; el adolescente con desesperanza, ideación suicida o ambas esta comprendido entre la edad de 10 a 14 años, corresponde al sexo masculino, procede del área urbana, profesa la religión católica, cursa el primero básico, estudia en un INEB y no trabaja; de los adolescentes con desesperanza, un poco más de la décima parte tiene riesgo alto de cometer suicidio; de los adolescentes con ideación suicida, casi la mitad ha proyectado un intento de suicidio o ha realizado el intento proyectado.

1. OBJETIVOS.

2.1 General.

Describir el perfil epidemiológico de los adolescentes con desesperanza, ideación suicida y ambas de los institutos nacionales de educación básica y experimental de los municipios de Cuilapa, Barberena, Santa Rosa de Lima, Nueva Santa Rosa, Santa Cruz Naranjo y Oratorio del departamento de Santa Rosa del ciclo escolar 2,011.

2.2 Específicos.

2.2.1 Cuantificar la prevalencia de desesperanza, ideación suicida y ambas en los adolescentes de los institutos nacionales de educación básica y experimental.

2.2.2 Caracterizar epidemiológicamente a los adolescentes con desesperanza, ideación suicida y ambas según edad, sexo, procedencia, religión, escolaridad, establecimiento y condición laboral.

2.2.3 Determinar el riesgo de suicidio de los adolescentes con desesperanza por medio del test de desesperanza de Beck.

2.2.4 Determinar la ideación suicida de los adolescentes por medio del test de ideación suicida de Beck según la actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos o deseos suicidas, intento de suicidio y realización del intento proyectado.

2. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización del área de estudio.

3.1.1 Generalidades del departamento de Santa Rosa.

El departamento de Santa Rosa fue fundado en el año 1859. Se encuentra situado en la región IV o región sudeste de Guatemala, su cabecera departamental es Cuilapa. Limita al norte con los departamentos de Guatemala y Jalapa; al sur con el océano pacífico; al este con el departamento de Jutiapa; y al oeste con el departamento de Escuintla. Cuenta con una extensión territorial de 2,295 kilómetros cuadrados. (12)

Por su configuración geográfica, sus alturas oscilan entre los 214 y 1,330 metros sobre el nivel del mar, con un clima variado, siendo sus temperaturas máximas 29 grados centígrados y las mínimas 15 grados centígrados. (12)

Actualmente cuenta con una población de 314,151 habitantes, el idioma que predomina es español, su fiesta titular es el 25 de diciembre; cuenta con 14 municipios: Cuilapa, Barberena, Santa Rosa de Lima, Casillas, San Rafael Las Flores, Oratorio, San Juan Tecuaco, Taxisco, Chiquimulilla, Santa María Ixhuatán, Guazacapán, Santa Cruz Naranjo, Pueblo Nuevo Viñas y Nueva Santa Rosa. (12)

Los primeros habitantes de la región en la época prehispánica fueron los xincas, quienes ocuparon todo el territorio desde la costa del actual departamento hasta las montañas de Jalapa. (12)

El comercio y la fertilidad de sus tierras llevaron la prosperidad económica a la región que es un importante punto de tránsito comercial. (12)

Con respecto a la educación, Santa Rosa cuenta con varios tipos de institutos educativos, experimentales, no experimentales y por televisión los cuales son denominados de la siguiente manera:

- Instituto nacional de educación básica experimental (INEBE).
- Instituto nacional de educación básica (INEB).

- Instituto nacional de educación básica por Tele (INEB).
- Núcleos familiares educativos para el desarrollo (NUFED). (*,13)

3.1.2 Municipios de estudio.

3.1.2.1 Cuilapa.

Es un municipio y la cabecera del departamento de Santa Rosa que anteriormente se llamó Cuajiniquilapa. Área de 365 km². Limita al norte con Barberena; al este con Oratorio y Jutiapa; al sur con Pueblo Nuevo Viñas y Chiquimulilla. Se dedican a la cosecha de maíz, frijol, caña y ganados. Dentro del municipio existe un ingenio de azúcar, varios de panela, beneficios de café; así como la elaboración de ladrillos de barro y de teja. Su fiesta titular es el 25 de Diciembre. Cuenta con un centro de salud, un hospital regional y un hospital del IGSS. (12) Funcionan escuelas urbanas mixtas, nocturnas; también con institutos nacionales de cultura general, los cuales son: 1 INEBE, 2 INEB, 10 INEB por tele y 5 NUFED jornada matutina y vespertina. (*) Entre los accidentes geográficos más relevantes está el Volcán Tecuamburro, la montaña de las Minas y 30 cerros. El municipio cuenta con 1 ciudad, 10 aldeas y 28 caseríos. (12)

3.1.2.2 Barberena.

Área aproximadamente de 294 km². Limita al norte con Santa Cruz Naranjo y Fraijanes (municipio del departamento de Guatemala); al este con Nueva Santa Rosa y Cuilapa; al sur con Pueblo Nuevo Viñas y Villa canales (municipio del departamento de Guatemala). Su riqueza principal está en sus fincas productoras de café, maíz, frijol y otros productos de consumo básico. La feria titular se celebra del 1ro al 6 de enero. Funciona un dispensario médico, un puesto de salud y un instituto de seguridad social (IGSS) para primeros auxilios.

* Guatemala. Municipalidad de Santa Rosa. Santa Rosa [Guatemala].Registros municipales. 2010.

El municipio de Barberena se desempeñó como cabecera departamental durante los años 1913-1920. (12) Con respecto a educación cuenta con 2 INEB, 6 INEB por tele y 2 NUFED, jornada matutina y vespertina. (*) Cuenta con 1 pueblo que es Barberena, 8 aldeas y 5 caseríos. (12)

3.1.2.3 Santa Rosa de Lima.

Área de 47 km². Colinda con Mataquescuintla (municipio del departamento de Jalapa); al este con Nueva Santa Rosa y Casillas; al sur con Nueva Santa Rosa, Cuilapa y Barberena; al oeste con Santa Cruz Naranjo y Fraijanes (municipio del departamento de Guatemala). Se dedica a la producción de café y granos básicos, como principal industria la alfarería en escala pequeña. La fiesta titular es el 30 de Agosto donde se conmemora a la virgen dominica Santa Rosa de Lima, patrona de América. Funciona un puesto de salud. Existen escuelas urbanas de varones y de niñas así como rurales mixtas, tanto nacionales como particulares. (12) Por tanto cuenta con 1 INEB, 4 INEB por tele y 3 NUFED jornada matutina. (*) El municipio cuenta con 1 pueblo, 10 aldeas y 19 caseríos. (12)

3.1.2.4 Nueva Santa Rosa.

Área aproximada de 67 km². Colinda al norte con casillas y Mataquescuintla (municipio del departamento de Jalapa); al este con Casillas; al sur con Cuilapa; al oeste con Santa Cruz Naranjo y Santa Rosa de Lima. Su fiesta titular se celebra los últimos días de Enero. Como industria principal está la elaboración de panela; los cultivos son maíz, frijol, patatas o papas, caña de azúcar y café. Cuenta con un puesto de salud. Actualmente funcionan escuelas mixtas tanto urbanas como rurales. (12) Contando así con 1 INEBE, 1 INEB, 2 INEB por tele y 2 NUFED jornada vespertina. (*) El municipio cuenta con 1 pueblo, 7 aldeas y 20 caseríos. (12)

* Guatemala. Municipalidad de Santa Rosa. Santa Rosa [Guatemala].Registros municipales. 2010.

3.1.2.5 Santa Cruz Naranjo.

Área aproximada 97 km². Colinda al norte con Fraijanes (municipio del departamento de Guatemala); al este con Santa Rosa de Lima y Nueva Santa rosa. La principal riqueza lo constituyen sus valiosas fincas de café. También se producen regulares cantidades de maíz. La fiesta titular, de la Cruz, se ha celebrado del 1º al 4 de Mayo, habiendo sido el día principal el 3, en que la iglesia conmemora a Santa Elena.

Cuenta con un puesto de salud. (12) Con respecto a la educación cuenta con escuela urbana para varones y niñas, así también con diferentes escuelas rurales mixtas, dentro de ellas: 2 INEB, 2 INEB por tele y 2 NUFED jornada matutina y vespertina. (*) El municipio cuenta con 1 pueblo, 6 aldeas y 3 caseríos. (12)

3.1.2.6 Oratorio.

Área aproximada de 214 km². Colinda al norte con Cuilapa y san José Acatempa (municipio del departamento de Jutiapa); al este con Jalpatagua y Moyuta (municipios del departamento de Jutiapa); al sur con San Juan Tecuaco; al oeste con Santa María Ixhutatán. Su producción es agrícola, dedicado a la elaboración de quesos y derivados de la leche. La fiesta titular se celebra del 1ro al 5 de Marzo. Cuenta con un puesto de salud. (12) Con respecto a educación cuenta con 2 INEB, 1 INEB por tele y 2 NUFED jornada matutina y vespertina (*).El municipio lo comprenden 1 pueblo, 3 aldeas y 65 caseríos. (12)

3.2 Desesperanza.

3.2.1 Generalidades.

Es un estado dinámico de actitud y percepción que la persona tiene de los acontecimientos a futuro, de tal manera que condicionan u orientan la conducta del individuo.

* Guatemala. Municipalidad de Santa Rosa. Santa Rosa [Guatemala].Registros municipales. 2010.

Un estado dinámico reconoce que el estar en desesperanza es el resultado de un proceso valorado en un momento y circunstancia determinados y sujetos a situaciones de cambio positivo o negativo. (8)

Desesperanza no es ni decepción ni desesperación. La decepción es la percepción de una expectativa defraudada, la desesperación es la pérdida de la paciencia y de la paz, un estado ansioso, angustiante que hace al futuro una posibilidad atemorizante.

La desesperanza, por su parte, es la percepción de una imposibilidad de logro, la idea de que no hay nada que hacer, ni ahora, ni nunca, lo que plantea una resignación forzada y el abandono de la ambición y del sueño. Y es, justamente ese sentido absolutista, lo que le hace aparecer como un estado perjudicial y nefasto. (14)

La desesperanza supone siempre un desgarramiento interior, pues va dirigida contra los anhelos propios de nuestra naturaleza. (15)

En 1974 se desarrolla un instrumento de medición al cual se le llamó la escala de desesperanza diseñada para medir manifestaciones afectivas, motivacionales y cognitivas de estas expectativas negativas en adultos. Desde que fue creada dicha escala su aplicación ha indicado que hay una correlación con la depresión, ideación y el intento suicida e incluso se le ha considerado como predictor de estos últimos. (16)

Dos años más tarde Beck en su práctica psicoanalítica encontró que sus pacientes experimentaban ciertos pensamientos de los que eran vagamente conscientes los que reportaban solamente cuando se les dirigía hacia estos en una entrevista. Tales pensamientos desarrollan un papel importante en la vida psíquica por lo que propone una tríada cognitiva que puede aplicarse a la depresión. (16)

Dicha tríada cognitiva en la depresión se compone de:

- Concepto negativo de sí mismo a lo que domina autoestima negativa.
- Tendencia a interpretar las experiencias propias en forma negativa.
- Visión negativa del futuro, desesperanza.

Beck define la desesperanza como la actitud o expectativa negativa acerca del futuro en las que predominan sentimientos de desesperación, decepción y desilusión. Por consiguiente se considera la desesperanza como un patrón cognitivo característico, consistente en atribuciones negativas del futuro. (16)

Según Beck, las características de la desesperanza son dos: aplanamiento emocional tendencia a establecer una similitud o continuidad entre el presente y el futuro; (por lo cual la vida se vuelve monótona y no hay un antes y un después) y auto concepto negativo. (16)

Las expectativas negativas que tienen estas personas son tan intensas que incluso cuando logran un éxito en una tarea específica esperan fallar en la siguiente ocasión o se piensa que lo ocurrido fue obra de la casualidad y no de su propio esfuerzo, por lo que hay una falla para integrar las experiencias exitosas.(16)

3.2.2 Tríada cognitiva.

3.2.2.1 Factor afectivo.

Que se refiere a los procesos psicológicos encaminados al conocimiento, valoración y dominio de las emociones de un sujeto por sí mismo, condicionados por las características del sujeto y del entorno que le rodea. (17)

3.2.2.2 Factor motivacional.

La motivación está constituida por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo. También es considerada como un impulso entre aquellas alternativas que se presentan en una determinada situación porque éste provee eficacia al esfuerzo colectivo orientado a conseguir las mejores situaciones a fin de realizarse profesional y personalmente, integrándolo así en la comunidad donde su acción cobra significado. (18)

3.2.2.2.1 Motivación y conducta.

Según Chiavenato, existen tres premisas que explican la naturaleza de la conducta humana. Estas son:

- El comportamiento es causado. Es decir, existe una causa interna o externa que origina el comportamiento humano, producto de la influencia de la herencia y del medio ambiente.
- El comportamiento es motivado. Los impulsos, deseos, necesidades o tendencias, son los motivos del comportamiento.
- El comportamiento está orientado hacia objetivos. Existe una finalidad en todo comportamiento humano, dado que hay una causa que lo genera. La conducta siempre está dirigida hacia algún objetivo. (18)

3.2.2.2.2 Ciclo motivacional.

Al enfocar la motivación como un proceso para satisfacer necesidades, surge lo que se denomina ciclo motivacional, cuyas etapas son:

- Homeostasis. Es decir, en cierto momento el organismo humano permanece en estado de equilibrio.
- Estímulo. Es cuando aparece un estímulo y genera una necesidad.
- Necesidad. Esta necesidad (insatisfecha aún), provoca un estado de tensión.
- Estado de tensión. La tensión produce un impulso que da lugar a un comportamiento o acción.
- Comportamiento. El comportamiento, al activarse, se dirige a satisfacer dicha necesidad. Alcanza el objetivo satisfactoriamente.
- Satisfacción. Si se satisface la necesidad, el organismo retorna a su estado de equilibrio, hasta que otro estímulo se presente. Toda satisfacción es básicamente una liberación de tensión que

permite el retorno al equilibrio homeostático anterior. (18) Sin embargo, cuando una necesidad no es satisfecha dentro de un tiempo razonable, puede llevar a ciertas reacciones como:

- Desorganización del comportamiento (conducta ilógica y sin explicación aparente).
- Agresividad (física, verbal, etc.).
- Reacciones emocionales (ansiedad, aflicción, nerviosismo y otras manifestaciones como insomnio, problemas circulatorios y digestivos etc.).
- Alineación, apatía y desinterés. (18)

3.2.2.3 Factor cognitivo.

La cognición o razonamiento, está íntimamente relacionado con procesos que nos guían a conductas que se aprenden y que con el tiempo constituyen la manera en que el individuo responde ante circunstancias similares. (19)

Los factores cognitivos son:

- La inteligencia.
- La capacidad para aprender lenguas.
- La memoria: La memoria a corto plazo o de trabajo y la memoria a largo plazo.
- La atención: Nos ayuda a discriminar la información necesaria e innecesaria dependiendo de la actividad que estemos realizando.
- Estilos de aprendizaje: Están relacionados con los factores de personalidad y responde a la vía a través de la que procesamos los estímulos y la información externa. Básicamente hay tres estilos de aprendizaje: kinestésico, visual y auditivo.
- Estrategias de aprendizaje: todos aquellos mecanismos que ponemos en práctica para asimilar una materia o aprender algo nuevo.
- Factores de la personalidad.
- Factores emocionales y estos a su vez se subdividen en:

- Actitud hacia la actividad de aprendizaje.
- Impacto de las emociones que experimenta el aprendiz. (20)

3.2.3 Riesgo de suicidio.

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidarán se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran:

- Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional.
- Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz.
- Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva.
- Mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales. (21)

La mayor parte de los que tienen ideas suicidas están, además, deprimidos. Los dos principales motivos por los que una persona se deprime son, en primer lugar, la pérdida del control sobre su situación vital y sus emociones y, en segundo lugar, la pérdida de toda visión positiva del futuro (desesperación). Ante la depresión y las ideas suicidas que de ella derivan sólo puede resultar eficaz una terapia que ayude a recuperar el control y la esperanza. (22)

3.2.3.1 Riesgo bajo.

Cuando se habla de los factores y conductas de riesgo se analizan también los conceptos relacionados con los factores y conductas de protección. Se entiende a estos factores como la existencia de aspectos internos y externos en las personas que las protegen y las hace menos vulnerables a daños que afecten su bienestar y su desarrollo integral. (23)

Se entiende por factores protectores a todos aquellos elementos, circunstanciales o personales, que posibilitan la salud integral, la calidad de vida y el desarrollo de una persona. Algunos de los elementos se

denominan factores internos y radican en la persona misma (estima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía) y otros conocidos como factores externos, ubicados en distintos escenarios como la familia, comunidad y a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños como los son la familia extendida, apoyo de un adulto significativo, o adecuada integración social y laboral. Los factores de protección pueden convertirse en conductas de protección que se definen como aquellos comportamientos que, a diferencia de los factores de protección, dependen de los individuos y que los aleja de riesgos o daños. (23)

Se pueden enumerar entre los factores protectores del suicidio los siguientes:

- Presencia de habilidades sociales que permitan la integración a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva.
- Presencia de confianza en sí mismo, aprendiendo a sacar experiencias positivas de los fracasos, fomentando la resiliencia.
- Educación que cuente con el destaque de éxitos, evitando así sentimientos de inseguridad.
- Presencia de habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades.
- Obtención de capacidad de autocontrol.
- Presencia de buena autoestima, autoimagen y suficiencia.
- Desarrollo de inteligencia y habilidades para resolver problemas.
- Capacidad de buscar ayuda en momentos de dificultades sabiendo elegir la persona más adecuada para brindarlos.
- Capacidad para ser receptivo a las experiencias ajenas, soluciones y conocimientos para incorporarlos a su repertorio.
- Adecuada integración social y creación de un criterio de pertenencia.
- Formación de buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas.
- Contar con el apoyo de los familiares.

- Empleo adecuado y sano del tiempo libre.
- Evitar el consumo de sustancias adictivas (alcohol, drogas, tabaco, fármacos).

Se ha notado que cuando hay factores protectores suficientemente fuertes aún la presencia de varios factores de riesgo, como la depresión grave, la esquizofrenia, el abuso del alcohol o la pérdida de un ser querido pueden no crearse las condiciones idóneas para la ideación o el comportamiento suicida. (23)

El equilibrio entre los factores de riesgo y los factores protectores debe tomarse en cuenta al tratar de predecir el comportamiento suicida y se recomienda que concentrarse en factores protectores como el bienestar emocional y la integración con la familia y los amigos es tanto o más útil que tratar de reducir los factores de riesgo en la prevención del suicidio. (23)

3.2.3.2 Riesgo alto.

- **Factores culturales y sociodemográficos.**

Los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educacionales y el desempleo son factores de riesgo para el comportamiento suicida pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen. (21)

- **Situación familiar y eventos vitales adversos.**

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional:

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio.

- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
 - Dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren.
 - Separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio.
 - Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
 - Situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.
 - Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.
 - Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés. (21)
- **Psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio.**

En los adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades:

- Depresión.
- Trastornos de Ansiedad.
- Abuso de alcohol.
- Abuso de drogas.
- Trastornos incipientes de la personalidad.
- Trastorno esquizofrénico.

Se han mencionado y descrito las enfermedades mentales que frecuentemente conllevan suicidio entre los adolescentes, pero sería de inapreciable utilidad detallar los rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que pueden facilitar la manifestación emergente frente a situaciones de riesgo. (21)

Los siguientes rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer suicidio son:

- Inestabilidad del ánimo.
- Conducta agresiva.

- Conducta disocial.
- Elevada impulsividad.
- Rigidez de pensamiento.
- Pobres habilidades para resolver problemas.
- Incapacidad para pensar realistamente.
- Fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad.
- Sentimientos de frustración.
- Manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades.
- Elevada autoexigencia que rebasa los límites razonables.
- Vaga identificación genérica y orientación sexual deficiente.
- Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos.
- Antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio.
- Frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza.
- Frecuentemente se sienten heridos con la más mínima crítica.

Una vez que un adolescente vulnerable ante una situación psico-traumática inicia una crisis suicida, es necesario actuar con rapidez y asumir una postura muy directiva, ya que la característica principal de este tipo de crisis es que existe la posibilidad que el individuo intente afrontar la situación problemática mediante la autoagresión. Al existir esta posibilidad tangible el enfrentamiento a la crisis suicida tendrá como objetivo primordial mantener a la persona con vida mientras dure dicha crisis. (21)

3.2.4 Test de medición de desesperanza.

Es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. (24) Está formada de 20 proposiciones definibles por verdadero o falso; la corrección se realiza con una clave que permite sumar los puntos de coincidencia que reciben un punto. (24)

Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2,4,7,9,11,12,14,16,17,18 y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1,3,5,6,8,10,13, 15 y 19 valen un punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos. (25) Las respuestas que no son contestadas o contestadas en ambos sentidos reciben un puntaje de cero y la sumatoria de los puntajes brutos pueden oscilarse entre cero y veinte. (24)

Esta prueba proporciona una puntuación total y puntuaciones en tres factores diferentes:

- Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro).
- Factor motivacional (pérdida de la motivación).
- Factor cognitivo (expectativas sobre su futuro). (25)

3.2.4.1 Interpretación.

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20.

- La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1, 6, 13,15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.
- La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16,17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.
- La puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems 4, 7, 8,14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5. (25)

En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:

0 a 8: Riesgo bajo de cometer suicidio	9-20: Riesgo alto de cometer suicidio
0-3 ninguno o mínimo	9-14 moderado
4-8 leve	15-20 alto

(25)

Esta prueba ha sido usada para:

- Evaluación de actitudes negativas hacia el futuro.
- Detección de desesperanza en población general adolescente y adulto normal.
- Detección de depresión y riesgo suicida. (24)

3.2.4.2 Confiabilidad.

Por consistencia interna de Kuder-Richardson, para la totalidad de las muestras, oscila entre 0.82 y 0.93; indicando el alto nivel de consistencia interna a través de las diferentes muestras, los resultados de la correlación producto-momento de Pearson fue 0.69 ($p < .001$), para la primera; y 0.66 ($p < .001$). (24)

3.2.4.3 Validez.

Se analizó la validez Concurrente (Beck et al.; 1974) entre la evaluación clínica de la desesperanza de un sujeto y los puntajes en dicha escala; las correlaciones producto-momento de Pearson entre estos dos se compararon en dos muestras hallándose altas correlaciones, 0.86 ($p < .001$). (24)

3.2.4.4 Validez predictiva.

Esta escala tiene valor predictivo para identificar eventuales suicidios (24).

3.3 Idea suicida.

3.3.1 Generalidades.

La suicidalidad se define como las ideas e intentos suicidas. El estudio del suicidio puede comprenderse como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos suicidas) y los suicidios consumados o completados. Si bien existen importantes diferencias demográficas entre quienes intentan suicidarse y quienes lo consuman (los primeros tienden a ser mayoritariamente mujeres jóvenes y los segundos varones de mayor edad), se considera que estos grupos conforman un continuo de creciente severidad y riesgo. Se ha demostrado que toda forma de suicidalidad conlleva un riesgo incrementado a morir por suicidio. Algunos psiquiatras han estimado que en pacientes hospitalizados quienes son ideadores, amenazadores e intentadores de

suicidio evidencian respectivamente, 30, 35 y 40 veces mayor riesgo de autoinfligirse la muerte. (26)

Tanto la ideación como los intentos de suicidio son heterogéneos. Así, las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida a la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte o fantasías de suicidio. Las conductas de auto daño pueden abarcar desde gestos comunicativos sin intención definida de muerte, hasta tentativas tan severas que constituyen verdaderos suicidios frustrados. La suicidalidad puede adoptar diversos cursos, puede distinguirse una suicidalidad ocasional o aguda y una suicidalidad crónica. La primera suele presentarse asociada a cuadros como trastornos del ánimo o esquizofrenia; la segunda es característica de trastornos severos de la personalidad como el límite. Una forma intermedia o episódica puede observarse en pacientes con trastornos psiquiátricos recurrentes o crónicos con agravaciones episódicas. (26)

La idea suicida puede ser tan detallada como un plan formulado, sin que el acto suicida finalice o puede ser toda la intención y tener éxito. (27) puede considerarse una expresión temprana de vulnerabilidad y abarca desde manifestaciones vagas de poco valor de la vida hasta propósitos autodestructivos más definidos. Las ideas suicidas se asocian a variables psicosociales, a medio familiar caótico las cuales pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

- Idea suicida sin un método específico.
- Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse.
- Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.
- El plan suicida o idea suicida planificada, el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el

momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir. (28)

En 1897 Emile Durkheim postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista. Sin embargo, la tendencia actual considera el suicidio desde un punto de vista más psicológico en un lugar de una perspectiva moralmente colectiva. (28)

3.3.2 Test de medición de ideación suicida.

La Escala de Ideación Suicida (Scalefor Suicide Ideation, SSI) es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. (29,30)

Es una escala de 19 ítems que debe ser complementada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semiestructurada. Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a: (29,30)

- Actitud hacia la vida / muerte (ítems 1 a 5).
- 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).

Y añaden una quinta sección, con dos ítems, en la que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala. (29,30)

Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida. (29,30) 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; en este último caso, la entrevista debe ser retrospectiva. (29,30)

3.3.2.1 Interpretación.

El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad/seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida. En los casos de que las puntuaciones de los ítems 4 y 5 sean de 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida, y no procede continuar aplicando la escala. (30)

Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems, ya que los ítems 20 y 21 tienen solo valor descriptivo y no se tienen en cuenta para la puntuación total. (30)

El rango de la 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 más elevado riesgo de suicidio. (30)

La ideación suicida es un elemento más a considerar en la valoración del riesgo suicida, en la que el juicio clínico juega un papel determinante (31,32); por tanto, el resultado de esta escala no debe ser utilizado como único criterio en esa valoración.(30)

3.3.2.2 Confiabilidad.

La ideación suicida en el momento peor o de mayor crisis en la vida del paciente identificó mejor el riesgo suicida (Odds Ratio: 13.8), que la ideación suicida en el momento actual (OR: 5.4). (33)

3.3.2.3 Validez.

Alta (coeficiente alfa de Cronbach de 0.89) y una fiabilidad ínter examinador de 0.83. Apoya la validez de constructo, validez concurrente y capacidad discriminativa de la escala. (33)

3.3.2.4 Propiedades psicométricas.

En el estudio sobre fiabilidad realizado por los autores sobre una muestra de sujetos hospitalizados, se obtuvo una consistencia interna alta (coeficiente alfa de Corbacho de 0.89) y una fiabilidad ínter examinador de 0.83 (34). Este y otros estudios apoyan la validez de constructo, validez concurrente y capacidad discriminativa de la escala. (10)

3.4 Suicidio.

Existen corrientes biológicas, psicológicas y sociales cuyos representantes al tratar de explicar la etiología de esta conducta, convergen hoy con el criterio de que la etiología de la conducta suicida es multifactorial y que el valorar cada factor independiente solo resta posibilidad de detectar a tiempo a un posible suicida. (35)

- Biológico sobre todo la disfunción serotoninérgica como enfermedad genética, enfermedades crónicas y enfermedades infectocontagiosas.
- Psicológicos se encuentran trastornos de la personalidad, depresión, esquizofrenia, toxicómanos, trastorno bipolar.
- Sociales como desintegración familiar, violencia sexual, duelo, rigidez familiar. (35)

Existe un modelo neurobiológico que explica la intervención de factores biológicos y sociales del origen de la conducta suicida, el modelo de diátesis-estrés el cual considera que existen estresores intrínsecos y extrínsecos, se menciona a la depresión como mayor y como extrínsecos encontramos eventos vitales, dificultades financieras, pérdidas afectivas que son los precipitantes observables del acto suicida. La diátesis o vulnerabilidad se caracteriza por una tendencia al pesimismo y desesperanza y se manifiesta como agresividad e impulsividad, estos pueden guiar al problema de comportamiento suicida. (35)

La primera contribución importante al estudio del problema del suicidio fue realizada a finales del último siglo por el sociólogo francés Emile Durkheim. En un intento de explicar los patrones estadísticos, dividió los suicidios en tres categorías sociales: egoísta, altruista y anómico. (36)

3.4.1 Suicidio egoísta.

Comprendía a aquellas personas que se suponía que no habían estado sólidamente integradas en ningún grupo social. Podía utilizarse la integración familiar o la falta de ella para explicar por qué los no casados eran más vulnerables al suicidio que los casados y por qué los matrimonios con niños era el grupo más protegido. Las comunidades rurales tenían una mayor integración social que las urbanas y por tanto menos suicidas. El protestantismo era una religión menos coherente que el catolicismo, y, en este caso, los protestantes presentaban una tasa de suicidio más elevada que los católicos. (36)

Según Durkheim, la única diferencia entre católicos y protestantes es que el segundo grupo admite el libre cuestionamiento con mayor libertad que el primero. Y va más allá al decir que el catolicismo concede al pensamiento y a la reflexión un menor espacio que el protestantismo, o sea, lo que busca es reinar sobre las conciencias. El protestante es más autor de sus creencias, la biblia se deja en sus manos y ninguna interpretación de ella se le impone, esto hace más sensible el individualismo religioso. En conclusión, lo vuelve un ser más egoísta. (36)

Una de las grandes conclusiones de E. Durkheim sobre el suicidio egoísta es que mientras más numerosos y fuertes son los estados colectivos, más fuertemente está integrada la comunidad religiosa y más virtud preservativa tiene ésta. Pero lo importante no son los dogmas y ritos en sí, sino que éstos sirvan por su naturaleza para alimentar una vida colectiva de suficiente intensidad. Entonces queda claro que la religión no preserva el suicidio sino que es la actividad colectiva quien ayuda a contrarrestar este tipo de suicidio. (36)

Lo fundamental del suicidio egoísta es que se caracteriza por un sujeto que pierde toda clase de interés con lo que le une a la vida. Debido a esto Durkheim, establece que la relación que une al suicidio egoísta con el grado de desintegración social es inversa. (36)

3.4.2 Suicidio altruista.

Este representaba al grupo cuya tendencia al suicidio procedía de su excesiva integración. El suicidio altruista es menos frecuente, lo cual es lógico ya que hoy día el pensamiento individualista es mucho más fuerte que el colectivo. (36)

3.4.3 Suicidio anómico.

Se produce cuando un trastorno en el equilibrio de la integración de la persona con la sociedad le deja sin sus normas de conducta habituales. La anomia podría explicar la mayor incidencia de suicidio entre los divorciados en comparación con la de los casados y la mayor vulnerabilidad de los que han sufrido cambios drásticos en su situación económica. (36)

Este suicidio es propio de las sociedades desarrolladas y supone situaciones de desorden. Desordenes entre el individuo y la sociedad con que se relaciona que pueden causar verdaderos estragos; supone además, una pérdida de la propia identidad. (36)

3.4.4 Factores de riesgo suicida.

Los factores de riesgo suicida más relevantes para los psiquiatras son la existencia de antecedentes de conducta suicida previa o actual y la presencia de alguna patología psiquiátrica que confiera vulnerabilidad suicida. Estas mismas son las circunstancias principales que demandan una estimación de riesgo por parte del médico. Otras características señaladas como por ejemplo sexo masculino, edad, soltería, viudez o separación, desempleo, enfermedades médicas de evolución crónica y acontecimientos vitales negativos- son poco específicas para ser consideradas por sí mismas como indicadores útiles. Adquieren importancia, sin embargo, cuando se agregan a los atributos principales ya señalados. (37) Por último se considera que están condicionados culturalmente por lo que los factores de riesgo suicida de determinadas culturas pueden no serlo para otras. (38)

Por tanto las ideas suicidas son más comunes entre quienes han intentado autoeliminarse. Al constituir un importante indicador de riesgo, las ideas suicidas

deben explorarse cuidadosamente. Debe considerarse que las dos terceras partes de quienes se quitan la vida han comentado previamente su propósito. Tales expresiones pueden ser verbales o no verbales (por ejemplo preparativos, regalar objetos o bienes). (37)

3.5 Institutos Nacionales de Educación Básica en Santa Rosa.

3.5.1 Instituto Nacional de Educación Básica Experimental (INEBE)

En 1973, siendo presidente de la república el general Carlos Manuel Arana Osorio se inauguran los primeros edificios de los Institutos de Educación Básica experimental; los cuales surgen para brindar a los estudiantes capacitación técnica en áreas seleccionadas y de ese modo incorporarse al sector productivo en forma eficiente en caso de no poder continuar estudios superiores o en su defecto prepararse para carreras técnicas. (13,39)

Son institutos que Bajo el Acuerdo Número 001 del 8 de enero de 1973, se autorizan funcionar de forma experimental como Institutos de Educación Básica con orientación Comercial, Industrial y Agropecuaria, construidos dentro del Proyecto de Extensión y Mejoramiento de la Enseñanza Media (PEMEN). Estos institutos se orientan al área ocupacional, con el fin de contribuir con la población económicamente activa del país, proporcionándoles capacidad productiva, a la vez que facilitan la posibilidad de finalizar los Estudios de Nivel Básico con orientación ocupacional en el primer grado con la participación de las y los alumnos en todas las subáreas. El plan de estudios de los Institutos está integrado por dos áreas: Ocupacional y Académica. (13,39) El área académica está integrada por las asignaturas de cultura general y el área ocupacional se divide en dos fases: formación para el trabajo en el segundo y tercer grado. Aquí las y los estudiantes seleccionan el área de su predilección. Los institutos PEMEN cubren una población total de 52,556 estudiantes, hombres: 28,787 y mujeres: 23,769 brindándoles a sus egresados la posibilidad de continuar con sus estudios de diversificado y/o dedicarse a un área productiva. (13,39) En el departamento de Santa Rosa existen 3 INEBE y se ubican en Cuilapa, Chiquimulilla y Nueva Santa Rosa. (*)

* Guatemala. Municipalidad de Santa Rosa. Santa Rosa [Guatemala]. Registros municipales. 2010.

3.5.2 Instituto Nacional de Educación Básica (INEB).

Por Acuerdo legislativo en 1968 fueron creados varios Institutos de Educación Básica en distintos puntos geográficos del país bajo el mandato del gobierno de Lic. Julio Cesar Méndez Montenegro y Ministro de Educación el Dr. Carlos Martínez Durán. Alcalde Municipal Jacobo de León Enríquez, del tercer gobierno de la revolución. Su plan de estudios está integrado por un área académica. (39) Promueve el progreso de sus estudiantes en una amplia gama de logros intelectuales, morales y emocionales, teniendo en cuenta su nivel socioeconómico, su medio familiar y su aprendizaje previo.

La Transformación Curricular es un área importante de la Reforma Educativa en la actualización y renovación técnico pedagógica de los enfoques, esquemas, métodos, contenidos y procedimientos didácticos; (13) por tanto la constitución de la república fija la obligación de la educación en el ciclo básico.

Su finalidad fundamental es la de proporcionar al estudiante una cultura general, concretándose a materias con conocimientos sólidos y específicos abarcando de esa manera el área académica. (39)

En el departamento de Santa Rosa se ubican 19 INEB y se distribuyen de la siguiente manera: 2 en Cuilapa, 2 en Barberena, 1 en Santa Rosa de Lima, 1 en Nueva Santa Rosa, 2 en Santa Cruz Naranjo, 2 en Oratorio, 1 en Taxisco, 1 en Santa María Ixhuatán, 1 en Guzacapán, 1 en Pueblo Nuevo Viñas, 2 en Casillas, 1 en San Rafael las Flores, 1 en San Juan Tecuaco y 1 en Chiquimulilla. (*)

* Guatemala. Municipalidad de Santa Rosa. Santa Rosa [Guatemala].Registros municipales. 2010.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de estudio.

Estudio descriptivo, prospectivo, transversal.

4.2 Unidad de análisis.

4.2.1 Unidad de información.

Adolescentes, estudiantes de los institutos nacionales de educación básica y experimental jornada matutina y vespertina de los municipios de Cuilapa, Barberena, Santa Rosa de Lima, Nueva Santa Rosa, Santa Cruz Naranjo y Oratorio a los que se les evaluó con el test de desesperanza de Beck y test de ideación suicida de Beck.

4.2.2 Unidad de análisis.

Respuestas obtenidas de los adolescentes de los institutos nacionales de educación básica y experimental jornada matutina y vespertina de los municipios de Cuilapa, Barberena, Santa Rosa de Lima, Nueva Santa Rosa, Santa Cruz Naranjo y Oratorio con el test de desesperanza de Beck y test de ideación suicida de Beck.

4.3 Población y muestra.

4.3.1 Población o universo.

Todos los adolescentes de los institutos nacionales de educación básica y experimental de los municipios de Cuilapa, Barberena, Santa Rosa de Lima, Nueva Santa Rosa, Santa Cruz Naranjo y Oratorio, ciclo escolar 2011.

Estudiantes de los institutos nacionales de educación básica 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, ciclo escolar 2011

Municipio	Instituto	Sexo		Población total
		M	F	
Cuilapa	INEBE con orientación ocupacional Dr. Juan José Arévalo Bermejo, barrio las delicias	423	450	873
	INEB calle principal, aldea Villa Graciela			
	INEB calle principal, aldea el Jícaro			
Oratorio	INEB aldea las Cabezas	280	221	501
	INEB barrio el centro, Oratorio			
Santa Cruz Naranjo	INEB calle principal de Santa Cruz Naranjo	410	501	911
	INEB cabecera municipal			
Barberena	INEB aldea Fray Bartolomé de las Casas	480	526	1006
	INEB Km 55 carretera a el Salvador			
Santa Rosa de Lima	INEB Santa Rosa de Lima calle principal	315	400	715
Nueva Santa Rosa	INEB calle principal de Nueva Santa Rosa	395	417	812
	INEBE con orientación agropecuaria, 8 Av. 1-50 zona 1			

Fuente: Ministerio de Educación, Cuilapa, Santa Rosa.

4.3.2 Muestra.

No se utilizó muestra, se trabajó con población universo.

4.4 Selección de los sujetos a estudio.

4.4.1 Criterios de inclusión.

- Adolescentes de 10 a 19 años de ambos sexos de los institutos oficiales INEBE, INEB del departamento de Santa Rosa.
- Adolescentes inscritos en el ciclo lectivo 2011.

4.4.2 Criterios de exclusión.

- Antecedente de intento suicida.
- No presentar el consentimiento informado.
- No asistir el día de la realización del estudio.
- No contar con la autorización del asentimiento informado.
- Estar suspendidos el día de la realización del estudio.

4.5 Definición y operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTOS
Prevalencia	Es el número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado.	Prevalencia de desesperanza e ideación suicida: Cantidad de adolescentes desesperanzados y con ideación suicida dividido el total de estudiantes adolescentes inscritos en el ciclo lectivo 2011	Cuantitativa	Razón	Boleta de recolección de datos
Características epidemiológicas	Conjunto de inherentes a las personas sobre condiciones biológicas y socioculturales	Edad: Edad en años indicada por el estudiante de la resta de la fecha de la entrevista a la fecha de nacimiento -10 a 14 años - 15 a 19 años	Cuantitativa discreta	Razón	Boleta de recolección de datos
		Sexo: Dato obtenido referente a la condición biológica del ser humano que lo determina como hombre o mujer, indicado por el estudiante -Masculino -Femenino	Cualitativa dicotómica	Nominal	Boleta de recolección de datos
		Procedencia: Dato obtenido del estudiante respecto al lugar donde vive -Urbana -Rural	Cualitativa dicotómica	Nominal	Boleta de recolección de datos
		Religión: Dato obtenido del estudiante con respecto a la pregunta de sus creencias religiosas -Católico - Testigo de Jehová - Judío -Evangélico - Ateo - Adventista -Otra - Mormón	Cualitativa politómica	Nominal	Boleta de recolección de datos
		Grado de escolaridad: Dato obtenido del estudiante respecto al grado cursante -Primero básico -Segundo básico -Tercero básico	Cualitativa politómica	Ordinal	Boleta de recolección de datos
		Establecimiento: Dato obtenido del estudiante con respecto al tipo de institución en la que se encuentra, según municipio y ubicación -INEBE -INEB	Cualitativa dicotómica	Nominal	Boleta de recolección de datos
		Condición laboral: Dato obtenido del estudiante con respecto a si además de estudiar trabaja -Trabajador -No trabajador	Cualitativa dicotómica	Nominal	Boleta de recolección de datos

Desesperanza	Es la percepción de una imposibilidad de logro, la idea de que no hay nada que hacer, ni ahora, ni nunca, planteando una resignación forzada y el abandono de la ambición y del sueño.	Datos obtenidos del test de Beck, según: -Riesgo bajo (0 a 8 puntos) -Riesgo alto (9 a 20 puntos) de cometer suicidio.	Cuantitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Ideación Suicida	Abarcan desde pensamientos de falta de valor de la vida, planifican un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte o fantasías de suicidio.	Dato obtenido de la entrevista del estudiante sobre la ideación suicida con respecto: - Actitud hacia la vida / muerte (ítems 1 a 5) -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)	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos

4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos.

4.6.1 Técnicas.

- Evaluación por medio del test de desesperanza de Beck.
- Evaluación por medio del test de ideación suicida de Beck.
- Entrevista estructurada de los adolescentes con resultados positivos en uno o ambos test.

4.6.2 Procedimientos.

- Aprobación de anteproyecto.
- Aprobación de protocolo.
- Autorización de Ministerio de Salud Pública por medio del área de salud de Santa Rosa.
- Autorización del Ministerio de Educación.
- Autorización de los directores de los institutos nacionales de educación básica del departamento de Santa Rosa.
- Se enviaron cartas a la coordinación de los institutos dirigida a los padres o encargados de los estudiantes donde se les informó y se les pidió su autorización para participar en este estudio.
- Se recogieron los consentimientos de los padres y asentimiento de los estudiantes previo a realizar el test.
- Se verificaron y se tomaron los consentimientos y asentimientos válidos y autorizados.
- Se elaboró un listado de los estudiantes que participaron en el estudio.
- Se programó el día para evaluar ambos test.
- Se citó a los alumnos el día de la evaluación.
- Se recolectaron los datos e inmediatamente se evaluaron.
- De los test que se mostraron positivos realizamos una entrevista a los adolescentes en una hora determinada.
- Los resultados se plasmaron en boletas de recolección de datos.
- Se tabularon los datos obtenidos.
- Se realizaron tablas de los datos obtenidos.
- Se realizaron gráficas con los datos obtenidos.

- Se analizaron los datos obtenidos.
- Se verificó el cumplimiento de los objetivos trazados en relación a los resultados obtenidos.

4.6.3 Instrumentos.

4.6.3.1 Escala de desesperanza de Beck.

Permite la evaluación de las actitudes negativas, hacia el futuro. (38)

Está formada de 20 proposiciones definibles por verdadero o falso que evalúan el alcance de las expectativas negativas referidas al futuro inmediato y a largo plazo; la corrección se realiza con una clave que permite sumar los puntos de coincidencia que reciben un punto. Las respuestas que no son contestadas o contestadas en ambos sentidos reciben un puntaje de cero y la sumatoria de los puntajes brutos pueden oscilarse entre cero y veinte.

0 a 8: Riesgo bajo de cometer suicidio	9-20: Riesgo alto de cometer suicidio
0-3 ninguno o mínimo	9-14 moderado
4-8 leve	15-20 alto

(25)

4.6.3.2 Escala de ideación suicida de Beck.

Cuantifica y evalúa la intencionalidad suicida o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse (30, 33). Es una escala de 19 ítems dividida en varias secciones que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos), recogen una serie de características relativas a:

- Actitud hacia la vida / muerte (1 a 5 ítems).
- Pensamientos o deseos suicidas (6 a 11 ítems).
- Proyecto de intento de suicidio (12 a 15 ítems).
- Realización del intento proyectado (16 a 19 ítems).

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems, ésta puntuación puede oscilar entre 0 y 38. A mayor puntuación, mayor gravedad.

4.6.3.3 Boleta de recolección de datos.

Consta de tres secciones:

- Sección I.
Cuantificación de la prevalencia de desesperanza e ideación suicida y descripción del perfil epidemiológico de los estudiantes según, edad, sexo, procedencia, religión, escolaridad, establecimiento y condición laboral.
- Sección II.
Resultados del test de desesperanza de Beck y test de ideación suicida de Beck.
- Sección III.
Diagnóstico de adolescentes con test positivo de desesperanza, ideación suicida y los que tienen ambas.

4.7 Procesamiento y análisis de datos.

4.7.1 Procesamiento de datos.

Una vez que se hubo recolectado la información necesaria de las boletas de recolección de datos y registrada en los mismos se procedió a:

- Tabular manualmente las boletas de recolección de datos por municipio.
- Analizar los test de desesperanza y de ideación suicida de Beck.
- Trasladar los datos obtenidos a Excel 2007.

4.7.2 Análisis.

La información previamente recolectada, clasificada, agrupada y tabulada se analizó de modo descriptivo, se calculó la prevalencia, se elaboraron tablas y gráficas para la presentación final de los resultados.

4.8 Alcances y límites de la investigación.

4.8.1 Alcances.

En este estudio se describió el problema y decidimos conocer la presencia o ausencia de desesperanza e ideación suicida de los adolescentes del departamento de Santa Rosa por medio del test de desesperanza y test de ideación suicida de Beck respectivamente y de esta manera hacer de su conocimiento a las autoridades superiores como ministerio de salud y educación para que intervengan de manera oportuna al encontrar casos positivos creando un programa de prevención, rehabilitación o terapia de riesgo de suicidio de los adolescentes y brindarles apoyo profesional.

4.8.2 Límites.

- Poca colaboración de parte de padres de familia.
- Recursos económicos.
- Ambientales y/o climáticos por lluvias copiosas, inundaciones, derrumbes que redujeron el acceso al lugar de estudio.
- Seguridad.

4.9 Aspectos éticos de la investigación.

Categoría I: Toda información que se recopiló en la presente investigación, producto de los test de desesperanza y test de ideación suicida de Beck, se manejó con privacidad y confidencialidad. Por lo que en la presente investigación no hubo ningún tipo de daño moral hacia el adolescente que luego se entrevistó para confirmar su desesperanza y/o la presencia de ideación suicida, por lo que se clasificó como un estudio con categoría I (sin riesgo).

Beneficios: en conjunto con las autoridades del ministerio de salud y educación crear o realizar campañas de prevención de riesgo suicida de los adolescentes y que sean evaluados y lleven seguimiento por profesionales de la salud (psiquiatras).

5. RESULTADOS

Los resultados del presente estudio se obtuvieron mediante la realización del test de desesperanza y test de ideación suicida de Beck a 1942 adolescentes de los institutos nacionales de educación básica y experimental comprendidos entre las edades de 10 a 19 años de los municipios de Cuilapa, Barberena, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa de Lima, Santa Cruz Naranjo y Oratorio departamento de Santa Rosa, Guatemala, correspondientes al mes de junio – julio año 2011.

Los resultados se presentan en el siguiente orden:

- Prevalencia de desesperanza, ideación suicida y ambas de los adolescentes.
- Caracterización epidemiológica de los adolescentes con desesperanza, ideación suicida y ambas.
- Riesgo de suicidio de los adolescentes con desesperanza.
- Ideación suicida de los adolescentes.

5.1 Prevalencia de desesperanza, ideación suicida y ambas.

Cuadro 1

Prevalencia de los adolescentes con desesperanza, ideación suicida y ambas de los institutos de educación básica y experimental de los municipios de Cuilapa, Barberena, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa de Lima, Santa Cruz Naranjo y Oratorio, departamento de Santa Rosa, junio-julio 2011. Guatemala, septiembre 2011.

Característica	f	Población	Prevalencia	
Desesperanza	593	1942	$593/1942 = 0.30 \times 100$	30.53%
Ideación suicida	31	1942	$31/1942 = 0.15 \times 100$	1.60%
Desesperanza e ideación suicida	395	1942	$395/1942 = 0.20 \times 100$	20.33%

Fuente: Tabla 1, anexo 6.

5.2 Caracterización epidemiológica de los adolescentes con desesperanza, ideación suicida y ambas.

Cuadro 2

Distribución de los adolescentes con desesperanza, ideación suicida y ambas según características epidemiológicas de los institutos nacionales de nivel básico de los municipios de Cuilapa, Barberena, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa de Lima, Santa Cruz Naranjo y Oratorio, departamento de Santa Rosa, junio-julio 2011.
Guatemala, septiembre 2011.

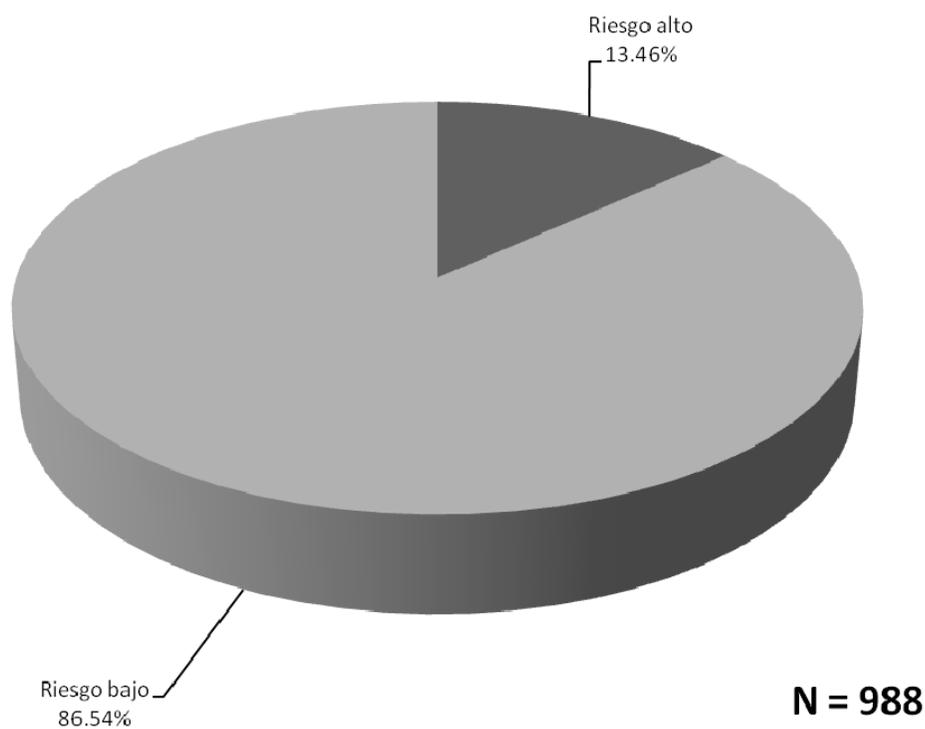
Características		Desesperanza		Ideación suicida		Ambas		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Edad	10-14 años	275	46	14	45	222	56	511	50.15
	15-19	318	54	17	55	173	44	508	49.85
	Total	593	100	31	100	395	100	1019	100
Sexo	Masculino	331	56	16	52	169	43	516	50.63
	Femenino	262	44	15	48	226	57	503	49.37
	Total	593	100	31	100	395	100	1019	100
Procedencia	Urbana	371	63	28	90	265	67	664	65
	Rural	222	37	3	10	130	33	355	35
	Total	593	100	31	100	395	100	1019	100
Religión	Católico	413	70	12	39	253	64	678	66.5
	Evangélico	105	18	11	35.4	90	23	206	20.2
	Mormón	4	0.7	1	3	2	0.5	7	0.7
	Ateo	27	4.5	7	22.5	17	4	51	5
	Testigo de Jehová	5	0.8	0	0	0	0	5	0.5
	Otros	39	6.5	0	0	33	8	72	7
	Total	593	100	31	100	395	100	1019	100
Escolaridad	Primero básico	200	34	6	19	179	45.3	385	38
	Segundo	234	39	16	52	132	33.4	382	37
	Tercero	159	27	9	29	84	21	252	25
	Total	593	100	31	100	395	100	1019	100
Establecimiento	INEB	356	60	27	87	198	50	581	57
	INEBE	237	40	4	13	197	50	438	43
	Total	593	100	31	100	395	100	1019	100
Condición laboral	Trabajador	90	15	4	13	50	13	144	14
	No trabajador	503	85	27	87	345	87	875	86
	Total	593	100	31	100	395	100	1019	100

Fuente: Boleta recolectora de datos, sección 1

5.3 Riesgo de desesperanza de los adolescentes.

Gráfica 1

Distribución de los adolescentes con desesperanza de los institutos nacionales de educación básica y experimental de los municipios de Cuilapa, Barberena, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa de Lima, Santa Cruz Naranjo y Oratorio, departamento de Santa Rosa, junio-julio 2011
Guatemala, septiembre 2011

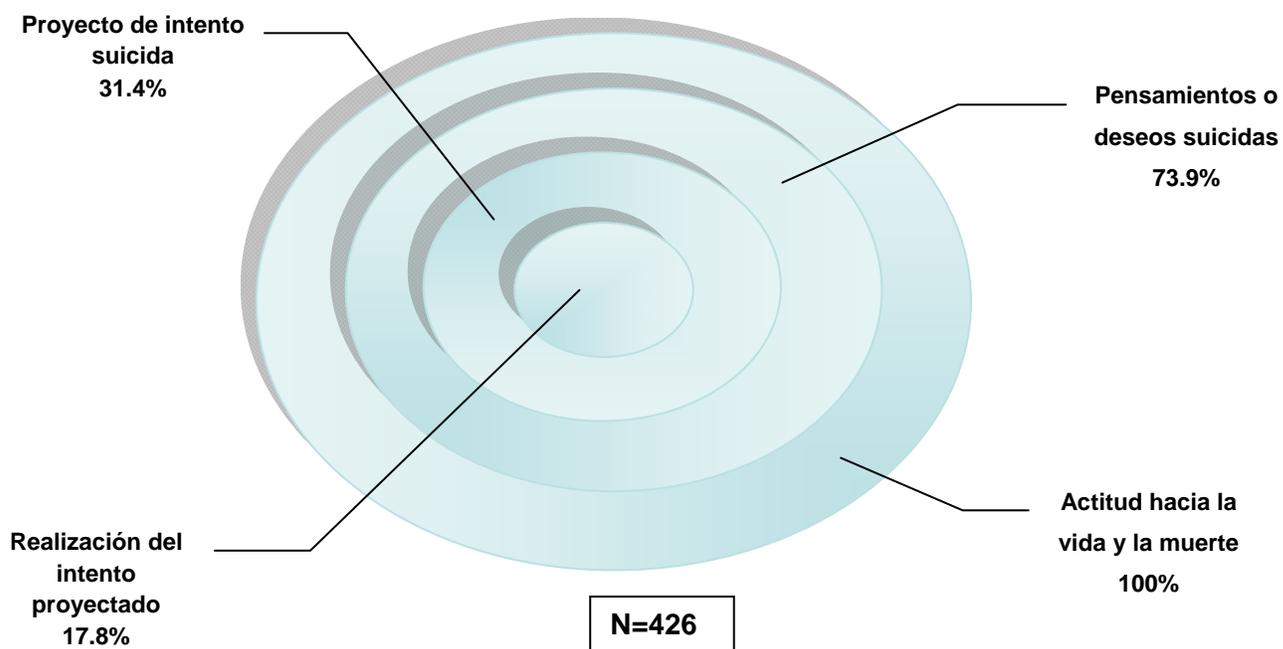


Fuente: Tabla 2, anexo 6

5.3 Ideación suicida de los adolescentes según la actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos o deseos suicidas, intento de suicidio y realización del intento proyectado.

Gráfica 2

Distribución de los adolescentes con ideación suicida de los institutos nacionales de educación básica y experimental de los municipios de Cuilapa, Barberena, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa de Lima, Santa Cruz Naranjo y Oratorio, departamento de Santa Rosa, junio-julio 2011.
Guatemala, septiembre 2011.



Fuente: Tabla 3, anexo 6

6. DISCUSIÓN

En el estudio se obtuvo una población de 1942 adolescentes comprendidos entre las edades de 10 a 19 años. La prevalencia en los adolescentes de los institutos nacionales de educación básica y experimental fue de: desesperanza 30%; ideación suicida 2% y ambas 20%.(cuadro 1) Un estudio realizado en México aplicado jóvenes mexicanos reportó una incidencia de desesperanza de 50.9%; otro estudio realizado en adolescentes de educación media superior en México menciona que la prevalencia de ideación suicida oscila entre 56% a 35%, mientras que otro estudio realizado en estudiantes universitarios colombianos menores de 18 años mostró una prevalencia 4.45%, ambos estudios con poblaciones diferentes. (40, 41, 42) Respecto a desesperanza, el resultado obtenido en este estudio difiere del estudio mencionado, debido a que la población utilizada es diferente. Con lo referente a ideación suicida, comparado con este estudio la prevalencia es menor, sin embargo, en este estudio no se incluyen adolescentes con enfermedades psiquiátricas diagnosticadas, además de la población, que es menor a los estudios mencionados. Por lo tanto no se debe olvidar que el estar en desesperanza es resultado de un proceso valorado en un momento y circunstancia determinado y que está sujeto a situaciones de cambio positivo o negativo. (8) Por esta razón no se puede tomar la desesperanza como un estado absoluto y permanente. Con respecto a la ideación, aunque es minoría la población con ideación suicida, es alarmante por el impacto social que tiene un evento suicida.

De los adolescentes con desesperanza e ideación suicida y ambas el 50.15% (cuadro 2) esta comprendido entre la edad de 10 a 14 años; sin embargo, la diferencia con el grupo comprendido entre las edades de 15 a 19 años no es significativa por lo que no hay una preferencia entre los dos grupos. Esto orienta a considerar que la desesperanza e ideación suicida se da en un comportamiento similar en todo el rango de edad de la adolescencia (10 a 19 años).

El 50.63% de los adolescentes con desesperanza e ideación suicida y ambas corresponde al sexo masculino. (Cuadro 2) El estudio realizado en jóvenes mexicanos en relación a la desesperanza describe que no existe una relación directa entre ser hombre o mujer para estar desesperanzado; (40) sin embargo, en el presente estudio se observa una diferencia cuando se analiza a los desesperanzados ya que dicha característica es más significativa en el sexo masculino con un 56%. (Cuadro 2) Llama la atención observar que en el grupo que tiene ambas patologías, predomina el sexo femenino (57%). En el

grupo de los adolescentes con ideación suicida como única patología se observa un predominio en el sexo masculino con un 52%.(cuadro 2) Esto difiere con el estudio realizado en adolescentes universitarios de Colombia con ideación suicida que reporta un 80% en el sexo femenino. (42)

El 65% de adolescentes con desesperanza e ideación suicida y ambas, procede del área urbana; (cuadro 2) se esperaba encontrar mayor índice en la población que proviene de área rural debido a los problemas socioeconómicos y los bajos niveles de educación que son factores influyentes. (40) Esto puede explicarse debido a que los institutos evaluados se encuentran en áreas urbanas por lo que la población estudiantil en gran número vive en el área urbana.

De los adolescentes con desesperanza, ideación suicida y ambas el 66.5% profesa la religión católica y 20.2% la religión evangélica (cuadro 2) sin embargo llama la atención que los adolescentes que no profesan ninguna religión representan el 5% por lo que el tener desesperanza o ideación suicida se da más en adolescentes que tienen una guía espiritual, que en los que no la tienen, aunque los adolescentes manifestaron profesar una religión no se sabe cuantos de ellos son realmente activos en su fe.

Respecto a escolaridad de los adolescentes con desesperanza e ideación suicida y ambas, el 38% cursa el primer año básico y 37% el segundo año básico; (cuadro 2) estos resultados orientan que el problema se da en los primeros años básicos lo cual podría deberse al cambio de un régimen de estudio de primaria hacia la educación secundaria o básica ya que en el tercer año se ve disminuida la presencia de las patologías estudiadas.

El 57% de adolescentes afectados estudia en un INEB (cuadro 2) esto se puede deber a que en los establecimientos evaluados, un número de elevado corresponde a estos.

El 86% de los adolescentes con desesperanza e ideación suicida y ambas el 86% no trabaja. (Cuadro 2) El estudio realizado en jóvenes mexicanos describe que cuando no existe la solvencia necesaria para cubrir aspectos prioritarios como vestido, materiales escolares y diversiones, aparecen elevados niveles de desesperanza de riesgo en los adolescentes.(40) En el presente estudio existe un predominio de los adolescentes que no trabajan, esto de acuerdo a las entrevistas realizadas a los adolescentes quienes mencionaron que en su tiempo libre un elevado número de los adolescentes no buscan realizar una actividad productiva.

De los adolescentes con desesperanza, el 13.46% tiene riesgo alto de cometer suicidio. (gráfica 1) El estudio realizado en estudiantes de preparatoria de la población mexicana desesperanzada mostró 8.8% de riesgo alto de cometer suicidio. (40) Las características de la población de ambos estudios son muy parecidas en cuanto al tamaño de la muestra y las características epidemiológicas. Se considera que los niveles altos de desesperanza son pronóstico de un comportamiento suicida e ideación suicida. Es notorio en este estudio que no es un porcentaje relativamente alto, sin embargo, no debe ser ignorado ya que las implicaciones sociales que lleva inmersas el suicidio como tal, son complejas, por lo que es un aspecto que debe investigarse más. Llama la atención de que los adolescentes más afectados por la desesperanza se encuentran en los municipios de Cuilapa (26.10%), Barberena (23.10%) y Nueva Sta. Rosa (20.80%) (tabla 2, anexo 6) por lo que se deberá poner atención en estos municipios para prevenir futuros suicidios en los adolescentes.

De los adolescentes con ideación suicida el 49.29% tiene un proyecto de intento de suicidio o ha realizado el intento proyectado. (Gráfica 2) En el estudio realizado en México en adolescentes de educación media superior con ideación e intento suicida, la ideación suicida oscila entre 35% al 56%. (41) En los municipios de Cuilapa y Barberena (17.8% en cada uno) los adolescentes presentan un pensamiento o deseo suicida; respecto a al proyecto de intento suicida el problema se ve acentuado en los municipios de Nueva Santa Rosa (8.2%) y Oratorio (7.7%); mientras que en la realización del intento proyectado los adolescentes se ven más afectados en los municipios de Oratorio (4.9%) y Barberena (3.7%), por lo que se deberá poner atención especial en estos municipios. (Tabla 3, anexo 6) Una explicación posible en las prevalencias es la forma de medir el evento o población bajo estudio. En la entrevista realizada a cada adolescente como factores predisponentes se presentaron: el abuso sexual, en su mayoría mujeres, la falta de atención por parte de los padres de familia; noviazgo con fracaso constante; la pobreza asociada a familias numerosas y la ausencia del padre; hacían pensar el no sentir el deseo de vivir, pensar en la falta de valor de la vida, planificando un acto letal.

6. CONCLUSIONES.

- 6.1** La prevalencia en los adolescentes de los institutos nacionales de educación básica y experimental fue de: desesperanza 30%; ideación suicida 2% y ambas 20%.
- 6.2** De los adolescentes con desesperanza, ideación suicida y ambas el 50.15% esta comprendido entre la edad de 10 a 14 años; 50.63% corresponde al sexo masculino; 65% procede del área urbana; 66.5% profesa la religión católica; 38% cursa el primero básico; 57% estudia en un Instituto Nacional de Educación Básica y 86% no trabaja.
- 6.3** El 13.46% de los adolescentes con desesperanza, tiene riesgo alto de cometer suicidio.
- 6.4** De los adolescentes con ideación suicida el 49.29% tiene un proyecto de intento de suicidio y realización del intento proyectado.

7. RECOMENDACIONES.

7.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

- Crear programas para el adolescente que presente desesperanza e ideación suicida y así prevenir el suicidio.
- Mejorar el registro y análisis de la información de pacientes con intento de suicidio en los hospitales nacionales para tener un mejor control sobre el comportamiento de este evento.
- Crear una ficha epidemiológica oficial para pacientes con intento suicida que permita registrar con mayor precisión el tipo de residencia, actividad laboral, nivel educativo y tratamiento por algún intento previo.
- Realizar más investigaciones para actualizar el perfil epidemiológico del adolescente y conocer mejor el riesgo y encausar medidas adecuadas.
- Brindar apoyo humano y técnico a las direcciones del Ministerio de Salud y educación para reforzar el programa de prevención del suicidio en el adolescente.

7.2 A la dirección de área de salud del departamento de Santa Rosa.

- Capacitar al personal médico para el llenado responsable de las fichas epidemiológicas y controlar que permanezcan en registro para un futuro acceso a las mismas.
- Solicitar apoyo humano y técnico a nivel central (MSPAS) para reforzar la prevención del suicidio en adolescentes.

7.3 Al Ministerio de Educación.

- Promover campañas de control y prevención del suicidio en adolescentes desde el centro educativo (Psicólogo) y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Psiquiatra).
- Capacitar a los profesores de nivel básico para identificar signos que orienten riesgo de desesperanza e ideación suicida en los adolescentes.

9. APORTES.

- 9.1** Es un documento de referencia para la investigación ya que su contenido se basa en la población estudiantil de instituciones educativas que funcionan en el interior del país pretendiendo conocer al adolescente desesperanzado y con ideación suicida para prevenir el suicidio.
- 9.2** Propone coordinar esfuerzo, entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y El Ministerio de Educación, para prevenir y promover la salud hacia el adolescente con desesperanza e ideación suicida.
- 9.3** Se proporcionó copia de los resultados a los directores de los diferentes establecimientos de los municipios de Santa Rosa para que puedan colaborar con las instituciones de salud para dar seguimiento y apoyo a la población adolescente.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bobes J, González J, Sáiz PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Psiquiatría Médica. Barcelona, España: Masson; 1998.
2. Shaffer D, Pfeffer C. Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con comportamiento suicida. Revistade Psiquiatría del Uruguay, [en línea] 2001 [accesado 14 Sept 2,010] Disponible en: http://www.mednet.org.uy/spu/revista/oct2001/03_parametros.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible. Día mundial para la prevención del suicidio [en línea] Ginebra, Suiza: OMS; 2,007 [accesado 10 de Ago 2,007] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>.
4. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas vitales: muertes violentas 2002-2005: estimaciones y proyecciones de población para el período 1950-2050. Guatemala: INE; 2,004.
5. Sas L. Dos suicidios diarios durante 2,007. El Periódico. 29 de Ene 2,008:5.
6. Salazar I. El Comportamiento suicida en Guatemala registro y estigma. [en línea] [S.I]: slideshare.net; 2,009 [accesado 23 Ago 2,011] Disponible en: <http://www.slideshare.net/solodeinteres/estudio-del-suicidio-en-guatemala-dr-ismael-salazar-gutierrez>.
7. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: estudio de intervención multicentrico sobre comportamientos suicidas-SUPRE-MISS. Protocolo SUPRE-MISS. [en línea] Ginebra, Suiza: OMS; 2007 [accesado 15 de Ago 2010]. Disponible en: [www.who.int/mental_health/PDFdocuments/SUPRE MISS.pdf](http://www.who.int/mental_health/PDFdocuments/SUPRE_MISS.pdf).
8. Quintanilla R, Haro L, Flores M, De la Rosa A, Valencia S. Desesperanza y tentativa suicida. Investigación en Salud. [en línea]. 2,003. [accesado 11 de Ago 2010]; 5(2): [9 pantallas] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/142/14250206.pdf>.
9. Organización Panamericana de la Salud. Suicidio: violencia autoinflingida. [en línea] Washington: OPS; 2,005.[accesado el 3 de Ago 2010]. 9(3) [8 pantallas] Disponible en: http://www.revistafuturos.info/futuros_9/suicidio_1.htm.
10. Ranieri W, Steer R, Lavrence T, Rissmiller D, Piper G, Beck A. Relationships of depression: hopelessness and dysfunctional attitudes to suicide ideation in psychiatric patients. Psychol Rep. 1987; 61: 967-975.

11. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva.[en línea] Washington: OPS; 2003. [accesado 4 Sept 2010]. Disponible en: www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Normasweb.pdf.
12. Instituto Geográfico Nacional de Guatemala, Diccionario Geográfico de la República de Guatemala. Guatemala: Tipografía Nacional; 1961.
13. Guatemala. Ministerio Nacional de Educación. Dirección general de gestión de calidad educativa CNB [en línea]. Guatemala: MINEDUC; 2011 [accesado 15 Mar 2011]. Disponible en: www.mineduc.gob.gt.
14. Yagoesky R. Autoayuda y superación personal: la desesperanza aprendida. [en línea] [S.l.] gestiopolis.com; 2009 [accesado 3 Sept 2010]. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/organizacion-talento/perdida-de-la-motivacion.htm>.
15. Aquilo A. Riesgo de la desesperanza. [en línea] [S.l.] conoze.com; 2007 [accesado 23 Oct 2010]. Disponible en: <http://www.conoze.com/doc.php?doc=6230>.
16. Córdova O, Rosales J, Eguiluz L. La didáctica constructiva de una escala de desesperanza: resultados preliminares. Enseñanza e Investigación en Psicología. (México) 2005 jul-dic. Año/vol.10, No. 002 pp. 311-324.
17. Educar.org. La importancia del factor afectivo: emociones, sentimientos, personalidad, interacción social, todos de importancia en el aprendizaje. [en línea] Argentina: educar.org; 2005. [accesado 20 Ago 2010]. Disponible en: www.bibliotecasvirtuales.com/biblioteca/.../metodos.asp.
18. motivacionlaboral.galeon.com, Motivacion laboral [en línea] México: motivacionlaboral.galeon.com; 2006 [accesado 12 Sept 2010]. Disponible en: <http://motivacionlaboral.galeon.com/motivacion.htm>.
19. González Marin A. Factores internos o cognitivos del aprendizaje. [en línea] [S.l.] 2008 [accesado 25 Sept 2010]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/19260496/Factores-Internos-o-Cognitivos-del-Aprendizaje>
20. González M. Aprendizaje: factor cognitivo: origen del lenguaje y sus características. [en línea] España: 2009 [accesado 20 Ago 2010]. Disponible en: dificultadesaprendizaje.wordpress.com/.../factor-cognitivo).
21. Pérez S. Como evitar el suicidio en adolescentes: factores de riesgo suicida en la adolescencia. [en línea] Argentina: 2002 [accesado 26 jul 2010]. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com/books/suicidio/adoles.shtml>).

22. Rozados R. Riesgo de suicidio. [en línea] Argentina: 2003 [accesado 23 Ago 2010]. Disponible en: http://www.depresion.psicomag.com/riesgo_suicidio.php.
23. Pérez S. Factores de riesgo suicida en la adolescencia. Rev. Psiquiátrica del Uruguay. 2006;60:11.
24. Kovacs M, Beck A, Weissman M. Hopelessness: An indicator of suicidal risk. Suicide. 1975; 5: 98-103.
25. García M, Bascarán M, Saiz P, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3 ed. México: ARS Médica; 2009.
26. Durkheim E. El Suicidio. Sevilla, España: Ediciones AKAL; 1992.
27. Gliatto M, Rai A. Evaluación y tratamiento de pacientes con ideación suicida. American Family Physician. [en línea] 2,007 [accesado 20 Oct 2010]. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp / 990315ap/1500.html>.
28. Halgin R, Whitbourne S. Trastornos anormales. En: Psicología clínica: perspectivas psicológicas. Boston: McGraw-Hill; 2006. p. 267-272.
29. Comeche M, Diaz M, Vallejo M. Cuestionarios, inventarios, escalas. En: Ansiedad, depresión y habilidades sociales. Madrid: Fundación Universidad Empresa; 1995: p. 194-200.
30. Ros S. La conducta suicida. Madrid: Ed Libro del Año; 1997.
31. Motto J. An integrated approach to estimating suicide risk. Rev. Suicide Life Threat Behav. 1991; 21: 74-89.
32. Díaz J, Bousoño M, Bobes J, Gonzalez J, Saiz A. Evaluación del riesgo suicida y/o parasuicida: Valoración clínica de la conducta suicida. Barcelona: Masson; 1997.
33. Beck A, Steer R, Ranieri W. Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report version. J ClinPsychol. 1988; 44: 499-505.
34. Beck A, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. J Consult ClinPsychol. 1979; 47: 343-352.
35. Tellez J, Forero J. Suicidio. En: Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Bogotá, Colombia: Nuevo Milenio; 2006.
36. Pérez B, Reytor F. El suicidio y su atención por el médico de la familia. Rev. Cubana de Med General Integral. 1995;11 (4):11-18.
37. Beck A, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. En Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ. editores. The prediction of suicide. Bowie, Md: Charles Press; 1974: p. 45-56.

38. Adrianzén C. Depresión en niños y adolescentes. Diagnóstico. [en línea] 1998; 37(5). [accesado 14 Sept 2010]. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/1998-99/setoct98/280-293.html>.
39. López J. La calidad total aplicada a mejorar el proceso de administración de los institutos experimentales de Guatemala. [en línea] Guatemala: Universidad Mariano Gálvez; 1998 [accesado 25 Nov 2010]. Disponible en: http://www.mineduc.edu.gt/recursoseducativos/Descarga/digeduca/programas_y_proyectos/ficha_27.pdf.
40. Córdova M, Rosales J. La desesperanza de riesgo en jóvenes mexicanos y aspectos sociodemográficos asociados: diferencias por sexo. Psicología y Salud. México. [en línea] 2010; 20 (2): 195-201. [accesado 4 Sept 2011]. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Martha-Cordova-Osnaya.pdf>.
41. Pérez A, Rivera L, Atienzo E, Castro F, Leyva A, Chávez R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. Salud Pública México. [en línea] 2010; 52 (4):324-333. [accesado 4 Sept 2011]. Disponible en: <https://siid.insp.mx/textos/com-36391937.pdf>.
42. Sánchez R, Cáceres H, Gómez D. Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. Biomédica. Colombia. [en línea] 2002; 22 (2): 407-416. [accesado 4 Sept 2011]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/843/84309609/84309609.html>.



11. ANEXOS

11.1 ANEXO 1



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



FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Para ser sujeto de investigación)

Nombre del Proyecto: Desesperanza e ideación suicida de los adolescentes del departamento de santa rosa

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

Nombre del participante: _____

Cuando su hijo (a) participa en una investigación necesitan 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 PROYECTO: Su hijo(a) participará en una investigación que se realiza como tesis de graduación para Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala

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 dos instrumentos de estudio, uno denominado test de Desesperanza de Beck y test 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 puedo expresarlo libremente y recibirá la información requerida por parte del profesional que realizaran dichos 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 beneficie a otras personas y ayude 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 ninguna retribución económica.

E. Puede conversar con el profesional 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 serán quienes realizan la investigación

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

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, 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: **Riesgo e Intencionalidad Suicida en Adolescentes del departamento de Santa Rosa** 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 cédula firma fecha

11.2 ANEXO 2



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



FÓRMULA DE ASENTIMIENTO INFORMADO
(Para ser sujeto de investigación)

Nombre del Proyecto: **Desesperanza e ideación suicida en los adolescentes del departamento de Santa Rosa**

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

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: A continuación participarás en una investigación sobre **desesperanza e ideación suicida en los adolescentes del departamento de Santa Rosa**

B. PROCEDIMIENTO: Si aceptas participar en este estudio, se te solicitará completar dos instrumentos del estudio, el test denominado Desesperanza de Beck y test 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 contestaste al llenar los Test o si quieres solicitar algún tipo de ayuda puedes hacerlo con el profesional que te lo aplica, estos instrumentos nadie más que el personal que realiza y participa en el estudio tendrá acceso a la información.

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.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha 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 cédula firma fecha

11.3 Anexo 3



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



CUESTIONARIO DE DESESPERANZA DE BECK

Instituto: _____ *Edad:* _____ *Grado:* _____ *Trabaja:* _____
Religión: _____ *Procedencia:* _____ *Sexo:* masculino -- femenino

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo | V | F |
| 2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo | V | F |
| 3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así | V | F |
| 4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años | V | F |
| 5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer | V | F |
| 6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar | V | F |
| 7. Mi futuro me parece oscuro | V | F |
| 8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio | V | F |
| 9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro | V | F |
| 10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro | V | F |
| 11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable | V | F |
| 12. No espero conseguir lo que realmente deseo | V | F |
| 13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora | V | F |
| 14. Las cosas no marchan como yo quisiera | V | F |
| 15. Tengo una gran confianza en el futuro | V | F |
| 16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa | V | F |
| 17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro | V | F |
| 18. El futuro me parece vago e incierto | V | F |
| 19. Espero más bien épocas buenas que malas | V | F |
| 20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré | V | F |

11.4 ANEXO 4



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



ESCALA DE IDEACION SUICIDA DE BECK

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

- 1. Deseo de vivir** () ()
0. Moderado a fuerte
1. Débil
2. Ninguno
- 2. Deseo de morir** () ()
0. Ninguno
1. Débil
2. Moderado a fuerte
- 3. Razones para vivir/morir** () ()
0. Más razones para vivir que para morir
1. Igual unas que otras
2. Más razones para morir que para vivir
- 4. Deseo de intentar activamente el suicidio** () ()
0. Ninguno
1. Débil
2. Moderado a fuerte
- 5. Intento de suicidio de forma pasiva** () ()
0. Tomaría precauciones para salvar la vida
1. Dejaría al azar el vivir/morir (ej: cruzar sin cuidado una calle muy transitada)
2. Evitaría los medios necesarios para salvar o conservar la vida (ej: un diabético que deja de ponerse la insulina)

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

II. Características de la Ideación/Deseo suicida

- 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 el acto suicida: deseo** () ()
- 0. Tiene sentido del control
 - 1. Control incierto
 - 2. No tiene sensación de control
- 10. Disuasorias ("frenos") para hacer un intento activo** () ()
(ejemplo: familia, religión, graves secuelas si no se consuma)
- 0. No quería el suicidio por el "freno" que tiene
 - 1. Alguna preocupación por los "frenos"
 - 2. Mínima o ninguna preocupación sobre los "frenos"
- (Indicar "frenos" si procede _____)
- 11. Razones para el Intento planeado** () ()
- 0. Manipular el ambiente, atraer la atención, venganza
 - 1. Combinación de 0 y 2
 - 2. Escapar, resolver problemas
- III. Características del Intento de suicidio planeado**
- 12. Método: especificidad/planificación** () ()
- 0. No considerado
 - 1. Considerado pero sin resolver los detalles
 - 2. Detalles resueltos, bien formulados
- 13. Método: disponibilidad/oportunidad** () ()
- 0. Método no disponible, no oportuno
 - 1. Método que requeriría tiempo, esfuerzo/no oportuno
 - 2a. Método y oportunidad disponibles
 - 2b. Oportunidad futura o disponibilidad del método anticipada
- 14. Sensación de "capacidad para realizar el Intento"** () ()
- 0. No coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
 - 1. Inseguro de tener coraje, competencia
 - 2. Seguro de su competencia, coraje
- 15. Dejar en blanco** () ()
- 16. Expectancia/Anticipación del Intento actual** () ()
- 0. No
 - 1. Incierta
 - 2. Si
- 17. Dejar en blanco** () ()
- IV. Realización del intento de suicidio**

- 18. Preparación real** () ()
- 0. Ninguna
 - 1. Parcial (ejemplo: empezar a recoger comprimidos)
 - 2. Completa (ejemplo: tener comprimidos, navaja afeitar, arma cargada)
- 19. Nota suicida** () ()
- 0. Ninguna
 - 1. Iniciada pero no terminada, solo ideas sobre ella
 - 2. Completada, depositada
- 20. "Últimos arreglos" para preparar la muerte** () ()
(seguros, testamento, donaciones, etc.)
- 0. Ninguno
 - 1. Ideas sobre o hacer algunos arreglos
 - 2. Ha realizado o completado los arreglos
- 21. Engaño/Ocultación de la tentativa planeada** () ()
- 0. Revela las ideas abiertamente
 - 1. Contiene su revelación (reticente)
 - 2. Intenta ocultar, engañar, mentir

11.5 Anexo 5



**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**



**BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS
DESESPERANZA E IDEACION SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE
EDUCACION BASICA Y EXPERIMENTAL DEL DEPARTAMENTO
DE SANTA ROSA CICLO 2,011.**

No. de boleta: _____

Municipio: _____

Sección I. Cuantificación de la prevalencia			
Prevalencia de desesperanza e ideación suicida			
Prevalencia de desesperanza		<input type="text"/>	
Prevalencia de ideación suicida		<input type="text"/>	
Sección I. Perfil epidemiológico de los adolescentes			
Edad			
10 a 14 años	<input type="text"/>	15 a 19 años	<input type="text"/>
Sexo			
Masculino	<input type="text"/>	Femenino	<input type="text"/>
Procedencia			
Urbana	<input type="text"/>	Rural	<input type="text"/>
Religión			
Católica	<input type="text"/>	Evangélica	<input type="text"/>
Adventista	<input type="text"/>	Testigo de Jehová	<input type="text"/>
Ateo	<input type="text"/>	Judío	<input type="text"/>
Mormón	<input type="text"/>	Otra: _____	
Grado de escolaridad			
Primero básico	<input type="text"/>	Segundo básico	<input type="text"/>
Tercero básico	<input type="text"/>		
Establecimiento		INEB	<input type="text"/>
Nombre: _____		INEBE	<input type="text"/>
Dirección: _____			

Condición Laboral		
Trabajador	<input type="checkbox"/>	No trabajador <input type="checkbox"/>

Sección II. Test de desesperanza de Beck

<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo bajo de cometer suicidio: - Ninguno o mínimo: 0 a 3 pts. -Leve: 4 a 8 pts. 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo alto de cometer suicidio: Moderado: 9 a 14 pts. Severo: 15 a 20 pts. 	<input type="checkbox"/>

Sección II. Test de ideación suicida de Beck

<ul style="list-style-type: none"> • Actitud hacia la vida / muerte (1 a 5 ítems) Cantidad de respuestas positivas _____ Cantidad de respuestas negativas _____ 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos o deseos suicidas (6 a 11 ítems) Cantidad de respuestas positivas _____ Cantidad de respuestas negativas _____ 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de intento de suicidio (12 a 15 ítems) Cantidad de respuestas positivas _____ Cantidad de respuestas negativas _____ 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Realización del intento proyectado (16 a 19 ítems) 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de respuestas positivas _____ • Cantidad de respuestas negativas _____ 	<input type="checkbox"/>

Sección III. Proporción de desesperanza e ideación suicida y ambas

<ul style="list-style-type: none"> • Desesperanzado 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Con ideación suicida 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Desesperanzado y con ideación suicida 	<input type="checkbox"/>

11.6 ANEXO 6

Tabla 1

Prevalencia de desesperanza, ideación suicida y ambas según municipio de los adolescentes de los institutos nacionales de educación básica y experimental de Cuilapa, Barberena, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa de Lima, Santa Cruz Naranjo y Oratorio, departamento de Santa Rosa, junio-julio 2011.
Guatemala, septiembre 2011.

Municipios	Población	Desesperanza		Ideación Suicida		Ambas		Total	Prevalencia
		f	%	f	%	f	%	f	%
Cuilapa	546	141	7.26	6	0.31	116	5.97	263	26
Barberena	489	159	8.19	18	0.93	70	3.60	247	24
Nueva Santa Rosa	346	96	4.94	0	0	110	5.66	206	20
Santa Rosa de Lima	96	23	1.18	0	0	15	0.77	38	4
Santa Cruz Naranjo	222	66	3.40	0	0	39	2.00	105	10
Oratorio	243	108	5.56	7	0.36	45	2.31	160	16
Total	1942	593	30.53	31	1.60	395	20.33	1019	100

Fuente: Boleta recolectora de datos, sección 1

Tabla 2

Riesgo de desesperanza de los adolescentes de los institutos nacionales de educación básica y experimental de los municipios de Cuilapa, Barberena, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa de Lima, Santa Cruz Naranjo y Oratorio, departamento de Santa Rosa, junio-julio 2011
Guatemala, septiembre 2011

Municipio	Riesgo bajo		Riesgo alto						Total	
	Leve		Moderado		Severo		Total		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Cuilapa	215	21.70	39	3.90	3	0.30	42	4.20	257	26.10
Barberena	194	19.60	35	3.50	0	0	35	3.50	229	23.10
Nueva Santa Rosa	192	19.43	12	1.20	2	8.20	14	1.40	206	20.80
Santa Rosa de Lima	32	3.20	6	0.60	0	0	6	0.60	38	3.80
Santa Cruz Naranjo	88	8.90	16	1.60	1	0.10	17	1.70	105	10.60
Oratorio	134	13.50	12	1.20	7	0.70	19	1.90	153	15.50
Total	855	86.54	120	12.10	13	9.30	133	13.46	988	100

Fuente: Boleta recolectora de datos, sección 2

TABLA 3

Distribución de los adolescentes con ideación suicida de los institutos Nacionales de educación básica y experimental de los municipios de Cuilapa, Barberena, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa de Lima, Santa Cruz Naranjo y Oratorio, departamento de Santa Rosa, junio-julio 2011
Guatemala, septiembre 2011

Municipio	Adolescentes		Actitud hacia la vida y la muerte		Pensamientos o deseos suicidas		Proyecto de intento suicida		Realización del intento proyectado	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Cuilapa	122	28.6	122	28.6	76	17.8	11	2.5	10	2.3
Barberena	88	20.6	88	20.6	76	17.8	21	4.9	16	3.7
Nueva Santa Rosa	110	25.82	110	25.82	68	16	35	8.2	12	2.8
Santa Rosa de Lima	15	3.5	15	3.5	11	2.6	4	0.9	2	0.4
Santa Cruz Naranjo	39	9.1	39	9.1	36	8.4	30	7	15	3.5
Oratorio	52	12.2	52	12.2	48	11.2	33	7.7	21	4.9
Total	426	100	426	100	315	73.9	134	31.4	76	17.8

Fuente: Boleta recolectora de datos, sección 2