

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

“CONDUCTAS PRE-SUICIDAS EN ADOLESCENTES”

**Informe Final de Investigación
presentado al Honorable Consejo Directivo
de la Escuela de Ciencias Psicológicas**

POR

GLORIA LILY PRERA JUAREZ

**Previo a optar al título de Psicología
En el grado académico de Licenciatura**

GUATEMALA, JULIO DE 1,997

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

13

T(1079)

C.4

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
S E C R E T A R I A

Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero
R E P R E S E N T A N T E C L A U S T R O C A T E D R A T I C O S



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
1a. MAS, Ciudad Universitaria, Zona 12
s. 4780700-4, 4780805, ext. 450-1
cs: 4780902, 47807210, fax 47809014
e mail: USACPSIC@edu.gt
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

cc: Control Académico
CIEPs.
archivo.

REG. 1599-96

CODIPs. 620-97

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE
INVESTIGACION

Julio 12 de 1997

Señorita Estudiante
Gloria Lily Prera Juárez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto CUARTO (4o.) del Acta VEINTITRES NOVENTA Y SIETE (23-97) de Consejo Directivo, de fecha 9 de juli del año en curso., que copiado literalmente dice:

"CUARTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "CONDUCTAS PRE-SUICIDAS EN ADOLESCENTES", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

GLORIA LILY PRERA JUAREZ

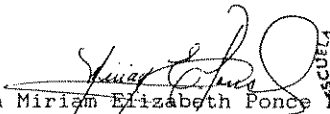
CARNET No. 83-15464

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Luis Arturo Estrada y revisado por la Licenciada Edith Rios de Maldonado.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



/Rosy

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS
Edificio M-5, Ciudad Universitaria, Zona 12
Tels. 4780700-4, 4780065, ext. 400-1
Directos: 4780502, 4787219, fax 4780914
e Mail: USACPSIC@UNIGUAT
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Handwritten signature
7-7-97

CIEPs. 15-97

R26. 1509-96

Guatemala, 13 de junio de 1997.

INFORME FINAL

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS
RECIBIDO
20 JUN 1997
Handwritten signature
19-97

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

SEÑORAS:

Se dirige a ustedes para informarles que la Licenciada Edith Mios de Malmonado, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

"CONDUCTAS PRE-SUICIDAS EN ADOLESCENTES"

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

NOBRE

GLORIA LILY PRERA JUAREZ

CARNE No.

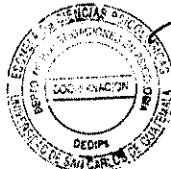
83-15464

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes, para obtener **ORDEN DE IMPRESION**.

Atentamente,

"ED Y ENFERMEDAD A TRAMS"

Edith Mios de Malmonado
LICDA. EDITH MIOS DE MALMONADO
COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA



EDM./edr

c.c. Docente Revisor
Archivo



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M.S., Ciudad Universitaria, Zona 12
Tels. 4760790-4, 4760005, ext. 490-1
Directos: 4766902, 4767219, fax 4769014
e Mail: USACPSIC@adu.gt
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

CIEPs. 14-97

Guatemala,
18 de junio de 1,997.

LICENCIADA
EDITH RIOS DE MALDONADO, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADA RIOS:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle
que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**,
titulado:

"CONDUCTAS PRE-SUICIDAS EN ADOLESCENTES"

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

NOMBRE

GLORIA LILY PRERA JUAREZ

CARNE No.

83-15464

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE**, solicitando continuar con los trámites correspondientes.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LICDA. EDITH RIOS DE MALDONADO
DOCENTE-REVISORA



c.c. archivo
Docente Revisor

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACION EN PSICOLOGIA (CIEPs)

Guatemala, 7 de abril de 1,977

LICENCIADA
EDITH RIOS DE MALDONADO, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACION EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADA RIOS DE MALDONADO:

Por este medio le informo que tuve a mi cargo la última
revisión del INFORME FINAL de tesis, titulado:

"CONDUCTAS PRE-SUICIDAS EN ADOLESCENTES"

ELABORADO POR:

CARNET No.

GLORIA LILY PRERA JUAREZ

83-15464

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

REVISORA: LICENCIADA EDITH RIOS DE MALDONADO

Considerando que cumple con los requisitos establecidos por el
Centro de Investigaciones en Psicología, emito DICTAMEN FAVORABLE,
y solicito continúe con los tramites respectivos.

atentamente.

146644
LIC. LEILA MACHUCA ESTRADA
COLEGIADA N.º 1084
ASOCIACION CLINICA SOCIAL
PSICOLOGIA
COLEGIADO N.º 2293

Vo.Bo.
LICDA. EDITH RIOS DE MALDONADO
COORDINADORA, CIEPs.



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
s/MS, Ciudad Universitaria, Zona 12
t: 4780700-4, 4700065, ext. 460-1
ts: 4780902, 4787210, fax 4789914
e Mail: USACPSIC@edu.gt
ATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 1599-96

CODIPs. 502-97

APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y
NOMBRAMIENTO DE ASESOR

Señorita Estudiante
Gloria Lily Prera Juárez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DECIMO PRIMERO (11o.) del Acta DIECISEIS NOVENTA Y SIETE (16-97) de Consejo Directivo, de fecha 14 de mayo del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO PRIMERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: "CONDUCTAS PRE-SUICIDAS EN ADOLESCENTES", de la carrera: Licenciatura en Psicología, elaborado por:

GLORIA LILY PRERA JUAREZ

CARNET No. 83-15464

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar como asesor al Licenciado Luis Arturo Estrada."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



/Rosy

ACTO QUE DEDICO

AL DADOR DE VIDA, EL QUE TAMBIEN LA QUITA, DIOS, INSPIRACIÓN DEL MUNDO Y RAZÓN DE LOS SIGLOS.

A MI MADRE: CLARA CORINA JUÁREZ VDA. DE PRERA, CON AMOR Y AGRADECIMIENTO POR EL APOYO INCONDICIONAL QUE ME HA BRINDADO EN EL TRANSCURSO DE MI VIDA.

A MI HERMANA: CLARA CORINA. POR EL AMOR QUE NOS UNE.

A MI CUÑADO: FREDDYS ANTONIO. POR SU APOYO Y CARÍÑO.

A MI TIA, CRISTINA JUÁREZ (Q.E.P.D.)

A MIS TIOS: MARINA, LAURA ALIDA Y DAVID. POR APOYARME EN TODO MOMENTO.

A MI SOBRINOS: JOSE ANTONIO, FREDDY AUGUSTO, JUAN CARLOS, CRISTHIAN POR SER FUENTE DE AMOR Y ALEGRIA EN MI VIDA.

A MIS PRIMOS: RAÚL, CARLOS, DAVID. SANDRA Y LAURA. CON TODO CARÍÑO.

A MI AMIGO Y ASESOR: LUIS ARTURO ESTRADA, CON CARÍÑO Y AGRADECIMIENTO ESPECIAL POR SU APOYO.

A MIS AMIGOS DE PROMOCIÓN: NILZA CHAVÉZ, EVELYN SECAIDA, EVON PIRIR HELLEN CORONADO Y GUILLERMO ILLESCAS.

A PIEDAD LARIOS : POR SU AMISTAD Y APOYO

AL COMPAÑERO, CARLOS MARROQUÍN (Q.E.P.D.)

AGRADECIMIENTOS

A LA FAMILIA: MONTERROSO JUÁREZ POR SU CARÍÑO E INVALUABLE APOYO DURANTE MI CARRERA

LICENCIADA EDITH RÍOS DE MALDONADO.

DOCTORA ANA EVELYN MAZARIEGOS.

LICENCIADA MAYRA GARCÍA.

LICENCIADA IRMA DE AVILEZ.

DOCTOR LIONELARDÓN.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

AL COLEGIO "EXTASIS"

NOTAS SOBRE LA INVESTIGACIÓN

Meditando una tarde fría después de un sepelio, rodeada de las últimas moradas de aquéllos que en vida fueron -ángeles o diablos -el espíritu concibió la idea de investigar qué sucedió antes en sus vidas-. ¿Qué los condujo a tan dramático fin?

¿Qué analogía recóndita habita en la voluntad colectiva que prolonga la vida en determinadas edades o motiva reducirla?

La historia nos dejó de legado una lista de personalidades que cortaron sus vidas. Merece la pena escudriñar sus orígenes para comprender el presente y determinar las circunstancias de cada época que hacen que se repita el síndrome pre-suicida en la actualidad.

Marco Antonio: prócurador del Segundo Triunvirato con Octavio y Lépido noble guerrero romano y esposo de la hermosa egipcia CLEOPATRA, fue derrotado por Octavio al repudiar a su hermana. El suceso provocó el suicidio de Cleopatra al dejarse morder por un áspid y 1 año después Marco Antonio se mata con su propia daga en Alejandría.

Sapho: poetisa, matemática y feminista griega, crea la primera Comunidad de Mujeres Feministas en la isla de Lesbos en Grecia. Frustrada por sus relaciones con los hombres, se tira de un acantilado y cae en el mar Egeo en el año 580.

Caton de Utica: (Marco Pocio), (46 a.de. J.C). Se mató en Utica después de la derrota de Tapso.

Judas Escariote: discípulo escogido de Jesucristo, lo traiciona al venderlo por 30 monedas de plata. Al darse cuenta que lo han crucificado, se privó de la existencia al ahorcarse con una soga.

Juan de Carvajal: militar Español que funda la ciudad de Tocuyo en 1545. También se ahorca utilizando una soga, en 1546, después de haber usurpado el gobierno de Venezuela.

Los Samurai: grupo privilegiado del Japón que gozaba del derecho a quitarse la vida al ser condenados a la pena capital con el HAKIRI. Este es el proceso de abrirse una herida mortal a lo largo de todo el vientre o estómago. Esta acción fue abolida en 1,868. El Harakiri voluntario en signo de protesta o adhesión, se intentó abolir en 1,869. pero fue rechazada la proposición en el parlamento por 200 diputados de 209 que formaban el total.

Virginia Wolf: poetisa inglesa de principios del siglo XX, feminista, vivió en una isla inglesa. Se suicida llenándose el suéter de piedras y se introduce en el mar.

Alfonsina Estorni: argentina y poetisa feminista. Antes de matarse sumergiéndose en el mar, escribe uno de sus poemas de dolor más famoso y trágico.

Igor Castillo: director del grupo de "Teatro-Mágico" en Guatemala, comenta que a través de la historia se manifiestan ciclos o (reencarnación) de los artistas en el medio.

Otras formas de expresar la idea del síndrome puede encontrarse en la poesía

"YA NO SE CÓMO CALMAR EL FUROR QUE ME
ESTREMECE DENTRO,
QUISIERA FUSILAR EL PRESENTE,
CORRER AL OLVIDO Y SANAR LAS ALMAS DE LOS
ENVEJECIDOS.
FUERTES LLAMA -
DOS DE SUICIDIO TOCAN A LA PUERTA DE LA
DESEPERACIÓN,
LA AGONIA EN LAS CUERDAS DE LAS GUITARRAS
AHORA ES COMPRENDIDA
AHOGADA DE LLANTO SOMBRÍO.
POR LARGAS PRADERAS HE CORRIENDO A
BUSCARTE
POR LOS SUBURBIOS,
POR LAS MONTAÑAS,
POR MIS SOLEDADES ESTÁS PERDIDO.
DADME UNA MANERA NOBLE DE MORIR,
QUE LA BELLEZA EXTIENDA UNO DE SUS VELOS BAJO
MI ÚLTIMO PASO.
ESTO TAN SÓLO IMPLORO DE MI DESTINO".

PROLOGO

La presente investigación ha tenido como objetivo general contribuir a la solución de la problemática del adolescente guatemalteco, basándose en que toda sociedad está fundamentada en la familia y subsiste por la juventud que emerge de las mismas. En Guatemala se vive una problemática socio-económica y política que no permite educar y orientar adecuadamente a la juventud, coadyuvando a la presencia del síndrome pre-suicida.

Este síndrome se caracteriza por un período de desorientación, sentimientos de inadecuación, minusvalía, desesperanza, necesidad de pertenencia e identificación de un grupo social. En algunos adolescentes es necesaria la orientación apropiada de sus padres o los adultos que están en contacto con ellos, evitando con ello que este adolescente encuentre salida a sus conflictos en formas inadecuadas como lo son: integración de maras, alcoholismo, drogadicción y, en casos más graves, SUICIDIO.

Una de las estrategias que se empleó para realizar este estudio, fue la creación de asesoría personal a través de un cuestionario y una plática con los padres y maestros, para DETECTAR los síntomas de la depresión desde su inicio, evitando con ello el desarrollo del síndrome pre-suicida. Posteriormente, existirá la alternativa de solicitar la atención psicológica en los casos que se detecten, para reducir el índice de mortalidad en este grupo de riesgo y así mismo, en nuestro país.

El estudio ha permitido aportar a la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC, la propuesta de un Manual de detección del síndrome pre-suicida, para que el futuro psicólogo se incline por el área clínica, pueda enriquecer su contenido con posteriores investigaciones sobre el tema y a la vez servir para la futura práctica profesional.

Por los alcances que esta investigación ha presentado y los logros obtenidos a nivel personal y social, agradezco la colaboración a: Colegio "El Extasis", al personal docente por interés en el desarrollo de la misma, a la Escuela de Ciencias Psicológicas y en especial al Lic. Luis Arturo Estrada. Por haber brindado su apoyo en forma incondicional, fungiendo como asesor. A la Licda. Edith Ríos de Maldonado por brindarme sus conocimientos y por su colaboración durante esta investigación, como revisora.

Tomando en cuenta, que esta investigación no hubiese alcanzado los logros y la relevancia que ésta conlleva, de no ser por la participación incondicional de los alumnos de nivel básico del Colegio "El Extasis", extendo mi más sincero agradecimiento.

La investigadora.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo se definió con base al título “ Conductas pre- suicida en adolescentes” el cual se desarrolló (en jóvenes de 13 a 17 años, de ambos sexos, del Colegio “ Extasis”, ubicado en la 4a avenida y 20 calle de la zona 12 de esta capital, de mayo a agosto de 1,996).

Toda sociedad esta fundamentada en la familia y subsiste por la juventud que emerge de las mismas. En Guatemala se vive una problemática socio-económica y política que no permite educar y orientar adecuadamente al adolescente; prodigando además el apoyo moral y afectivo que es básico para su desarrollo integral. Al carecer de alguno de estos aspectos es más factible que se presente el síndrome Pre-suicida.

Siendo un período que se caracteriza por la presencia de desorientación, sentimientos de inadecuación, minusvalía, desesperanza y la necesidad de pertenencia e identificación con un grupo social. Para algunos adolescentes se hace necesaria la orientación adecuada de los padres o adultos encargados de su formación, evitando que ellos encuentren salida a sus conflictos en formas inadecuadas como: la integración de maras, el alcoholismo, la drogadicción, y en casos más graves, el suicidio.

Para introducirnos en el estudio de las ” **Conductas Pre-Suicidas**, empezaremos por definir lo que entendemos por conducta as í como Pre-Suicidio. Sarason define la Conducta como un proceso dinámico, en el que cada uno de nosotros se comporta ante el entorno y ante los cambios que ocurren en él, de distinta forma”.

Otros autores definen Pre-suicidio como :

Antes de la muerte, trastorno o desesperación que se acompaña de comportamientos o ideas auto-destructivas previas.

Las razones por las cuales se puede generar una depresión incluyen variables dentro de que consideraremos: El rechazo , soledad debido a la falta de un grupo social, desatención de l padres por falta de recursos económicos, ambiente poco propicio dentro del Colegio para lograr estabilidad emocional provocando con ello un desequilibrio psíquico. Así como los factores genéticos, fisiológicos, uso de sustancias psicoactivas, por lo que se hace necesario determinar la relación del Síndrome Pre-suicida con los trastornos depresivos en cualesquiera de sus cuatro niveles.

Este trabajo tuvo entre otros objetivos el establecer la incidencia del Síndrome Pre-suicida en este grupo de adolescentes, para determinar el nivel de depresión en que se presenta el síndrome, detectar las variables que influyen en su formación, proponer recomendaciones a las autoridades del Colegio en caso de que se presente el síndrome.

Siendo el objetivo primordial la propuesta de un manual que permita la detección temprana del síndrome pre-suicida.

Al final se ha recomendado a las autoridades del Colegio brindar ayuda en caso de que se detecte el problema en alguno de los adolescentes.

Al inicio de esta investigación, se esperó que el 50% del grupo de estudio manifestara signos del síndrome Pre-suicida en cualesquiera de los cuatro niveles de depresión: leve, leve a moderada, moderada a severa y severa, pero los datos refirieron al final de la misma que sólo el 45% presentaron signos y síntomas.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

MARCO TEORICO

a) Conducta Pre-suicida: caracterizada por los indicadores como baja autoestima, poca tolerancia a la frustración, desesperanza, aislamiento, desesperación, sentimientos de culpa, angustia, ideas de suicidio o intentos suicidas.

b) Cualesquiera de los cuatro niveles de depresión caracterizados, también, por los indicadores como depresión leve, leve a moderada, moderada a severa y severa. (Del cuestionario de depresión de Aaron Beck).

Cameron (1980) describe: las relaciones entre psicopatología y sociedad nos interesan, porque la sociedad condiciona la aparición del desequilibrio mental completo y determina la frecuencia psicopatológica misma. Si nos fijamos, se trata de un fenómeno sólo que con dos vertientes diferentes donde cada sociedad tiene una forma de entender su psicopatología. En cierto grado, todas las estructuras culturales y sociales se reflejan en las anomalías psíquicas. Existe una auténtica relación entre las manifestaciones psicopatológicas que se presentan en un individuo y en el medio familiar y social en el que se encuentra integrado. Las presiones del medio sobre el individuo modifican su aparato psíquico condicionándolo a la psicogénesis (Cameron, Sarason).

Se conoce como adolescencia al desenvolvimiento unitario de la personalidad como un curso biológico normal incluyendo el conjunto de categorías histórico vitales con la influencia de un continuo intercambio con el ambiente.

Cuando se considera el desarrollo biográfico de un individuo, a partir de una personalidad básica, la influencia de los acontecimientos externos configuran en una peculiar forma de ser que constituye la nueva personalidad indisoluble a la primera. “Lo congénito y lo adquirido se funden tan íntimamente que forman una unidad”.(1) pág 578

En las depresiones, los síndromes interpretables en el marco conceptual del desarrollo de la adolescencia psicológicamente normal, conducen a la búsqueda de nuevos objetos libidinales ante la ausencia de catexia; sin embargo, esta evolución puede no realizarse sin un período de presión que se manifiesta con la pérdida del objeto, o dificultad de orden objetual, por otro lado Málé parece haber aislado el síndrome de “morosidad” como una especie de “rechazo a catexizar el mundo, los objetos, los seres”, un aburrimiento crónico cercano al aburrimiento infantil conservando a pesar de la falta de catexia.

Difiere de la depresión, porque se acompaña de “angustia”, inhibición formal, culpabilidad expresa. Las conductas auto- destructivas son aparentemente dramáticas, al implicar al cuerpo.(2) Pág 171

(1) Carmelo Monedero. PSICOPATOLOGIA GENERAL. Edit. Biblioteca Nueva., España (1978). Pág. 578

(2) Henri Lehalle. PSICOPATOLOGIA DE LOS ADOLESCENTES. Edit Grijalvo, México. (1990). Pág. 171.

“ Este adolescente presenta síntomas somáticos, psíquicos y emocionales observables con alteración negativa de la percepción de la realidad, con respuestas inadecuadas a cambios internos o externos, afectando el pensamiento y la conducta. Existen cinco componentes de la depresión:

1. Una alteración específica del estado de ánimo (humor, apatía, soledad, tristeza).
2. Desvalorización de la autoestima asociada con autorreproches y sentimientos de culpa.
3. Deseo de no ocuparse de uno mismo, o de castigarse: se desea escapar, esconderse o morir.
4. Cambios vegetativos: anorexia, insomnio, pérdida del interés sexual.
5. Cambios en la actividad: agitación o inhibición.(3) Pág 29

A. SINTOMATOLOGIA EMOCIONAL:

Llanto, retracción apatía, descenso de la libido, tensión, irritabilidad, tristeza, temor, culpa, desesperanza, baja autoestima, distorsión de la imagen corporal, frustración, fatiga, mal humor, desmotivación, dependencia, evasión y escape, indecisión, agitación, verborrea, aislamiento y soledad.

B. FISICA: Anorexia, bulimia, náusea, diarrea, constipación, rumiación, taquicardia, hiperhidrosis, xerosis, disnea, cefaleas, parestesias, lumbalgias, vértigo o mareo, sueño alterado, enlentecimiento psicomotor”. (3) Pág 30

(3) John Bran. EL DIAGNOSTICO DE LA DEPRESION. Edit. Lederle, EEUU. (1989)
Pág. 29-30.

CAUSAS: Es multifactorial.

1. **Externos:** Dificultades en una relación, problemas financieros, legales, académicos, estrés, duelo no resuelto, rechazo de grupo.

2. **Hereditarios o genéticos:** El tener familiares cercanos que hayan tenido depresión, las personas con susceptibilidad genética, pueden manifestarla.

3. **Fisiológicos o bioquímicos:** Se cree que es causada por un desbalance de neurotransmisores dando origen a la depresión. El síndrome de Cushing y problemas de Tiroides, medicamentos para la hipertensión, anticonceptivos y esteroides pueden desencadenar la depresión en mayor grado.

En base A. Polaino-Lorente, la depresión causada por cualquiera de los factores anteriormente descritos puede tener uno de los siguientes diagnósticos:

a) Trastorno maníaco, b) Episodio depresivo mayor, c) Trastorno bipolar mixto, d) Trastorno bipolar maníaco, e) Trastorno bipolar depresivo, f) Trastorno ciclotímico, g) Trastorno distímico, h) Trastorno bipolar atípico, i) Depresión endógena.

Al igual que todos los fenómenos psicopatológicos pueden explorarse en cualquiera de los niveles, existiendo cinco vías de ataque sociológicamente bien implantadas para el análisis de las manifestaciones psicopatológicas, aunque esto no manifiesta que en cualquier alteración se presente con idéntica relevancia:

Niveles: a. clínico. b. neurofisiológico. c. bioquímico. d. comportamental. e. psicoanalítico

La depresión endógena/psicógena es de criterio etiológico, como factores biológicos originados dentro del organismo e independientes de factores ambientales. La depresión psicógena pura es cuando no encontramos factores biológicos que la originen, ya que su etiología sólo posee caracteres psicológicos.(4)

“Una depresión con esta etiología que dure más de seis meses, que es el período normal de duelo o una melancolía que está fuera de las proporciones de la pérdida o el fracaso, por lo general se considera anormal”.(5) pág. 626

“La persona puede llegar a tal punto de abatimiento que piense que únicamente dando fin a su existencia terminará su miseria. Así, el suicidio es un peligro que se presenta claramente en una persona con una depresión muy fuerte.

Relacionados a ella hay un conjunto de problemas asociados a la vida y su significado: “la duda, la indiferencia, o la apatía crónica son lo suficientemente graves como para llamar la atención sobre la persona que la padece y tratar de minimizar los síntomas de minusvalía”. (5) pág 627

(4) A. Polaino-Lorente, LA DEPRESION. Edit. Martínez Roca . España , (1995). Pág. 39

(5) Arnold Buss, PSICOLOGIA GENERAL. Edit. Limusa. México , (1981). Pág 626-627

Reacción depresiva: es un estado situacional que presenta todos los signos y síntomas de la depresión e intentos suicidas. **Reacción depresiva:** es un estado situacional que presenta todos los signos y síntomas de la depresión e intentos suicidas

La persona con riesgo de presentar esta reacción depresiva puede haber sufrido el rechazo de los padres, falta de afecto, padres demasiado castrantes que crean sentimientos de inferioridad y dependencia. En algunos casos se refiere abuso físico o experiencias traumáticas como: “pérdida del ser amado, abuso sexual y violación. Todos estos factores dan origen a sentimientos hostiles inaceptables socialmente, por lo que al reprimirlos provocan ansiedad y depresión. (6)

Ansiedad=Depresión=Problemas existenciales: Son términos de carácter general. De los numerosos estados de depresión existen síntomas comunes. Por consiguiente cada caso debe ser estudiado por separado.

“ Es evidente que la tensión puede relajarse por múltiples causas. Sin embargo, podemos señalar como una de las principales, el agotamiento mental y nervioso. Cuando esto ocurre y la causa coincide con la depresión se presenta el surmenage, la melancolía, que es una tristeza persistente y profunda que parece no estar justificada por nada, el pesimismo en el estado de ánimo es total”.(7) pág 44

(6) Clide Narramore. PSICOPATOLOGIA GENERAL. Edit. Unilit. Miami Florida, (1990). Pág. 169-170

(7) Daco Pierre. TU PERSONALIDAD. Edit. Daimond. Madrid, Barcelona, (1990). Pág. 44-45

La ira y la conducta agresiva: Es una emoción caracterizada por hiperactividad del sistema nervioso simpático, por fuertes sentimientos de desagrado, agravios reales o imaginarios. “La ira suele ir acompañada de un impulso de venganza, que se expresa en agresión, pero no siempre van unidas. La ira puede desencadenar una conducta irritable, retraída, deprimida o constructiva; mientras que la conducta agresiva puede ser desencadenada por estados diferentes de la ira”. (8) 367

Trastorno obsesivo-compulsivo: Es un estado de ansiedad crónico y potencialmente incapacitante. Se caracteriza por la inserción de imágenes o pensamientos históricos recurrentes (compulsiones) con inicio en la adolescencia y curso fluctuante en la edad adulta. La capacidad de resistir las obsesiones o compulsiones varía y puede acompañarse de un trastorno depresivo y estados de ansiedad.

- a. **Tipos de presentación:** Depresivo, maníaco o mixto.
- b. **Características especiales:** Agitación, retardo y psicosis.
- c. **Curso:** Unipolar o bipolar.
- d. **Causa:** Presencia o ausencia de disparadores ambientales, enfermedades físicas o psicológicas concomitantes, o cualquier factor ambiental que sea un elemento importante de mantenimiento (8).

(8) Linda Davidoff. INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA. Edit. MacGRAW-HILL..

México. (1982). Pág. 367

“Nos interesa de la psicopatología de la depresión, la involución. El comienzo parece ser la forma de reaccionar ante lo negativo y su psicogénesis es más clara que la depresión en otro momento de su vida”. (9) pág 169

Llama la atención de esta depresión la angustia y la ausencia de inhibición, más que tristes, parecen angustiados, inquietos, los sentimientos que están presentes en otras depresiones no se dan; alucinaciones y alteraciones de la percepción son bastante frecuentes en la depresión involutiva.

Estas involucionan hacia la curación, si bien son rebeldes, terminan en un delirio crónico de negación o en un estado hipocondríaco. El suicidio aumenta mucho en la involución.

“El problema del suicidio y los intentos suicidas varían en su gravedad desde la amenaza de matarse para atraer la atención, hasta el intento suicida casi consumado. Lo cual es indicio de trastornos emocionales. (9) pág 200

Se ha observado que el 75 % de los que se suicidan dan advertencia definida de lo que se proponen. Sin embargo, algunos de ellos no desean acabar con su vida, pero hay que atender sus amenazas por lo que la persona necesita ayuda. Amenazan con matarse para atraer simpatía y atención, por estar descontenta/o con su vida. La posibilidad de un intento suicida es más real, el individuo padece un grave trastorno emocional y necesita psicoterapia de inmediato”. (9) pág 200-201.

(9) Clide Narramore. PSICOPATOLOGIA GENERAL. Edit. Unilit. Miami, Florida.
(1990). Pág. 169-170 y 200-201

Básicamente, “los pensamientos suicidas giran en torno a sentimientos depresivos, descontento con la vida y angustia”.(10)

“Más de 200,000 personas tratan de suicidarse cada año, son más las mujeres que los hombres, pero estos últimos tienen más éxito en sus tentativas, en parte porque escogen medidas más letales como: pistolas, granadas, y medicamentos de alta toxicidad. (10) Pág 573

El inquietante aumento en relación a adolescentes es un motivo de preocupación social. Ellos aportan un 15 % del total de intentos suicidas.

“El suicidio indica la importancia del problema y la necesidad de un enfoque psicológico y social a la vez, ya que se han observado intentos en niños de 6 a 12 años. (Coleman, 1990); de 13 a 18 años, la frecuencia aumenta. Pero de 20 a 24 años la tasa de mortalidad es más alta, a partir de esta edad se exagera la presencia del síndrome en el sexo masculino”. (10) Pág 574

“Es necesario que los familiares, maestros, amigos y compañeros tomen en serio tales alusiones, ya que los suicidas mencionan su propósito con anterioridad. A menudo los suicidas fallidos volverán a intentarlo escogiendo métodos más seguros hasta lograrlo”. (11) Pág 575

(10) Morris, Charles. PSICOLOGIA UN NUEVO ENFOQUE. Edit. Hispanoamericana, México, (1992) Pág. 573-574

(11) Ibidem. Morris Charles. Pág. 575

OBJETIVOS

Contribuir a la detección del Síndrome Pre-suicida en adolescentes del Colegio "Extasis" durante el período de 1,996.

ESPECIFICOS:

1. Establecer la incidencia del **Síndrome Pre-Suicida** en un grupo de adolescentes del Colegio "Extasis", de 13 a 17 años.
2. Determinar el nivel de **Depresión** en que se presenta el Síndrome.
3. Detectar las variables que influyen en la formación del Síndrome Pre-suicida en los adolescentes.
4. Proponer un **manual** que permita la detección temprana del **Síndrome Pre-suicida**, para ser sometido en posteriores investigaciones al proceso de estandarización .
5. Proponer recomendaciones a las autoridades del Colegio, para brindar ayuda, en caso de que se detecte el Síndrome Pre-suicida en algunos de los adolescentes.

HIPOTESIS

HIPOTESIS DE INVESTIGACION:

El 50 % de los adolescentes del colegio “Extasis” manifiestan signos del Síndrome Pre-suicida en cualesquiera de los cuatro niveles de depresión que se encuentran en jóvenes que presentan algún factor de riesgo del cuadro clínico.

A. VARIABLE DEPENDIENTE:

Conducta Pre-suicida

B. VARIABLE INDEPENDIENTE:

Fenomenología de la vida del individuo
(niveles de depresión)

A. INDICADORES

1. Baja autoestima.
2. Poca tolerancia a la frustración.
3. Desesperanza.
4. Aislamiento.
5. Sentimientos de menosprecio.
6. Desinterés por la vida.
7. Desesperación.
8. Sentimientos de culpa.
9. Angustia.
10. Ideas de suicidio.
11. Intentos suicidas.

B. INDICADORES

1. Depresión leve.
2. Depresión leve-moderada.
3. Depresión moderada-severa.
4. Depresión severa.

CAPITULO II

METODOLOGIA DESCRIPCION DE LA POBLACION

POBLACION: No aleatoria de estudiantes del Colegio "Extasis".

- Tamaño de la muestra: 60 estudiantes.
- Sexos: Masculino y Femenino.
- Edades: 13 a 17 años.
- Nivel educativo de 1 ero. a 3 ero. básico.
- Diferentes creencias religiosas.

MUESTRA: Para la aplicación de las pruebas se trabajó con 60 estudiantes, el total de la población de los tres grados básicos. De los cuales 26 eran de sexo masculino y 34 de sexo femenino.

TECNICAS DE MUESTREO: Se aplicó el cuestionario de depresión de Beck a todos los estudiantes del Colegio, seleccionando a los que se encontraron en cualesquiera de los cuatro niveles de depresión que reúnan las siguientes características:

- Edad de 13 a 17 años.
- Sexo femenino y/o masculino.
- Que se encontrara cursando 1ero. 2do. o 3ero. básico.
- Que pertenezca a una mara.

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:

Se aplicaron dos pruebas:

A: Cuestionario de Depresión de Beck:

Diseñado por el Doctor. Aaron Beck. En la década de los 50', para su empleo en investigación en la práctica médica. Exhaustivamente validado y con aceptación internacional, para evaluar la presencia y gravedad de una depresión. Consta de 21 ítems, de 4 afirmaciones cada una; permitiendo según el punteo total, ubicarlo en una de sus cuatro categorías:

0 - 9	Rango normal.
10 -15	Depresión leve.
16 -19	Depresión leve-moderada.
20 -29	Depresión moderada-severa.
30 -63	Depresión severa.

B: MMPI. Inventario Multifásico de la personalidad de Minnessota:

Los doctores Hathaway y Mackinley, reunieron frases para poder obtener una técnica objetiva que evaluara la personalidad desde diferentes ángulos, multifásicamente por medio de escalas o perfiles tanto para la investigación como para la práctica clínica.

Nació de la idea de escribir mucho sobre los neuróticos y sus malestares, pero no sobre los que no lo eran en sí, ya que muchas personas pueden presentar rasgos patológicos sin llegar a poseer en sí el desarrollo de la anormalidad por el influjo de una o varias emociones. Se tuvo en cuenta la cultura para que las frases fueran comprendidas aún por personas sin alto nivel intelectual o educacional.

Las bases fundamentales que delinear el uso de la prueba, sigue el criterio que señala, que cuando un grupo de personas son similares en ciertos aspectos de conducta, es decir, en la forma de contestar a una serie de aseveraciones acerca de ellos mismos, son similares en otras formas y por lo tanto ciertas características de la personalidad individual. Son sugeridas por la forma en que responden cuando estas aseveraciones son comparadas con un grupo identificado.

LACHAR (1974) encontró que la escala 2(D) DEPRESION: Se caracteriza a menudo como la escala del “ estado de ánimo” ya que es posible por medio de ella encontrar estados emocionales momentáneos y transitorios. La puntuación natural en esta escala encontrada por Swenson (1958) se distribuye en la siguiente forma:

Puntuación 15 o menos: persona cuidadosa y optimista.

Puntuación 16-20 hombres, 18-23 mujeres: ven la vida con una mezcla de optimismo y pesimismo.

Puntuación 21-29 hombres, 24-29 mujeres: medianamente pesimistas y levemente depresivas.

Puntuación 25-29 hombres, 30-35 mujeres: depresión clínicamente significativa.

Puntuación 30 o más entre los hombres, 36 o más entre mujeres: depresión severa, preocupación extrema y pesimismo. Conducta indecisa y aislamiento, anorexia e insomnio.

ESCALA O (SI) INTROVERSION=EXTROVERSION SOCIAL:

Las puntuaciones elevadas apuntan a conducta o tendencia a la introversión, puntuaciones bajas señalan tendencia a la extroversión. No hay diferenciación de sexo en los punteos.

Puntuación 25-44: persona afectuosas y amistosas. Abajo de este nivel significa tendencia a relacionarse superficialmente con los demás, carencia de sinceridad y dependencia de la aceptación del grupo a que pertenecen.

Puntuación 45-59: capacidad para establecer relaciones sociales de naturaleza satisfactoria.

Puntuación 60-69: reservados reservados, difíciles de conocer, aparentemente tímidas en situaciones sociales que le son extrañas.

Arriba de T 64: son personas realmente tímidas, aisladas y cohibidas.

Puntuación T 70 o más: inadaptados, introvertidos, solos, ansiosos de sus relaciones sociales, carencia de confianza en sí mismos.

PROCEDIMIENTO ESTADISTICO:

Se dividió al total de encuestados por sexo y grado para determinar el porcentaje de cada uno de ellos.

Se aplicó el cuestionario de Beck. al total de la muestra para detectar los casos que presenten signos y síntomas de depresión en cualesquiera de sus cuatro niveles; Se tabuló la información recolectada para ubicar a los encuestados según el rango obtenido y su porcentaje.

Clasificándolos por sección para compararlos con los otros grados básicos.

A raíz de los resultados obtenidos se decidió aplicar la segunda prueba al total de encuestados para darle mayor confiabilidad a la investigación según los datos obtenidos y no crear divisionismos entre los alumnos, ya que el separarlos crearía más divergencias entre ellos. Se incluyó a hombres y mujeres que presentaron signos y síntomas de depresión como los que habían sido detectados.

La segunda prueba se aplicó bajo las mismas condiciones. Los resultados se obtuvieron luego de calificar por separado ambas escalas. Se realizaron dos distribuciones por escala de la misma población las cuales junto a los resultados de la primera prueba, forman parte de los cuadros y gráficas presentados.

Para facilitar la interpretación en el análisis, los resultados se han dado en forma porcentual. Las conclusiones fueron planteadas comparando la teoría revisada para constatar el cumplimiento o no de los objetivos. Se trató de darle objetividad a las recomendaciones personales e institucionales para hacerlas factibles.

CAPITULO III

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

En el período de 1,996 se evaluarón un total de 60 adolescentes del Colegio "EXTASIS", los que presentamos de la siguiente manera: en el Cuadro #1 por grado y sexo; Cuadro #2 distribución por rangos según el cuestionario de Beck; Cuadro #3 resultados obtenidos en en la escala 2 (D) del MMPI; Cuadro #4 resultados en la aplicación de escala 0 (SI) del MMPI; Cuadro #5 distribución según sexo, rango y edad promedio.

CUADRO # 1

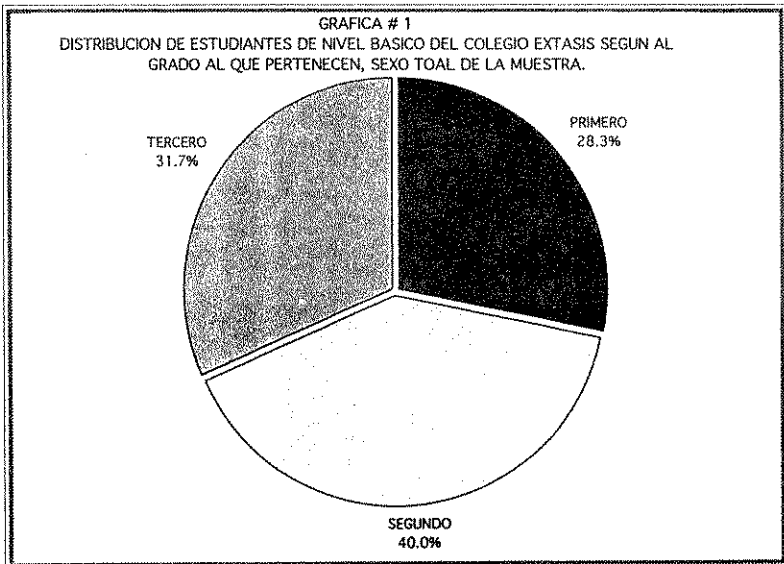
DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES DE NIVEL BASICO DEL COLEGIO EI " EXTASIS"
SEGUN EL GRADO AL QUE PERTENECEN, SEXO Y TOTAL DE LA MUESTRA

GRADOS BASICOS	SEXO				TOTALES	
	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
PRIMERO	8	13.3	9	15	17	28.3
SEGUNDO	10	16.6	14	23.3	24	40
TERCERO	8	13.3	11	18.3	19	31.6
TOTAL ENCUESTADOS	26	43.2	34	56.6	60	100 %

FUENTE: Datos obtenidos en la aplicación del cuestionario de Beck y MMPI en estudiantes del Colegio "Extasis" durante 1,996.

GRAFICA #1

GRADOS BASICOS	MASCULINO	FEMENINO	Totales
PRIMERO	8	9	17
SEGUNDO	10	14	24
TERCERO	8	11	19



FUENTE:

Datos obtenidos en la aplicación del cuestionario de Beck y MMPI, durante 1996.

CUADRO # 2

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES SEGUN LOS RANGOS OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO DE BECK, PARA EVALUAR PRESENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES DEL NIVEL BASICO DE 13 A 17 AÑOS DEL COLEGIO " EXTASIS"

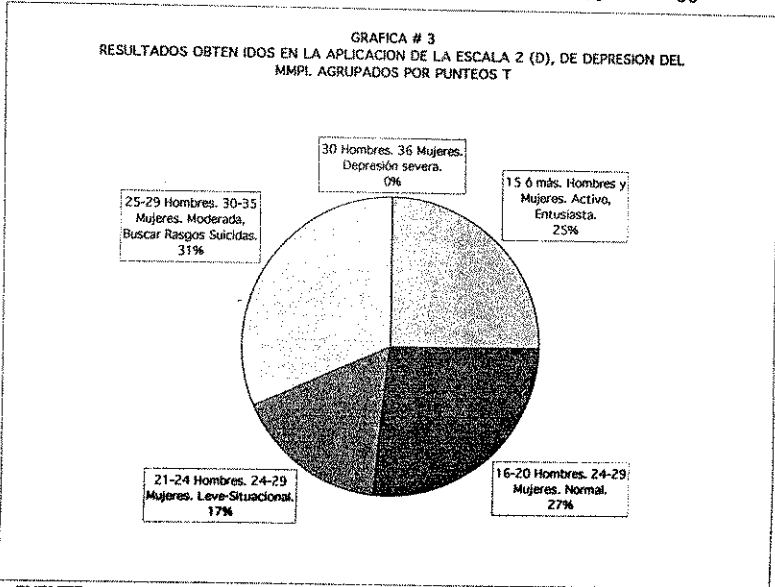
PUNTEO TOTAL RANGOS	NIVEL BASICO			TOTAL	PORCENTAJES %
	1ERO	2DO	3ERO		
0-9 RANGO NORMAL	8	16	9	33	55 %
10-15 DEPRESION LEVE	6	5	6	17	28.33 %
16-19 DEPRESION LEVE-MODERADA	0	2	2	4	6.66 %
20-29 DEPRESION MODERADA-SEVERA	3	1	2	6	10 %
30-63 DEPRESION SEVERA	0	0	0	0	0 %
TOTAL DE ENTREVISTADOS	17	24	19	60	100 %

FUENTE: Datos obtenidos en la aplicación del cuestionario de Beck.

A estudiantes del Co legio " Extasis", 1996.

GRAFICA #3

PUNTEOS T	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	Totales
15 ó más. Hombres y Mujeres. Activo, Entusiasta.	3	10	2	15
16-20 Hombres. 24-29 Mujeres. Normal.	5	9	2	16
21-24 Hombres. 24-29 Mujeres. Leve-Situacional.	0	3	7	10
25-29 Hombres. 30-35 Mujeres. Moderada, Buscar Rasgos Suicidas.	9	2	8	19
30 Hombres. 36 Mujeres. Depresión severa.	0	0	0	0
Sub-Totales	17	24	19	60



FUENTE:

Datos obtenidos en la aplicación del cuestionario de Beck y MMPI, durante 1996.

CUADRO # 4

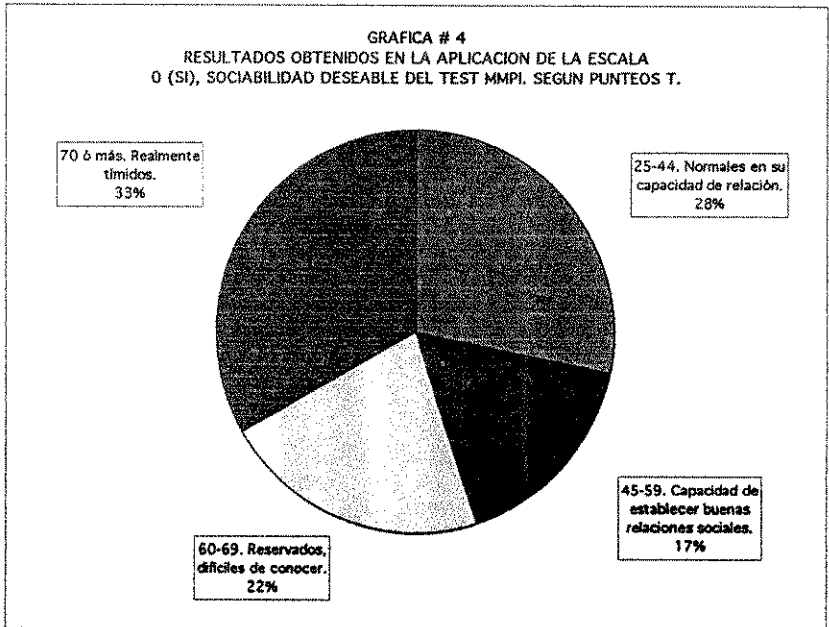
RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACION DE LA ESCALA 0 (SI), SOCIABILIDAD
DESEABLE, DEL TEST MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINESSOTA. SEGUN
PUNTEOS T, Y GRADO BASICO.

PUNTAJES T. HOMBRES Y MUJERES	1 ero.	2do.	3 ero.	TOTAL	%
25-44 NORMALES EN SU CAPACIDAD DE RELACION.	5	9	3	17	28.3 %
45-59 CAPACIDAD DE ESTABLECER BUENAS RELACIONES SOCIALES.	2	4	4	10	16.7 %
60-69 RESERVADOS. DIFICILES DE CONOCER.	2	8	3	13	21.7 %
70- 0 MAS. REALMENTE TIMIDOS.	8	3	9	20	33.3 %
TOTALES	17	24	19	60	100 %

FUENTE: Datos obtenidos en la aplicación del MMPI, escala O (SI), Sociabilidad deseable, en alumnos del Colegio "Extasis" en el año de 1,996.

GRAFICA #4

Puntajes T. Hombres y Mujeres	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	Totales
25-44. Normales en su capacidad de relación.	5	9	3	17
45-59. Capacidad de establecer buenas relaciones sociales.	2	4	4	10
60-69. Reservados, difíciles de conocer.	2	8	3	13
70 ó más. Realmente tímidos.	8	3	9	20
Sub-Totales	17	24	19	60



FUENTE:

Datos obtenidos en la aplicación del cuestionario de Beck y MMPI, durante 1996.

CUADRO # 5

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES EN PORCENTAJE SEGUN SEXO, RANGO Y EDAD
PROMEDIO, DATOS OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO DE BEKC.

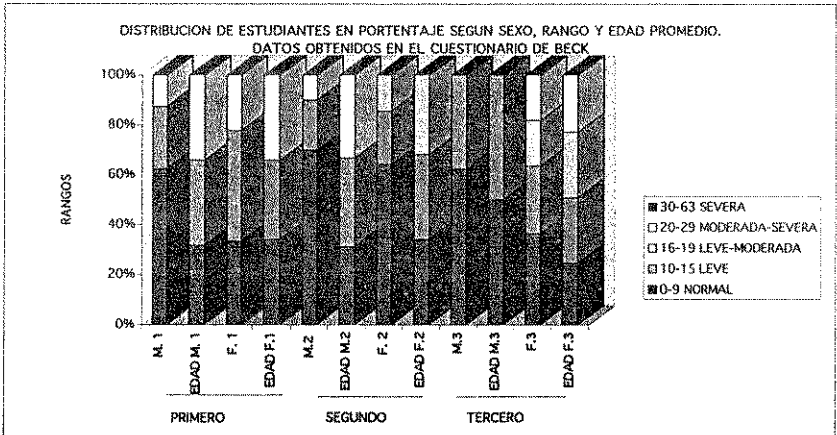
RANGO	PRIMERO				SEGUNDO				TER CERO			
	M	EDAD	F	EDAD	M	EDAD	F	EDAD	M	EDAD	F	EDAD
0-9 NORMAL	5	13	3	14	7	14	9	15	5	15	4	15
10-15 LEVE	2	14	4	13	2	16	3	15	3	15	3	16
16-19 LEVE - MODERADA	-	--	-	--	-	--	2	14	-	--	2	16
20-29 MODERADA-SEVERA	1	14	2	14	1	15	-	--	-	--	2	14
30-63 SEVERA	-	--	-	--	-	--	-	--	-	--	-	--

FUENTE: Datos obtenidos en la aplicación del cuestionario de BECK.

En alumnos del Colegio "Extasis" en el año de 1,996.

GRAFICA # 5

RANGO	PRIMERO				SEGUNDO				TERCERO			
	M. 1	EDAD M. 1	F. 1	EDAD F. 1	M. 2	EDAD M. 2	F. 2	EDAD F. 2	M. 3	EDAD M. 3	F. 3	EDAD F. 3
0-9 NORMAL	5	13	3	14	7	14	9	15	5	15	4	15
10-15 LEVE	2	14	4	13	2	16	3	15	3	15	3	16
16-19 LEVE- MODERADA	0	0	0	0	0	0	2	14	0	0	2	16
20-29 MODERADA-SEVERA	1	14	2	14	1	15	0	0	0	0	2	14
30-63 SEVERA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



FUENTE:
DATOS OBTENIDOS EN LA APLICACION DEL CUESTIONARIO DE BECK.
A ESTUDIANTES DEL COLEGIO "EXTASIS" 1,996

ANALISIS DE RESULTADOS

El Cuestionario de Beck evaluó relaciones interpersonales y sociales, autoestima, trastornos del sueño, alimentación y niveles de líbido.

a. Con base al cuadro # 1, se encontró que el 56.6 % de los alumnos/as son de sexo femenino, y el 43.2 % de sexo masculino. El cuadro # 2 muestra que el 55 % de los adolescentes del nivel básico evaluados con el cuestionario de depresión de Beck, presentan un rango normal de conducta, con un desarrollo biológico y emocional en los límites. En el cuadro #3 esta misma población, presenta un porcentaje más bajo, 51.6 %, en los rangos de normalidad como resultado de la aplicación del MMPI.

Para comprobar la hipótesis “El 50 % de los adolescentes del Colegio “Extasis” manifiestan signos del Síndrome Pre-suicida en cualesquiera de los cuatro niveles de depresión que se encuentren en jóvenes que presentan algún factor de riesgo del cuadro clínico”. Se aplicaron dos pruebas: el cuestionario de depresión de Beck y las escalas de depresión y de sociabilidad deseable del MMPI. A los resultados obtenidos se les dio un análisis porcentual.

El análisis porcentual se efectuó con base a los resultados obtenidos en la calificación de las pruebas aplicadas, los cuales se agruparon en la primera prueba según el rango de depresión en el que se ubicara el punteo. De igual forma, se procedió con la segunda aplicación ubicando los resultados según el rango y el grado al que pertenecían.

En el cuadro # 4, del 100 % de la muestra el 45 % mantienen capacidad de establecer buenas relaciones sociales.

Se ha considerado que el porcentaje ha variado por circunstancias como: la integración de otros estudiantes más estables al grupo y al retiro de algunos estudiantes conflictivos que se habían detectado en la investigación preliminar del año de 1,995. (2) Henri Lehalle.

b. El 45% de estudiantes presentaron algún signo de depresión, según el Cuestionario de Beck, mientras que en la escala 2(D), del MMPI, (3) Jonh Brand. En algunos de ellos se detectaron respuestas inadecuadas a cambios externos e internos, afectando el pensamiento y la conducta. Cuadro # 3, sólo el 16.7 % presentó signos de depresión leve; pudiese ser situacional, ante la falta de signos que indiquen necesidad de tratamiento, ya que ésta puede desaparecer sin intervención al desaparecer el agente causal. En el cuadro # 4, escala O (SI), el 16.7 % logra establecer buenas relaciones sociales. (7) Daco Pierre.

c. Según el cuestionario de Beck, cuadro # 2, el 10 % se encuentra con rango moderado-severo; en el cuadro # 3, esta población alcanza un 31.7 % y un 21.7 %; en el cuadro # 4, son las personas reservadas, difíciles de conocer; se estima el porcentaje ya que presentan signos y síntomas más evidentes de depresión y otros factores sociales, familiares, personales negativos, y otros inherentes a su adolescencia. Deberá brindárseles psicoterapia de inmediato, después de una evaluación se debe intervenir su ambiente para evitar un intento suicida y mejorar el pronóstico. (9) Narramore Clide.

d. Según el cuadro # 2, el 6.66% se encuentra en un rango leve-moderado y el 10 % con depresión moderada-severa . Con riesgo de presentar el Síndrome Pre- suicida con mayor frecuencia que los otros grupos lo que hace un total del 16.6 %; en el cuadro #3, se puede observar a la misma población con un 31.7 % depresión moderada; lo cual según el cuadro # 4, tienen un 21.7 %, son personas reservadas y difíciles de conocer, muestran tendencia al aislamiento, y carecen de contacto social.

Por lo que se hace necesario orientar sobre el manejo de la depresión y darle seguimiento a través de una psicoterapia individual y/o familiar para evitar el parasuicidio o intentos suicidas en un corto período de tiempo. (8) Davidof Linda..

Ya que la ira puede ir acompañada de un impulso de venganza y tornarse en conductas agresivas que se desencadenan por los diferentes estados de la ira, los estados de ansiedad crónicos acompañados de trastornos depresivos y estados de ansiedad pueden desencadenar el Síndrome pre-suicida. (10) Charles Morris.

e. El porcentaje de mujeres que tienen depresión en el cuadro # 5, es el 33.33 %. Distribuidas por rangos de la forma siguiente: el 16.6% presenta depresión leve, el 10% presenta leve-moderada y el 6.6% moderada-severa.

El porcentaje de hombres es de 16.6 %. Distribuidos en 11.6 % leve, 1.6 % leve-moderada, 3.33 % moderada-severa.

En la actualidad es alarmante el número de mujeres que presentan depresión e intentan suicidarse, sin embargo, los que tienen más éxito en sus tentativas son los hombres. Por lo que se hace indispensable que la familia, amigos y maestros tomen en serio sus alusiones. (11) Charles Morris.

f. En el cuadro #2 la depresión severa se presenta en un 0%, y en el cuadro #3 escala 2 (Depresión), mantiene el 0%, mientras que en el cuadro #4 escala 0 (Sociabilidad deseable), tiene un 33.3% lo que los ubica dentro de las conductas inadaptadas, introvertidas, ansiosas en sus relaciones sociales y carentes de confianza en sí mismos. Se considera que este resultado es nulo por que el adolescente tiende a canalizar esta conducta en otras formas: maras, drogadicción y alcoholismo, que permiten el desahogo de la depresión.

La duda, la indiferencia, o la apatía crónica son lo suficientemente graves como para llamar la atención sobre la persona que la padece por lo que se debe tratar de minimizar los síntomas de minusvalía. Estos adolescentes podrán recibir talleres para aumentar su autoestima y los porcentajes de normalidad. (5) Arnold Buss.

SE RECHAZA LA HIPOTESIS DE INVESTIGACION :

Sólo el 45% de los adolescentes del Colegio "Extasis" ubicado en la 4 ta. avenida y 20 calle de la zona 12, ciudad, manifiestan signos del Síndrome Pre-Suicida en cualesquiera de los cuatro niveles de depresión en que se encuentren.

ANALISIS CUALITATIVO

La investigación de 1,995 “DESORDENES DEL ADOLESCENTE” de la cual surgió la necesidad de plantear el estudio que nos ha ocupado, con la finalidad de dar a conocer la problemática existente en adolescentes del Colegio “Extasis” comprendidos entre los 13 y 17 años.

A este grupo del primer estudio se le realizó una serie de observaciones, rapport, entrevistas y la aplicación de la escala (4) Desviación Psicopática del MMPI.

En esta 1era. investigación la hipótesis inicial fue: “El medio social delincuencial influye en las alteraciones sociopáticas y la formación de maras”. Tomando como variables: a) Influencia social delincuencial, b) -Medios Alteración Sociopática del carácter. Con los indicadores siguientes: Medios de comunicación, -Situación socioeconómica y situación familiar; — Anormalidad del desarrollo de la personalidad, -Manejo inadecuado de agresividad y necesidad de aceptación dentro de un grupo.

Comprobándose que de 60 alumnos encuestados el 85% presentaban mayor incidencia en alteraciones sociopáticas del carácter y poca aceptación a los normas sociales en relación al 15.% que sólo demostraron conformismo ante las normas sociales, pasividad, pocos intereses e introversión.

Según Clarizzio, la incidencia de la delincuencia se da en jóvenes de 11 a 17 años y en mujeres a los 15 años, ya que el individuo llega a su equilibrio a los 18 años, tendiendo a la aceptación de normas sociales; la conducta social delincuencial se acrecenta y presenta rasgos de personalidad premórbida sociopática originando la formación de maras.

Durante el año de 1,996, en el mismo Centro Educativo se indagó la presencia del Síndrome Pre-suicida aplicando el cuestionario de Beck. Y dos escalas del MMPI (2,0). El cuestionario de Beck.. Para evaluar relaciones interpersonales y sociales, autoestima, trastornos del sueño, alimentación y niveles de libido. La escala 2 (D) Depresión, (0) Sociabilidad deseable.

Encontrándose que la mayoría presenta un rango normal de conducta con un desarrollo biológico y emocional en los límites. no así en la aplicación del las esclias del MMPI donde la normalidad se presenta más baja, en la misma población. Debido a la similitud en las preguntas en la escala 2(D), del MMPI. Se consideró que los resultados fueron verificados en su totalidad.

Más de la mitad de la población presentó capacidad de establecer buenas relaciones sociales, lo que fue originado por el retiro de algunos estudiantes conflictivos y el ingreso al Colegio de nuevos alumnos.

En menos de la mitad de los adolescentes se presentó algún signo de depresión, presentando respuestas inadecuadas a los cambios externos e internos, afectando el pensamiento y la conducta. Lo que se consideró normal por el proceso de transición físico y psicológico por el que se atravieza en el período de la adolescencia, pudiendo establecer buenas relaciones sociales posteriormente.

Se encontró un grupo minoritario de adolescentes reservados, difíciles de conocer y con presencia de signos y síntomas de depresión causados por problemas de orden familiar, social, personales inherentes a la adolescencia, los que consideró deben tener a corto plazo atención psicológica para evitar un intento suicida.

El grupo que presenta depresión leve-moderada en el cuestionario de Beck, en el MMPI. Muestra depresión moderada con riesgo de presentar el Síndrome Pre-suicida, cuyas características personales son el ser reservadas y difíciles de conocer, con tendencia al aislamiento y poco tacto social, que les ubica dentro del grupo de mayor riesgo de intento suicida, siendo este un indicador de necesidad de psicoterapia individual urgente.

Paralelamente el brindarle la orientación a la familia sobre el manejo de la depresión puede disminuir el riesgo de intentos suicidas o parasuicidios, este último con mayor frecuencia en el sexo femenino, mientras que en los varones llega a consumarse, desencadenados por estados de ansiedad crónicos acompañados de estados depresivos. Por lo que deben considerarse las alusiones de los adolescentes al respecto.

CONCLUSIONES

1. Según la hipótesis planteada el 50 % de los adolescentes del colegio “Extasis” manifiestan signos del Síndrome Pre-suicida en cualesquiera de los cuatro niveles de depresión que se encuentran en jóvenes que presentan algún factor de riesgo del cuadro clínico.

Del 100 % solo el 45 % de los estudiantes del Colegio “Extasis” presentan algún rasgo del Síndrome Pre-suicida en cualesquiera de los cuatro niveles de depresión, según el cuestionario de Beck; y el 31.7% manifiesta rasgos suicidas en el MMPI. Por lo que se rechazó la hipótesis de investigación.

2. EL 33.3 % se presenta según la escala 0(SI) como personas inadaptadas, introvertidas y carentes de confianza.

3. El grupo que requiere de un manejo más específico con psicoterapia individual y familiar para evitar el suicidio es en promedio un 31.7 % según la escala 2(D).

4. Se considera que un grupo representativo está entre el rango normal con capacidad para establecer relaciones sociales y personales adecuadas, siendo mayor el porcentaje del que se esperaba según las expectativas del estudio.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario identificar en la población adolescente, a los grupos de riesgo que presentan algún síntoma de depresión y que en alguna medida pueden tener intentos suicidas.
2. Al identificar los grupos de riesgo, es necesario desarrollar mecanismos para evitar que los adolescentes tiendan a la depresión y con ello al suicidio, por muchas causas que pueden ser prevenibles si se les detecta a tiempo.
3. Es imprescindible que al identificar a estos grupos, las personas que están involucradas, estén capacitadas para manejar adecuadamente a los adolescentes, ya que ellos viven un proceso de adaptación que puede ser crítico y si no se detecta o maneja según la necesidad de cada uno, podría ser fatal.
4. Uno de los mecanismos que se sugieren es la aplicación de un manual para identificar de forma simple y efectiva estos grupos de riesgo para desarrollar actividades de prevención individual e involucrar a la familia para lograr una mejor cobertura.

BIBLIOGRAFIA

1. Buss, Arnold H. **PSICOPATOLOGIA GENERAL**. Editorial Limusa. México, 1981. (787 pg.)
2. Daco, Pierre. **TU PERSONALIDAD**. Editorial Daimon. Madrid-Barcelona. España. 1990. (445 pg.)
3. Davidof L., Linda. **INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA**. Edit. Mac-Graw Hill. México. 1982. (635 pg.)
4. Greist, John H.MD. **TRATADO DE LA DEPRESION**. Edit. Rucy S.A. Costa Rica, 1993. (43 pg.)
5. Lehalle, Henri. **PSICOLOGIA DE LOS ADOLESCENTES**. Editorial Grijalbo. Mexico , 1990. (236 pg.)
6. Lukianowicz, N. **SUICIDAL BEHAVIOR**. Britt. J. Psychiatry. 1,972 (390 pg.)
7. M. Narramore, Clyde. **PSICOLOGIA GENERAL**. Editorial. Unilit. Miami Florida, 1990. (247 pg.)
8. M. D., Thomas Ban. **EL DIAGNOSTICO DE LA DEPRESION**. Editorial. Lederle. Estados Unidos, 1989. (87 pg.)
9. Monedero, Carmelo. **PSICOPATOLOGIA GENERAL**. Editorial. Biblioteca Nueva. Almagro Madrid. España, 1978. (895 pg.)
10. Morris G., Charles. **PSICOLOGIA NUEVO ENFOQUE**. Editorial Hispanoamericana, Séptima Edición. México, 1992. (754 pg.)
11. Polaino-Lorente, A. **LA DEPRESION**. Editorial. Martínez Roca. España, 1995. (157 pg.)
12. Shertze, Bruce. **MANUAL DE ASESORAMIENTO PSICOLOGICO**. Editorial. Paidos. Argentina, 1972. (691 pg.)
13. Solomón, Phillip. **MANUAL DE PSIQUIATRIA**. Editorial. EL Manual Moderno. México, 1989. (466 pg.)

ANEXOS

ANEXO # 1

DEFINICIONES

CONDUCTA: Proceso dinámico, en el que cada uno de nosotros se comporta ante el entorno y ante los cambios que ocurren en él, de distinta forma.

PRE-SUICIDIO : Antes de la muerte, trastorno, desesperación. Que se acompaña de comportamientos o ideas auto-destructivas previas.

Deberá comprenderse por Pre-suicida, a todo adolescente que presente signos y síntomas, de depresión y necesite ayuda profesional ya que su estado de ánimo, pensamiento, funciones corporales y el comportamiento están alterados.

ADOLESCENCIA: El desenvolvimiento unitario de la personalidad como un curso biológico normal. Está incluido dentro de la adolescencia todo aquello que se pueda comprender en el conjunto de categorías histórico vitales. Lo que el individuo haya llegado a ser bajo la presuposición de un carácter biológico normal.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CUESTIONARIOS DE INVESTIGACION DE CAMPO
(Cuestionario de depresión de Beck, y dos escalas extractadas del MMPI).

No.

NOMBRE: _____ EDAD: _____

DIRECCION: _____ SEXO: _____ GRADO: _____

FECHA DE APLICACION: _____ HORA DE INICIO: _____ FINALIZO: _____

INSTRUCCIONES:

Lea cada una de las afirmaciones. Luego elija una de cada grupo que describa mejor cómo se ha sentido en la "ULTIMA SEMANA INCLUYENDO HOY...!" haga un círculo alrededor del número que eligió. **ASEGURESE DE LEER TODAS LAS AFIRMACIONES DE CADA GRUPO ANTES DE ELEGIR.**

1. 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
3 Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2. 0 No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
1 Me siento desanimado con respecto al futuro.
2 Siento que no puedo esperar nada del futuro.
3 Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3. 0 No me siento un fracasado.
1 Siento que he fracasado más que la persona normal.
2 Cuando miro hacia el pasado, lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
3 Siento que como persona soy un fracaso completo.

4. 0 Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
1 No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
2 Ya nada me satisface realmente.
3 Todo me aburre o me desagrada.

5. 0 No siento ninguna culpa en particular.
1 Me siento culpable buena parte del tiempo.
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. 0 No siento que esté siendo castigado.
1 Siento que puedo estar siendo castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.

7. 0 No me siento decepcionado de mí mismo.
 1 Estoy decepcionado conmigo.
 2 Estoy harto de mí mismo.
 3 Me odio a mí mismo.
8. 0 No me siento peor que otros.
 1 Me critico por mis debilidades o errores.
 2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
 3 Me culpo por todas las cosas malas que suceden.
9. 0 No tengo ninguna idea de matarme.
 1 Tengo ideas de matarme, pero no las llevaría a cabo.
 2 Me gustaría matarme.
 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. 0 No lloro más de lo habitual.
 1 Lloro más que antes.
 2 Ahora lloro todo el tiempo.
 3 Antes era capaz de llorar
11. 0 No me irrito más ahora que antes.
 1 Me enojo o irrito más fácilmente ahora que a
 2 Me siento irritado todo el tiempo.
 3 No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.
12. 0 No he perdido interés en otras personas.
 1 Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
 2 He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
 3 He perdido todo mi interés en los demás.
13. 0 Tomo decisiones como siempre.
 1 Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
 2 Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
 3 Ya no puedo tomar ninguna decisión.
14. 0 No creo que me vea peor que antes.
 1 Me preocupa que esté pareciendo avejentado/a o inactivo/a.
 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inactivo/a.
 3 Creo que me veo horrible.
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
 1 Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
 2 Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
 3 No puedo hacer ningún tipo de trabajo.
16. 0 Puedo dormir tan bien como antes.
 1 No duermo tan bien como antes.
 2 Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
 3 Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver

7. 0 No me siento decepcionado de mí mismo.
1 Estoy decepcionado conmigo.
2 Estoy harto de mí mismo.
3 Me odio a mí mismo.
8. 0 No me siento peor que otros.
1 Me critico por mis debilidades o errores.
2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
3 Me culpo por todas las cosas malas que suceden.
9. 0 No tengo ninguna idea de matarme.
1 Tengo ideas de matarme, pero no las llevaría a cabo.
2 Me gustaría matarme.
3 Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. 0 No lloro más de lo habitual.
1 Lloro más que antes.
2 Ahora lloro todo el tiempo.
3 Antes era capaz de llorar
11. 0 No me irrito más ahora que antes.
1 Me enoja o irrito más fácilmente ahora que a
2 Me siento irritado todo el tiempo.
3 No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.
12. 0 No he perdido interés en otras personas.
1 Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
2 He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
3 He perdido todo mi interés en los demás.
13. 0 Tomo decisiones como siempre.
1 Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
2 Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
3 Ya no puedo tomar ninguna decisión.
14. 0 No creo que me vea peor que antes.
1 Me preocupa que esté pareciendo avejentado/a o inactivo/a.
2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inactivo/a.
3 Creo que me veo horrible.
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
1 Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
2 Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
3 No puedo hacer ningún tipo de trabajo.
16. 0 Puedo dormir tan bien como antes.
1 No duermo tan bien como antes.
2 Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
3 Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver

17. 0 No me canso más de lo habitual.
 1 Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
 2 Me canso al hacer casi cualquier cosa.
 3 Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.
18. 0 Mi apetito no ha variado.
 1 Mi apetito no es tan bueno como antes.
 2 Mi apetito es mucho peor que antes.
 3 Ya no tengo nada de apetito.
19. 0 Ultimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
 1 He perdido más de 5 libras.
 2 He perdido más de 10 libras.
 3 He perdido más de 15 libras.

* Estoy expresamente tratando de perder peso comiendo menos?

SI NO

20. 0 No estoy más preocupado por mi salud mas de lo habiatual.
 1 Estoy preocupado por problemas físicos, como malestares y doloresde estómago o constipación.
 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
21. 0 No he notado ningún cambio reciente por mi interés por el sexo.
 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
 3 He perdido por completo mi interés por el sexo.

CUESTIONARIO # 2

INSTRUCCIONES:

A continuación, encontrará una serie de aceveraciones que se refieren asituaciones que pudieran estarle sucediendo, léalas atentamente y marque con una X de acuerdo a si su respuesta es cierta "C" o "F" si su respuesta es falsa.

1. Tengo buen apetito C F
2. El ruido me despierta fácilmente C F
3. Mi vida está llena de cosas que me mantienen interesado..... C F
4. Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado..... C F
5. Trabajo bajo una tensión muy grande..... C F

6. Muy raras veces sufro de estreñimiento..... C F
7. Sufro de ataques de náusea y de vómito..... C F
8. A veces siento deseos de maldecir..... C F
9. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo..... C F
10. Raras veces me preocupo por mi salud..... C F
11. A veces siento deseos de destruir cosas..... C F
12. He tenido períodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada
porque no tenía voluntad para hacerlo..... C F
13. Mi sueño es irregular e intranquilo..... C F
14. Mi habilidad para formar juicios nunca había estado mejor que ahora..... C F
15. Me encuentro tan saludable como la mayor parte de mis amigos..... C F
16. Prefiero hacerme el desentendido con amigos de la escuela, o con personas conocidas
a quienes no he visto hace mucho tiempo, a menos que ellos me hablen primero..... C F
17. Soy una persona sociable..... C F
18. Todo está ocurriendo tal como los profetas de la biblia lo predijeron..... C F
19. Algunas veces persisto en una cosa hasta que los otros pierden la pacienci conmigo..... C F
20. Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo..... C F
21. De vez en cuando mortifico a los animales..... C F
22. Decididamente no tengo confianza en mí mismo..... C F
23. Generalmente siento que la vida vale la pena..... C F
24. Se necesita discutir mucho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad..... C F
25. voy a la iglesia casi todas las semanas..... C F
26. Creo en la segunda venida de cristo..... C F
27. No parece importarme lo que me pase..... C F
28. Casi siempre soy feliz..... C F
29. Parece que soy tan capacitado e inteligente como la mayor parte de los que me rodeanC F
30. Nunca he vomitado o escupido sangre..... C F

31. No me preocupa contraer enfermedades..... C F
32. La crítica o el regaño me hiere profundamente..... C F
33. Decididamente a veces siento que no sirvo para nada..... C F
34. A veces siento el deseo de empezar una pelea a puñetazos con alguien C F
35. Casi todas las noches duermo sin tener pensamientos o ideas que me preocupen.....C F
36. Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo..... C F
37. Nunca he tenido un ataque o convulsiones..... C F
38. No estoy perdiendo ni ganando peso..... C F
39. Lloro con facilidad..... C F
40. No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes..... C F
41. Nunca me he sentido mejor que ahora..... C F
42. Mi memoria parece ser buena..... C F
43. Tengo miedo de perder el juicio..... C F
44. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.....C F
45. Algunas veces, cuando estoy avergonzado, empiezo a sudar, y me molesta muchísimo.... C F
46. No me dan ataques de alergia o asma..... C F
47. Me gustan distintas clases de juegos y diversiones..... C F
48. Me gusta coquetear..... C F
49. Algunas veces he sido un obstáculo a personas que querían hacer algo, no porque eso fuera de mucha importancia, sino por cuestión de principio..... C F
50. Me preocupo mucho..... C F
51. Sueño frecuentemente acerca de cosas que es mejor mantenerlas en secreto C F
52. Creo que no soy más nervioso que la mayoría de las personas..... C F
53. Algunas veces sin razón alguna o aún cuando las cosas no me están saliendo bien me siento muy alegre, “como si viviera en las nubes”..... C F
54. Me resulta difícil el empezar cualquier cosa..... C F
55. Sudó con facilidad aún en los días fríos..... C F

56. Cuando salgo de casa no me preocupo de si las puertas y ventanas están bien cerradas..... C F
57. No culpo a la persona que se aproveche de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa..... C F
58. A veces estoy lleno de energía..... C F
59. A veces me río de chistes sucios..... C F
60. Tengo épocas en las que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.....C F

(D)

61. Por lo general mis manos y mis pies están suficientemente calientes..... C F
62. Muy raras veces sufro de estreñimiento..... C F
63. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo..... C F
64. La mayor parte del tiempo preferiría soñar despierto antes que hacer cualquier otra cosa..... C F
65. A mi familia no le gusta el trabajo que he escogido (o el trabajo que pienso escoger para el resto de mi vida)..... C F
66. Mi sueño es irregular e intranquilo.....C F
67. Le agrada a la mayor parte de la gente que me conoce..... C F
68. Casi siempre soy feliz..... C F
69. La crítica o el regaño me hiere profundamente..... C F
70. Me impacienta que me pidan consejo o que me interrumpen cuando estoy trabajando en algo importante..... C F
71. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho..... C F
72. Lloro con facilidad..... C F
73. No me canso con facilidad..... C F
74. No tengo miedo de manejar dinero..... C F
75. Me siento incómodo cuando tengo que hacer una payasada en una reunión aún cuando otros están haciendo lo mismo..... C F
76. Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.....C F
77. No me molesta mucho el ver sufrir a los animales.....C F
78. Sueño frecuentemente acerca de cosas que es mejor mantener en secreto.....C F
79. Mis padres y familiares me encuentran más defectos de los que debieran..... C F

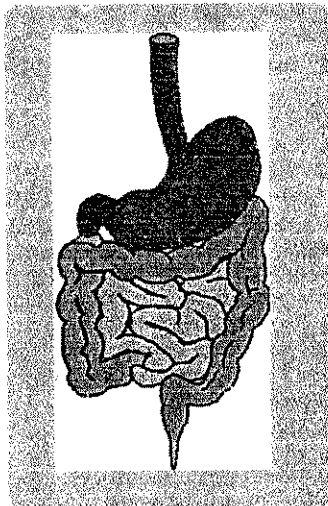
80. Tengo motivos para sentirme celoso de uno o más miembros de mi familia..... C F
81. A nadie le importa mucho lo que le suceda a usted..... C F
82. Por lo general espero tener éxito en las cosas que hago..... C F
83. Sudo con facilidad aún en días fríos..... C F
84. Cuando estoy en un grupo de gente tengo dificultad pensando las cosas apropiadas
de que hablar..... C F
85. Con facilidad puedo infundirle miedo a otros y a veces lo hago por diversión..... C F
86. Nunca estoy tan contento como cuando estoy solo..... C F
87. Vivo la vida en tensión la mayor parte del tiempo..... C F
88. Me ruborizo fácilmente..... C F
89. No me puedo concentrar en una sola cosa..... C F
90. Siento ansiedad por algo o por alguien casi todo el tiempo..... C F
91. He tenido miedo a cosas y a personas que sabía que no me podían hacer daño..... C F
92. Me gusta muchísimo ir a bailes..... C F
93. Gozo con la excitación de una multitud..... C F
94. Siento hambre casi todo el tiempo..... C F
95. Me preocupo mucho por posibles desgracias..... C F
96. Me pone nervioso tener que esperar..... C F
97. No me ruborizo con mayor frecuencia que los demás..... C F
98. Con frecuencia, aún cuando todo va bien, siento que nada me importa..... C F
99. Algunas veces me siento a punto de una crisis nerviosa..... C F

PROPUESTA

Manual de detección del síndrome
PRE-SUICIDA

1. Tiene mal apetito?

SI NO

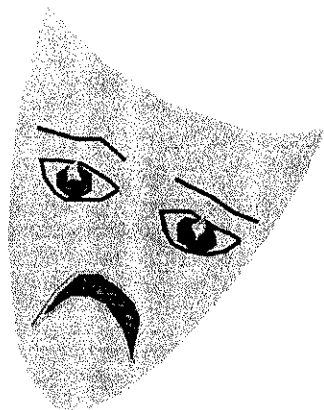


2. Duerme mal ?

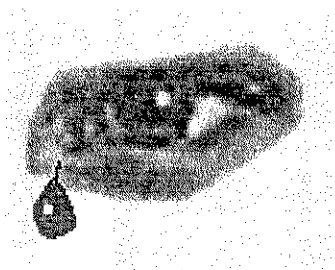
SI NO



3. Se siente triste sin razón? SI NO

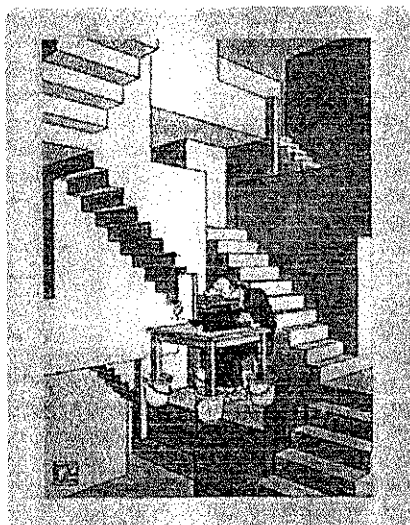


4. Lloro con mucha frecuencia? SI NO



5. Se le dificulta disfrutar de sus actividades diarias?

SI NO



6. Tiene dificultad para tomar decisiones?

SI NO



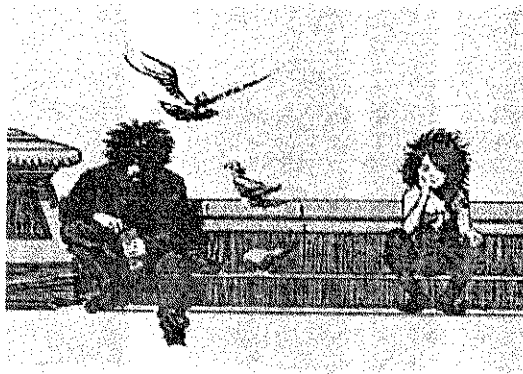
7. Tiene dificultad
para hacer su trabajo,
sufre con él?

SI NO



8. Es incapaz de desempeñar
un papel útil en su vida?

SI NO



9. Ha perdido interés por las cosas que antes le llamaban la atención?

SI NO



10. Se enoja con facilidad?

SI NO



11. Se interesa por temas
espirituales más que antes?

SI NO



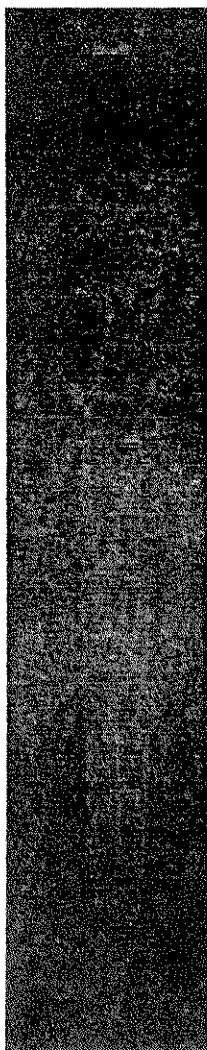
12. Se siente cansado todo el
tiempo?

SI NO



13. Ha tenido ideas de acabar
con su vida?

SI NO



VII

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

14. Tiene frecuentes dolores de cabeza?

SI NO



15. Se asusta con facilidad?

SI NO



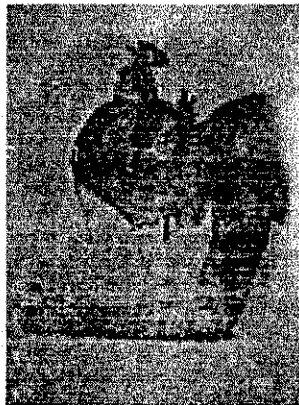
16. Se siente nervioso, tenso o aburrido? SI NO



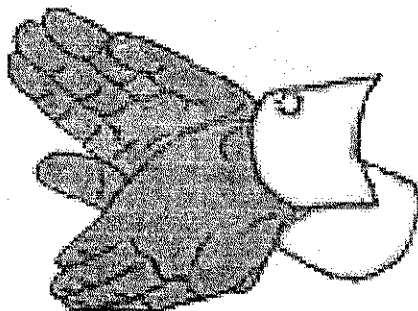
17. No puede pensar con claridad? SI NO



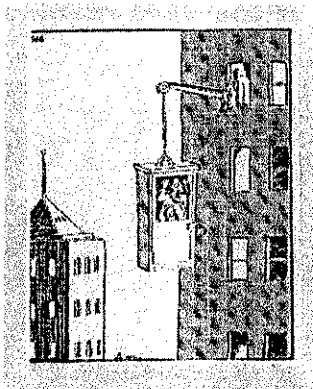
18. Tiene sensaciones desagradables en su estómago? SI NO



19. Suda con facilidad aún en los días fríos? SI NO

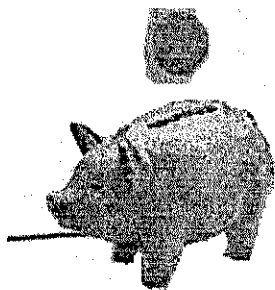


20. Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma ? SI NO

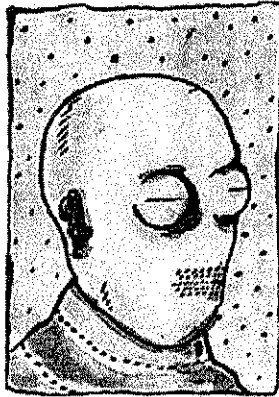


21. Su situación actual es intolerable? SI NO

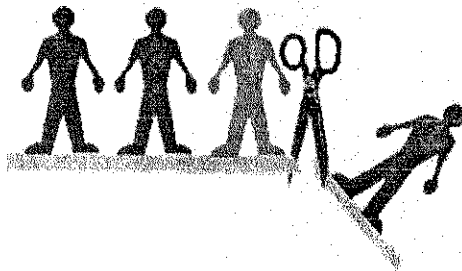
a. Económicamente?



b. Socialmente?



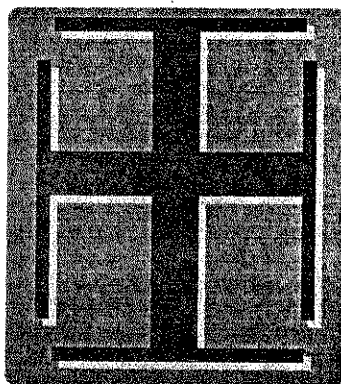
C. Familiar?



d. Salud?



e. Pérdida de un ser querido?



PUNTUACION:

SE SUMAN LAS RESPUESTAS POSITIVAS :

DE LA 1 A LA 13:

PARA DETERMINAR DEPRESION Y DETECTAR LA
PRESENCIA DEL SINDROME PRE- SUICIDA.

DE LA 14 A LA 21:

PARA VER ANGUSTIA.

22 PARA UBICAR EL PROBLEMA.

ANEXOS

COMO MANEJARLO EN CASO DE

SINDROME DEPRESIVO:

- + Descartar evidencia suicida o depresión sin alucinaciones.
- + Revisar si tiene intentos suicidas.
- + SI los tiene referir al médico de inmediato.
- + Si no los tiene darle apoyo.
- + Promover la actividad.
- + Reforzar sus partes positivas.

INVESTIGAR UNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS:

- a.. Entecimiento de la actividad motora o del pensamiento.
- b. Expresión de abatimiento en el rostro o la postura.
- c. Sentimientos de (culpa, autocastigo, o recriminación).
- d. Agitación marcada.
- e. Alucinaciones.

SINDROME PRE-SUICIDA:

- + Diferenciar la presencia de signos y síntomas de depresión.
- + Los interrogatorios se hacen si existen ideas o actos suicidas.
- + Si existe uno solo de los "hechos que agravan el riesgo suicida, intentos suicidas anteriores o parasuicidios.

COMPROBAR:

- + Si el adolescente oye voces.
- + Si vive solo.
- + Si tiene un plan suicida, o escribió despidiendose de alguien.
- + Ha adquirido fármacos, armas, venenos, o drogas.

COMO DOCENTE:

- + **EXPLICAR** a la familia la naturaleza del problema.
- + Motivar a los padres a buscar ayuda profesional.
- + Dar apoyo incondicional moral y espiritual.
- + Tratar de diferenciar un cuadro se angustía de uno de ansiedad.

IDENTIFICACION

IDENTIFICAR SI EXISTE: PRESENCIA DEL SINDROME PRE-SUICIDA O SI SOLO PRESENTA SIGNOS Y SINTOMAS DE DEPRESION O ANGUSTIA.

- EXISTEN IDEAS O ACTOS SUICIDAS
- PRESENCIA DE UNA SITUACION INTOLERABLE

- **RIESGO DE SUICIDIO**
SE REFIERE AL MEDICO

- COMPROBAR SI EL ALUMNO A ADQUIRIDO
 - * ARMAS,
 - * VENENOS,
 - * DROGAS

- SI TIENE UN PLAN SUICIDA
- SI OYE VOCES QUE SE LO PIDEN
- INTERNARLO DE INMEDIATO.

INDICE

	PAGINA
NOTAS SOBRE LA INVESTIGACION	3
PROLOGO	6
CAPITULO I	
INTRODUCCION	8
MARCO TEORICO	11
OBJETIVOS	20
HIPOTESIS	21
CAPITULO II	
METODOLOGIA	22
INSTRUMENTOS	23
PROCEDIMIENTO ESTADISTICO	25
CAPITULO III	
CUADROS Y GRAFICAS	27
ANALISIS DE RESULTADOS	37
ANALISIS CUALITATIVO	41
CAPITULO IV	
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
BIBLIOGRAFIA	46
ANEXOS	47
CUESTIONARIOS	48-56
MANUAL	I-XIII
PUNTUACION	XIV
COMO MANEJARLO	XV
IDENTIFICACION	XVI

