

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

INTENCIONALIDAD SUICIDA EN LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

Estudio Descriptivo Transversal en jóvenes entre las edades de 10 a 19 años evaluados mediante el test “Ideación Suicida de Beck” en las aldeas de los municipios de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala del departamento de Chiquimula durante los meses de junio- julio 2014

ELVA MARÍA GUTIÉRREZ RECINOS

JUAN DIEGO ALFONSO LEE FRANCO

ROSA MARÍA RIVERA ORELLANA

CHIQUMULA, GUATEMALA, AGOSTO 2014

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**



**RECTOR
DR. CARLOS GUILLERMO ALVARADO CEREZO**

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Representante de Profesores:	M.Sc. Edgar Arnoldo Casasola Chinchilla
Representante de Profesores:	Ph.D. Felipe Nery Agustín Hernández
Representante de Graduados:	Lic. Zoot. Alberto Genesio Orellana Roldán
Representante de Estudiantes:	Br. Heidy Jeaneth Martínez Cuestas
Representante de Estudiantes:	Br. Otoniel Sagastume Escobar
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Coordinador de Carrera:	Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

**ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN E
INVESTIGACIÓN DE MEDICINA**

Presidente y Revisor:	Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés
Secretario y Revisor:	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal y Revisor:	M.Sc. Rory René Vides Alonzo
Vocal y Revisor:	Ing. Agr. Christian Edwin Sosa Sancé

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

INTENCIONALIDAD SUICIDA EN LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Estudio Descriptivo Transversal en jóvenes entre las edades de 10 a 19 años evaluados mediante el test “Ideación Suicida de Beck” en las aldeas de los municipios de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala del departamento de Chiquimula durante los meses de junio- julio 2014.

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por

**ELVA MARÍA GUTIÉRREZ RECINOS
JUAN DIEGO ALFONSO LEE FRANCO
ROSA MARÍA RIVERA ORELLANA**

AL CONFERÍRSELE EL TÍTULO DE

MÉDICO Y CIRUJANO

En el grado académico de

LICENCIADO EN MÉDICINA

CHIQUIMULA, GUATEMALA, AGOSTO 2014

Chiquimula 6 de agosto 2014

Señores:
Miembros del Consejo Directivo
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala
Chiquimula, Ciudad.

Respetables señores:

En cumplimiento de lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presentamos ante ustedes, el trabajo de graduación titulado "INTENCIONALIDAD SUICIDA EN LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA".

Como requisito previo a optar el título profesional de Médico y Cirujano en el Grado Académico de Licenciado.

Atentamente.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



ELVA MARÍA GUTIÉRREZ RECINOS
200540201



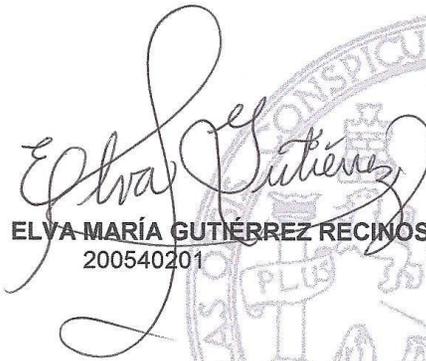
JUAN DIEGO LEE FRANCO
200540236



ROSA MARÍA RIVERA ORELLANA
200640238

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

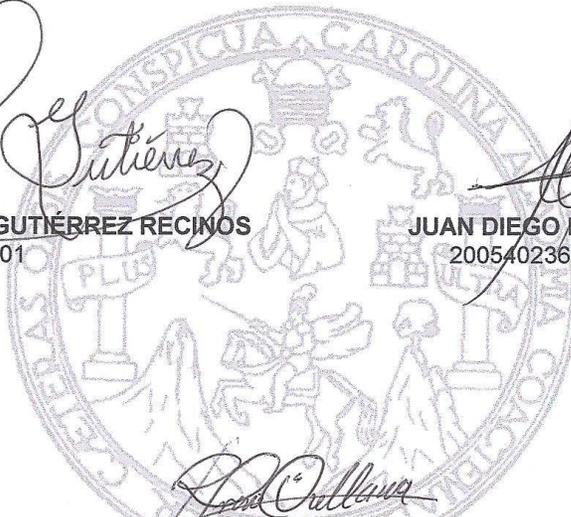
“INTENCIONALIDAD SUICIDA EN LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA”



ELVA MARÍA GUTIÉRREZ RECINOS
200540201



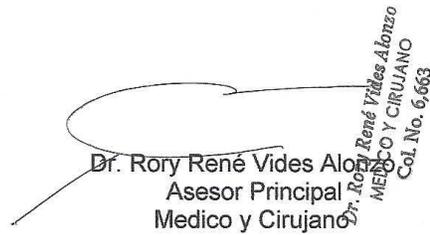
JUAN DIEGO LEE FRANCO
200540236



ROSA MARÍA RIVERA ORELLANA
200640238



Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
Coordinador
Carrera Médico y Cirujano



Dr. Rory René Vides Alonzo
Asesor Principal
Medico y Cirujano

CHIQUIMULA, GUATEMALA, AGOSTO 2014

Chiquimula, 11 de agosto de 2014

Señor Director
M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala

Señor Director:

En atención a la designación efectuada por la Comisión de Trabajos de Graduación para asesorar a la Bachiller Elva María Gutiérrez Recinos con carné No. 200540201; Bachiller Juan Diego Alfonso Lee Franco, con carné 200540236 y la Bachiller Rosa María Rivera Orellana, con carné No. 200640238 en el trabajo de graduación titulado: "Intencionalidad Suicida en Pubertad y Adolescencia"; me dirijo a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar al mencionado sustentante, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado plantea determinar y clasificar la existencia de pensamientos suicidas en jóvenes de 10 a 19 años de las Aldeas los Municipios de Ipala, Quezaltepeque y Concepción las Minas por lo que a mi opinión reúne los requisitos exigidos por las normas pertinentes por la cual reconociendo su aprobación para su discusión en el Examen General Público, previo a optar el Título de Médico y Cirujano, en el Grado Académico de Licenciado.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Rory René Vides Alonzo
MEDICO Y CIRUJANO
Col. No. 6,663

Dr. Rory René Vides Alonzo
Médico y Cirujano
Colegiado No. 6663

Dr. Rory René Vides Alonzo
MEDICO Y CIRUJANO
Col. No. 6,663

Chiquimula 11 de Agosto 2014

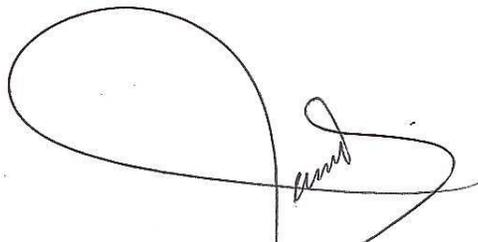
Señor Director
M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala

Señor Director:

En atención a la designación efectuada por la Comisión de Trabajos de Graduación para asesorar a la Bachiller Elva María Gutiérrez Recinos con carné No. 200540201; Bachiller Juan Diego Alfonso Lee Franco, con carné 200540236 y la Bachiller Rosa María Rivera Orellana, con carné No. 200640238 en el trabajo de graduación titulado: "Intencionalidad Suicida en Pubertad y Adolescencia"; me dirijo a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar al mencionado sustentante, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado plantea determinar y clasificar la existencia de pensamientos suicidas en jóvenes de 10 a 19 años de las aldeas los Municipios de Ipala, Quezaltepeque y Concepción las Minas por lo que a mi opinión reúne los requisitos exigidos por las normas pertinentes por la cual reconociendo su aprobación para su discusión en el Examen General Publico, previo a optar el Título de Médico y Cirujano, en el Grado Académico de Licenciado.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Nery Ortiz
Psiquiatra
Colegiado No. 5918

Dr. Nery Ortiz
Médico y Cirujano
Colegiado 5,918



Chiquimula, 05 de agosto 2014.

Ref. MYCTG-18-2014.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que los estudiantes ELVA MARÍA GUTIÉRREZ RECINOS carné 200540201, JUAN DIEGO LEE FRANCO carné 200540236 y ROSA MARÍA RIVERA ORELLANA carné 200640238 han finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado "INTENCIONALIDAD SUICIDA EN LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA", en las Aldeas de los municipio de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala del departamento de Chiquimula, el cual fue asesorado por el Dr. Rory René Vides Alonzo colegiado 6,663 , Maestro en Psicología Médica y Salud Mental y Dr. Nery Ortiz Álvarez Especialista en Psiquiatría colegiado 5,918 quienes avalan y dictaminan favorablemente en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación y las contempladas en el Reglamento del Programa de Tesis de Grado de la Facultad de Ciencias de la Universidad de San Carlos de Guatemala vigente para la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, razón por la cual recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público previo a otorgársele el Título de Médico y Cirujano, en el Grado Académico de Licenciado.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"


MSc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Encargado Unidad de Investigación y Trabajos de Graduación
- Carrera de Médico y Cirujano- CUNORI



"37 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.



Chiquimula, 05 de agosto 2014.

Ref. MYCTG-17-2014.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que los estudiantes ELVA MARÍA GUTIÉRREZ RECINOS carné 200540201, JUAN DIEGO LEE FRANCO carné 200540236 y ROSA MARÍA RIVERA ORELLANA carné 200640238 han finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado "INTENCIONALIDAD SUICIDA EN LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA", realizado en las Aldeas de los municipio de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala del departamento de Chiquimula, el cual fue asesorado por el Dr. Rory René Vides Alonzo colegiado 6,663 , Maestro en Psicología Médica y Salud Mental y Dr. Nery Ortiz Álvarez Especialista en Psiquiatría colegiado 5,918 quienes avalan y dictaminan favorablemente en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación y las contempladas en el Reglamento del Programa de Tesis de Grado de la Facultad de Ciencias de la Universidad de San Carlos de Guatemala vigente para la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, razón por la cual recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público previo a otorgársele el Título de Médico y Cirujano, en el Grado Académico de Licenciado.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"

Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
-Coordinador - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente



"37 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

Finca El Zapotillo, zona 5, Chiquimula
PBX 78730300 – Extensión 1027 Carrera de Médico y Cirujano
www.cunori.edu.gt



EL INFRASCRITO COORDINADOR DE LA CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA CERTIFICA:

Haber tenido a la vista el libro de Actas de la carrera de Médico y Cirujano de CUNORI en donde a folios 356 357 y 358 se encuentra el Acta MYC 30-2014, de la reunión celebrada por los miembros de la Unidad de Trabajos de Graduación e Investigación de la mencionada carrera, la cual literalmente dice:

“En la Ciudad de Chiquimula el día martes cinco de agosto del dos mil catorce, siendo las catorce horas, se encuentran reunidos en las instalaciones de la coordinación de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, los miembros del Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación e Investigación de esta carrera, Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés, Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio, Dr. Rory René Vides Alonzo, Ingeniero Agrónomo Christian Edwin Sosa Sancé todos asesores y revisores del Organismo, TAE Marta Rodríguez Secretaria de coordinación y quien transcribe. Para tratar el siguiente punto: se tiene a la vista para resolver la solicitud de aprobación de Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado “INTENCIONALIDAD SUICIDA EN LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA”, realizado en los municipios de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala del Departamento de Chiquimula, por los estudiantes ELVA MARÍA GUTIÉRREZ RECINOS carné 200540201, JUAN DIEGO LEE FRANCO carné 200540236 y ROSA MARÍA RIVERA ORELLANA carné 200640238-----

CONSIDERANDO: Que para la sustentación del examen público previo a otorgársele el Título de Médico y Cirujano, se deberá aprobar el *Ejercicio Profesional Supervisado Rural y el Hospitalario*, los cuales han sido aprobados satisfactoriamente por los estudiantes GUTIÉRREZ RECINOS, LEE FRANCO Y RIVERA ORELLANA.-----

CONSIDERANDO: Que luego de revisar el expediente de cada sustentante, se constató que han satisfecho cada una de las fases como indica el reglamento del Programa de Tesis de Grado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala vigente para la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente.-----

CONSIDERANDO: Que se tiene a la vista el dictamen del Médico y Cirujano, Dr. Rory René Vides Alonzo, Maestro en Psiquiatría y Salud Mental colegiado 6,663 y el Dr. Nery Ortíz Álvarez especialista en Psiquiatría colegiado 5,918 Asesores del Trabajo Graduación, mencionado anteriormente donde expresan su



aprobación al referido informe ya que lo avalan y dictaminan favorable en relación al estudio.-----

CONSIDERANDO: Que se tiene a la vista el dictamen del revisor MSc. Carlos Iván Arriola Monasterio Encargado de la Unidad de Trabajos de Graduación e Investigación de la Carrera de Médico y Cirujano y del Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés Coordinador de la carrera y revisor de la unidad de Investigación de esta carrera, donde expresan claramente su aprobación del referido informe.-----

Con base en los considerandos anteriores y siendo que cumple con los requisitos establecidos, por lo tanto esta COORDINACIÓN: **RESUELVE: I) APROBAR** el informe final del trabajo de Graduación de los estudiantes ELVA MARÍA GUTIÉRREZ RECINOS carné 200540201, JUAN DIEGO LEE FRANCO carné 200540236 y ROSA MARÍA RIVERA ORELLANA carné 200640238, Títulado **INTENCIONALIDAD SUICIDA EN LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA**”, en los municipios de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala del Departamento de Chiquimula.

Y para remitir a donde corresponda se extienda, firmo y sello la presente certificación en dos hoja de papel bond tamaño oficio en el departamento de Chiquimula a los seis días de agosto del año dos mil catorce.

“Id y Enseñad a Todos”


Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés
-Coordinador
Carrera de Médico y Cirujano- -CUNORI-



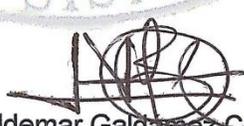
“37 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE”

D-TG-MyC-056/2014

EL INFRASCrito DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE: Conoció el Trabajo de Graduación que efectuaron los estudiantes **ELVA MARÍA GUTIÉRREZ RECINOS, JUAN DIEGO ALFONSO LEE FRANCO Y ROSA MARÍA RIVERA ORELLANA** titulado **“INTENCIONALIDAD SUICIDA EN LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA”**, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como Trabajo de Graduación a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de **Médicos y Cirujanos**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el doce de agosto de dos mil catorce.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



MSc. Nery Waldemar Galdamez Cabrera
DIRECTOR
CUNORI - USAC



AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A NUESTROS PADRES

A NUESTROS FAMILIARES

A NUESTROS CATEDRATICOS

A NUESTRO COORDINADOR DE CARRERA Y DESTACADO CATEDRATICO

Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

A NUESTRO REVISOR Y DESTACADO CATEDRATICO

Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio

A NUESTRAS ASESORES

Dr. Rory René Vides Alonzo

Dr. Nery Ortíz Álvarez

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE CUNORI

Por brindarnos en sus instalaciones todo el conocimiento que hoy poseemos

AL HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA

AL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA

Por haber sido nuestros segundos hogares y donde fue posible formarnos como

Médicos de ciencia y conciencia

**A LOS ALCALDES Y DOCTORES JEFES DE CENTROS DE SALUD DE LS
MUNICIPIOS DE IPALA, QUEZALTEPEQUE Y CONCEPCIÓN LAS MINAS DEL
DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA**

Por su apoyo y darnos la oportunidad de realizar esta investigación.

A LA PERLA DE ORIENTE

Por su gente linda que cree en nuestras habilidades y que puso su salud en nuestras manos, que nos brindó su confianza y fueron libros abiertos para nuestra formación y gracias a ellos hoy somos los médicos que somos.

ACTO QUE DEDICO A

A DIOS

Gracias por permitirme culminar hoy una más de mis metas por sus infinitas bendiciones y por darme una vocación tan gratificante y hermosa.

A MIS PADRES

Werner Rubén Gutiérrez y Ana María de Gutiérrez, por ser fuente de amor, comprensión y ser siempre mi fortaleza, se que sin su apoyo no hubiera podido hacer nada. Este logro es suyo. Los amo.

A MIS HERMANOS

Rubén Homero, Gilva Azucena, Blanca Rosa y Ana Mercedes, Por todo su cariño y porque aunque estemos lejos siempre estamos uno para el otro. Los amo.

A MIS ABUELITAS

Mamá Vita, y mami Ody (†), gracias por todo el cariño que me demostraron.

A MIS SOBRINAS:

Este logro también es por ustedes, para demostrarles que todo lo que se quiere se puede.

A MIS TIOS

Por sus sabios consejos y apoyo, especialmente a mi tía Blanca Recinos por todo su cariño y paciencia la quiero mucho, es muy importante en mi vida.

A MIS PRIMOS

Gracias por ser amigos y cómplices.

A MIS AMIGOS

A mis amigos y compañeros de tesis, Rosa María Rivera y Juan Diego Lee, bueno lo logramos; a pesar de todos los obstáculos, discusiones y sacrificios, lo logramos, y no podría ni hubiera querido hacerlo sin ustedes, los quiero. A Steffanie Ara, Ligia Urrutia, Analilia Vargas, Lucilena Ramírez, Nancy Vásquez, Rocío Razuleu, Dayrin Pérez, Gabriel Gutiérrez, Gabriela Sosa, Vielka Lazaro, Wilson Vielman, Mattias Martinez, Cinthia Yanes, Claudia Milian, Marco Tulio Guzmán, Anny, Rodrigo, Marissa y Berta por su valiosa y sincera amistad, gracias por todos los momentos compartidos, fue un honor recorrer este camino con ustedes. A Mey Kim Chew, Wendy Arriaza, Maissie Wright, Fernando Castillo, Varinnia Recinos, y María José Villatoro, porque aunque nuestros caminos se separaron nuestra amistad nunca cambia.

A LAS FAMILIAS

Rivera Orellana, Vargas Milian, Ara Marroquin y Caballeros Milian, por todo su apoyo.

A MIS MAESTROS

Por todo su apoyo y paciencia para guiarme por el camino correcto, gracias por compartirme todos sus conocimientos.

Elva María Gutiérrez Recinos.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Por haberme regalado el don de la Vida, por su fidelidad y Misericordia. Por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad. Por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y felicidad. A la Virgen de Guadalupe por estar siempre a mi lado y ser mi consuelo en esos momentos difíciles que parecen imposibles de soportar.

A MI PADRE:

Octavio Lee Duarte (QEPD) Gracias por todos tus esfuerzos, consejos y aprendizajes que hoy en día me acompañan en mi camino; porque aquella promesa que hicimos juntos un día hoy se cumple, aunque no está físicamente a mi lado, siempre ha estado en mi mente y mi corazón.

A MI MADRE:

Graciela Franco Trujillo, que ha sabido formarme, Gracias por todos sus sacrificios, oraciones, consejos y amor incondicional que solo una madre eroga por un hijo, porque me ha forjado y eso me ha permitido ser la persona que soy y concluir este camino de una manera exitosa.

A MIS HERMANOS:

Brenda Xiomara Lee, Octavio Augusto Lee, Bellanina Lee (†) y Walter Veliz. Gracias por creer en mí, por su apoyo constante, y por nunca dejar que abandonara este sueño que aunque parecía difícil, nunca imposible, por estar conmigo en todo momento.

A MIS SOBRINOS:

Dulce María, Octavio David, Antonio René, María Fernanda, Verónica, Kleiberth y Gustavo. Gracias por estar siempre presente a lo largo de mi carrera, apoyándome y dando siempre las palabras de aliento en el momento justo.

A MIS TIOS Y TIAS:

Especialmente a Mamá Mina. Y Rosario Franco. Gracias por estar siempre presentes en mi vida y por darme ánimos de seguir adelante.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE ESTUDIO:

Especialmente a: Karla Solís, Mercedes Orellana, Elva Gutiérrez, Rosa Rivera, William Castañeda, Luis Días, Rigoberto Oliva, Marco Tulio Guzmán, Julissa Pérez, Francisco Leal, Eugenia Choc, Analilia Vargas, Carlos Franco, Pahola Guerra, gracias por formar parte de mi vida y estar presente en los buenos y malos momentos

A PERSONAS ESPECIALES:

Carolina de Lee, Dr. Oscar Aguilar, Dr. Estuardo Marchena, Dra. Gabriela Paz, Dra. Alma Molina, Dra. Rocío Barrera, Dra. Geraldina Utrilla, Dr. Rolando Rivas, Dr. Mauricio Suarez y Dr. Oscar Guerrero, Gracias por todo el apoyo y consejos a lo largo de este camino.

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE:

Por ser mi máxima casa de estudios, gracias por ayudarme a crecer personal y profesionalmente.

A MIS CATEDRATICOS:

Quienes a lo largo de mi carrera me compartieron de su conocimiento para lograr este triunfo que hoy celebro con ellos, fue un honor haberlos conocido.

A LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DE SALUD:

Clínicas Familiares de CUNORI, Hospital Nacional de Chiquimula, Hospital Regional de Zacapa, Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación, Centro de Salud de Concepción las Minas y Multimedia Esperanza.

Juan Diego Alfonso Lee Franco.

ACTO QUE DEDICO

A TI DIOS

Que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme cada una de tus bendiciones día a día.

A MI PADRES

Con mucho amor y cariño, a ti padre Carlos Augusto Rivera (†) aunque no te tengo, sé que debes de estar orgulloso de mi; gracias por su apoyo que siempre me brindaba. Te amo padre.

A MI MADRE

Mi bella madre Marta Dilma Orellana aunque hemos pasado momentos difíciles siempre estuvo apoyándome y brindándome todo su amor, por todo esto le agradezco de corazón que este conmigo a mi lado.

Los quiero con todo mi corazón y este trabajo es para ustedes.

A MIS AMIGOS

Elva María, Juan Diego gracias por su apoyo cuando más lo necesitaba, trabajar con ustedes fue una excelente experiencia. Los quiero!

A Lucylena Ramírez, Ingrid Analila, Dulce Roció, María Mercedes, Claudia Villeda, Claudia Caballeros, María Eugenia Choc, Nancy Fabiola, Linda Espina, Vilka Lazáro, Wilson Vielman, Gabriel Guillen, Oscar García, Antonio Vásquez, Marco Tulio Guzmán, Sindy Quijada, Berta Ménendez, Rodrigo Rosales gracias por estar siempre conmigo en todo este tiempo donde he vivido momentos felices y tristes, gracias por ser mis amigos y recuerden que siempre los llevare en mi corazón.

A PERSONAS ESPECIALES

Al señor Saturnino y señora Rosita no tengo palabras para agradecerles las excelentes personas que han sido conmigo. Clarita Vides, Tulita, Josefina Orellana, Lorena Santos, Vilma Vega gracias por su apoyo las quiero.

Y no me puedo ir sin antes decirles, que sin ustedes a mi lado no lo hubiera logrado. Les agradezco a todos ustedes con toda mi alma el haber llegado a mi vida y el compartir momentos agradables y tristes, pero esos momentos son los que nos hacen crecer y valorar a las personas que nos rodean.

Rosa María Rivera Orellana

INDICE

Resumen	i
Introducción	ii
1. Planteamiento del problema	
1.1. Antecedentes	1
1.2. Estudios y hallazgos	3
1.3. Definición del problema	6
2. Delimitación del estudio	
2.1. Delimitación teórica	7
2.2. Delimitación geográfica	7
2.3. Delimitación institucional	9
2.4. Delimitación temporal	9
3. Objetivos	
3.1. Objetivo general	10
3.2. Objetivo específico	10
4. Justificación	11
5. Marco Teórico	
5.1. Definición	12
5.2. Epidemiología	12
5.3. Etiología	13
5.3.1. Etiología biológica	14
5.3.2. Etiología genética	15
5.3.3. Etiología psicológica	15
5.3.4. Etiología sociológica	16
5.4. Adolescencia y Pubertad	17
5.4.1. Definición y aspectos generales	17
5.5. Factores de riesgo de ideación suicida.	17
5.5.1. Riesgo bajo	18
5.5.2. Riesgo alto	19
5.5.2.1 Factores culturales y sociodemográficos.	19

5.5.2.2 Situación familiar y eventos vitales adversos.	19
5.5.2.3 Psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio.	20
5.6. Prevención e intervención en la conducta suicida	21
5.7. Test de evaluación	26
6. Diseño metodológico	
6.1. Tipo de estudio	27
6.2. Área de estudio	27
6.3. Universo y muestra	27
6.4. Sujeto u objeto de estudio	36
6.5. Criterios de inclusión	36
6.6. Criterios de exclusión	36
6.7. Variables estudiadas	36
6.7.1. Variable independiente	36
6.7.2. Variable dependiente	37
6.7.3. Variables intervinientes	37
6.8. Operacionalización de variables	37
6.9. Técnica e instrumentos de recolección de datos	38
6.10. Procedimientos para la recolección de información	38
6.11. Plan de análisis	39
6.11.1 Indicadores de medición de riesgo de la Ideación Suicida	39
6.12 Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la Investigación	39
6.13 Cronograma	40
7. Recursos	
7.1 Humanos	41
7.2 Físicos	42
7.3 Financieros	43
8. Presentación de resultados	43
9. Análisis de los resultados	53
10. Conclusiones	56

11. Recomendaciones	57
12. Propuesta	58
13. Bibliografías	60
14. Anexos	63

RESUMEN

El suicidio es uno de los principales problemas que enfrenta la salud pública a nivel mundial siendo su manifestación temprana la ideación suicida, la cual es más frecuente en jóvenes.

Este es un estudio descriptivo transversal sobre la existencia y caracterización de la intencionalidad suicida, el cual se realizó en jóvenes entre las edades de 10 a 19 años de las aldeas de los municipios de Quezaltepeque, Concepción las Minas e Ipala del departamento de Chiquimula durante los meses de Junio y Julio del 2014. Para la obtención de la muestra se realizó una estimación proporcional por cada una de las aldeas a estudio, con un total 225 jóvenes a entrevistar en el municipio de Quezaltepeque, 185 jóvenes en Concepción las Minas y 232 jóvenes en Ipala, con una muestra general de 642 sujetos. Se obtuvo la información por medio del test “Ideación Suicida de Beck” la cual fue realizada de forma personal y confidencial por los investigadores.

Se encontró intencionalidad suicida en el 38% (245) de los jóvenes, de los cuales el 78% (191) presentaban intencionalidad baja y el 22% (54) intencionalidad alta, la edad más frecuente fue de 15 años en un 21%; con predominio del sexo femenino 59%, se determinó que el municipio donde hay más morbilidad de ideación suicida es Concepción las Minas con una tasa de 86 por 1,000 habitantes. Por lo cual es importante que las instituciones gubernamentales y no gubernamentales trabajen en conjunto y así fortalecer los programas de salud mental.

INTRODUCCIÓN

El suicidio ocupa uno de los primeros lugares de mortalidad a nivel mundial, siendo la ideación suicida una de sus manifestaciones tempranas. Este problema ha aumentado considerablemente en los últimos años, creando así una sociedad débil.

En Guatemala es considerado uno de los principales problemas a nivel de salud pública, situándose entre una de las principales causas de muerte en la población juvenil, siendo estos afectados por muchos factores biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales pueden desarrollar pensamientos suicidas principalmente en jóvenes del área rural, los cuales sin un tratamiento psiquiátrico oportuno pueden llevar a un intento de suicidio o un suicidio consumado.

Según la Procuraduría de los Derechos Humanos en el año 2012 se registró 397 suicidios, estando entre las 10 primeras causas de muerte en el ámbito nacional, por lo cual el departamento de Chiquimula se encuentra en primero lugar, seguido por el departamento de Zacapa. Según datos del Área de Salud del departamento de Chiquimula, los municipios en donde más casos de suicidio en adolescentes se ha reportado han sido en el área rural de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala. Es importante mencionar que en el Hospital Nacional de Chiquimula durante el año 2013 se reportaron 80 ingresos por intento de suicidio de los cuales 25 fallecieron. Debido a las cifras alarmantes sobre todo en los jóvenes que suelen ser más vulnerables a determinadas situaciones que dificultan su desarrollo esto agudiza que muchos de ellos tengan pensamientos suicidas por lo que se decidió realizar un estudio en los jóvenes entre las edades de 10 a 19 años de edad, los cuales con previa explicación y autorización fueron evaluados mediante el test "Ideación Suicida de Beck" en las aldeas de los municipios de Ipala, Quezaltepeque y Concepción las Minas del departamento de Chiquimula, donde se detectó que de 642 jóvenes un 38% presenta ideación suicida, de éstos el 59% comprenden al sexo femenino en la población estudiada.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

a. ANTECEDENTES

El comportamiento suicida o la tendencia al suicidio se pueden conceptualizar como un *continuo* que abarca desde las ideas suicidas hasta los intentos de suicidio y su consumación. A menudo, se denomina proceso suicida al que conduce a ideas suicidas, comportamiento autodestructivo y, en algunos casos, incluso al suicidio. No existe una definición unánimemente aceptada del suicidio, aunque en las definiciones propuestas se lo considera un acto mortal de autolesión con intención autodestructiva más o menos consciente, aunque ésta sea vaga o ambigua.

La ideación suicida consiste en pensamientos de quitarse la vida, no simplemente la idea de no querer seguir viviendo, planes sobre las circunstancias (dónde, cuándo, cómo) (*plan suicida*) así como pensamientos sobre el posible impacto del propio suicidio en los demás.

Como ya se sabe la idea suicida consistente en el pensamiento de acabar con la propia existencia. El Dr. Sergio A. Pérez Barrero, quien es Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría, refiere que la ideación suicida puede manifestarse de las siguientes maneras:

1. Ideación suicida sin planeamiento de la acción: Es aquella idea en la cual el individuo expresa deseos de matarse aunque no ha pensado cómo hacerlo. Es frecuente que al preguntarle cómo ha pensado quitarse la vida, responda: “No sé”.
2. Ideación suicida con un método inespecífico o indeterminado: Es aquella en la que el sujeto expresa deseos de matarse y considera varios métodos sin decidirse aún por uno específico. Es común cuando se le pregunta de qué forma ha pensado quitarse la vida, responda lo siguiente: “De cualquier forma”.

3. Ideación suicida con un método específico pero no planificado: Es aquella idea en la que el individuo desea morir, ha elegido un método específico, pero aún no ha considerado cuándo hacerlo, en qué lugar y qué precauciones ha de tomar para llevar a cabo el suicidio.
4. Plan suicida: Es aquella idea que, además de expresar sus deseos de autoeliminación, contiene el método específico, el lugar determinado y las precauciones que ha de tomar para lograr no ser descubierto y alcanzar el propósito anhelado de morir. Es muy grave cuando se presenta.

Esquirol (1837), Deshaies (1947) y Meerloo (1966), citados por Seo, HJ. 2014. Plantean que la ideación suicida puede surgir cuando las personas se exponen a determinados estímulos. Sin embargo el hecho de pensar en el suicidio no predispone a que se realice el acto suicida.

Morón (1987), citado por Pérez Barrero, A. 2013. La define como una representación mental del acto, en la cual se encuentra la misma pulsión instinto-afectiva, la intención y el deseo de matarse. Levy y Deykin, (1989, citado en González-Forteza, 1996) mencionan que la ideación suicida es un síntoma inespecífico y frecuente que refleja el grado de conflicto interno; frecuentemente asociado con desesperanza y baja autoestima, con los intentos de suicidio, la depresión y el abuso de sustancias, además de ser un constructo cognitivo que se presenta con frecuencia en los adolescentes.

Por su parte, Medina-Mora, et al, (1994) citado por Pérez Barrero, A. 2013. Mencionan que la ideación suicida son ideas o pensamientos que tiene la persona acerca de la propia muerte.

b. Estudios y hallazgos realizados

La ideación suicida es más frecuente que los intentos de suicidio o los suicidios consumados. (Becket al., 1971) citado por Seo. HJ. 2014.

En los estudios epidemiológicos norteamericanos, National Comorbidity Survey (NCS) y National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R), la prevalencia de 12 meses de la ideación suicida fue del 2,8% y 3,3%, respectivamente (Kessler et al., 1999; Kessler et al., 2005). Kessler y colaboradores (2005) estimaron una tasa de aproximadamente 3.000 por 100.000 personas con ideas de suicidio en Estados Unidos cada año, mientras que sólo 14 por cada 100.000 personas completarían un suicidio.

Un estudio realizado en Grecia aportó datos sobre la prevalencia de ideación suicida en función del sexo en dos momentos: 1978 y 1984. En 1978, el 2,8% de los hombres y el 6,8% de las mujeres señalaron haber tenido ideación suicida durante los 12 meses previos; en el segundo estudio las tasas subieron hasta 5,9% y 14,9%, respectivamente (Madianos et al., 1993) citado por O'Connor, E. 2013.

La ideación suicida puede variar de manera importante en diferentes grupos de edad. Se ha sugerido que entre los adultos jóvenes puede presentarse entre el 10% y 12% de las personas (Goldney et al., 1989), mientras que en las personas mayores puede aparecer en aproximadamente un 4% de ellas (Skoog et al., 1996) citados por Seo. HJ. 2014.

En un estudio realizado en Finlandia (Hintikka et al., 2001) citado por Buendia, J; Riquelme, A; Ruiz, JA. 2004. Se investigó con el Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1961) en una amplia muestra nacional la incidencia de la ideación suicida en el inicio del estudio y en un seguimiento a los 12 meses. Se encontró una incidencia global del 3,8%, 3,1% para las mujeres y 4,6% para los hombres.

En otro estudio, realizado en la ciudad de México (Pérez A. 2010) acerca de la “Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la Republica de México” concluye que la prevalencia de ideación suicida en adolescentes de educación media superior se encuentra entre 56% a 35%.

En Colombia Sánchez R; Canceres H y Gómez (2002) citado en Pérez Gómez, CA; Aguilar Baldizón, JR; Castillo García, KA; Pérez Pérez, PG; Lima Huevo, SA; Cogoux González, MV. 2011 realizan el estudio de “Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados” donde los estudiantes universitarios colombianos menores de 18 años mostró una prevalencia 4.45%.

En el 2011 en Guatemala se realizó un estudio en los institutos del departamento de Santa Rosa en 1,942 adolescentes determinando la ideación suicida en comparación con la desesperanza. 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.

Datos de la Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala del año 2013 (P.D.H.G) hacen referencia que los suicidios se dan en la mayoría de la población joven guatemalteca encontrándose sobre todo en los departamentos, en donde prevalecen condiciones de pobreza y pobreza extrema, con menos oportunidades de superación que en los que se encuentran en la capital. Esto pareciera que es la causa de la relación existente entre las tasas de suicidio y los escenarios de pobreza y pobreza extrema, ya que de acuerdo con los Mapas de Pobreza Rural en Guatemala (cuya emisión más actualizada corresponde a 2011), Alta Verapaz, Sololá, Jalapa y

Chiquimula tienen mayor porcentaje de pobreza en el área rural. Alta Verapaz, con un 46.6%, presenta los niveles de pobreza extrema más altos; seguido de Chiquimula con un 37.0%, y Zacapa y Suchitepéquez, con 36.7% y 29.5% respectivamente. Y según información de la tasa de suicidios para 2012, Chiquimula se encuentra en primer lugar, Zacapa en el segundo y Jalapa en octavo lugar; esto hace evidente la relación que hay entre las condiciones precarias de vida, la pobreza y las tasas de suicidios presentes en el país según la Procuraduría de los Humanos de Guatemala.

Aunque la pobreza no es el único inductor al suicidio de jóvenes, pues la falta de políticas públicas puede llevar a conductas extremas en la juventud que no encuentra formas de canalizar sus necesidades y frustraciones. El Estado muchas veces aplica políticas para combatir los resultados de la falta de prevención social, pero al no atacar las causas estructurales, no se llega a soluciones reales para la juventud. Por otro lado, hay una influencia de los medios de comunicación y la propaganda que induce al consumismo, que presentan ideales de juventud alejadas de la realidad guatemalteca, incluso muchas veces contradictorias con los valores de las culturas indígenas. Esto también genera frustraciones en la juventud, y si a ello sumamos la falta de oportunidades educativas y laborales, las presiones sociales y de grupos delincuenciales, encontraremos un ambiente propicio para el suicidio.

Desafortunadamente en países tercer mundistas como es el caso de Guatemala suele observarse problemas de subregistro. Solo se encontraron registrados intentos de suicidios en el año 2008 careciendo de los mismos en los años siguientes; obteniendo en el año 2008 los siguientes datos de morbilidad en Santa Rosa 15.4, Jutiapa 11.2 y Chiquimula de 10.0 X 100,000 N/V respectivamente. (Solo por plaguicidas). En el departamento de Chiquimula según estadística de los casos reportados en el área de Salud, en el año 2013 se reportaron 112 casos de intentos de suicidio por plaguicidas con una tasa de morbilidad de 30.96* 100,000 n/v, de los cuales los 3 municipios con mayor tasa fueron, Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala con una tasa de morbilidad de 44.64, 47.22 y 29.71* 100,000 n/v respectivamente.

c. Definición del problema

Para Beck, (1979) citado por Seo, HJ. 2014), la ideación suicida son: los planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio, así como de las expectativas de cómo llevarlo a cabo. Esta definición es la que se utilizará en la presente investigación.

En el año de 2013 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hizo un llamado para terminar con el estigma que sufren las personas con comportamiento suicida, con el fin de prevenir el suicidio. Según el programa de Salud Mental del Ministerio de Salud de Guatemala, los factores que pueden hacer vulnerable a una persona son; su estado civil, la edad, el desempleo, el duelo, la migración o ser víctima de violencia. Y que entre los indicadores a los que se les debe prestar atención se encuentran: el estado de ánimo e intentos suicidas previos. Se hace mención que el pensamiento suicida es un indicador de mucha importancia por lo cual al encontrar personas que presenten ideas suicidas se les debe de brindar algún soporte emocional y ser remitidos a un servicio de salud con el fin de prevenir un intento de suicidio en el futuro.

Se evidencia que Chiquimula presenta un alto porcentaje de suicidios y de igual manera un alto número de intentos suicidios en adolescentes y que posiblemente llegase a ser más alto pero desafortunadamente se encuentran subregistro. Siendo este un problema de salud pública y teniendo en cuenta que la “Política de Salud para la Juventud”, según el Consejo Nacional de la Juventud (CONJUVE 2010-2015), plantea un enfoque preventivo se consideró de suma importancia el captar casos de ideación suicida sobre todo en los municipios donde han presentado una alta tasa de intento suicida, por tal motivo surgió la incógnita de evaluar **¿Cuál es la intencionalidad suicida, en jóvenes entre las edades de 10 a 19 en las aldeas de los municipios de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala del departamento de Chiquimula?**

II. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

2.1 Delimitación teórica

Este estudio tiene un carácter teórico epidemiológico, que tuvo como fin determinar la intencionalidad suicida en personas entre las edades de 10 a 19 años mediante el test de ideación Suicida de Beck, siendo la ideación suicida el primer paso para llevar a cabo un intento de suicidio o un suicidio consumado.

2.2 Delimitación geográfica

El departamento de Chiquimula, limita al norte con el departamento de Zacapa, al sur con el departamento de Jutiapa y la república del Salvador, al este con la república de Honduras, y al oeste con los departamentos de Zacapa y Jalapa. Se encuentra ubicado en una latitud Norte de 14° 47'58" y una longitud de 89° 32' 48". Se ubica a una distancia de 169 km, con la ciudad capital, y se comunica a esta por la ruta al Atlántico y la ruta CA-10.

Cuenta con los municipios de; Chiquimula, Camotán, Jocotán, San Juan Ermita, San José la Arada, Olopa, San Jacinto, Ipala, Quezaltepeque, Esquipulas y Concepción las Minas

El departamento de Chiquimula según estadística de los casos reportados en el área de Salud, en el año 2013 se reportaron 112 casos de intentos de suicidio con una tasa de morbilidad de 30.96* 100,000 n/v, de los cuales los 3 municipios con mayor tasa fueron, Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala con una tasa de morbilidad de 44.64, 47.22 y 29.71* 100,000 n/v respectivamente, por lo cual se estudiará la prevalencia de ideación suicida en las aldeas de estos 3 municipios.

1. **Ipala** cuenta con una extensión territorial de 228 km² que corresponde al 9.5% del total del departamento de Chiquimula y una población de 20,195 habitantes; Ipala es un municipio del departamento de Chiquimula, que se encuentra a 34 km de la cabecera departamental. Colinda al Norte con el municipio de San José

la Arada del departamento de Chiquimula; al Sur con el municipio de Agua Blanca del departamento de Jutiapa; Oriente con los municipios de San Jacinto, Quezaltepeque y Concepción las Minas del departamento de Chiquimula; poniente con el municipio de San Luis Jilotepeque del departamento de Jalapa. Ipala cuenta 1 pueblo, 31 aldeas: Amatillo, Cacahatepeque, Chaparroncito, El Calvario, El Jocote, El Jute, El Paxte, El Rosario, El Sauce, Jicamapa, Chaguite, La Esperanza, La Tuna, Las Cruces, Los Achiotos, El Obraje, San Francisco y San Isidro, Agua Tibia, Cececapa, Cenicerias, Ciracil, Cruz de Villeda, Caña vieja, El Cuje, Los Horcones, La Granja, La Pila, La Lima, Suyate, Dolores, Julumichapa.

2. **Quezaltepeque** cuenta con una extensión territorial de 236 km² y una población total de 27,530 habitantes, se encuentra a una distancia de 198 km de la ciudad Capital y a 25 kilómetros de la cabecera departamental, se localiza entre el norte de Concepción las Minas, al este de Ipala, al oeste de Olopa y Esquipulas y al Sur de San Jacinto. Tiene 1 villa, 22 aldeas y 76 caseríos. ALDEAS: Azacualpa, Cubiletes, Chiramay, Estanzuela, Guatalon, La Peña, Llano Grande, Nochan, Padre Miguel, Palmar, Palmilla, Pedregal, Potrerillos, Pozas, Rio Grande, Salfate, San José, Santa Cruz, Hierbabuena, Yocón y Encuentros

3. **Concepción las Minas** cuenta con una extensión territorial de 225 km², está ubicado a 15 km de la frontera de la república de Salvador y a 19 km de la ciudad de Esquipulas, se encuentra en la parte sur-oriente del departamento de Chiquimula, colinda al norte con los municipios de Quezaltepeque y Esquipulas; al sur con el municipio de Metapan, El Salvador, Al oriente con el municipio de Esquipulas, Chiquimula, y al poniente con el departamento de Jutiapa y parte de Ipala del departamento de Chiquimula tiene 1 Pueblo, 12 aldeas y 63 caseríos. ALDEAS: Anguatú, Apantes, Cañada, Cruz Calle, Ermita, Guacamayas, Jícaro, Llano de Conacaste, Rodeo el Espino, El Obraje, San José, Dolores.

2.3 Delimitación institucional

El estudio se realizó en las viviendas del grupo de jóvenes entre las edades de 10 a 19 años de las aldeas de los municipios de Ipala, Quezaltepeque y Concepción las Minas, que aceptaron realizarse el test de ideación suicida de Beck.

2.4 Delimitación temporal

El estudio se realizó en un periodo comprendido durante febrero a julio 2014.

III. OBJETIVOS

3.1 General

Determinar la Intencionalidad Suicida en jóvenes entre las edades de 10 a 19 años evaluados mediante el test “Ideación Suicida de Beck” en las aldeas de los municipios de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala del departamento de Chiquimula durante los meses de junio a julio del 2014.

3.2 Específicos

Caracterizar a los jóvenes según edad, procedencia, religión, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación.

Clasificar según grado de intencionalidad suicida en jóvenes evaluados mediante el test “Ideación Suicida de Beck”.

Identificar el municipio a estudio que presenta mayor morbilidad de intencionalidad suicida.

IV. JUSTIFICACIÓN

El suicidio es una de las tres primeras causas de muerte entre las personas de 12 a 44 años; siendo la ideación suicida la manifestación temprana del suicidio, pero ha sido menos estudiada que el intento suicida o el suicidio consumado. Varios estudios indican que durante la adolescencia se experimentan diversos factores, tanto psicológicos como ambientales, asociados a la predisposición de una conducta suicida, de esto la sociedad aún no tiene conciencia.

Según la OMS en los últimos 45 años la tasa de suicidio aumentó en un 60% a nivel mundial, durante el año 1998 se obtuvo un porcentaje de 1.8% de suicidios, por lo cual se estima que para el 2020 este aumentará a 2.4%; en estas cifras no se incluyen los intentos de suicidio que pueden ser hasta 20 veces más frecuentes que los casos consumados, a nivel nacional el MSPAS reportó durante el 2009 una tasa de suicidio de $3.80 * 100,000$ habitantes; en el año 2008 el departamento de Chiquimula ocupó el tercer lugar en intentos de suicidio. Según la procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala, Chiquimula alcanzó el primer lugar en tasa de suicidio en adolescentes en el 2012, la mayoría procedentes del área rural. Durante el 2013, se reportaron 112 casos de intento de suicidio siendo los principales municipios Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala.

Las estadísticas, tanto nacionales como internacionales, demuestran que los casos de intento de suicidio y suicidios consumados irán en aumento, por lo que es importante la realización de estudios para detectar adolescentes que presenten pensamientos suicidas, siendo esto un problema que afecta el núcleo familiar, puede conllevar a tener una sociedad psicológicamente débil y desprotegida. Debido a la falta de estudios en dicha población, se realizó este trabajo con el fin de estimular la investigación en el tema y proveer de una base de datos que pueda utilizarse como plataforma para estudios futuros más profundos y así el promover que este problema reciba la importancia debida y se inicien proyectos, con el fin de brindar tratamiento psiquiátrico oportuno y principalmente señalar la importancia de crear un enfoque preventivo.

V. MARCO TEORICO

5.1 Definición de la ideación suicida

La palabra suicidio deriva del latín y se compone de dos términos: *sui*, de sí mismo, y *caedere*, matar. Por tanto: matarse a sí mismo. Las expresiones suicidio e intento de suicidio se refieren al deseo de buscar la muerte, que en el primer caso se consigue y en el segundo no (Organización Mundial de la Salud, IT 2012).

Jiménez y González-Forteza (2003) citado por Kim, SW. 2012. han definido el suicidio como un proceso que comienza con la idea de suicidarse y pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte auto infringida (Cano Domínguez, P; Pena Andreu, JM; Ruiz Ruiz, M. 2011).

La ideación suicida, podría definirse como las primeras manifestaciones conductuales del suicidio que van desde expresiones que denotan una dificultad para vivir como “no vale la pena vivir”, hasta manifestaciones que se acompañan de intención de morir o de un plan suicida. Es decir, en una concepción de campo interactivo, la ideación suicida es considerada como un evento inicial (Kantor, 1971) y no como un evento mediador de procesos causales de naturaleza psíquica o cognitiva. En otras palabras, la ideación suicida, se considera un factor asociado o de riesgo a la conducta suicida (Cano Domínguez, P; Pena Andreu, JM; Ruiz Ruiz, M. 2011).

Existen diversas concepciones en torno a la ideación suicida, Eguiluz (1995) menciona que la ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir (Cano Domínguez, P; Pena Andreu, JM; Ruiz Ruiz, M. 2011).

5.2. Epidemiología

Se han registrado más muertes por suicidio que por homicidio; alrededor de un millón de personas mueren por suicidio cada año, lo que hace una tasa de mortalidad de 16 por cien mil habitantes o una muerte cada 40 segundos (Organización Mundial de la Salud, IT 2012).

La OMS en el 2004 estimó que en el mundo casi 1 millón de personas muere por suicidio. Las cifras crecientes de los casos de suicidio consumado representan un grave problema de salud pública, estimándose que en lo que llevamos de siglo ya se han producido más de cinco millones de muertes por suicidio en el mundo. Según cálculos de la OMS (2005) los suicidios representaban el 1,8% de las muertes en el año 1998 y estimaban que para el año 2020 se incrementaría hasta el 2,4%(Organización Mundial de la Salud, IT 2012).

Existen variaciones en las tasas oficiales de mortalidad por suicidio en la población general de los países occidentales, las cuales oscilan entre 3 y 40 suicidios por cada cien mil habitantes en un año. En Colombia se ha mantenido desde el 2003 alrededor de 4 suicidios por cada 10,000 habitantes, en Ecuador 7.2, en Venezuela 8.1, en Argentina 8.7, en Cuba 23 y en México 5.1, según datos del Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la Organización Panamericana de la Salud (Organización Mundial de la Salud, IT 2012).

.

La tasa más alta de mortalidad por suicido se presenta en los mayores de 60 años de edad y se incrementan con la edad, recientemente los informes de la OMS también han mostrado altas tasas de intentos de suicidio, así como de suicido consumados en menores de 30 años (Organización Mundial de la Salud, IT 2012).

.

La prevalencia de ideación suicida es de 2% al 15% en la población general, y puede presentarse en 1:3 personas durante el curso de la vida. De acuerdo con el último estudio de Salud Mental Colombia 2003, la prevalencia de vida de intento de suicido

para la población estudiada fue de 4.9% y en los últimos 12 meses de 1.3%. La ideación suicida tiene una prevalencia de vida de 12.3% y el plan suicida es de 4.1%. El estudio demostró que el intento de suicidio, la idea y el plan suicida; tiene mayor prevalencia de vida en mujeres (Organización Mundial de la Salud, IT 2012).

Es de importancia destacar que entre 1950 y 1988 la tasa de suicidios se cuadruplicó en el grupo de edades de 15 a 19 años en Estados Unidos. Esta tendencia se ha observado en otros países, por lo cual se ha llegado a crear en ciertos casos los que podíamos llamar “epidemia”(Organización Mundial de la Salud, IT 2012).

Por otra parte, se ha calculado que el 15% de las consultas psiquiátricas en urgencias están relacionadas con pacientes que presentan intento de suicidio, gestos suicidas o ideación suicida (Organización Mundial de la Salud, IT 2012).

5.3. Etiología del suicidio

El suicidio es un síndrome pluricausal, en el que intervienen factores sanitarios y psicosociológicos de muy diversa índole, incluyendo creencias, cultura y filosofía vital. La determinación bio-psico-socio-cultural del suicidio, está hoy generalizada en la compleja plurideterminación que revela que éste no es un problema exclusivo del ámbito de la salud, los estudios epidemiológicos a nivel mundial lo indican como un grave problema de la Salud Pública (Gómez Restrepo, C; Hernández Bayona, G; Rojas Urrego, A; Santacruz Oleas, H; Uribe Restrepo, M. 2008).

Aunque las causas del acto suicida son múltiples, se ha intentado explicar desde diferentes postulados teóricos, lo que ha establecido distintos modelos etiológicos que han tratado de explicar el suicidio (Maris, Berman y Silverman, 2000).

5.3.1. Etiología biológica

Desde el punto de vista biológico, se pone de manifiesto que las personas que parecen tener cierta vulnerabilidad hacia el suicidio presentan un descenso en los niveles de serotonina en el cerebro. En concreto se han detectado niveles bajos de un metabolito de serotonina, el 5HIAA (ácido 5 hidroxindoleacético) en el líquido cefalorraquídeo en individuos con potencial riesgo de suicidio (Teraiza y Meza, 2009).

Las conductas suicidas han sido relacionadas con otros hallazgos bioquímicos como la excesiva actividad del sistema noradrenérgico, (Van Heeringen, 2003), la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal (Gmitrowicz y Kolodziej-maciejewska, 2001), la hipocolesterolemia con altos niveles de cortisol sérico (controversias y datos contradictorios al respecto) (Veveva, 2006). Datos recientes muestran como los porcentajes reducidos de ácido docosahexaenoico y bajas proporciones de Omega -3 en el perfil lipídico son predictores de riesgo suicida entre pacientes deprimidos (Sublette y otros, 2006 citado en Seo. HJ. 2014)

5.3.2. Etiología genética

Existen dudas sobre que el riesgo de suicidio se debe a factores genéticos o si está más relacionado con el ambiente familiar y social. Se ha comprobado a través de estudios familiares, gemelares y de adopción la influencia de la herencia poligénica. Y diferentes estudios han mostrado que el riesgo de suicidio es más elevado en los individuos con antecedentes familiares de suicidio. (Fu. y otros; 2002). Se ha afirmado que la tendencia suicida se decide en una zona del cromosoma 2 (Willour y otros, 2007). Aunque hay evidencia de factores genéticos que contribuyen al riesgo de conducta suicida, esto no significa que la conducta suicida es inevitable para los individuos con historial familiar; simplemente significa que tales personas pueden ser más proclives (Seo. HJ. 2014).

5.3.3. Etiología psicológica

Los tres trastornos psicológicos más importantes que se han asociado con los intentos suicidas son: fracaso en la resolución de problemas interpersonales, altos niveles de desesperanza con respecto al futuro y una mala regulación del afecto (Sidley, 2001). En la mayoría de las ocasiones la persona que realiza un acto suicida pone en juego su vida para que su vida cambie, ya que lo que puede ir buscando es que su vida sea otra porque la vive está llena de un sufrimiento inaguantable (Gómez Restrepo, C; Hernández Bayona, G; Rojas Urrego, A; Santacruz Oleas, H; Uribe Restrepo, M. 2008).

También se han estudiado algunos rasgos característicos que pueden presentar tendencias suicidas como: la tendencia al aislamiento social, la presencia de una baja autoestima, baja autoeficacia, pobre autoconcepto, sentimientos de abandono y desesperanza, visión negativa de sí mismo y su entorno, niveles elevados de impulsividad. Los rasgos de personalidad más frecuentes en los adolescentes suicidas son hostilidad, impulsividad, rabia y baja tolerancia a la frustración. (Vallejo Ruiloba, 2005 citado en Seo. HJ. 2014)

Dentro de los aspectos más destacados de la psicodinámica de los suicidas se encuentran: venganza, poder, castigo, reparación sacrificio, restitución, evasión, rescate, renacimiento, reunión con los muertos, vida nueva. La probabilidad de que el acto se realice se incrementa cuando se sufre una pérdida de un objeto querido, cuando se experimentan afectos abrumadores de furia o culpa (Teraiza y Meza, 2009 citado en Seo. HJ. 2014)

5.3.4. Etiología sociológica

Desde el punto de vista sociológico pretende recoger los factores de riesgo que pueden incrementar el riesgo de cometer un acto suicida. Emile Durkheim fue el primero en explorar la influencia del contexto social y cultural sobre el riesgo de suicidio, menciona

que los factores que pueden influir en la conducta suicida son: falta de lazos familiares o relaciones sociales relevantes, cuando por adversidad económica o social se rompe el vínculo entre el individuo o la sociedad a la cual pertenece. Postuló que el acto suicida era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista (Villardón Gallego, L. 1993).

5.4 Adolescencia y pubertad

5.4.1 Definición y aspectos generales de la etapa evolutiva

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años). Otros autores denominan a los adolescentes como jóvenes y amplían el rango de edad entre los 10 a 24 años (Rosen, 2004; Dehne&Riedner, 2001). La adolescencia puede ser definida además como una etapa que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. (Alestalo, et al. 2002; Murray & Wright, 2006).

Para diferenciar de manera clara los conceptos de pubertad y adolescencia, Venegas, et al. (2007) afirman que la pubertad se refiere al fenómeno biológico de cambios físicos y fisiológicos que definen a los géneros y es resultado de los cambios hormonales propios de esta etapa; la adolescencia hace referencia a la adaptación psicosocial a los cambios corporales, que implican una transformación en el concepto de sí mismo, la conformación de la identidad y el avance para convertirse en personas autónomas y seguras (Villardón Gallego, L. 1993).

5.5 Factores de riesgo de ideación suicida

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.

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 (Villardón Gallego, L. 1993).

5.5.1 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 (Villardón Gallego, L. 1993).

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 (Villardón Gallego, L. 1993).

5.5.2 Riesgo alto.

5.5.2.1 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 (Villardón Gallego, L. 1993).

5.5.2.2 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.

5.5.2.3 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.

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

- 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 psicotraumática 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 (Villardón Gallego, L. 1993).

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 (Villardón Gallego, L. 1993).

5.6. Prevención e intervención en la conducta suicida

La multicausalidad del fenómeno del acto suicida sugiere que las estrategias de prevención deben ser también múltiples y deben aplicarse en conjunto para lograr efectividad. No hay una solución unívoca en la prevención del suicidio y el mejor abordaje es un enfoque multidisciplinario, y a la vez desde un plano individual y de salud pública (Pérez Barrero, A. 2013).

De manera general, se puede dividir la biografía de los futuros adolescentes con conducta suicida en tres momentos.

- 1- Infancia problemática, caracterizada por un elevado número de eventos vitales negativos, tales como abandono paterno, hogar roto, muerte de seres queridos por conducta suicida, alcoholismo paterno, depresión materna, dificultades socioeconómicas, abuso sexual, maltrato físico o psicológico, etc.
- 2- Recrudescimiento de los problemas previos con la incorporación de los propios de la edad, como son las preocupaciones sexuales, los cambios somáticos, los nuevos retos en las relaciones sociales, la independencia, la vocación, etc.
- 3- Etapas previas al acto de suicidio que se caracteriza por la ruptura de una relación valiosa o un cambio inesperado de su rutina cotidiana, a la cual le es imposible adaptarse de una manera creativa, apareciendo los mecanismos autodestructivos.

El enfoque de la prevención del suicidio a nivel individual enfatiza el diagnóstico, el tratamiento y seguimiento del trastorno mental (depresión, esquizofrenia, drogodependencia y estrés) (Pérez Barrero, A. 2013).

Los esfuerzos para prevenir el suicidio deben estar basados en las investigaciones, que muestran qué factores de riesgo y protección pueden ser modificados y qué grupos de personas son los más apropiados para la intervención (PublicHealthService, 2001 citado en Pérez Barrero, A. 2013).

La Organización Mundial de la Salud (2000) sugiere algunas medidas generales para prevenir el suicidio:

- Tratar de las enfermedades mentales.
- Controlar los gases de los vehículos de motor.
- Controlar el gas doméstico.
- Controlar la posesión de las armas de fuego
- Controlar la disponibilidad de las sustancias tóxicas.
- Disminuir las informaciones sensacionalistas en los medios de comunicación.

La intervención precoz en la persona con riesgo de suicidio es necesaria y las amenazas e intentos de suicidio siempre tienen que tomarse en serio, porque casi un tercio de las personas que intentan suicidarse vuelven a intentarlo en un período de un año y cerca del 10% de los que amenazan o intentan suicidarse terminan consumando el acto (Pérez Barrero y Mosquera, 2002 citado en Pérez Barrero, A. 2013).

Es necesario como medida de prevención disponer de recursos humanos donde se realice una labor de escucha y comprensión para evitar que la persona realice el acto suicida ya que nunca se debe ignorar una amenaza o intento de suicidio.

Se considera útil conocer las diez características comunes en toda persona con conducta suicida para realizar lo adecuado en cada momento según Shneidman(Pérez Barrero, A. 2013).

1. El dolor psicológico es insoportable, por lo que hay que reducirlo utilizando la comprensión y escucha, favoreciendo cualquier tipo de expresión emocional que sirva de válvula de escape de ese dolor.
2. Es conveniente tener en cuenta la frustración de las necesidades psicológicas y aceptar como reales dichas necesidades y ser imparcial.

3. Se debe dar oportunidad al sujeto a que manifieste su situación y entender que para él la solución del acto suicida es seria, por lo que se puede preguntar si ha considerado otras soluciones que no sea el suicidio e invitarle a pensar en otras alternativas e informarle que se le puede ayudar.
4. Es necesario brindar apoyo emocional.
5. Es conveniente reconocer los sentimientos de desesperanza y no combatirlos con expresiones pesimistas, pues en ocasiones estos síntomas responden a depresiones graves que no se modifican con buenas intenciones y consejos.
6. Ante la ambivalencia que pueda manifestar la persona, es necesario buscar alternativas más positivas y reforzarlas.
7. La constricción debe ser reconocida precozmente y explorar otras opciones que permitan una visión más amplia de posibilidades de solución a los problemas.
8. Se debe estar alerta sobre los mensajes de la intención suicida, porque pueden ser el preludio de la conducta suicida. Por ello, es imprescindible interrogar sobre la presencia de idea o un plan suicida.
9. Ante la posibilidad de acto suicida se debe escuchar y actuar con rapidez, pues en esta condición el individuo está en el límite de sus posibilidades para realizar el acto suicida, y es necesario restringir los métodos mediante los cuales el sujeto pueda dañarse.
10. Es necesario prestar atención a los rasgos de personalidad de la persona, ya que se pueden poner de manifiesto en el comportamiento durante la entrevista, así como sus anteriores formas de reaccionar en situaciones críticas.

La primera ayuda psicológica es una intervención inmediata, de apoyo que tiende a restablecer una cierta estabilidad emocional, y que puede realizarla tanto un médico de atención primaria, psiquiatra, un psicólogo como un vecino, un amigo, un familiar o un compañero de estudios o de trabajo (Matusevich y Pérez Barrero, 2009).

Si la persona ya ha realizado una tentativa de suicidio, la primera medida es salvar su vida, por lo que hay que apoyarse en un médico que evalúe los posibles daños e imponga el tratamiento oportuno que impida futuras secuelas. Pero si el sujeto está en condiciones de cooperar, se debe facilitar la comunicación con la intención de conocer cuál ha sido el móvil que explica dicha conducta (Maris, Berman y Silverman, 2000).

Algunas señales de intento suicida pueden ser:

1. Poder descansar del agobio de una situación intolerable.
2. Expresar rabia, inconformidad, frustración.
3. Brote de una enfermedad psiquiátrica de relevancia.
4. Reacción ante la pérdida de una relación afectiva.
5. Chantaje emocional y reclamación de apoyo.
6. Agredir a otros.
7. Evitar el dolor físico o la enfermedad fatal.

Ante indicios de acto suicida es conveniente tratar de averiguar si existe un riesgo inmediato de suicidio, preguntando si tiene intención de hacerlo o sólo lo ha pensado, si tiene un plan y cuándo lo llevaría a cabo (Buendía, J; Riquelme, A; Ruiz, JA. 2004).

No existe un abordaje terapéutico único del acto suicida, pero se han confirmado los efectos beneficiosos de la terapia farmacológica y de la terapia cognitivo-conductual o la combinación de las dos (Buendía, J; Riquelme, A; Ruiz, JA. 2004).

La terapia cognitivo-conductual está destinada a modificar los comportamientos y pensamientos y se vale de técnicas como la asertividad, la relajación, la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas, el entrenamiento en habilidades sociales y el manejo de contingencias, que pueden reducir la depresión, la ansiedad, y la falta de habilidad social (Buendía, J; Riquelme, A; Ruiz, JA. 2004).

5.7 Test de evaluación

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.

Es una escala de 19 ítems que debe ser cumplimentada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semi-estructurada. Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a:

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

Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida. 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.

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. El rango de la puntuación total es de 0-38.

- Intencionalidad suicida baja: puntuación igual o menor de 20 puntos.
- Intencionalidad suicida alta: puntuación mayor de 20 puntos o un puntaje máximo en dos o más de los ítems 4, 8, 11, 13, 16 y 18.

Esta escala puede ser un instrumento útil en la investigación, tanto como variable clasificatoria, al permitir distinguir entre individuos que varían en su grado de ideación suicida, como de variable dependiente, posibilitando cuantificar el cambio producido por el tratamiento. En la práctica clínica, permite la cuantificación y agrupación de los datos del paciente respecto a sus pensamientos suicidas, y puede servir de ayuda en la valoración clínica de la conducta suicida.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de estudio

Estudio Descriptivo Transversal.

6.2 Área de estudio

Aldeas de los municipios de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala del departamento de Chiquimula.

6.2 Universo y muestra

Para el presente estudio se tomó como base la población de los tres municipios que se obtuvo del censo nacional del año 2002 fuente del Instituto Nacional de Estadística (INE) debido a que es el único censo oficial disponible por la falta de información en los distritos a estudio. De los datos que se obtuvieron del INE se realizó una estimación del total de habitantes de cada aldea con la tasa de crecimiento vegetativo (diferencia del número de nacimientos y el número de defunciones de una población). La tasa de crecimiento vegetativo fue proporcionada por municipio y año (2003 – 2013) en el departamento de estadística del Área de Salud de Chiquimula.

Tasa de crecimiento vegetativo según municipios durante los años del 2003-2013

AÑO	CONCEPCIÓN LAS MINAS	QUEZALTEPEQUE	IPALA
2003	2.35%	2.29 %	1.59%
2004	1.16%	2.4%	1.59%
2005	1.16%	1.45%	1.88%
2006	1.16%	1.81%	1.39%
2007	1.02%	1.48%	1.37%
2008	1.63%	1.61%	1.71%
2009	1.05%	1.39%	1.51%
2010	1.64%	1.44%	1.60%
2011	1.39%	1.62%	1.77%
2012	1.63%	1.62%	2.03%
2013	1.47%	1.59%	1.69%

Fuente: Memoria de Labores del Área de Salud de Chiquimula 2003 – 2013.

NÚMERO DE HABITANTES ENTRE LAS EDADES DE 10 a 19 AÑOS DE LAS ALDEAS DEL MUNICIPIO DE QUEZALTEPEQUE 2013.

QUEZALTEPEQUE 2013		
ALDEAS	POBLACIÓN TOTAL	10 a 19 AÑOS
1. AZACUALPA	191	32
2. CUBILETES	202	51
3. CHIRAMAY	295	71
4. ESTANZUELA	428	108
5. GUATALÓN	531	144
6. LA PEÑA DEL PALMAR	423	118
7. LLANO GRANDE	913	207
8. NOCHÁN	486	121
9. PALMILLA	345	91
10. PEDREGAL	271	62
11. POTRERILLO	704	170
12. PALMAR	579	155
13. POZAS	419	104
14. PADRE MIGUEL	272	80
15. RÍO GRANDE	537	154
16. SAN NICOLÁS	402	90
17. SALFATE	715	191
18. SANTA CRUZ	1,226	306
19. SAN JOSÉ CUBILETES	235	70
20. YERBABUENA	229	76
21. YOCÓN	709	193
22. ENCUENTROS	377	94
TOTAL	10,489	2,688

Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2002.

NÚMERO DE HABITANTES ENTRE LAS EDADES DE 10 a 19 AÑOS DE LAS ALDEAS DEL MUNICIPIO DE CONCEPCIÓN LAS MINAS DURANTE EL AÑO 2013

CONCEPCIÓN LAS MINAS 2013		
ALDEAS	POBLACIÓN TOTAL	10 a 19 AÑOS
1. APANTES	304	67
2. ANGUIATÚ	276	53
3. CRUZ CALLE	198	43
4. CAÑADA	404	109
5. ERMITA	281	61
6. GUACAMAYAS	299	53
7. JÍCARO	244	53
8. LLANO DE CONACASTE	89	33
9. RODEO EL ESPINO	388	123
10. SAN JOSÉ	302	81
11. DOLORES	178	47
12. EL OBRAJE	143	31
TOTAL	3,106	754

Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2002.

NÚMERO DE HABITANTES ENTRE LAS EDADES DE 10 a 19 AÑOS DE LAS ALDEAS DEL MUNICIPIO DE IPALA DURANTE EL AÑO 2013

IPALA 2013		
ALDEAS	POBLACIÓN TOTAL	10 a 19 AÑOS
1. AMATILLO	379	96
2. EL CALVARIO	642	168
3. CACAHUATEPEQUE	930	305
4. CHAPARRONCITO	730	201
5. EL SAUCE	516	142
6. EL JOCOTE	322	81
7. EL JUTE	453	137
8. EL ROSARIO	1379	404
9. JICAMAPA	1189	326
10. LA ESPERANZA	363	108
11. LOS ACHIOTES	650	188
12. LA TUNA	411	100
13. EL CHAGUITE	519	158
14. LAS CRUCES	295	82
15. OBRAJE	896	209
16. SAN FRANCISCO	568	178
17. SAN ISIDRO	287	102
18. AGUA TIBIA	287	15
19. CECECAPA	354	89
20. CENICERAS	239	66
21. CIRACIL	155	45
22. CRUZ DE VILLEDA	50	14
23. CAÑA VIEJA	464	154
24. EL CUJE	209	62
25. LOS HORCONES	268	97
26. LA GRANJA	258	70
27. LA PILA	322	86
28. LA LIMA	232	69
29. SUYATE	324	69
30. DOLORES	213	49
31. JULUMICHAPA	237	56
TOTAL	14,141	3,926

Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2002.

Para la presente investigación se utilizó una muestra la cual fue obtenida mediante la aplicación de la siguiente fórmula para población finita:

$$\frac{0.25N}{\left(\frac{\alpha}{z}\right)^2(N-1) + 0.25}$$

N: Universo

α : 0.05=95%

Z: Valor sobre la curva N

0.25: probabilidad de p y q

<u>Quezaltepeque:</u>	
	$\frac{0.25(2688)}{\left(\frac{0.05}{1.96}\right)^2 (2687) + 0.25}$
Muestra:	225
<u>Concepción las Minas:</u>	
	$\frac{0.25(754)}{\left(\frac{0.05}{1.96}\right)^2 (753) + 0.25}$
Muestra:	185
<u>Ipala:</u>	
	$\frac{0.25(3926)}{\left(\frac{0.05}{1.96}\right)^2 (3925) + 0.25}$
Muestra:	232

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE LA MUESTRA EN LAS ALDEAS DE QUEZALTEPEQUE			
ALDEAS	POBLACIÓN DE 10 a 19 AÑOS	PROPORCIÓN	No. A ENCUESTAR
1. AZACUALPA	32	0.011904762	3
2. CUBILETES	51	0.018973214	4
3. CHIRAMAY	71	0.02641369	6
4. ESTANZUELA	108	0.040178571	9
5. GUATALÓN	144	0.053571429	12
6. LA PEÑA DEL PAMAR	118	0.04389881	10
7. LLANO GRANDE	207	0.077008929	17
8. NOCHÁN	121	0.045014881	10
9. PALMILLA	91	0.033854167	8
10. PEDREGAL	62	0.023065476	5
11. POTRERILLO	170	0.063244048	14
12. PALMAR	155	0.05766369	13
13. POZAS	104	0.038690476	9
14. PADRE MIGUEL	80	0.029761905	7
15. RÍO GRANDE	154	0.057291667	13
16. SAN NICOLÁS	90	0.033482143	8
17. SALFATE	191	0.071056548	16
18. SANTA CRUZ	306	0.113839286	26
19. SAN JOSE CUBILETES	70	0.026041667	6
20. YERBABUENA	76	0.02827381	6
21. YOCON	193	0.071800595	16
22. ENCUENTROS	94	0.034970238	8
TOTAL	2,688		225

Fuente: Estimación de la población 2013, adaptado por tesis, según base de datos del INE 2002 mediante tasa de crecimiento vegetativo.

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE LA MUESTRA EN LAS ALDEAS DE CONCEPCIÓN LAS MINAS			
ALDEAS	POBLACIÓN DE 10 a 19 AÑOS	PROPORCIÓN	No. A ENCUESTAR
1. APANTES	67	0.08885942	16
2. ANGUIATU	53	0.07029178	13
3. CRUZ CALLE	43	0.05702918	11
4. CAÑADA	109	0.14456233	27
5. ERMITA	61	0.08090186	15
6. GUACAMAYAS	53	0.07029178	13
7. JÍCARO	53	0.07029178	13
8. LLANO DE CONACASTE	33	0.04376658	8
9. RODEO EL ESPINO	123	0.16312997	30
10. SAN JOSE	81	0.10742706	20
11. DOLORES	47	0.06233422	12
12. EL OBRAJE	31	0.04111406	8
TOTAL	754		185

Fuente: Estimación de la población 2013, adaptado por tesis, según base de datos del INE 2002 mediante tasa de crecimiento vegetativo.

DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE LA MUESTRA EN LAS ALDEAS DE IPALA			
ALDEAS	POBLACIÓN DE 10 a 19 AÑOS	PROPORCIÓN	NO. A ENCUESTAR
1. AMATILLO	96	0.02445237	6
2. EL CALVARIO	168	0.04279165	10
3. CACAHUATEPEQUE	305	0.07768721	18
4. CHAPARRONCITO	201	0.05119715	12
5. EL SAUCE	142	0.03616913	8
6. EL JOCOTE	81	0.02063169	5
7. EL JUTE	137	0.03489557	8
8. EL ROSARIO	404	0.10290372	24
9. JICAMAPA	326	0.08303617	19
10. LA ESPERANZA	108	0.02750891	6
11. LOS ACHIOTES	188	0.04788589	11
12. LA TUNA	100	0.02547122	6
13. CHAGUITE	158	0.04024452	9
14. LAS CRUCES	82	0.0208864	5
15. OBRAJE	209	0.05323484	12
16. SAN FRANCISCO	178	0.04533877	11
17. SAN ISIDRO	102	0.02598064	6
18. AGUA TIBIA	15	0.00382068	1
19. CECECAPA	89	0.02266938	5
20. CENICERAS	66	0.016811	4
21. CIRACIL	45	0.01146205	3
22. CRUZ DE VILLEDA	14	0.00356597	1
23. CAÑA VIEJA	154	0.03922567	9
24. EL CUJE	62	0.01579215	4
25. LOS HORCONES	97	0.02470708	6
26. LA GRANJA	70	0.01782985	4
27. LA PILA	86	0.02190525	5
28. LA LIMA	69	0.01757514	4
29. SUYATE	69	0.01757514	4
30. DOLORES	49	0.0124809	3
31. JULUMICHAPA	56	0.01426388	3
TOTAL	3,926		232

Fuente: Estimación de la población 2013, adaptado por tesisistas, según base de datos del INE 2002 mediante tasa de crecimiento vegetativo.

6.4 Sujeto u objeto de estudio

Hombres y mujeres que comprendieron entre las edades de 10 a 19 años de las aldeas de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala del departamento de Chiquimula.

6.5 Criterios de inclusión

- Jóvenes entre las edades de 10 a 19 años de ambos sexos.
- Que fueran originarios de las aldeas de Quezaltepeque, Concepción las Minas e Ipala del departamento de Chiquimula.

6.6 Criterios de exclusión

- Jóvenes que estén bajo tratamiento psiquiátrico.
- Antecedente de intento suicida.
- Personas con alteración genética diagnosticada.

6.7 Variables estudiadas

6.7.1 Variable Independiente

Jóvenes entre las edades de 10 a 19 años de las aldeas a estudio.

5.7.2 Variables Dependientes

Presencia o ausencia de intencionalidad suicida.

6.7.3. Variables Intervinientes

Características Sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación, procedencia, religión y escolaridad).

6.8 Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición.
Variable independiente				
Pubertad	Fenómeno biológico de cambios físicos y fisiológicos que definen a los géneros y es resultado de los cambios hormonales.			
Adolescencia	Etapa de la vida en la cual existe una adaptación psicosocial a los cambios corporales que implica una transformación en el concepto de sí mismo, la conformación de la identidad y el avance para convertirse en personas autónomas y seguras.			
Variable dependiente				
Intencionalidad Suicida	Consiste en pensamientos de quitarse la vida, no simplemente la idea de no querer vivir, también planes sobre las circunstancias (dónde, cuándo, cómo) (<i>plan suicida</i>).	Test de ideación suicida de Beck.	Cualitativa	Ordinal
Variable interviniente				
Características sociodemográficas	Cualidad o circunstancia que describe estadísticamente a las poblaciones humanas, su estado y sus variaciones sociales en un país o región determinada.	-edad -sexo -estado civil -ocupación -religión procedencia escolaridad	cualitativo	Ordinal.

6.9 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Para la obtención de datos se utilizó la escala de ideación suicida de Beck, siendo una escala que cuantifica y evalúa la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o pensará en suicidarse, esta escala cuenta con 19 ítems, que se dividen de la siguiente manera:

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

En los casos cuya puntuación de los ítems 4-5 sean de 0 para ambos, fue indicativo de la inexistencia de la intencionalidad suicida y no se procedió a continuar aplicando la escala. Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los valores de los primeros 19 ítems. El rango de la puntuación total es de 0 a 38 por lo cual se consideró así:

- Intencionalidad suicida baja: puntuación igual o menor de 20 puntos.
- Intencionalidad suicida alta: puntuación mayor de 20 puntos o un puntaje máximo en dos o más de los ítems 4, 8, 11, 13, 16 y 18.

El tiempo aproximado de realización del test fue 2 a 5 minutos.

6.10 Procedimientos para la recolección de información

Se envió una solicitud por escrito a cada uno de los alcaldes y miembros del consejo municipal de los municipios a estudiar, para informar que se iba a realizar la investigación "Intencionalidad Suicida en Pubertad y Adolescencia "; posteriormente se pidió el apoyo de los COCODES de cada una de las aldeas, para que notificarán a los habitantes de su respectiva aldea que se estaría realizando dicho estudio. Además se solicitó la autorización verbal y por escrita a los sujetos a estudio y aquellos que eran menores de edad fueron los padres que autorizaron la realización del estudio, se les

explicó en qué consistía la investigación y la importancia de la participación en la misma; teniendo en cuenta que fueron solo aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión a los que se les aplicó el “Test de Ideación Suicida de Beck”. Se inició con el municipio de mayor población siendo este Ipala, seguido por Quezaltepeque y finalizando con Concepción las Minas, se realizó una selección aleatoria simple de las viviendas de cada aldea, teniendo en cuenta el número de población a encuestar ya estipulada estadísticamente, los días en qué se visitaron las aldeas fueron lunes a sábado, en horarios de 7:00 a 17:00 horas.

6.11 Plan de análisis

Teniendo ya los resultados, se elaboró una base de datos en el programa Excel y posteriormente se procesaron, para la generación de gráficas acordes a los objetivos planteados.

Se analizaron primeramente la distribución entre jóvenes encuestados que fueran originarios de las aldeas de Ipala, Quezaltepeque y Concepción las Minas según la presencia de intencionalidad suicida; luego se realizó la distribución por sexo, edad, escolaridad, estado civil, religión y ocupación.

Una vez procesada y graficada la información recolectada, se procedió a realizar el análisis grupal de carácter descriptivo de los resultados encontrados para la culminación de la investigación y socialización de los resultados.

6.11.1 Indicadores de medición de riesgo de la Ideación Suicida

El “Test de Ideación Suicida de Beck”, que sirvió para la medición cualitativa de la intencionalidad suicida, en otras palabras esta escala evaluó el indicador de pensamientos suicidas, siendo este el factor de riesgo psicológico. El cuestionario constó con un apartado para la recolección de datos lo cual evaluó el riesgo social como: edad, sexo, procedencia, estado civil, escolaridad y ocupación.

Se recolectaron los datos de manera directa, individual y discreta aplicando el test como recolección de datos antes mencionado a cada sujeto. Ya obtenidos los resultados

mediante el test se realizó una suma de los mismos que sirvieron para la clasificación de los sujetos y así para su tabulación.

6.12 Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

Se solicitó el consentimiento verbal y escrito tanto a los padres de familia, y también a los sujetos que se evaluaron de cada una de las aldeas, previa explicación del procedimiento y para que se realizará. Todos los resultados que se obtuvieron son confidenciales.

6.13 CRONOGRAMA

Actividades	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio			
SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elección de temas de investigación	■	■	■																					
Solicitud y aprobación de la investigación				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■											
Elaboración del protocolo de Investigación													■	■	■									
Elaboración de Marco Teórico																■								
Revisión del Protocolo																■								
Trabajo de Campo																■	■	■	■	■				
Tabulación y análisis de Resultados																				■	■			
Elaboración del Informe Final																						■		
Revisión Final																							■	
Impresión y reproducción del informe final																							■	
Presentación de Resultados																							■	

VII. RECURSOS

7.1 Humanos

- Investigadores
- Asesores de Investigación
- Revisores de investigación

7.2 Físicos

Computadoras

Impresora

Encuesta

Copias de encuesta

Lapicero

Papel de escritorio

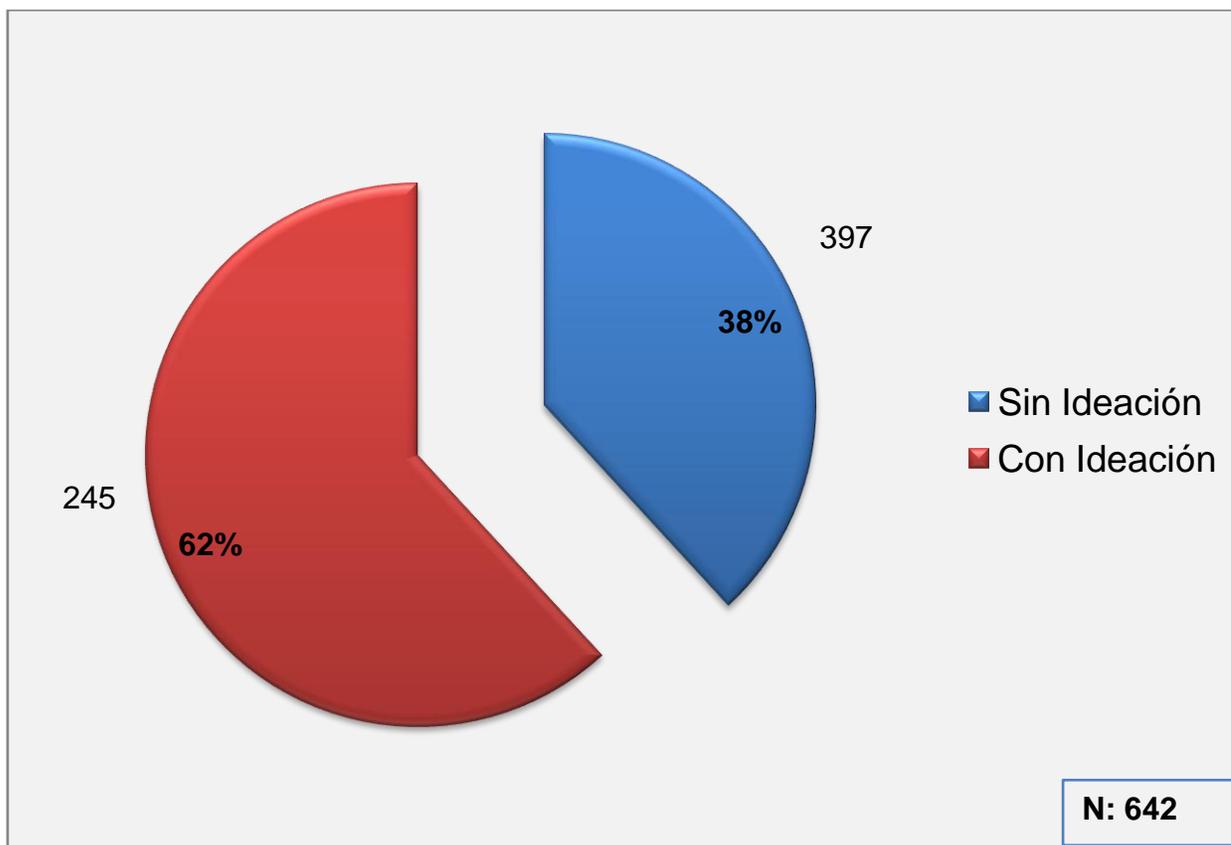
Escritorios

7.3 Financieros

Recurso	Inversión en quetzales
1. Fotocopias	706
2. Impresiones	300
3. Empastados	840
4. Gasolina	600
5. Pasaje de transporte	2200
6. Lápiceros	10
7. Alimentación	600
8. Cróquis	450
Total	5,706

VIII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

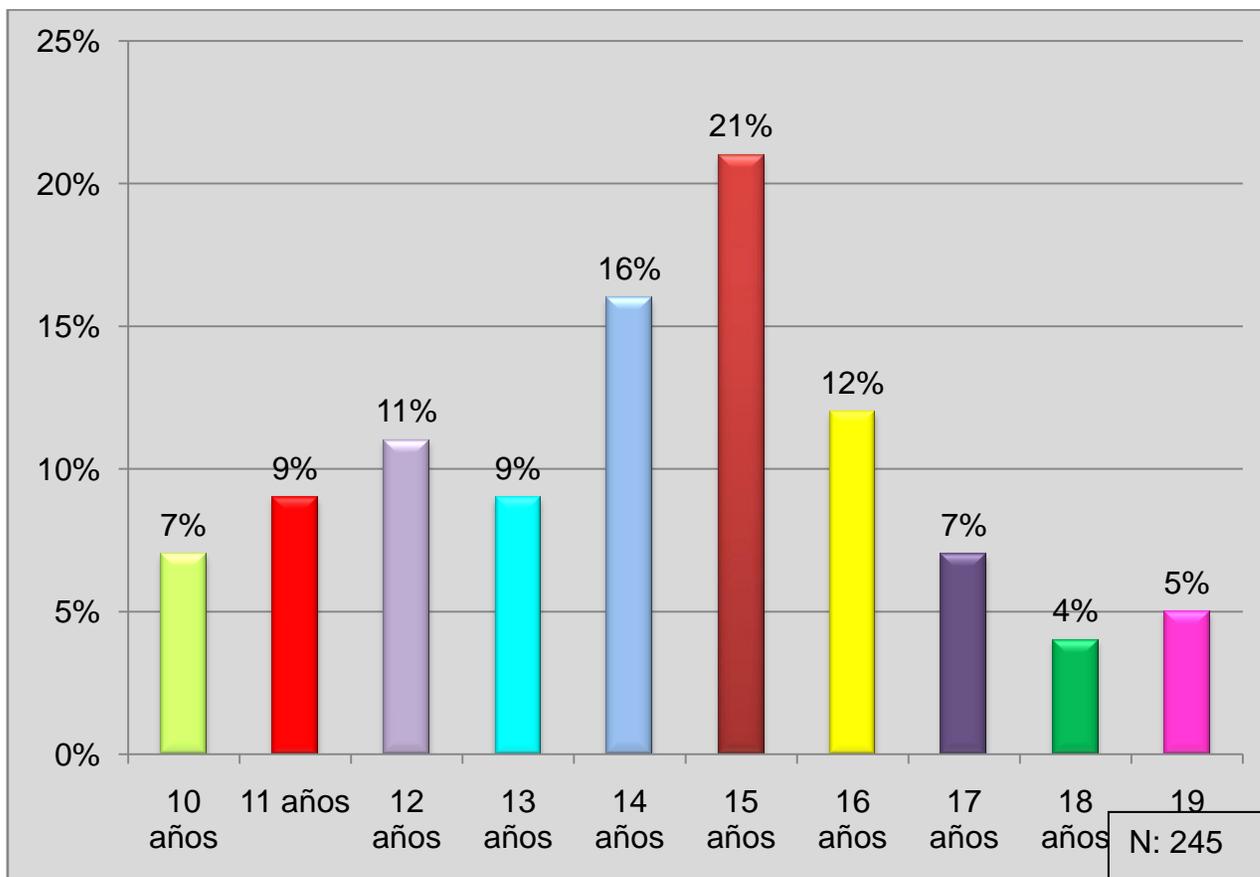
Gráfica 1. Distribución de la presencia de intencionalidad suicida en jóvenes entre las edades de 10 a 19 años evaluados mediante el test de “Ideación Suicida de Beck” en las aldeas de Ipala, Quezaltepeque y Concepción las Minas, del departamento de Chiquimula, en el período de junio a julio del 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

La presencia de ideación suicida en los 642 jóvenes encuestados en las aldeas de los municipios de Ipala, Quezaltepeque y Concepción las Minas del departamento de Chiquimula, es de un 38% (245) de los casos.

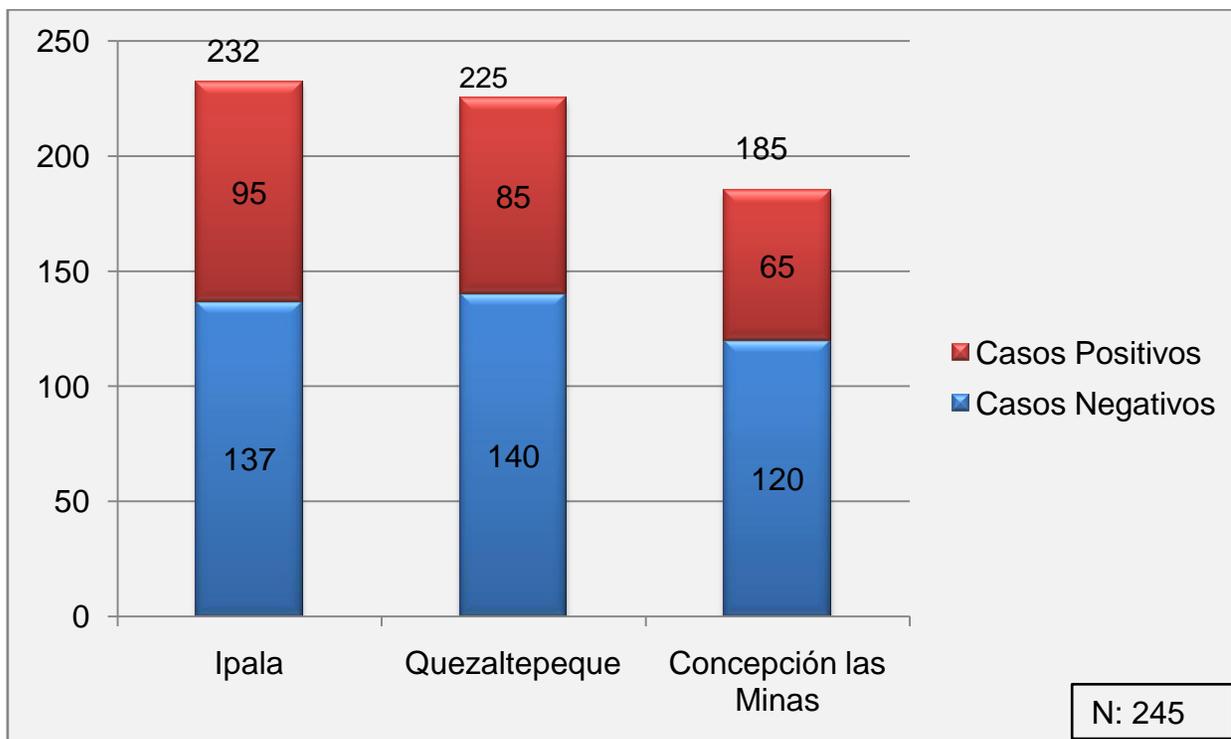
Gráfica 2. Distribución del grupo etario de jóvenes evaluados mediante el test de “Ideación Suicida de Beck”, que presentan intencionalidad suicida, en las aldeas de Ipala, Quezaltepeque y Concepción las Minas, en el departamento de Chiquimula, en el período de junio a julio del 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

De los 245 casos de jóvenes con ideación suicida evaluados mediante el test de “Ideación Suicida de Beck” la edad más frecuente fue de 15 años, con un porcentaje de 21% (52) de los casos, seguidos por la edad de 14 años con un 16% (38) de los casos; y el menor cantidad se encuentra la edad de 18 años con un 4% (9) de los casos.

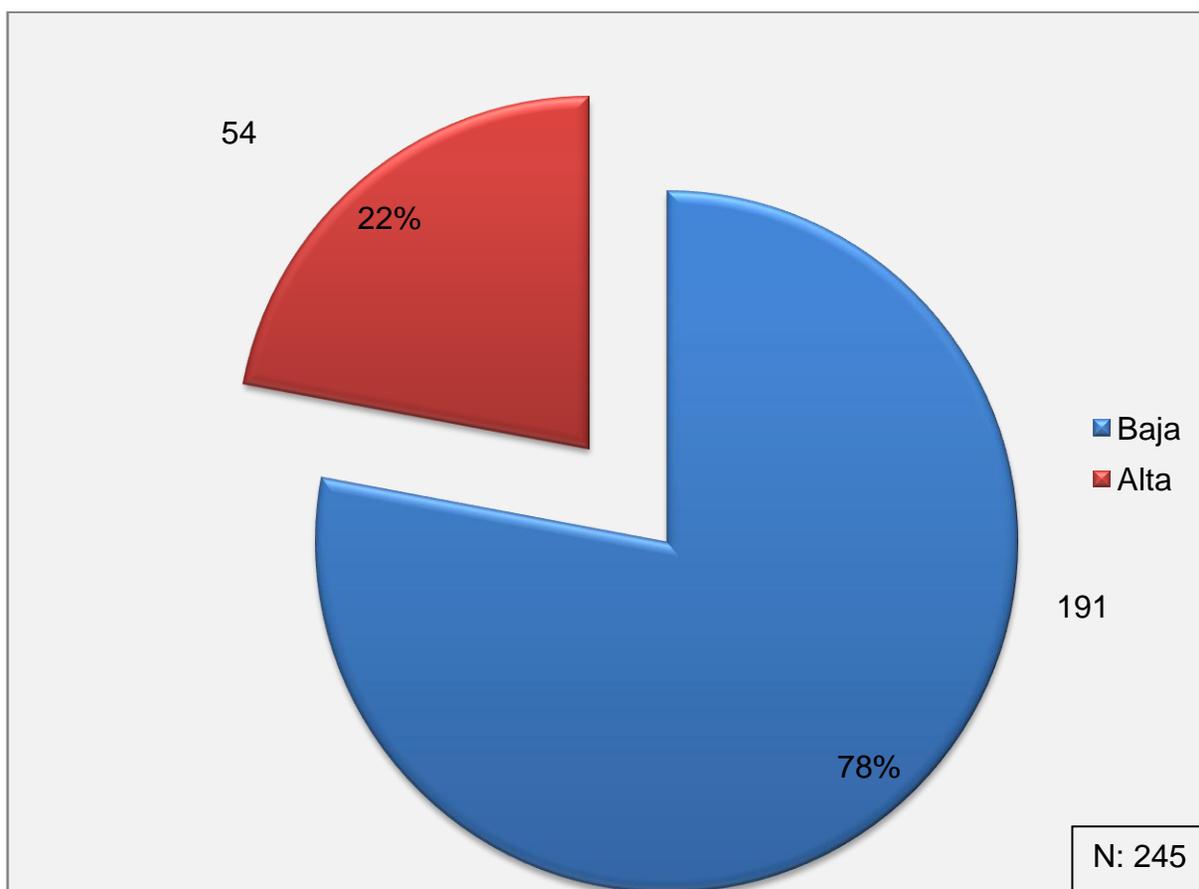
Gráfica 3. Distribución de los casos de intencionalidad suicida de jóvenes evaluados mediante el test de “Ideación Suicida de Beck” que presentaron ideación suicida; según su procedencia, de los municipios a estudio, en el departamento de Chiquimula, en el período de junio a julio del 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Del total de casos de intencionalidad suicida encontrados en los municipios a estudio, se encontró un mayor número de casos en el municipio de Ipala 39% (95) de los mismos, seguido por Quezaltepeque con 35% (85) y en menor cantidad Concepción las Minas con 27% (65) de los casos, teniendo en cuenta que se obtuvo la muestra de cada municipio según la población de jóvenes de cada uno de los municipio siendo esta de 232, 225 y 185 respectivamente.

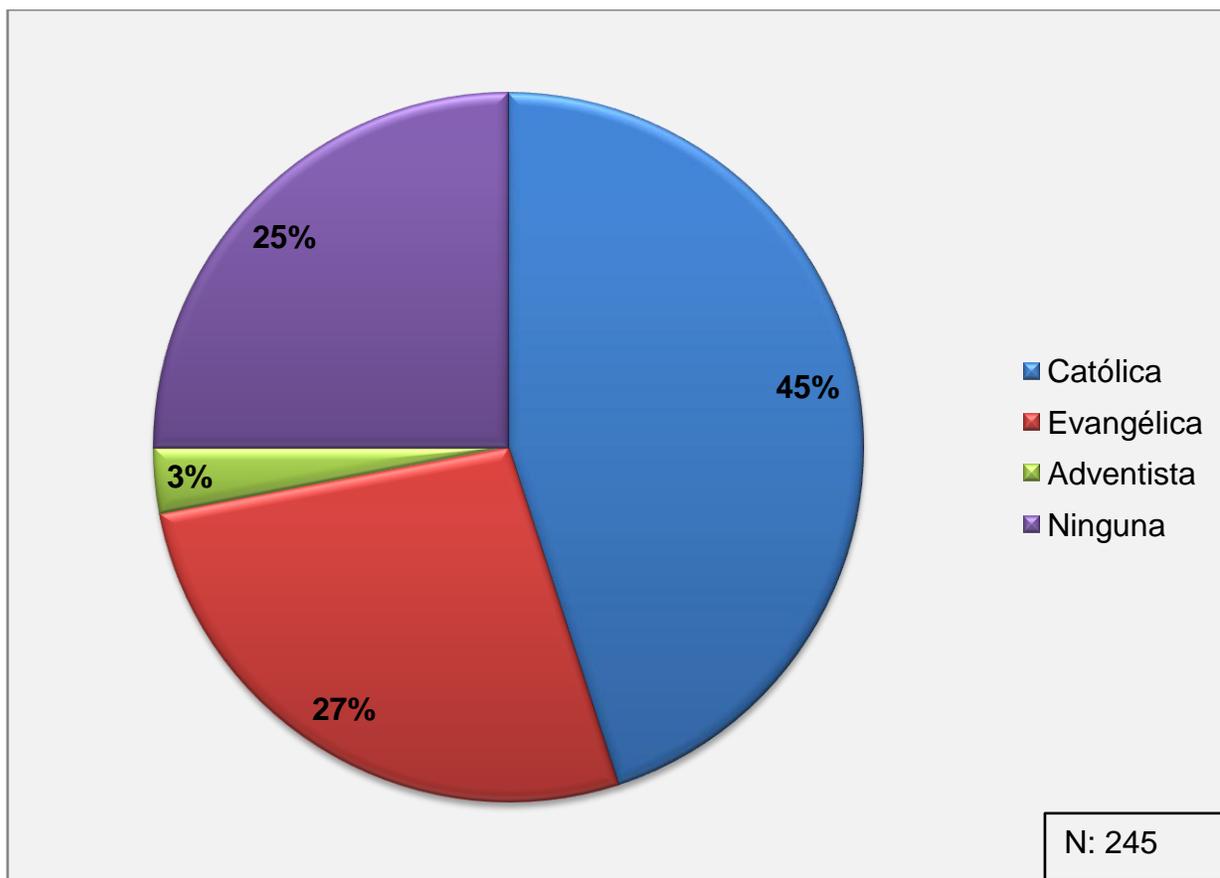
Gráfica 4. Distribución en la clasificación según grado de intencionalidad suicida en jóvenes entre las edades de 10 a 19 años evaluados mediante el test de “Ideación Suicida de Beck” y que presentan ideas suicidas, procedentes de las aldeas de Ipala, Quezaltepeque y Concepción las Minas, del departamento de Chiquimula, en el período de junio a julio del 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

De los 245 jóvenes encuestados de las aldeas de Ipala, Quezaltepeque y Concepción las Minas mediante el test de “Ideación Suicida de Beck” que presentaron ideación suicida, el 78% (191) de los casos presentó ideación suicida baja y los que presentaron ideación alta 22% (54) de los casos.

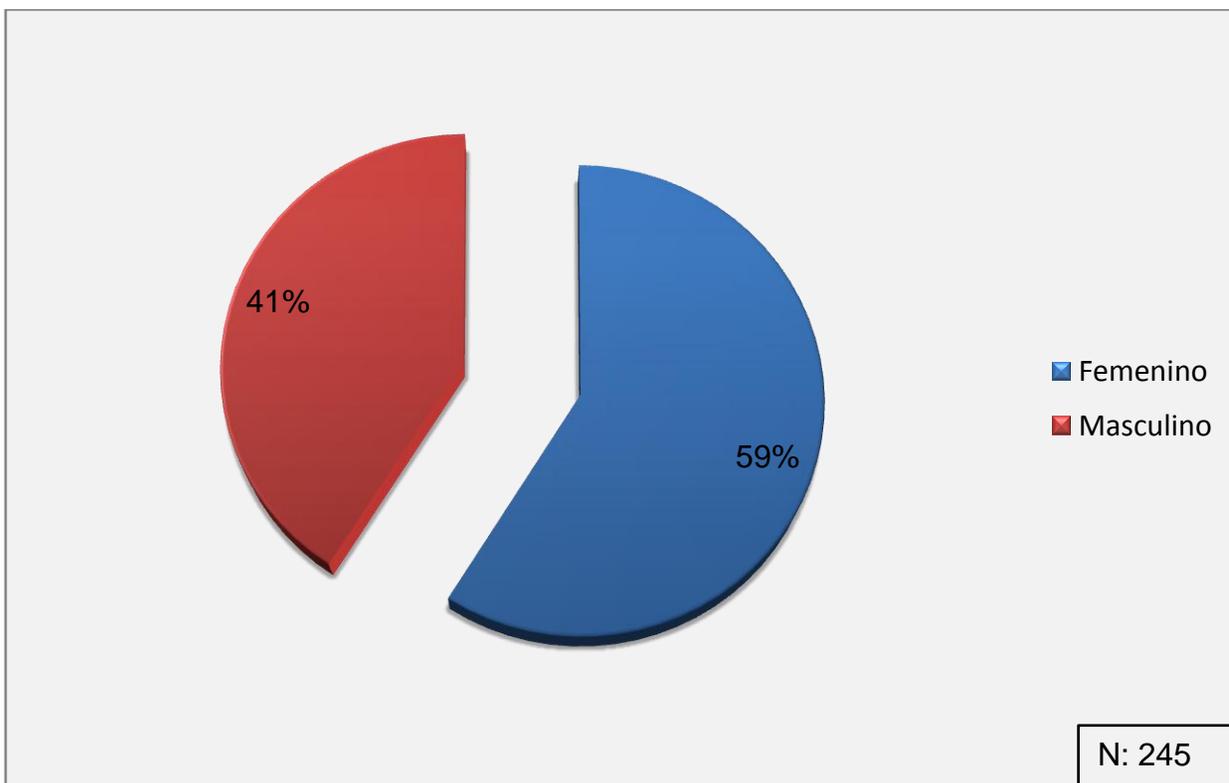
Gráfica 5. Distribución en la religión en jóvenes que presentaron intencionalidad suicida, en las aldeas de Ipala, Quezaltepeque y Concepción las Minas, del departamento de Chiquimula, en el período de junio a julio del 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

De los 245 jóvenes encuestados que presentaron intencionalidad suicida, el mayor porcentaje es de 45% (110) que corresponden a los jóvenes con religión católica, seguidos con 27% (66) de la religión evangélica, 3% (8) de religión adventista y 25% (61) no tienen ninguna religión.

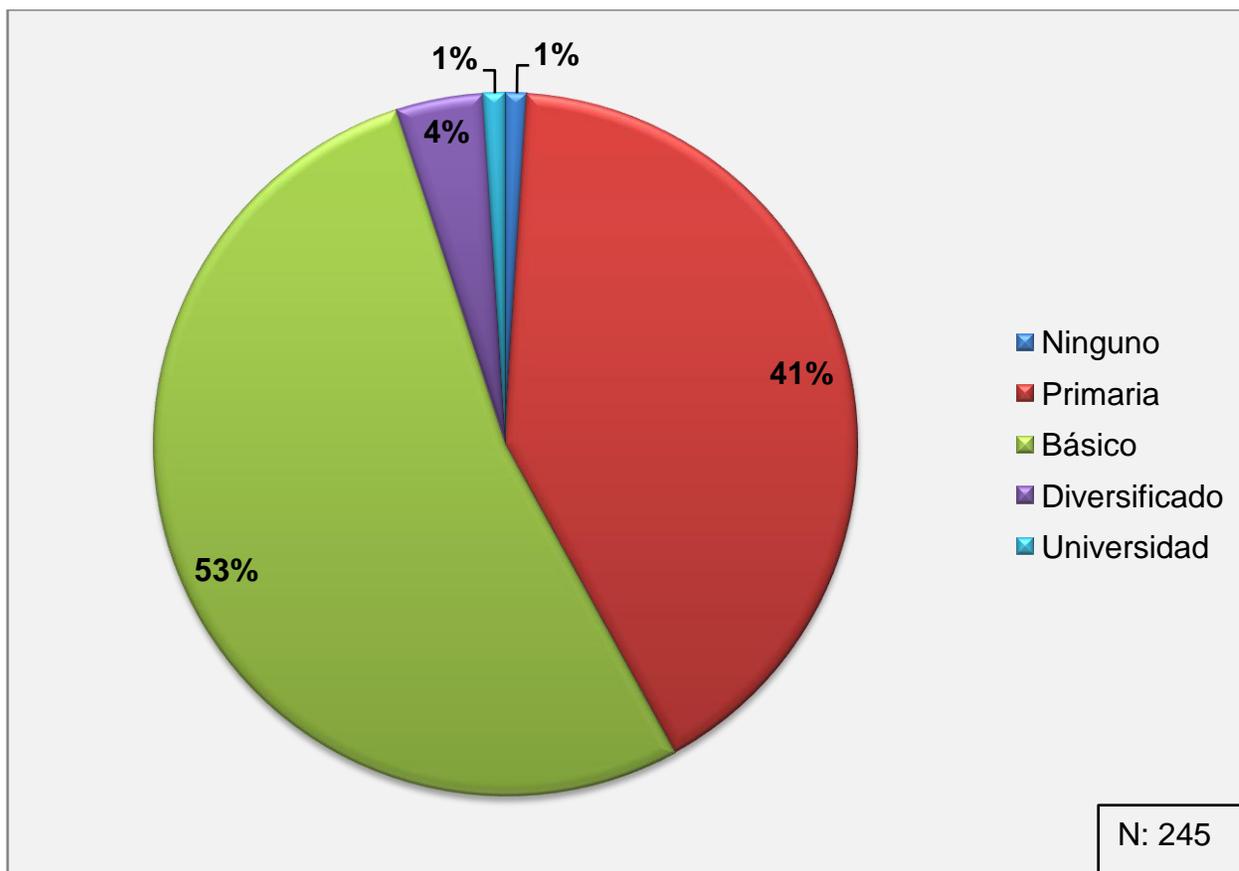
Gráfica 6. Distribución en el género en jóvenes encuestados mediante el test de “Ideación Suicida de Beck”, que presentaron intencionalidad suicida, en las aldeas de Ipala, Quezaltepeque y Concepción las Minas, del departamento de Chiquimula, en el período de junio a julio del 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

El mayor porcentaje de jóvenes con ideación suicida corresponde al género femenino con un 59% (145) de los casos, y en menor grado el género masculino con un 41% (100) de los mismos.

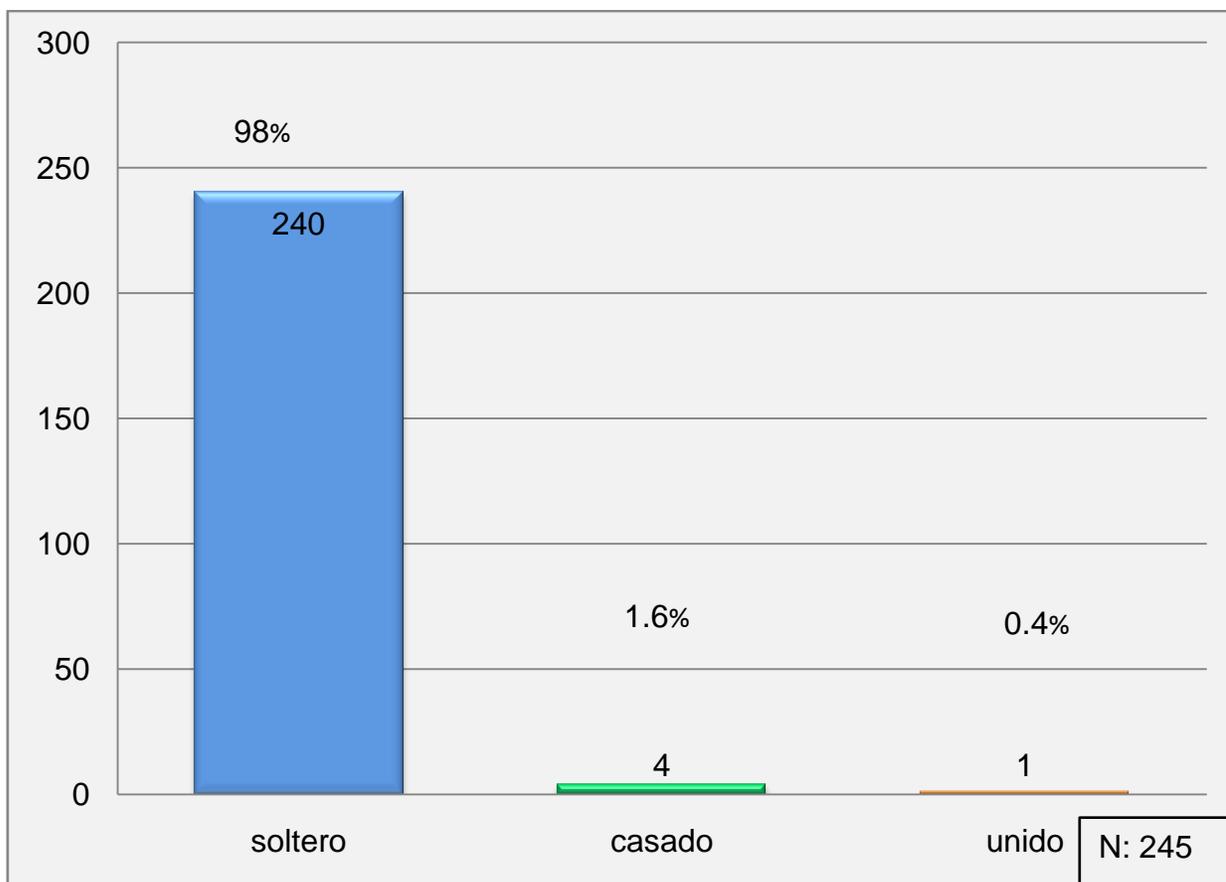
Gráfica 7. Distribución en la escolaridad de los jóvenes que presentaron intencionalidad suicida, en las aldeas de Ipala, Quezaltepeque y Concepción las Minas, del departamento de Chiquimula, en el período de junio a julio del 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En esta gráfica se demuestra que de los 245 jóvenes encuestados que presentaron intencionalidad suicida, de lo cual se desglosa de la siguiente manera con el mayor porcentaje de escolaridad nivel básico con un 53% (130), seguidos del nivel primario con un 41% (100), y en menor porcentaje los que tienen nivel diversificado con un 4% (10) y por último con el 1% que corresponden a jóvenes con un nivel universitario y los que no tienen ningún grado de escolaridad.

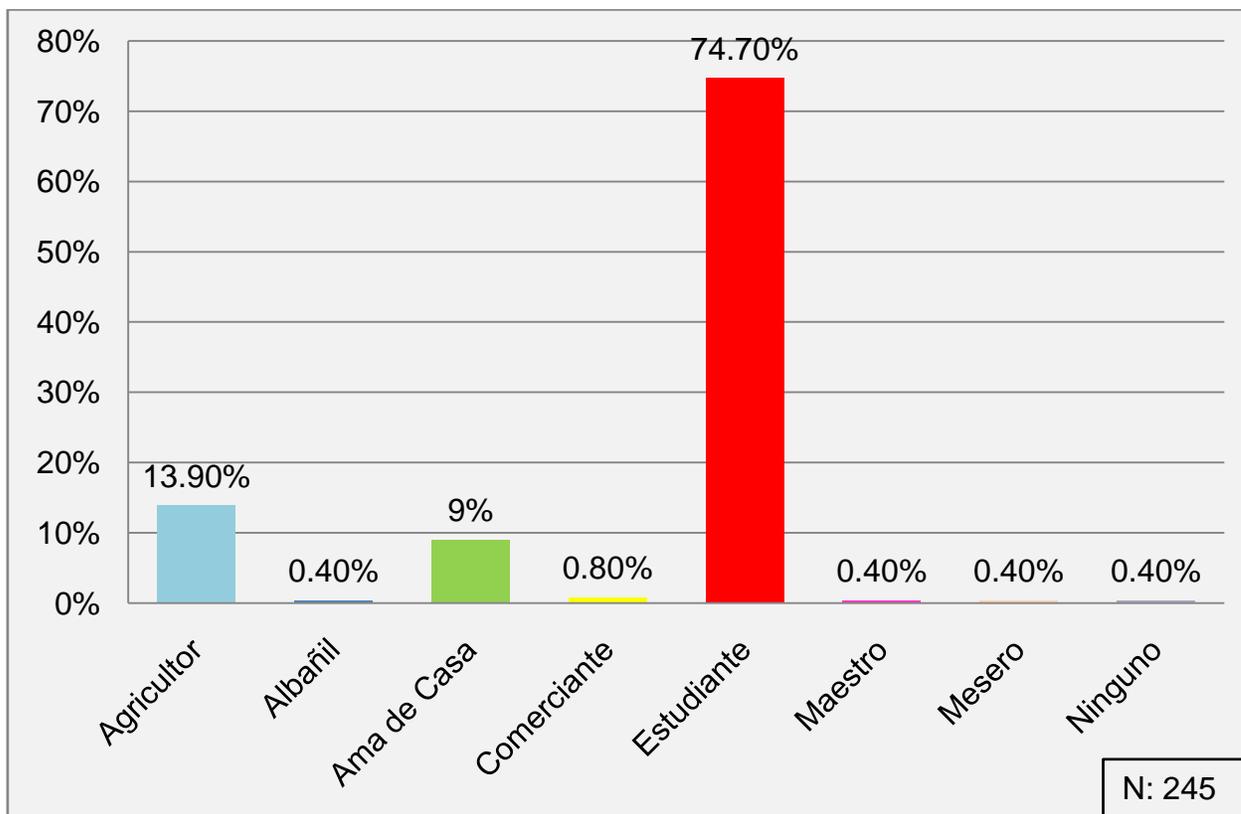
Gráfica 8. Distribución en el estado civil de jóvenes que presentaron intencionalidad suicida, en las aldeas de Ipala, Quezaltepeque y Concepción las Minas, del departamento de Chiquimula, en el período de junio a julio del 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Del total de la población de jóvenes que presentaron intencionalidad suicida el mayor número de los mismos son solteros con un 98% (240), seguido por los que se encuentran casados 1.6% (4) y por último un joven que se encuentra en unión libre 0.4%.

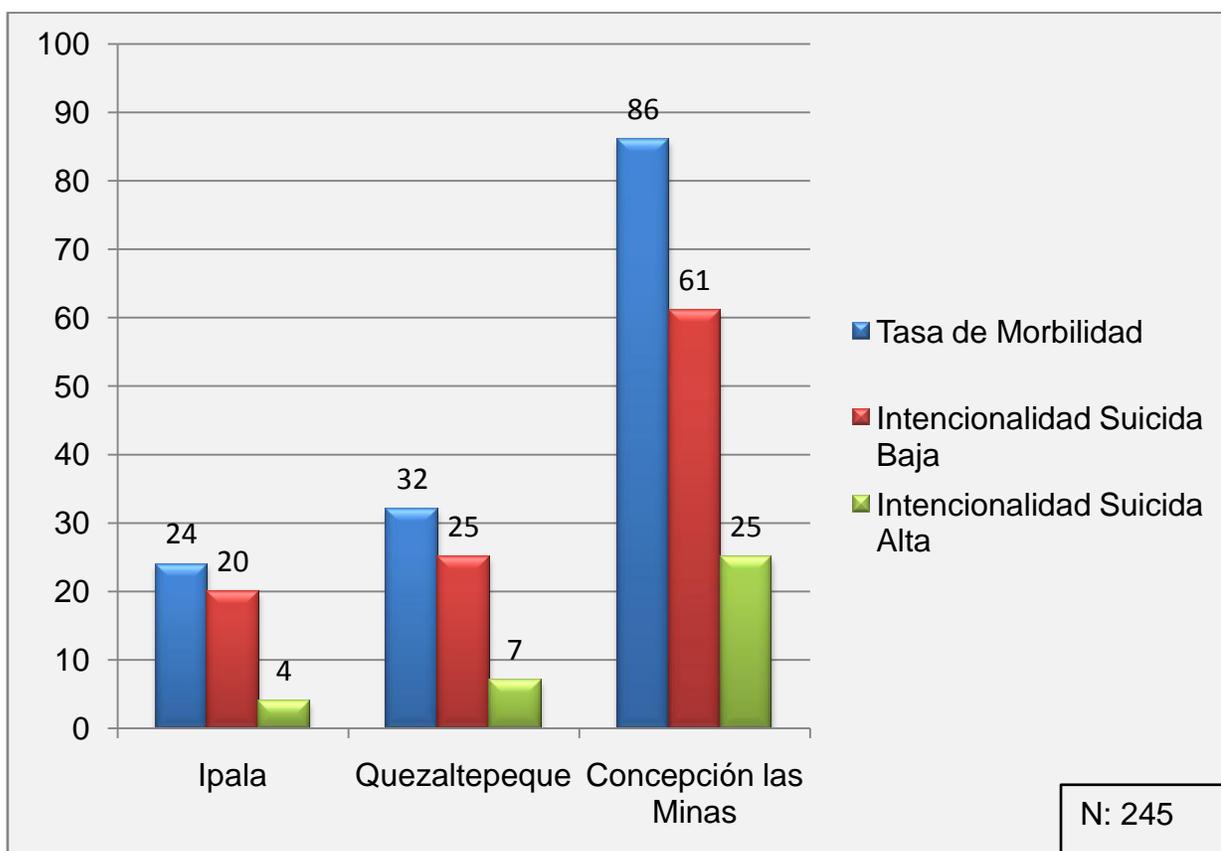
Gráfica 9. Distribución de los jóvenes según su ocupación que presentaron intencionalidad suicida, en las aldeas de Ipala, Quezaltepeque y Concepción las Minas, del departamento de Chiquimula, en el período de junio a julio del 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Esta gráfica presenta que el porcentaje más elevado se encuentran los jóvenes en donde su ocupación es ser estudiantes con un 74.7% (183), seguido por los que se dedican a la agricultura con un 13.9% (34), ama de casa con 9% (22), comerciante con 0.8% (2), también encontramos que las ocupaciones como albañil, maestro y mesero tienen un porcentaje de 0.4% (1) por cada uno de los antes mencionados y por último encontramos que hay 1 joven sin ninguna ocupación que corresponde al 0.4%.

Gráfica 10. Distribución de la tasa de morbilidad por 1,000 habitantes según la intencionalidad suicida en jóvenes que presentan ideaciones suicidas procedentes de las aldeas de los municipios de Ipala, Concepción las Minas y Quezaltepeque del departamento de Chiquimula en el período de Junio a Julio del 2014.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Esta gráfica evidencia la probabilidad general, alta y baja de presentar intencionalidad suicida en jóvenes según su procedencia. En donde el municipio de Concepción las minas la probabilidad de presentar ideación suicida es de 86 por cada 1,000 habitantes, de la cual la ideación alta y baja presentan 61 y 25 por 1,000 habitantes respectivamente. Quezaltepeque tiene una tasa de morbilidad de 32 de la cual 25 es ideación baja y 7 alta. Ipala tiene una tasa de 24 por 1,000 habitantes de la cual la ideación baja y alta presenta una tasa de 20 y 4 respectivamente.

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se hizo un estudio descriptivo sobre la intencionalidad suicida en los adolescentes utilizando el “Test de Ideación Suicida de Beck” en población entre las edades de 10 a 19 años, en las aldeas de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala del departamento de Chiquimula.

Estudios han demostrado que en países subdesarrollados, el hecho que personas presenten pensamientos suicidas, pueden llegar a tener como fin que la mayoría de la personas culminen este pensamiento con un suicidio, y siendo esta una de las causas de muerte prematura y a pesar que ha disminuido en la población mayores de 50 años, ha aumentado en la población de adultos jóvenes, situación que incrementa sustancialmente el número de pérdida de años de vida potenciales en un país (OPS 2012).

En este estudio la presencia de intencionalidad suicida en jóvenes entre las edades de 10 a 19 años, de las aldeas de Quezaltepeque, Ipala y Concepción las Minas del departamento de Chiquimula durante los meses de junio a julio de 2014 fue de un 38%, es decir que se captaron a un total de 245 jóvenes con pensamientos suicidas . Este resultado es muy superior con lo que se evidencia en estudios internacionales y los propios de Guatemala.

En Colombia Sánchez R; Canceres H y Gómez (2002) realizaron el estudio de “Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados” donde los estudiantes universitarios colombianos menores de 18 años mostró una prevalencia 4.45% (Pérez Gómez, CA; Aguilar Baldizón, JR; Castillo García, KA; Pérez Pérez, PG; Lima Huevo, SA; Cogoux González, MV. 2011).

Un estudio realizado en el 2011 en Guatemala en los institutos del departamento de Santa Rosa de un total de 1,942 adolescentes se determinó la presencia de ideación suicida en un 2% (Cano Domínguez, P; Pena Andreu, JM; Ruiz Ruiz, M. 2011).

Podemos observar del total de casos que el 59% son de sexo femenino y el 41% de sexo masculino, esto concuerda con lo propuesto en el XII Congreso Nacional de

Psiquiatría realizado en Madrid en el 2009, donde concluyeron que el intento de suicidio es 2 a 3 veces mayor en las mujeres, pero los suicidios consumados son más frecuentes en hombres.

De los casos en este estudio el 21% tiene 15 años y el 16% refirieron tener 14 años, en estas edades los seres humanos experimentan diversos cambios físicos, psicológicos y socioculturales, probablemente muchos de ellos no han de contar con el apoyo emocional necesario para enfrentar dichos cambios lo que los lleva a desarrollar pensamientos suicidas. Es importante recalcar que muchos estudios afirman que es durante las etapas tempranas de la vida donde se comienza a desarrollar los pensamientos suicidas aunque las tasas de suicidios consumados aumentan conforme la edad aumenta.

De estos jóvenes que presentan ideación suicida el 74.7% son estudiantes de los cuales el 53% están en nivel básico y el 41% en primaria, es necesario resaltar que muchos de estos jóvenes debido a la situación económica trabajan en la agricultura (13.9%) lo cual posiblemente hace que pospongan sus estudios o se ven obligados a abandonar los mismos por desempeñar dicho trabajo, aunque la mayoría tiene un nivel de educación que probablemente les permite tener medios de comunicación de acceso a información sobre el suicidio.

De los jóvenes estudiados el 45% refirió ser católico, el 27% evangélico y el 25% no profesa ninguna religión, a diferencia de lo publicado por el sociólogo Émile Durkheim sobre el efecto protector de las religiones en los intentos de suicidio (2010), donde evidencia que los católicos presentan menores tasas de suicidio que otras religiones. De igual forma el epidemiólogo Matthias Egger de la universidad de Berna, en el 2005 sometió a 1.700.000 católicos, más de 1.500.000 protestantes y más de 400.000 individuos sin afiliación religiosa, encontrando las tasas más bajas de pensamientos suicidios en los católicos. En nuestro estudio muchos de los jóvenes encuestados que refirieron tener alguna religión pero probablemente no practiquen la misma (OMS, Organización Mundial de la Salud, IT. 2012).

De estos jóvenes el 98% se encuentran solteros, el 1.6% son casados y el 0.4% vive en unión libre. Esto debido al rango de edad que se estudió la cual corresponde de 10 a 19 años donde la mayoría están aún dependientes de los padres.

El mayor número de casos de ideación suicida se encontró por municipio así: en Ipala 39%; seguidos por Quezaltepeque 35% y por último Concepción las Minas con un 27%, pero a la hora de readecuar estos datos conforme al número poblacional de cada uno de los municipios el panorama estadístico cambia teniendo como primer lugar a Concepción las Minas con una tasa de 86 X 1,000 jóvenes y aun es más alarmante es que de estos 25 jóvenes tienen una alta intencionalidad suicida y 61 sujetos un intencionalidad baja; en segundo lugar lo ocupa el municipio de Quezaltepeque, en donde 32 jóvenes por cada 1000 tienen la probabilidad de intencionalidad suicida, con 7 jóvenes de ideación suicida alta y 25 jóvenes con intencionalidad suicida baja y en tercer lugar lo ocupa el municipio de Ipala con la probabilidad de Intencionalidad Suicida de 24 jóvenes por cada 1000, 4 sujetos con ideación suida alta y 20 sujetos con ideación suida baja.

Teniendo en cuenta que Concepción las Minas es uno de los municipios donde los habitantes cuentan con bajos recursos económicos, lo cual los obliga a dedicarse tiempo completo a la agricultura o a migrar a otros países, provocando así el distanciamiento familiar, y siendo muchas veces los hermanos mayores los que toman el papel de padres de sus hermanos menores.

El Dr. Alberto Perales Cabrera en el 2005 publicó un estudio en Perú donde demostró que en jóvenes de 12 a 18 años de edad del área rural en proceso de urbanización del sector de las Delicias del Distrito de Moche en Trujillo que la mayoría de jóvenes que presentaron ideación suicida estaban relacionados con mayor distrés y síntomas depresivos al lado de un menor soporte familiar y social (Gómez Restrepo, C; Hernández Bayona, G; Rojas Urrego, A; Santacruz Oleas, H; Uribe Restrepo, M. 2008).

X. CONCLUSIONES

1. De los 642 jóvenes entrevistados de las aldeas de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala que fueron sometidas a estudios el 38% (245) presentan intencionalidad Suicida, de los cuales corresponde según municipio a Ipala 39% (95), Quezaltepeque con 35% (85) y Concepción las Minas con 26% (65), según un número establecido proporcionalmente.
2. Según las características de los jóvenes que presentan intencionalidad suicida (n=245), se determinó que la edad más frecuente se encontraba en jóvenes de 15 años con un 21%, predominando el sexo femenino con un 59%, la mayoría de los sujetos tiene una escolaridad de nivel básico con un 53%, y se determinó que la ocupación en los jóvenes corresponde el ser estudiantes con un 75%, acerca de su estado civil lo ocupa el estar solteros con un 98% y la mayoría profesa la religión católica con un 45% de los casos.
3. Se demuestra que según el grado de intencionalidad suicida mediante el test “Ideación Suicida de Beck” en jóvenes de las aldeas de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala, sujetos con intencionalidad suicida baja es de un 78% (191), de intencionalidad suicida alta corresponde a un 22 % (54).
4. El municipio que mayor probabilidad tiene de presentar intencionalidad suicida en adolescentes lo ocupa Concepción las Minas con una tasa de 86 jóvenes por cada 1,000 jóvenes, en la cual tienen intencionalidad suicida baja 61 sujetos y de intencionalidad alta 25 sujetos por cada 1,000 jóvenes, lo cual es alarmante.

XI. RECOMENDACIONES

1. Se le solicita a las autoridades y docentes encargados de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI) que se forme un grupo de apoyo conformado por estudiantes que cursen en su Ejercicio Profesional Supervisado del área rural (EPSR) de los municipios evaluados del departamento de Chiquimula, y a los estudiantes de quinto año que se encuentren en su rotación de salud mental; para que ellos en conjunto brinden apoyo a este problema, detectando casos y dándole su seguimiento.
2. Se le solicita a las autoridades del Centro Universitario de Oriente realizar una alianza estratégica entre la Carrera de Médico y Cirujano de CUNORI, con otras universidades con carrera de psicología, para poder abarcar mejor la población afectada y así darle un seguimiento adecuado, con el fin fortalecer el grupo de apoyo que estará integrado por los estudiantes del EPSR y de los de salud mental.
3. Debido a los alarmantes resultados en esta investigación se le recomienda al departamento de psicología del Área de Salud de Chiquimula, reforzar los programas de salud mental en los distritos del departamento de Chiquimula, brindando capacitación al personal médico, enfermería, técnicos de salud y facilitadores comunitarios, con el fin de tener una mayor vigilancia epidemiológica y un enfoque preventivo.
4. Se le recomienda a la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, realizar más investigaciones sobre el tema de suicidio y así poder dar seguimiento a los casos de dicho tema.

XII. PROPUESTA

Los intentos de suicidio y suicidios consumados actualmente se consideran un problema de Salud Pública muy importante, por lo que es de suma importancia detectar de una manera temprana la intencionalidad suicida para un adecuado abordaje terapéutico y preventivo. A través del estudio realizado se evidenció que los jóvenes de las aldeas de los municipios de Quezaltepeque, Concepción las Minas e Ipala del departamento de Chiquimula presentan algún grado de ideación suicida el cual no es detectado y no son tratados de una manera oportuna, por lo cual se plantea la siguiente propuesta.

Convocar a una reunión a las distintas Instituciones Gubernamentales: Municipalidad, Educación y Salud a participar de un taller donde se socializará los resultados de dicha investigación por parte del departamento de Psicología del Área de Salud de Chiquimula y así obtener propuestas de acciones por dichas entidades.

Se formará un grupo de apoyo conformado por los médicos de ejercicio profesional supervisado del área rural EPSR y los estudiantes de quinto año que estén en la rotación de salud mental, los cuales recibirán una capacitación sobre el tema de suicidio en adolescentes impartida por la Asociación Psiquiátrica de Guatemala y personal del departamento de Psicología del Área de Salud de Chiquimula. Se entregarán unos volantes titulados “Actúa y Previene” con información necesaria sobre el suicidio para ser distribuida a jóvenes que presenten ideas suicidas, también se entregará al personal médico, paramédico y estudiantes de medicina, una práctica guía titulada “Prevención del Suicidio en Adolescentes”, para detección y referencia de los pacientes con ideas suicidas.

GRUPO DE APOYO

Integrantes:

- Médico EPSR de Ipala, Quezaltepeque y Concepción las Minas.
- Médicos externos de quinto año de la rotación de Salud Mental.
- Coordinador del programa EPSR.
- Catedrático del curso Salud Mental.
- EPS de Psicología de Universidad Mariano Gálvez (si se logra la unión con dicho establecimiento).

Objetivo

- Brindar apoyo a los distintos programas de salud mental de las Instituciones Gubernamentales (Salud, Educación y Municipalidad).

Funciones:

- Diagnosticar a personas con Intencionalidad suicida mediante el test Ideación Suicida de Beck y la guía titulada “Prevención del Suicidio en Adolescentes”, para luego referir al Centro de Salud para consulta con psicología.
- Visitar los centros educativos tanto del área rural y urbana para dar charla motivacionales a los estudiantes y docentes.
- Participar de las reuniones de distritos del programa de salud mental.
- Dar seguimiento a los pacientes diagnosticados con intencionalidad suicida y su respectiva evolución clínica.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Buendía, J; Riquelme, A; Ruiz, JA. 2004. El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida (en línea). España, Nausícaä. Consultado 3 abr. 2014. Disponible en: <http://books.google.com.gt/books?id=PLVv4WJEUyKc&printsec=frontcover&dq=el+suicidio+en+adolescentes&hl=es-419&sa=X&ei=lvxoUKyFzLsASXr4L4Bg&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=el%20suicidio%20en%20adolescentes&f=false>
2. Cano Domínguez, P; Pena Andreu, JM; Ruiz Ruiz, M. 2011. Conductas suicidas en adolescentes (en línea). España, Universidad de Málaga, Departamento de psiquiatría y psicología médica. p. 5-16. Consultado 3 may. 2014. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/suicidas.pdf>
3. Dávila, C. 2013. Suicidio en niños y adolescentes (en línea). Dialogo libre de Prensa Libre. Guatemala, oct. 14. Disponible en: http://www.prensalibre.com/multimedia/pltv/Dialogo_Libre-Suicidio_en_ninos_y_adolescentes_3_1010928904.html
4. Franco Hernández, CM. 2012. Caracterización y riesgo de reincidencia en pacientes con intento de suicidio: estudio descriptivo transversal del paciente con intento de suicidio que ingresó en el año 2011 al Hospital Regional de Zacapa, durante el 01 de mayo al 30 de junio de 2012. Tesis MC. Chiquimula, GT, CUNORI - USAC. p. 24–26.
5. Gómez Restrepo, C; Hernández Bayona, G; Rojas Urrego, A; Santacruz Oleas, H; Uribe Restrepo, M. 2008. Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niño, adolescentes y adultos (en línea). Colombia, Editorial medica internacional LTDA. Consultado 2 abr. 2014. Disponible en:

<http://books.google.com.gt/books?id=LSKfF9f7xF4C&pg=PA844&dq=psiquiatria+clinica+diagnostico+y+tratamiento+en+ni%C3%B1os+adolescentes+y+adultos&hl=es419&sa=X&ei=hu9oU9yDFcjlASquYGYDw&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q=psiquiatria%20clinica%20diagnostico%20y%20tratamiento%20en%20ni%C3%B1os%20adolescentes%20y%20adultos&f=false>

6. Kim, SW. 2012. Impact of childhood adversity on the course and suicidality of depressive disorders (en línea). Journal Medical School 30: 965–974. Consultado 8 mar. 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23880448>
7. OMS (Organización Mundial de la Salud, IT). 2012. Prevención de suicidio (en línea). Italia. Consultado 10 mar. 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
8. O'Connor, E. 2013. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary (en línea). United States of América, Center for Health Research, Kaiser Permanente Northwest. Consultado 9 mar. 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23609101>
9. Pérez Barrero, A. 2013. Manejo de la crisis suicida en el adolescente (en línea). Cuba, Psicología Online. p. 8-12. Consultado 2 may. 2014. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/manejo.shtml>
10. _____. 2012. Como evitar el suicidio en adolescentes (en línea). Cuba, Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría. p. 47-52. Consultado 9 mar. 2014. Disponible en: <http://www.angeldelaguarda.com.ar/gestalt/libros/suicidio/COMO%20EVITAR%20EL%20SUICIDIO%20EN%20ADOLESCENTES.pdf>

11. Pérez Gómez, CA; Aguilar Baldizón, JR; Castillo García, KA; Pérez Pérez, PG; Lima Huevo, SA; Cogoux González, MV. 2011. 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 (en línea). Tesis MC. Guatemala, USAC. p. 22-47. Consultado 4 abr. 2014. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8838.pdf

12. Seo, HJ. 2014. Persistence and resolution of suicidal ideation during treatment of depression in patients with significant suicidality at the beginning of treatment (en línea). Republica de Korea, The catholic university of korea, Department of psychiatry. Consultado 8 mar. 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24262641>

13. Villardón Gallego, L. 1993. El pensamiento de suicidio en la adolescencia (en línea). Bilbao, ES, Universidad de Deusto, Instituto de Ciencias de la Educación. Consultado 3 abr. 2014. Disponible en: <http://books.google.com.gt/books?id=aGT8y7P56IYC&printsec=frontcover&dq=el+pensamiento+de+suicidio+en+la+adolescencia&hl=es-419&sa=X&ei=yfpoU8SEL9axsATzhoCwDg&ved=0CDAQ6AEwAA#v=onepage&q=el%20pensamiento%20de%20suicidio%20en%20la%20adolescencia&f=false>



XII. ANEXOS



ANEXO 1.

No. Boleta: _____

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERISATARIO DE OREINTE (CUNORI)
CARRERA MÉDICO Y CIRUJANO**



ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

Sexo: **Edad:** **Procedencia:** **Religión:**
Estado civil: **Escolaridad:** **Ocupación:**

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 USTED EN LAS PREGUNTAS 4 Y 5 RESPONDIO "0" EN AMBAS, NO CONTINUE EL CUESTIONARIO.

II. Características de la Ideación/Deseo suicida

6. Duración de ideas suicidas ()

- 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. Expectancia/Anticipación del Intento actual ()

0. No
1. Incierta
2. Si

IV. Realización del intento de suicidio

16. Preparación real ()

- 0. Ninguna
- 1. Parcial (ejemplo: empezar a recoger pastillas)
- 2. Completa (ejemplo: tener pastillas, navaja afeitar, arma cargada)

17. Notas acerca del suicidio suicida ()

- 0. Ninguna
- 1. empezada pero no terminada, solamente pensó en dejarla.
- 2. Nota completada.

18. "Últimos arreglos" para preparar la muerte ()

(Seguros, testamento, donaciones, etc.)

- 0. Ninguno
- 1. pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados
- 2. hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado.

19. Engaño/Ocultación del pensamiento suicida ()

- 0. Revela las ideas abiertamente
- 1. Contiene su revelación (reticente)
- 2. Intenta ocultar, engañar, mentir

RESUMEN

PUNTUACION TOTAL

INTENCIONALIDAD SUICIDA BAJA

INTENCIONALIDAD SUICIDA ALTA

Dr. Edvin Mazariegos Albanes
Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano
Presente.

Le saludo cordialmente deseándole éxito en sus labores diarias.

El motivo de la presente es para solicitar su autorización para conformar un "Grupo de Apoyo" conformado por los médicos del Ejercicio Profesional Supervisado del área rural de los municipios de Ipala, Quezaltepeque y Concepción las Minas, de igual forma los estudiantes de quinto año que estén cursando en la rotación de Salud Mental y su respectivo docente encargado, para que ellos en conjunto brinden apoyo a este problema, detectando casos y dándole su seguimiento. Debido a que a través de nuestro estudio titulado "Intencionalidad Suicida en pubertad y adolescencia" se evidenció que los jóvenes de las aldeas de los municipios de Quezaltepeque, Concepción las Minas e Ipala del departamento de Chiquimula presentan algún grado de ideación suicida el cual no es detectado y no son tratados de una manera oportuna podrían culminar en un suicidio consumado.

Atentamente


Rosa María Rivera


Elva María Gutiérrez


Juan Diego Lee

CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
RECIBIDO - MEDICO CIRUJANO

04 AGO 2014

Hora: 14:43 Por 
No. de Registro: _____
No. de Folios: _____

Chiquimula 4 de Agosto 2014

ANEXO 3

Dr. Rory Vides

Coordinador del programa EPSR CUNORI.

Catedrático de la Rotación de Salud Mental CUNORI.

Docente de la carrera de psicología en la Universidad Mariano Gálvez.

Le saludo cordialmente deseándole éxito en sus labores diarias.

El motivo de la presente es para solicitar su colaboración para conformar un "Grupo de Apoyo" por los médicos del Ejercicio Profesional Supervisado del área rural de los municipios de Ipala, Quezaltepeque y Concepción las Minas, de igual forma los estudiantes de quinto año que estén cursando en la rotación de Salud Mental y su respectivo docente encargado de igual manera el de crear una alianza con los estudiantes de la carrera de psicología de la Universidad Mariano Gálvez para que unión con la carrera de Médico y Cirujano, se le brinde apoyo a este problema, detectando casos y dándole su seguimiento. Debido a que a través de nuestro estudio titulado "Intencionalidad Suicida en Pubertad y Adolescencia" se evidenció que los jóvenes de las aldeas de los municipios de Quezaltepeque, Concepción las Minas e Ipala del departamento de Chiquimula presentan algún grado de ideación suicida el cual no es detectado y no son tratados de una manera oportuna podrían culminar en un suicidio consumado.

Atentamente


Rosa María Rivera


Juan Diego Lee


Elva María Gutiérrez

CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
RECIBIDO - MEDICO CIRUJANO

04 AGO 2014

Hora: 14:43 Por 
No. de Registro: _____
No. de Folios: 1

ANEXO 4

Chiquimula 11 de agosto de 2014

Dr. Nery Ortiz
Presidente de la Asociación Psiquiátrica de Guatemala
Presente.

Le saludamos cordialmente deseándole éxito en sus labores diarias.

El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que hemos realizado un trabajo de investigación titulado “Intencionalidad Suicida en la Pubertad y Adolescencia” el cual es un estudio descriptivo de carácter epidemiológico donde se evaluó de forma confidencial mediante el test “Ideación Suicida de Beck” a 642 jóvenes de ambos sexos entre las edades de 10 a 19 años de los municipios de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala del departamento de Chiquimula; donde se encontró que el 38% (245) presentan intencionalidad Suicida, de los cuales un 78% presentan ideación baja y un 22% ideación alta. La edad más frecuente encontrada fue de 15 años con un 21%, predominando el sexo femenino con un 59%, la mayoría de los sujetos tiene una escolaridad de nivel básico con un 53%.

Debido a lo alarmante de estos resultados solicitamos a la Asociación Psiquiátrica de Guatemala dar seguimiento a estos casos, de igual forma solicitamos una capacitación para los Médicos de Ejercicio Profesional Supervisado del área rural de Chiquimula y a los estudiantes de quinto año que se encuentran en la rotación de salud mental quienes conformaran un equipo de apoyo para el área de salud de Chiquimula en la detección de estos casos y así brindarle a la población un mejor manejo.

Atentamente:

Elva María Gutiérrez Recinos

Juan Diego Lee Franco

Rosa María Rivera Orellana

ANEXO 5

Chiquimula 11 de agosto de 2014

Personal del área de Psicología
Área de Salud de Chiquimula
Presente

Le saludamos cordialmente deseándole éxito en sus labores diarias.

El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que hemos realizado un trabajo de investigación titulado "Intencionalidad Suicida en la Pubertad y Adolescencia" el cual es un estudio descriptivo de carácter epidemiológico donde se evaluó de forma confidencial mediante el test "Ideación Suicida de Beck" a 642 jóvenes de ambos sexos entre las edades de 10 a 19 años de los municipios de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala del departamento de Chiquimula; donde se encontró que el 38% (245) presentan intencionalidad Suicida, de los cuales un 78% presentan ideación baja y un 22% ideación alta. La edad más frecuente encontrada fue de 15 años con un 21%, predominando el sexo femenino con un 59%, la mayoría de los sujetos tiene una escolaridad de nivel básico con un 53%.

Debido a lo alarmante de estos resultados, solicitamos su apoyo para que junto con la Asociación de Psiquiatría de Guatemala, se imparta una capacitación a los estudiantes del programa EPS y quinto año de la carrera de Médico y Cirujano quienes conformaran un grupo de apoyo así como a representantes de instituciones gubernamentales, con el fin de detectar y dar seguimiento a los casos de ideas suicidas.

Atentamente:



Elva María Gutiérrez Recinos



Juan Diego Lee Franco



Rosa María Rivera

Recibido
Licda. Sindy Vásquez
Psicóloga
15:50

ANEXO 6



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA
SOCIAL
DIRECCION DE AREA DE SALUD DE CHIQUIMULA
8ª. Av. 1-66, Zona 1, Tel. 7932-9600 7942-6569



Chiquimula, 12 de agosto de 2014

Elva María Gutiérrez Recinos
Juan Diego Lee Franco
Rosa María Rivera
Presente

Reciban un cordial saludo de parte del Programa de Salud Mental de Chiquimula, esperando que sus actividades se desarrollen exitosamente.

Como rectores de la Salud Mental del Departamento de Chiquimula agradecemos su valioso aporte en la realización de la investigación "Intencionalidad Suicida en la Pubertad y Adolescencia" y a la vez manifestarles nuestro compromiso en realizar acciones de promoción, prevención y atención ante esta alarmante problemática; no está demás indicarles que cuentan con nuestro apoyo en el proceso de capacitación y seguimiento de los casos según demanda en el servicio de salud correspondiente.

Sin otro particular y quedando a su ordenes, me suscribo de ustedes,

Atentamente,


Lic. Sindy Yuliana Vásquez
Psicóloga Programa de Salud Mental
Área de Salud Chiquimula.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL
SECRETARÍA
DIRECCION AREA DE SALUD
CHIQUIMULA

Salud, un Derecho y Responsabilidad de Todos
Guatemala de la Asunción

ANEXO 7



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO



GUÍA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

Autores:

Elva M. Gutiérrez

Rosa M. Rivera

Juan D. Lee

Chiquimula, Agosto 2014

INTRODUCCIÓN

El suicidio ocupa uno de los primeros lugares de mortalidad a nivel mundial, siendo la ideación suicida una de sus manifestaciones tempranas. Este problema ha aumentado considerablemente en los últimos años, creando así una sociedad débil.

En Guatemala es considerado uno de los principales problemas a nivel de salud pública, situándose entre una de las principales causas de muerte en la población juvenil, siendo estos afectados por muchos factores biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales pueden desarrollar pensamientos suicidas principalmente en jóvenes del área rural, los cuales sin un tratamiento psiquiátrico oportuno pueden llevar a un intento de suicidio o un suicidio consumado.

Según la Procuraduría de los Derechos Humanos en el año 2012 se registró 397 suicidios, estando entre las 10 primeras causas de muerte en el ámbito nacional, por lo cual el departamento de Chiquimula se encuentra en primero lugar, seguido por el departamento de Zacapa. Según datos del Área de Salud del departamento de Chiquimula, los municipios en donde más casos de suicidio en adolescentes se ha reportado han sido en el área rural de Concepción las Minas, Quezaltepeque e Ipala. Es importante mencionar que en el Hospital Nacional de Chiquimula durante el año 2013 se reportaron 80 ingresos por intento de suicidio de los cuales 25 fallecieron.

Debido a las cifras alarmantes sobre todo en los jóvenes que suelen ser más vulnerables a determinadas situaciones que dificultan su desarrollo se realizó un estudio en jóvenes entre las edades de 10 a 19 años en las aldeas de los municipio donde mas intentos se han reportado mencionados anteriormente; en donde se encontró que la presencia de intencionalidad suicida es de 38% (245) de los jóvenes, de los cuales el 78% (191) presentaban intencionalidad baja y el 22% (54) intencionalidad alta, la edad más frecuente fue de 15 años en un 21%; con predominio del sexo femenino 59%, se determinó que el municipio donde hay más morbilidad de ideación suicida es Concepción las Minas con una tasa de 86 por 1,000 habitantes.

ALCANCE Y OBJETIVOS

Consideramos de suma importancia la elaboración de una guía, sobre el conocimiento básico que deberían de tener todos aquellos profesionales sanitarios sobre la intencionalidad suicida, con el fin, de una toma de decisiones para un manejo adecuado, mejorando así la salud y calidad de vida en la población que lo necesite.

Objetivos de la Guía

- a. Abordaje y conocimientos básicos al personal de atención primaria de salud para la evaluación de jóvenes con presencia de ideación suicida.
- b. Mejorar la atención sanitaria prestada a personas con pensamientos suicidas.

Alcance de la Guía

- a. Los sujetos que beneficiarán serán aquellos adolescentes que presenten ideación suicida.
- b. La guía cubrirá la atención que estos jóvenes puedan esperar recibir de los profesionales sanitarios en atención primaria.

¿QUÉ PERSONAS PODRÍAN TENER UN MAYOR RIESGO DE SUICIDIO?

Existen varios factores que podrían influir a la hora de intentar o consumar un suicidio, aunque el hecho de que estén presentes no quiere decir que vaya a ocurrir. Los más frecuentes son:

- Haber tenido un intento de suicidio previo
- Antecedentes de depresión o de otro trastorno mental
- Abuso de drogas o alcohol
- Antecedentes familiares de suicidio o violencia
- Padecer una enfermedad física o tener desesperanza.
- Antecedentes de abuso sexual en la infancia
- Tendencias impulsivas o agresivas.



¿QUÉ COMPORTAMIENTO PRESENTA UNA PERSONA QUE QUIERE SUICIDARSE?

La persona que quiere suicidarse suele presentar cambios en las emociones, en los pensamientos, en los hábitos y en el comportamiento habitual. Entre estos cambios podemos encontrar:

- Tristeza
- Ideas de suicidio
- Escribir notas de despedida
- Entrega de posesiones valiosas
- Aislamiento

- Incremento de consumo de alcohol, drogas u otras sustancias adictivas
- Presencia de trastornos del sueño y del apetito.

¿PUEDE HEREDARSE EL RIESGO DE SUICIDIO?

Los factores genéticos y familiares podrían contribuir a aumentar el riesgo de suicidio. Así, entre los factores familiares, la ausencia de apoyo, un bajo nivel socioeconómico y educativo de la familia o antecedentes de suicidios en ella parecen incrementar el riesgo de suicidio.

Sin embargo, esto no significa que la conducta suicida sea inevitable para personas con este historial genético o familiar; simplemente significa que pueden ser más vulnerables y deben tomar medidas para reducir su riesgo, tales como solicitar ayuda y tratamiento ante un primer signo de alarma.



¿LA DEPRESIÓN AUMENTA EL RIESGO DE SUICIDIO?

Aunque la mayoría de las personas que tienen depresión no se suicidan, el padecer depresión aumenta el riesgo de suicidio, sobre todo si ésta es grave. Así, cerca del 60-90% de las personas que se suicidan tienen síntomas de depresión.

¿AUMENTA EL USO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EL RIESGO DE SUICIDIO?

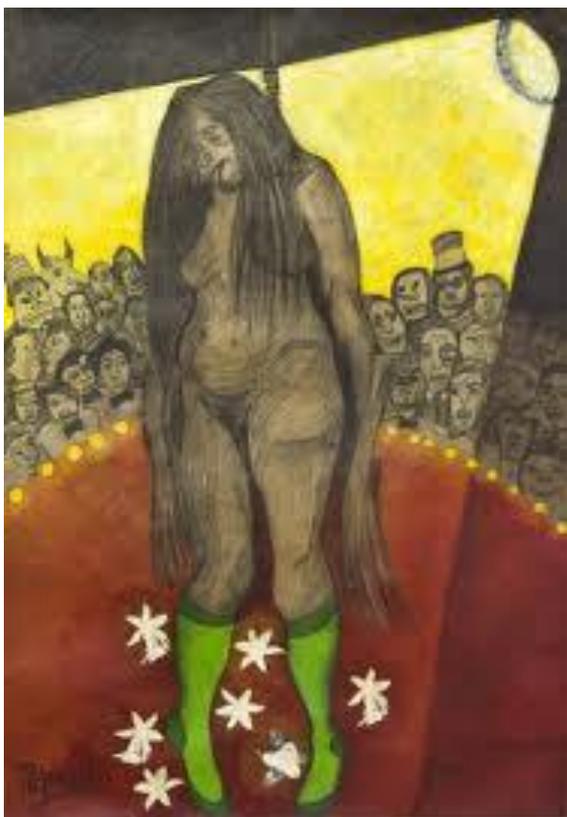
El abuso de alcohol o de otras drogas se asocia con mayor riesgo de suicidio. Este abuso suele ser común entre personas con tendencia a ser impulsivas, a tener mayor número de problemas sociales y económicos, y entre personas con conductas de alto riesgo que pueden resultar con frecuencia en lesiones.

¿QUÉ SIGNIFICA “SUICIDIO POR CONTAGIO” O “IMITACIÓN”?

La imitación de la conducta suicida se puede producir cuando se informa a una persona de que alguien de su entorno (familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.) se suicida o al menos lo intenta. Si esta persona se encuentra en una situación inestable o difícil, ese suceso puede facilitar, por imitación, que también se intente suicidar.

Por otro lado, la manera en que los medios de comunicación tratan el suicidio puede favorecer un “efecto contagio”. Así la información sobre el suicidio con muchos detalles, dar la noticia de forma sensacionalista o cuando el suicidio se aborda con admiración (valentía, romanticismo etc.) puede favorecer la aparición de conductas de imitación, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. Esto, sin embargo, no ocurre cuando la información se enfoca a sensibilizar a la población y prevenir el suicidio.

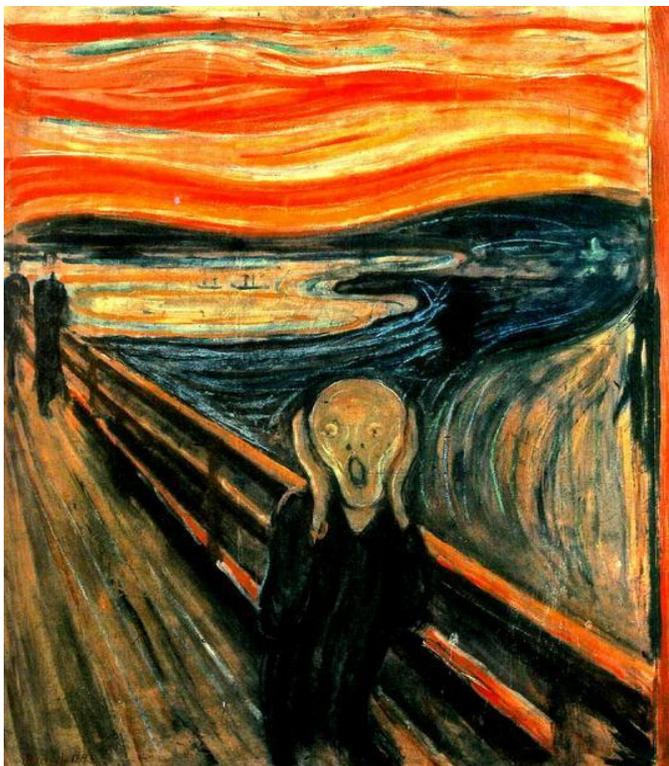
¿CÓMO PUEDO AYUDAR A UNA PERSONA QUE HA INTENTADO SUICIDARSE PERO PARECE QUE SÓLO LO HACE PARA LLAMAR LA ATENCIÓN?



No se debe restar importancia a un acto suicida y creer que la persona lo realiza para llamar la atención. Todas las personas que hacen un intento de suicidio desean expresar que algo no va bien, que nos demos cuenta de que se sienten mal e incapaces de adaptarse a las exigencias que les pide la vida.

¿CÓMO SE PUEDE AYUDAR AL FAMILIAR O AL AMIGO DE UNA PERSONA QUE SE HA SUICIDADO?

Lo primero que debemos hacer es permitirles expresar su pena y sus emociones. El duelo por una persona que se ha suicidado se ve acompañado con frecuencia de sentimientos de culpa, la búsqueda de por qué lo hizo, el vivirlo como una mancha en la familia y otras muchas emociones. Superar esta situación puede llevar dos años o más.



¿ES POSIBLE PREDECIR EL SUICIDIO?

Actualmente no hay una medida definitiva para predecir el suicidio. Aunque los investigadores han identificado algunos factores que hacen que un individuo tenga un alto riesgo de suicidio, realmente muy pocas personas con estos factores llegan a intentar suicidarse. El suicidio es relativamente infrecuente por lo que es difícil predecir qué personas con factores de riesgo finalmente se suicidarán.

¿QUÉ PUEDEN HACER LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN A LA HORA DE INFORMAR SOBRE UN SUICIDIO?

Los medios de comunicación pueden minimizar el riesgo de contagio proporcionando una información concisa de los suicidios. Las noticias sobre suicidios no deben ser repetitivas, porque la exposición prolongada puede aumentar la posibilidad del contagio en personas vulnerables. El suicidio es el resultado de muchos factores, por lo que el reportaje no debe dar explicaciones simplistas, como por ejemplo que un evento negativo reciente en la vida de la persona ha sido la causa del suicidio. Tampoco se

debería divulgar una descripción detallada del método de suicidio utilizado, glorificar a la víctima ni señalar que el suicidio fue efectivo en lograr una meta personal.

Estas mismas recomendaciones deberían aplicarse a la información que se divulga a través de Internet, dado el uso masivo y cotidiano de esta fuente de información.

Tabla 1. ¿Cuáles son los mitos o ideas erróneas sobre el suicidio?

CREENCIAS ERRÓNEAS	SITUACIÓN REAL
EL QUE SE QUIERE MATAR NO LO DICE	<p>Conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse.</p> <p>De cada diez personas que se suicidan, nueve manifestaron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.</p>
EL QUE LO DICE NO LO HACE	<p>Conduce a minimizar las amenazas suicidas, que pueden considerarse erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc.</p> <p>El que se suicida pudo expresar lo que ocurriría con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.</p>
TODO EL QUE SE SUICIDA ES UN ENFERMO MENTAL	<p>Intenta hacer sinónimo el suicidio y la enfermedad mental.</p> <p>Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. No hay duda de que todo suicida es una persona que sufre.</p>
EL SUICIDIO SE HEREDA	<p>Lleva a creer erróneamente que lo que está determinado por la herencia es imposible modificarlo.</p> <p>Aunque el suicidio pueda tener influencia genética, existen una serie de factores protectores que es preciso potenciar (habilidades en la resolución de los problemas, tener confianza en uno mismo, integración social, etc....)</p>
HABLAR SOBRE EL SUICIDIO CON UNA PERSONA QUE ESTÁ EN RIESGO LE PUEDE INCITAR A QUE LO REALICE	<p>Infunde temor a la hora de abordar el tema del suicidio en quienes están en riesgo de consumarlo.</p> <p>Está demostrado que hablar del suicidio reduce el riesgo de realizarlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca a esa persona para el análisis de sus propósitos autodestructivos.</p>

<p>EL SUICIDA DESEA MORIR</p>	<p>Pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo intentan o consuman.</p> <p>Con frecuencia el suicida está en una posición ambivalente, desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella.</p>
<p>EL QUE INTENTA EL SUICIDIO ES UN COBARDE</p>	<p>Pretende evitar el suicidio al equiparlo con una cualidad negativa de la personalidad.</p> <p>Los que intentan suicidarse no son cobardes sólo son personas que sufren.</p>
<p>EL QUE INTENTA EL SUICIDIO ES UN VALIENTE</p>	<p>Pretende equiparar el suicidio con una característica positiva de la personalidad, lo que entorpece su prevención al hacerlo sinónimo de un atributo imitable como es el valor.</p> <p>Los atributos personales como cobardía o valentía no se cuantifican o miden en función de las veces que alguien se intenta quitar la vida o la respeta.</p>
<p>SÓLO LOS VIEJOS SE SUICIDAN</p>	<p>Pretende evadir el suicidio como causa de muerte en edades tempranas de la vida como son los niños y los adolescentes.</p> <p>Los ancianos realizan menos intentos autolíticos que los jóvenes, pero utilizan métodos más efectivos al intentarlo, lo que lleva a una mayor letalidad.</p>
<p>SI SE RETA A UN SUICIDA ESTE NO LO INTENTA</p>	<p>Pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida y desconoce el peligro que significa su vulnerabilidad.</p> <p>Retar al suicida es un acto irresponsable, pues se está ante una persona vulnerable cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, ya que predominan precisamente los deseos de autodestruirse.</p>
<p>LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN NO PUEDEN CONTRIBUIR A LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO</p>	<p>Pretende continuar emitiendo noticias sensacionalistas, con el objetivo primordial de vender, sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido.</p> <p>Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio si enfocan correctamente la noticia sobre el tema y tienen en cuenta las sugerencias de los expertos: publicar señales de alerta de una crisis suicida, dispositivos de salud mental a los que puede acudir, divulgar grupos de riesgo y medidas sencillas que permitan a la población saber qué hacer en caso de detectar a un sujeto con riesgo de suicidio.</p>

¿CUÁLES PUEDEN SER ALGUNAS DE LAS SEÑALES DE ALERTA DE UN SUICIDIO INMEDIATO?

Una señal de alerta nos indica que una persona estaría teniendo serios pensamientos de quitarse la vida y que podría incluso estar planificando como realizarlo.

Si usted se da cuenta de que alguien conocido está actuando de un modo extraño, que no tiene que ver con su carácter habitual, es importante que hable con él sobre lo que puede estar pasando.

Las señales de alerta podrían ser también una petición de ayuda y nos proporcionan una oportunidad (tanto a la familia como a amigos, conocidos y profesionales de la salud) para intervenir y prevenir que esta persona se suicide.

Las siguientes conductas son frecuentes entre personas que están considerando quitarse la vida:

- ✓ Amenazan con dañarse o matarse.
- ✓ Buscan medios para suicidarse o hablan de un plan de suicidio.
- ✓ Hablan o escriben sobre la muerte, el morirse o el suicidio (sobre todo cuando esto no era propio de la persona o era muy raro).
- ✓ Expresan sentimientos de desesperanza.
- ✓ Expresan sentimientos de ira, rabia o venganza.
- ✓ Se involucran en conductas que implican un riesgo innecesario o que son irresponsables.
- ✓ Expresan sentimientos de estar atrapado, de no ver una salida.
- ✓ Incrementan el uso de alcohol u otras drogas.



- ✓ Se retiran o evitan el contacto con amigos, familias o su entorno.
- ✓ Se muestran ansiosos o agitados.
- ✓ Hay patrones anormales de sueño, como el no dormir o el dormir todo el tiempo.
- ✓ Cambios dramáticos en el humor, tales como sentimientos de alegría tras un largo período de tristeza o depresión.
- ✓ Se desprenden de sus posesiones o se despiden de su familia y amigos.
- ✓ Pierden el interés en muchas actividades en las que antes participaban.
- ✓ Dicen que no hay razones para vivir o que la vida es un despropósito.
- ✓ En caso de identificarlos, es importante responder con rapidez, especialmente si la persona muestra varios al mismo tiempo, hablando con la persona y buscando la ayuda y el apoyo de otros.

¿QUÉ CIRCUNSTANCIAS PODRÍAN PRECIPITAR LA CONDUCTA SUICIDA?

Algunos acontecimientos o situaciones de la vida, a los que llamaremos precipitantes, pueden provocar un estrés intenso en un momento particular de una persona. Estos precipitantes pueden ser vistos como la gota de agua que rebosa el vaso y pueden llevar a alguien que estuvo pensando en quitarse la vida, a dar el paso de intentarlo.

Algunos ejemplos de sucesos y circunstancias que pueden actuar como precipitantes:

- ✓ Una discusión con una persona importante o con alguien amado.
- ✓ La ruptura o pérdida de una relación afectiva.
- ✓ El suicidio de un familiar, de un amigo o de un personaje público.
- ✓ Abuso de alcohol o de otra sustancia.
- ✓ Un reportaje sobre el suicidio o métodos de suicidio.
- ✓ La aparición o el agravamiento de un trastorno mental o de una enfermedad física o accidente.
- ✓ Cambios inesperados en las circunstancias de la vida.
- ✓ Experimentar un acontecimiento vital traumático, como abuso, acoso o violencia.
- ✓ Pérdida de estatus social, o episodio vivido como de pérdida del respeto por parte de los demás.

“No te rindas, por favor no cedas,
Aunque el frío queme,
Aunque el miedo muerda,
Aunque el sol se esconda,
Y se calle el viento,
Aún hay fuego en tu alma
Aún hay vida en tus sueños.
Porque cada día es un comienzo nuevo,
Porque esta es la hora y el mejor momento.”
Mario Benedetti.

EVALUACIÓN Y MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA IDEACIÓN SUICIDA

Los profesionales de Atención Primaria tienen una extraordinaria importancia a la hora de la evaluación y manejo de la ideación suicida, debido a la relación de confianza que habitualmente tienen con sus pacientes y que en la mayoría de las ocasiones han desarrollado a lo largo de los años. Antes de un suicidio es frecuente el contacto previo con el médico de Atención Primaria. Así, el 75% de las personas han contactado con su médico en el año anterior a dicho episodio y el 45% en el mes anterior, mientras que sólo uno de cada tres lo han hecho con su Servicio de Salud Mental en el año anterior y uno de cada cinco en el mes anterior (1,2).

Abordaje de la ideación suicida en Atención Primaria

En primer lugar, es importante señalar que hablar de suicidio con las personas que se detecte o que comuniquen ideación suicida puede aliviar su ansiedad y contribuir a que se sientan mejor comprendidos, sin que ello aumente el riesgo de desencadenar una conducta suicida. También hay que tener en cuenta que el que un paciente hable sobre el suicidio no elimina la posibilidad de que lo cometa (4).

Tabla 2. Principales acciones que conviene realizar o evitar ante una situación de ideación suicida.

¿QUÉ HACER?	¿QUÉ NO HACER?
<ul style="list-style-type: none">• Escuchar, mostrar empatía y mantener la calma.• Mostrar apoyo y preocupación.• Tomar en serio la situación y evaluar el grado de riesgo.• Preguntar acerca de los intentos previos.• Explorar posibilidades diferentes al suicidio.• Preguntar acerca del plan de suicidio.• Ganar tiempo, pactar un contrato de no suicidio.• Identificar otros apoyos.• Quitar los medios, si es posible.• Tomar acción, contar a otros, obtener ayuda.• Si el riesgo es alto, permanecer con la persona.	<ul style="list-style-type: none">• Ignorar la situación.• Mostrarse consternado o avergonzado y entrar en pánico.• Decir que todo estará bien.• Retar a la persona a seguir adelante.• Hacer parecer el problema como algo trivial.• Dar falsas garantías.• Jurar secreto.• Dejar a la persona sola.

Fuente :OMS (8,10)

Tabla 3. Recomendaciones de cómo, cuándo y qué preguntar sobre la ideación suicida según la OMS.

<p>CÓMO PREGUNTAR :</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Se siente infeliz o desvalido?• ¿Se siente desesperado?• ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?• ¿Siente la vida como una carga?• ¿Siente que la vida no merece vivirse?• ¿Siente deseos de cometer un suicidio?
<p>CUÁNDO PREGUNTAR:</p> <ul style="list-style-type: none">• Después de que se ha establecido una empatía y la persona se siente comprendida.• Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos.• Cuando él la persona está en el proceso de expresar sentimientos negativos de soledad impotencia.
<p>QUÉ PREGUNTAR:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría?• Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar?• Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?

FUENTE: OMS (8,10)

Si se confirma la presencia de ideación suicida será preciso realizar preguntas específicas dirigidas a valorar la frecuencia y la gravedad de las ideas y la posibilidad real de suicidio (REALIZAR EL TEST DE IDEACION SUICIDA DE BECK) (10).

Es importante también saber si el joven tiene una planificación y posee los medios para cometer el suicidio, ya que en este caso el riesgo de suicidio sería mucho más alto.

A la hora de intervenir en estos pacientes, será necesario pactar unas medidas de contención con el paciente y su familia:

- Explicar a los familiares la necesidad de control y administración de la medicación así como de su custodia.
- Acompañamiento constante por parte de familiares así como restricción de acceso a métodos letales, en particular al ideado.
- Aceptación por paciente y familia del seguimiento y derivación a Servicio de Salud Mental.

En muchas ocasiones, las personas que desean suicidarse pueden negar deliberadamente estas ideas. Así, ante cambios súbitos en la actitud de la persona evaluada (por ejemplo, una persona agitada que súbitamente se calma, pasar de no colaborar a hacerlo y otros.) habrá que considerar que pueda tratarse de una mejoría engañosa o falsa y que haya tomado la decisión de suicidarse (10).

Tabla 4. Recomendaciones de la OMS para personal de Atención Primaria sobre cómo manejar las personas potencialmente suicidas, según su nivel de riesgo

RIESGO	ACCIONES
<p>BAJO: La persona ha tenido algunos pensamientos suicidas, como “no puedo seguir adelante”, “desearía estar muerto”, pero no ha hecho ningún plan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer apoyo emocional. • Trabajar a través de los sentimientos suicidas. Cuanto más abiertamente hable una persona de pérdida, aislamiento y falta de valor, menor será su confusión emocional. Cuando la confusión ceda, la persona tenderá a ser reflexiva. Este proceso de reflexión es crucial, ya que nadie, excepto el propio individuo, puede revocar la decisión de morir y tomar la de vivir. • Centrarse en las fortalezas positivas de la persona, haciéndolo hablar sobre cómo ha resuelto los problemas anteriores, sin recurrir al suicidio. • Derivar a la persona a un médico o a un profesional de Salud Mental. • Reunirse a intervalos regulares y mantenerse en contacto continuado.
<p>MEDIO: La persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer apoyo emocional, trabajar a través de los sentimientos suicidas de la persona y centrarse en las fortalezas positivas. Adicionalmente, continuar con los pasos siguientes. • Usar la ambivalencia. El abordaje deberá centrarse en la ambivalencia sentida por el suicida, de manera que se fortalezca gradualmente el deseo de vivir. • Explorar alternativas al suicidio. Se tratará de explorar diferentes alternativas al suicidio, aunque no parezcan ser soluciones ideales, con la esperanza de que la persona considere al menos una de ellas. • Pactar un contrato. Conseguir que la persona prometa no cometer suicidio • Sin contactar previamente con personal sanitario por un periodo específico de tiempo. • Remitir a la persona al psiquiatra y concertar una cita tan pronto como sea posible. • Contactar con la familia, los amigos y compañeros de trabajo, y conseguir su apoyo.
<p>ALTO: La persona tiene un plan definido, medios para llevarlo a cabo, y planea hacerlo inmediatamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permanezca con la persona. Nunca la deje sola. • Hable tranquilamente con la persona y aleje los medios de suicidio. • Haga un contrato de no suicidio. • Ponga en marcha la derivación inmediata del paciente a un centro sanitario.

Fuente : OMS (10).

Además de lo anterior, deberán tenerse en cuenta las siguientes situaciones clínicas que pueden ser signos de alarma relevantes para la toma de decisiones. Así, ante un paciente con ideación suicida se procederá a una derivación urgente desde Atención Primaria al Servicio de Salud Mental, en los siguientes casos (8,9):

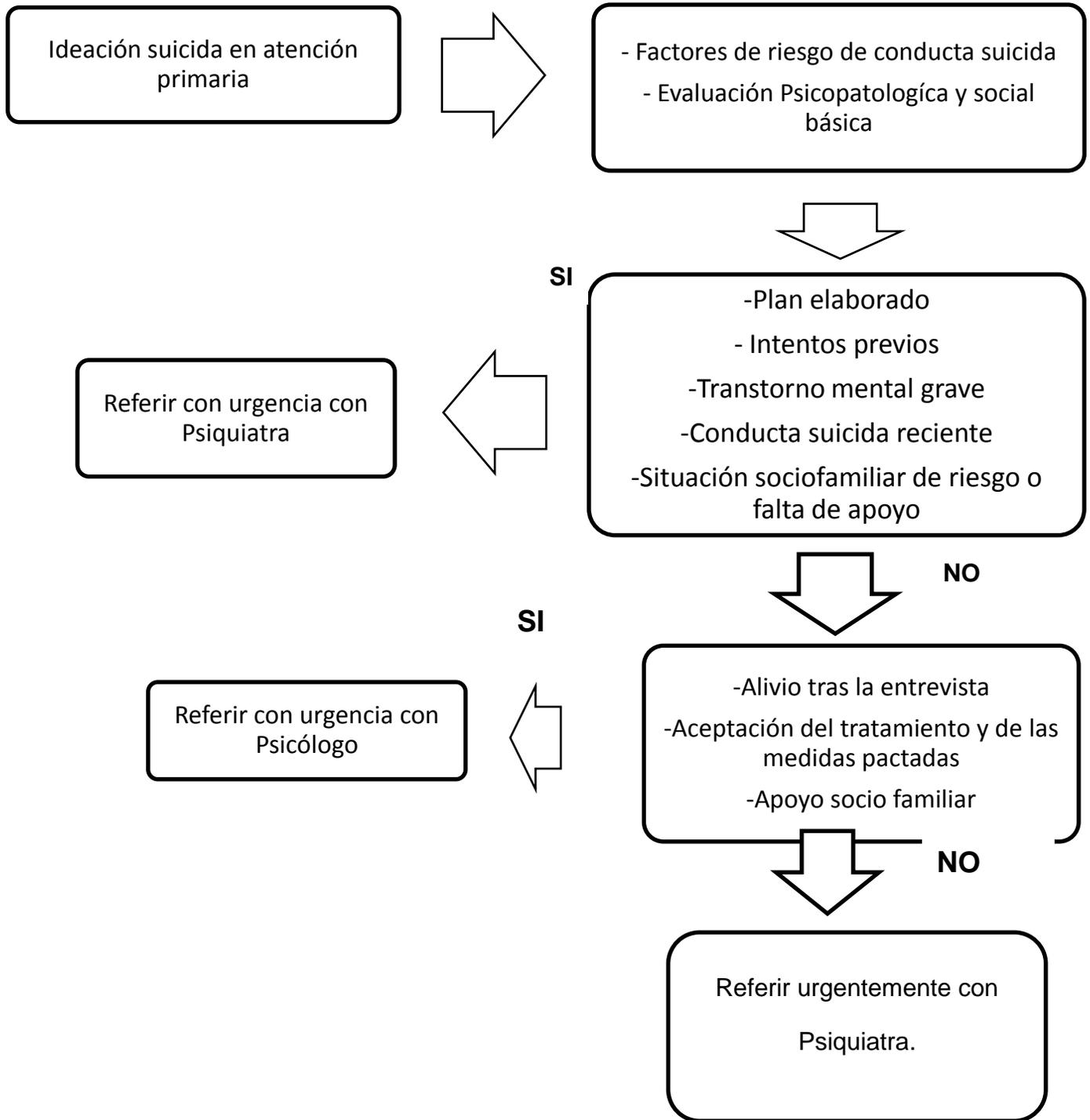
- Presencia de enfermedad mental grave
- Conducta suicida grave reciente
- Plan de suicidio elaborado
- En los casos de duda sobre la gravedad de ideación o riesgo de intento inmediato. Si está disponible el contacto directo, consultar con el dispositivo de salud mental de referencia
- Presencia de tentativas previas
- Situación sociofamiliar de riesgo o falta de soporte

La derivación podrá ser referente (en el plazo de una semana) en caso de que se cumplan todas las condiciones siguientes:

- Alivio tras la entrevista.
- Expresión de intención de control de impulsos suicidas.
- Ausencia de factores clínicos de riesgo: alucinaciones, delirios, depresión moderada/ grave.
- Apoyo sociofamiliar efectivo.

Es conveniente explicar al paciente el motivo de referencia de a la unidad de salud mental y posteriormente concertar una cita de seguimiento en Atención Primaria, para asegurar que la relación con el paciente continúe (4).

ALGORITMO DE IDEACIÓN SUICIDA





**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERISATARIO DE OREINTE (CUNORI)
CARRERA MÉDICO Y CIRUJANO**



ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

Sexo: **Edad:** **Procedencia:** **Religión:**
Estado civil: **Escolaridad:** **Ocupación:**

II. 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 USTED EN LAS PREGUNTAS 4 Y 5 RESPONDIO "0" EN AMBAS, NO CONTINUE EL CUESTIONARIO.

II. Características de la Ideación/Deseo suicida

6. Duración de ideas suicidas ()

- 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. Expectancia/Anticipación del Intento actual ()

0. No
1. Incierta
2. Si

IV. Realización del intento de suicidio

16. Preparación real ()

- 0. Ninguna
- 1. Parcial (ejemplo: empezar a recoger pastillas)
- 2. Completa (ejemplo: tener pastillas, navaja afeitar, arma cargada)

17. Notas acerca del suicidio suicida ()

- 0. Ninguna
- 1. empezada pero no terminada, solamente pensó en dejarla.
- 2. Nota completada.

18. "Últimos arreglos" para preparar la muerte ()

(Seguros, testamento, donaciones, etc.)

- 0. Ninguno
- 1. pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados
- 2. hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado.

19. Engaño/Ocultación del pensamiento suicida ()

- 0. Revela las ideas abiertamente
- 1. Contiene su revelación (reticente)
- 2. Intenta ocultar, engañar, mentir

RESUMEN

PUNTUACION TOTAL	<input type="text"/>
INTENCIONALIDAD SUICIDA BAJA	<input type="text"/>
INTENCIONALIDAD SUICIDA ALTA	<input type="text"/>

INTERPRETACIÓN

En los casos cuya puntuación de los ítems 4-5 sean de 0 para ambos, fue indicativo de la inexistencia de la intencionalidad suicida y no se procedió a continuar aplicando la escala. Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los valores de los primeros 19 ítems.

El rango de la puntuación total es de 0 a 38 por lo cual se consideró así:

- Intencionalidad suicida baja: puntuación igual o menor de 20 puntos.
- Intencionalidad suicida alta: puntuación mayor de 20 puntos o un puntaje máximo en dos o más de los ítems 4, 8, 11, 13, 16 y 18.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Farand L, Renaud J, Chagnon F. Adolescent suicide in Quebec and prior utilization of medical services. *Can J Public Health*. 2004;95(5):357-60.
2. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002;159(6):909-16.
3. Lastra I, y cols. Prevención de las conductas suicidas. En: Vázquez-Barquero JL, ed. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Aula Médica; 1998. p. 753-70.
4. Grupo de trabajo de Salud Mental del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). *Guía de Salud Mental en Atención Primaria [Internet]*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2001 [citado 27 abr. 2010]. Disponible en: <http://www.papps.org/upload/file/publicaciones/guiaRevisada2008-salud-mental.pdf>
5. Haste F, Charlton J, Jenkins R. Potential for suicide prevention in primary care? An analysis of factors associated with suicide. *Br J Gen Pract*. 1998; 48:1759-63.
6. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas [Internet]*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Toxicología; 2000 [citado 10 may 2010]. Disponible en: http://www.who.int/publications/list/prevention_suicide_medecins/es/index.html

7. National Collaborating Centre for Mental Health. Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence; 2004. Informe N°.: 16.

8. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud 2000 [citado 10 may 2010]. Disponible en: www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf

ANEXO 8

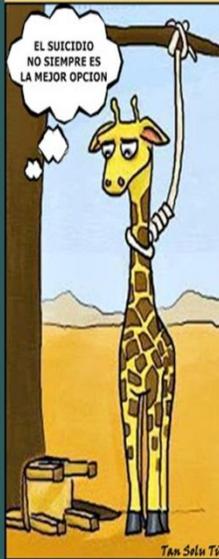
"INTENCIONALIDAD
SUICIDA EN
ADOLESCENTES"

CENTROS DE AYUDA

SI EN ESTOS MOMENTOS
ESTÁS PENSANDO EN SUICI-
DARTE, HAY GENTE QUE
PUEDE AYUDAR A RECONSI-
DERARLO :

**SERVICIO DE ATENCIÓN
TELFÓNICA 1545**

**ACUDE AL PUESTO DE
SALUD MÁS CERCANO.**



Actúa y previene

ELABORADO:
ROSA MARÍA RIVERA
ELVA MARÍA GUTIERREZ
JUAN DIEGO LEE



¿Qué puede hacer usted si ha comenzado a pensar en el suicidio?

A continuación le exponemos una serie de recomendaciones importantes para una persona que tiene ideas de suicidio:

1. Aunque no se le ocurra otra solución que el suicidio, no significa que no la haya, sino que **usted no la puede ver en ese momento**. Otra persona puede ayudarle a encontrar esa solución.
2. **Busque ayuda lo antes posible**. Si cree que no puede más, hable con un amigo o con un familiar en quien confíe, vaya a ver a su médico o llame a un servicio de atención telefónica.
3. **Hable de sus pensamientos suicidas**. No se guarde para sí mismo sus pensamientos suicidas.
4. **Posponga cualquier decisión** acerca del suicidio: cuando la persona es capaz de posponer su decisión tan sólo 24 horas, las cosas mejoran y se sentirá más capaz de enfrentarse a sus problemas.
5. **Permanezca acompañado** hasta que los pensamientos sobre el suicidio disminuyan.
6. **Las crisis son transitorias**. Muchas personas han pensado en el suicidio en algún momento de su vida, pero deciden vivir porque se dan cuenta de que las crisis son transitorias, mientras que la muerte no lo es.
7. Muchas personas que alguna vez han pensado en suicidarse, en realidad no querían morir sino **acabar con su sufrimiento**. Por eso están contentas de no haberlo hecho una vez que el sufrimiento ha pasado.
8. **Piense en las cosas o personas importantes** que le han ayudado a superar otros momentos difíciles. Esas son precisamente las cosas o personas por las que también ahora merece la pena vivir.
9. **No se aisle**. Trate de salir o de recibir en su casa a familiares y amigos, aunque no disfrute de su compañía como antes. Es muy importante seguir manteniendo el contacto.
10. **Trate de centrarse en el día a día**. Pensar más allá puede ser abrumador si siente que tiene muchos problemas y no se ve capaz de afrontarlos.
11. **Cuando esté desanimado, evite las drogas y el alcohol**. Muchas sustancias aumentan su malestar. Además, no le ayudarán a resolver los problemas y pueden llevarle a hacer cosas que normalmente no haría.
12. **Manténgase sano, trate de hacer suficiente ejercicio y de comer bien**. El ejercicio puede ayudarle a sentirse mejor mediante la liberación de ciertas sustancias en su cerebro. Comer bien ayuda a notarse con más energía y a sentirse capaz de manejar los momentos difíciles de la vida.



"Vivir no es sólo existir, sino existir y crear, saber gozar y sufrir y no dormir sin soñar. Descansar, es empezar a morir". Gregorio Marañón

ANEXO 9

Guatemala, Guatemala
04 de agosto de 2014

Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés
Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano
Presente

Respetable doctor Mazariegos

Reciba un cordial saludo, deseándole éxitos en sus labores diarias. Me dirijo a usted para invitarlo a usted y al grupo de tesista conformado por Rosa María Rivera, Elva María Gutiérrez y Juan Diego lee, quienes elaboraron el trabajo de investigación “Ideación Suicida en Pubertad y Adolescencia”; a participar en el XXVIII Congreso Nacional de Psiquiatría, titulado “Sin Salud Mental No Hay Salud”, que se realizará en el Hotel Barcelo, el 7 y 8 de agosto del presente año, donde me gustaría que dicho trabajo se presente mediante un Póster en el concurso de trabajos de investigación de dicha actividad. De antemano se le estará muy agradecido.

Atentamente se dirige a usted.



Nery Ortiz.
Presidente de APsG

Dr. Nery Ortiz
Médico y Cirujano
Colegiado 5,918