

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA - CIEPs-  
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“ESPECTRO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA EN EL  
INSTITUTO OFICIAL MIXTO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE CHINAUTLA”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE  
CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**


**POR**

**RAMATIS GARCÍA CASTAÑEDA**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE  
PSICÓLOGO**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADO**

**GUATEMALA, JULIO DE 2016**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a figure on horseback, a crown above, and various heraldic symbols like castles and lions. The shield is flanked by two columns with banners that read 'PLUS' and 'ULTRA'. The outer ring of the seal contains the Latin motto 'CÆTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEMALENSIS INTER'.

CONSEJO DIRECTIVO  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Licenciado Abraham Cortez Mejía  
**DIRECTOR**

M.A Mynor Estuardo Lemus Urbina  
**SECRETARIO**

Licenciada Dora Judith López Avendaño  
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez  
**REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES**

Pablo Josue Mora Tello  
Mario Estuardo Sitaví Semeyá  
**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano  
**REPRESENTANTE DE EGRESADOS**



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



C.c. Control Académico  
CIEPs.  
UG  
Archivo  
Reg.337-2016  
CODIPs. 1101-2016

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

28 de marzo de 2016

Estudiante  
Ramatis García Castañeda  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO (20º) del Acta DIECINUEVE GUIÓN DOS MIL DIECISÉIS (19-2016), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 11 de marzo de 2016, que copiado literalmente dice:

“**VIGÉSIMO**: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: “**ESPECTRO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA EN EL INSTITUTO OFICIAL MIXTO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE CHINAUTLA**”, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**Ramatis García Castañeda**

**CARNÉ: 2010-15805**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Gladys Aracely Enríquez Ortiz y revisado por la Licenciada Ninfa Cruz. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina  
SECRETARIO

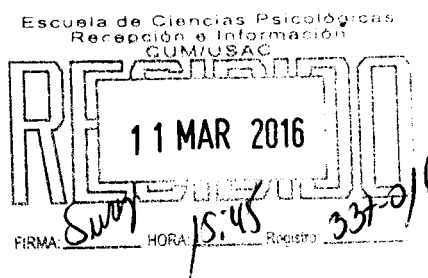


/Gaby

**UG-29-2016**

Guatemala, 11 de Marzo del 2016

Señores  
**Miembros del Consejo Directivo**  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM



Señores Miembros:

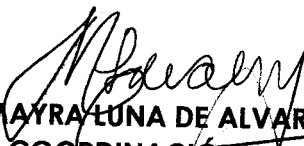
Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, el **estudiante RAMATIS GARCÍA CASTAÑEDA, carné No. 2010-15805 y Registro de Expediente de Graduación No. L. 39-2015 C**, ha completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- 10 créditos académicos del Área de Desarrollo Profesional
- 10 créditos académicos por Trabajo de Graduación
- 15 créditos académicos por haber aprobado Examen Técnico Profesional Privado

Por lo antes expuesto, con base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"ESPECTRO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA EN EL INSTITUTO OFICIAL MIXTO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE CHINAUTLA"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología –CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 10 de Noviembre de 2015.

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

Atentamente,

  
**M.A. MAYRA LUNA DE ALVAREZ**  
**COORDINACIÓN**  
UNIDAD DE GRADUACIÓN  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



MLA/VP  
CC. Archivo

**Adjunto: Expediente Completo e Informe Final de Investigación**



## INFORME FINAL

Guatemala, 30 noviembre 2015

Señores  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Ninfa Cruz** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**“ESPECTRO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA EN EL INSTITUTO OFICIAL MIXTO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE CHINAUTLA”.**


**ESTUDIANTE:**  
**Ramatis García Castañeda**

**CARNE No.**  
**2010-15805**

**CARRERA:** Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 10 de noviembre del año en curso por el Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. Se recibieron documentos originales completos el 30 de noviembre del 2015, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

  
**M.A. Helvin Velásquez Ramos**  
Coordinador  
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.  
“Mayra Gutiérrez”



c.c archivo  
Telma

**CIEPs. 0227-2014**  
**REG. 155-2015**

Guatemala, 30 noviembre de 2015

**M.A Helvin Velásquez Ramos**  
**Coordinador**  
**Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs**  
**Escuela de Ciencias Psicológicas**

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

**“ESPECTRO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA EN EL INSTITUTO OFICIAL MIXTO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE CHINAUTLA”.**

**ESTUDIANTE:**  
**Ramatis García Castañeda**

**CARNÉ No.**  
**2010-15805**

**CARRERA:** Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 30 de noviembre 2015, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

**Licenciada Ninfa Cruz**  
**DOCENTE/REVISORA**



T/archivo

Guatemala, marzo del 2015.

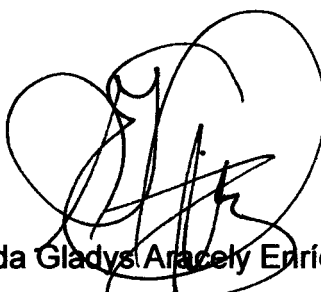
Unidad de Graduación Profesional  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
USAC

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado "Espectro suicida en estudiantes de educación básica en el instituto oficial mixto de educación básica de Chinautlá" realizado por el estudiante RAMATIS GARCÍA CASTAÑEDA, CARNÉ 201015805.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por la Unidad de Graduación Profesional por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

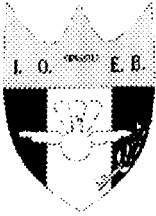
Atentamente,



Licenciada Gladys Aracely Enríquez Ortiz.  
Psicóloga

Colegiado No. 1057  
Asesora de Contenido

Licda. Gladys Aracely Enríquez Ortiz  
PSICOLOGA  
COLEGIADO 1,057



**MINISTERIO DE EDUCACION**  
**Instituto Oficial Mixto de Educación Básica de Chinautla**  
**Guatemala, Centroamérica**  
**22897382**

Guatemala 22 de octubre de 2014

Licda. Ninfa Cruz Oliva.  
Unidad de Graduación Profesional  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
USAC

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que el estudiante **Ramatis García Castañeda**, carné **201015805** realizó en esta institución 50 entrevistas y Escalas Breves de Apreciación Psiquiátrica (BPRS), al igual que un taller de estrategias para la solución de problemas como parte de Investigación titulado: **“Espectro suicida en estudiantes de educación básica en el Instituto Oficial Mixto de Educación Básica de Chinautlá”** en el período comprendido del 21 de julio al 22 de octubre del presente año, en horario de 7:30 a 9:00 horas.

El estudiante en mención cumplió con lo estipulado en el proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,

Licenciada Astrid de La Peña.



Directora del Instituto Oficial Mixto de Educación Básica de Chinautlá.

Teléfono: 22897382



**PADRINOS DE GRADUACIÓN**

**CONCEPCIÓN GARCIA CASTAÑEDA  
LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN  
COLEGIADO 19603**

**ROLANDO LEMUS RODAS  
MEDICO PSIQUIATRA  
COLEGIADO 12134**

## DEDICATORIAS

EL presenta acto lo dedico a:

**Voz Universal**

Este acto te lo dedico a ti que siempre estás conmigo guiándome y usándome como un instrumento para transformar la energía de las personas que me rodean. Tú sabes donde es mi lugar.

**Papi y mami**

Por el amor, entrega, paciencia, esfuerzo y sabiduría con la que me han educado a lo largo de la vida, en este momento más que dedicatoria quiero decirles que los amo.

**Wilhelm, Conchy y Rubén**

Mis hermanos, cada uno de ustedes forma parte de mi vida y de mi ser. Este momento quiero compartirlo con ustedes, gracias por sus consejos, apoyo y cariño.

**Andrea Liska de León (Compañera de vida)**

Tú me has motivado e inspirado para ser una mejor persona, la maravillosa esencia de tu ser y tu inteligencia me enseña y enamoran cada día más, este trabajo te lo dedico a ti. Gracias por el amor tan bello que compartimos, por creer y confiar en mí, este logro es nuestro mi amor. ¡Te Súper Mega Amo!

**Andrés, Fabián, Sebastián, Nicole,  
Belén, Sebastián y María René**

Mis sobrinos, que esta pequeña semilla de conocimiento pueda sembrarse en el vasto campo de inteligencia que cada uno posee y pueda ser un ejemplo para ustedes, son asombrosos. Gracias por enseñarme tanto con la forma de ser de cada uno. ¡Los quiero mucho!

**Brenda Sierra**

Mi cuñada, has sido más que eso para mí eres casi mi hermana. Por el cariño, empatía, confianza e igualdad que hemos compartido y por creer en mí.

**Ivanna García Liska (Hija bella)**

Eres todo para mí y a pesar de tu corta edad, quiero que sepas que eres mi inspiración y mi ejemplo a seguir. Gracias por abrir las puertas del conocimiento conmigo y por acompañarme siempre, aunque yo no lo supiera. ¡Te Súper Mega Amo!

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A la Universidad de San Carlos de Guatemala**

Gracias por albergar el conocimiento y compartirlo con todos, me siento orgulloso de ser un profesional egresado más de esta importante casa de estudios.

### **A la Escuela de Ciencias Psicológicas**

Maravillosa ciencia que no solo me preparó para mi profesión, sino que me preparo para la vida.

### **Los docentes de mi Alma Mater**

Gracias a cada uno de ustedes por compartir sus experiencias, conocimientos y vivencias conmigo. Más que sentirme como un estudiante, me sentí como un profesional en formación.

### **A los asesores de contenido**

Licda. Gladys Enríquez y Dr. Rolando Lemus, ambos me enseñaron no solo a elaborar una tesis, me enseñaron a analizar y a comprender el conocimiento. ¡Gracias!

### **A la revisora de tesis**

Licda. Ninfa Cruz, por su paciencia, conocimiento y guía a lo largo de la elaboración de este estudio, muchas gracias.

### **Mis amigos**

A todos ustedes que en el camino de la vida nos cruzamos y formamos una amistad que durará el tiempo que queramos. Gracias, les tengo un gran aprecio.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Resumen	
Prólogo	
1 Introducción	
1.1 Planteamiento del problema y marco teórico.....	5
1.1.1 Planteamiento del problema.....	5
1.1.2 Marco teórico.....	
1.1.2.1 Antecedentes.....	8
1.1.2.2 Intentos e ideaciones suicidas.....	9
1.1.2.3 Presencia de psicopatología.....	15
1.1.2.4 Estados fenomenológicos.....	17
1.1.2.5 ¿Porqué se suicidan los adolescentes?.....	18
1.1.2.6 Facilitadores e inhibidores de los comportamientos.....	18
1.1.2.7 Diferencias según género.....	19
1.1.2.8 Antecedentes familiares y la personalidad.....	20
1.1.2.9 Antidepresivos y la prevención del suicidio.....	21
1.1.2.10 Modelo psicoanalítico.....	22
1.1.2.11 Modelo psiquiátrico.....	24
1.1.2.12 Factores neurobiológicos.....	24
1.1.2.13 Problemáticas asociadas al espectro suicida.....	26
1.1.2.14 Herramientas para afrontar problemas.....	38
1.3 Hipótesis.....	40
1.4 Delimitación.....	40
2 Técnicas e instrumentos	
2.1 Técnicas.....	41
2.1.1 Técnicas de muestreo.....	41
2.1.2 Técnica de recolección de datos.....	41

2.1.3 Técnicas de análisis de los datos.....	42
2.2 Instrumento.....	43
3 Presentación, análisis e interpretación de los resultados	
3.1 Características del lugar y de la población.....	45
3.2 Análisis y presentación de los resultados.....	45
3.3 Análisis cualitativo.....	46
3.4 Análisis cuantitativo.....	55
4 Conclusiones y recomendaciones	
4.1 Conclusiones.....	58
4.2 Recomendaciones.....	60
Bibliográfica.....	62
Anexos	

## RESUMEN

### “ESPECTRO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA EN EL INSTITUTO OFICIAL MIXTO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE CHINAUTLÁ”

**Autor: Ramatis García Castañeda**

La expresión del acto suicida tiene origen en el aspecto cognitivo y afectivo, donde varía desde el deseo de vivir hasta la desesperanza ante la solución de algún problema en específico. El suicidio se divide en tres categorías que son ideación suicida, parasuicidio y suicidio. Cada una de ellas tiene especificaciones particulares, sin embargo, comparten componentes de personalidad, factores familiares determinados, impulsos no controlados, depresión y factores genéticos que hacen que la persona no encuentre salida ante la situación que está viviendo. La investigación tuvo como objetivo general identificar las representaciones mentales establecidas, que conllevaron al espectro suicida. Los adolescentes debían adaptarse a profundos cambios físicos que los perturban y que ellos tardan en aceptarlos como propios; al mismo tiempo, tenían que mantener un equilibrio para adaptarse a las normas sociales de los adultos, lo cual es extremadamente difícil. Así mismo los objetivos específicos de la investigación fueron determinar las causas del suicidio en los adolescentes que se podrían encontrar en las condiciones socioculturales y personales de cada uno de los jóvenes, fomentar un ambiente familiar de calidad y respeto, éste se genera desde la dinámica familiar que se vive en el hogar y desarrolla un concepto de autorespeto; determinar cual género tiene mayor disposición ante el suicidio, identificar las expectativas de vida, que fueran elaboradas por los jóvenes para alcanzar metas a largo plazo que se enlazaran a la pérdida de sentido de vida que motiva a trascender en la vida. La investigación se llevó a cabo en el Instituto Oficial Mixto de Educación Básica de Chinautlá con un grupo de 46 alumnos de ambos géneros a quienes se les realizó una entrevista inicial y se les aplicó la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica con el fin de encontrar las respuestas a las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las condiciones socioculturales y personales que inducen a la conducta suicida? ¿Cómo influyen la dinámica familiar en los procesos mentales y el autorespeto para la toma de decisiones hacia la conducta suicida? ¿Qué género es el más propenso a suicidarse? Y por último ¿Cómo fomentar estrategias que permitan al adolescente encontrar un sentido de vida? Por lo que se concluye que la etapa adolescente se verá afectada si no existen estrategias de afrontamiento y que la depresión se hace presente en esta etapa con mayor incidencia. La fundamentación teórica se estructuró a partir de investigaciones previas y de literatura psicológica enlazada al desarrollo de la niñez y adolescencia.

## PRÓLOGO

La presencia del espectro suicida en la sociedad guatemalteca ha aumentado año con año debido a la falta de afecto, familias desintegradas, sustancias adictivas, patologías, entre otros factores; los cuales embisten al ser humano y alteran las representaciones mentales que posee dejándolo ante una sola “salida”, el suicidio. La depresión y otras patologías con cuadros depresivos pueden dar lugar a que una ideación suicida comience a deambular por la mente del ser humano; la persona puede estar pasando por una depresión y no comentarlo porque desconoce el estado emocional o bien, no sabe con quien hablar del tema para prevenir la acción y tratar el problema. La cultura también contribuye al desarrollo de esta patología, en el rol que juega cada género la mujer tiende a ser reprimida emocionalmente, esto hace que atente contra la propia vida de manera más sigilosa pero eficaz en comparación al género masculino, que actúa de manera más impulsiva y explosiva. La aparición de casos enlazados a adolescentes afectados dentro del contexto nacional es la razón por la que se ha decidido estudiar el tema del espectro suicida, esta población se ha visto afectada por la violencia psicosociocultural que se vive día con día y que lleva con ella la esperanza de una nación con potencial para avanzar en el desarrollo de jóvenes con futuro. El periodo de la pubertad aturde a la persona debido a que hay muchos cambios con los que hay que lidiar, presión de parte de la familia, amigos y situaciones del diario vivir, etc.

En tanto esta problemática generada en los jóvenes guatemaltecos, determinó las causas de suicidio en los adolescentes, identificó las debilidades de la psique en torno a la estructura del pensamiento y posteriormente logro un sentido de vida en conjunto con cada persona, lo cual hizo que transformen el futuro y obtengan motivación que los haga mantener la esperanza posterior a la etapa en la que se encuentra. Visto desde una perspectiva social, los



adolescentes son el futuro del país, en ellos se fomentan las bases de una sociedad, se debe hacer énfasis en la calidad de vida que se les propicia. La institución donde se realizó el estudio es el Instituto Oficial Mixto de Educación Básica de Chinautlá, el mismo cuenta una gran cantidad de alumnos en la etapa de adolescencia quienes fueron los beneficiados ante este estudio, así trasladarlo a las comunidades donde habitan y los pares con los que conviven dentro del salón de clases o bien la misma institución, por lo que la experiencia y el servicio brindado por el instituto será mediante un enfoque multidisciplinario que abordará al adolescente como una persona y no solo como un estudiante.

Siendo una investigación de tipo acción participativa, el propósito global de la misma fue determinar las representaciones mentales, conductas de riesgo y acciones que una persona pueda presentar previamente a una situación de esta índole, por lo que el estudio fue enfocado a la prevención y abordaje ante el espectro suicida.

De la misma forma se espera que sea un trabajo en conjunto con la población y especialmente con la muestra seleccionada ya que la prioridad es encontrar las herramientas idóneas que permitan al adolescente entablar vías alternas ante la resolución de conflictos y sobre todo a modificar las expectativas de vida para alcanzar un sentido de vida.

Los resultados serán obtenidos y socializados con la misma población porque se cree y se reconoce la importancia de una participación activa para generar una vía de comunicación con la realidad y con ello surja el cambio. Se reconoce la importancia de un enfoque con una secuencia lógica, simple, ordenada y sobre todo que sea sostenible por la misma población, es importante que las mismas personas sean agentes de cambio.

La elaboración de este estudio fue posible gracias a la disposición de las autoridades del Instituto Oficial Mixto de Educación Básica de Chinautlá, a los estudiantes de la misma institución, a los asesores y revisores de contenido quienes conjuntamente colaboraron con el investigador demostrando mucho interés en la investigación y colaborando de manera activa en todas las actividades programadas.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La investigación “ESPECTRO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA EN EL INSTITUTO OFICIAL MIXTO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE CHINAUTLÁ” se elaboró con el objetivo de Identificar las representaciones mentales establecidas que conllevan al espectro suicida y con ello identificar las condiciones sociales y culturales que cultivan la conducta suicidas, establecer cuál es la dinámica familiar y su influencia en la toma de decisiones hacia la conducta suicida, determinar la prevalencia según el género ante el suicidio y por ultimo identificar expectativas de vida en los jóvenes que permitan desarrollar un sentido de vida.

Las variables estudiadas fueron el espectro (ante el suicidio) que es una representación de algo sobrenatural o aterrador, el suicidio el cual es un acto por el que un individuo, deliberadamente, se provoca la muerte. Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma y que, según ella sabía, debía producir este resultado y la adolescencia que es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez que comienza con la pubertad. El rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20. Tomando en conjunto las variables estudiadas se pudo analizar el suicidio como una situación que ha estado en el país por mucho tiempo pero no se ha podido determinar las causas o motivos que inducen a los jóvenes tener esta conducta.

La investigación se divide en cuatro capítulos, el primero capítulo contiene la fundamentación teórica relacionada a este suceso, antecedentes y teorías psicológicas que permitieron analizar las conductas presentadas. El segundo capítulo contiene las técnicas e instrumentos utilizados para la elaboración del estudio como entrevistas y la escala BPRS las cuales fueron muy importantes

para determinar los factores que afectan a la persona. El tercer capítulo contiene la presentación de los resultados y el cuarto capítulo, las conclusiones y recomendaciones que fueron analizadas al concluir la investigación.

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

El suicidio es uno de los resultados más dolorosos de la depresión y desde la década de los ochenta del siglo pasado, tuvo un considerable incremento, las posibles causas de dicho auge varían en el aumento de la población adolescente, a que ambos padres trabajaban, mayor uso de sustancias psicoactivas como la marihuana, crack, ácidos, LSD, hongos alucinógenos, la dinámica familiar, la ausencia del sentido de vida, la edad, identidad no establecida y muchos más desencadenantes. Los actos suicidas transmiten básicamente la idea de que alguien se hizo cargo de poner fin a su vida por cuenta propia, adelantando así un hecho que inevitablemente se iba a producir, la muerte.

Por otro lado, en muchas familias existe un malestar que a veces no se atreve a manifestar porque incluso encuentra la incompreensión de los amigos; socialmente son bastante los que hablan del comportamiento de muchos jóvenes, poniendo al descubierto que algo va mal. La familia actual es cada día menos una entidad estable, existen diversas estructuras familiares. Muchos adolescentes han presenciado cambios profundos de la estructura y funcionamiento de la familia afectando la emocionalidad y el psiquismo a nivel general. La falta de comunicación familiar es un factor común en casi todos los problemas donde el tiempo que se convive con una persona es muy apático; se opta por darle todo a los jóvenes sin negarles nada, esto no les enseña a luchar contra la dificultad y así a la mínima frustración lo que lleva a una depresión o a reaccionar con violencia a veces contra si mismo lo que indudablemente afecta, debido a que la familia es la encargada de crear o formar las estrategias para afrontar los problemas que puedan presentarse.

El país de Guatemala ha pasado por situaciones que han marcado la convivencia y a la población, siendo una de éstas, la guerrilla, este fenómeno social ha marcado a los habitantes y a las familias en general. Los recuerdos se han ido guardando por años hasta llegar a las generaciones actuales, donde se ha alterado el pensamiento colectivo de varias comunidades y de gran parte del país dando como resultado la ola de violencia por la que atraviesa la sociedad, los grupos denominados maras, familias desintegradas por ataques contra uno de los padres, violencia a nivel comunitario; a esto se suma la migración hacia otros países o a la capital misma para mejorar la economía del hogar pensando que será lo mejor para todos, dejando a los hijos y a la pareja solos, por último las familias jóvenes, donde ambos progenitores son adolescentes sin experiencia o expectativas de vida.

El punto de partida de la investigación se dio por la afluencia de casos enlazados a suicidio en los últimos años, tanto en el interior del país como en las instituciones públicas de la capital, algunos fueron publicados en medios de comunicación televisiva y escrita, impactando a la sociedad en general; actualmente pueden encontrarse en las aulas de los institutos públicos, salas de los hospitales y en centros de salud, personas, en su mayoría adolescentes, en recuperación por haber atentado contra la propia vida una o varias veces, y en el peor de los casos familias lamentando la pérdida de un ser querido que acabo con su vida. Manifestando brevemente las conductas por medio del suicidio y de la situación de la adolescencia en Guatemala, *donde de cada 4 personas que intentan suicidarse 3 son mujeres y en el 2007 la tasa de suicidios por cada 100,000 era del 5.5%*<sup>1</sup> surgen las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las condiciones socioculturales y personales que inducen la conducta suicida? ¿Cómo influye la dinámica familiar en los procesos mentales y el autorespeto

---

<sup>1</sup>Prensa Libre. Suicidio en jóvenes aumenta. 10 de octubre 2013. Pág. 7

para la toma de decisiones hacia la conducta suicida? ¿Qué género es el más propenso a suicidarse? ¿Cuál es el riesgo, a nivel psicosocial, de que haya ausencia del sentido de vida en los adolescentes?

Tomando estos factores se hace necesario realizar el estudio titulado “espectro suicida en estudiantes de educación básica en el instituto oficial mixto de educación básica de chinautlá”. La población con la que se llevó a cabo el estudio será del municipio de Chinautlá, donde se han presentado algunos casos relacionados al suicidio.

## **1.2. MARCO TEÓRICO**

### **1.2.1 ANTECEDENTES**

En Guatemala, la muerte por suicidio en niños y adolescentes, es un problema social latente que merece especial atención, ya que se están perdiendo valiosas vidas por el simple hecho de no tener acceso a una atención oportuna; trabajos previos como: “actitudes de la familia ante la muerte de un familiar que recurrió al suicidio” de Nancy Johana Meléndez Sutuc y el “Estudio comparativo de grupos de adolescentes con intento de suicidio” de Vilma Patricia Rodríguez Oviedo analizaron la situación de la conducta suicida. Dichos estudios buscaron detectar los predisponentes y precipitantes que conducían a los adolescentes a intentar el suicidio, compararon empíricamente las causas detectadas en el intento de suicidio en ambos géneros, ambos casos concluyeron en diversas metodologías de abordamiento como implementar programas académicos para el estudiante universitario que le brinden conocimiento para poder tratar pacientes que padezcan ideación suicida, crear unidades en los hospitales donde se pueda brindar tratamiento a pacientes suicidas, la finalidad del intento suicida es la muerte pero en la ideación suicida se busca tener un tipo peculiar de relación con el ambiente. En Guatemala no existen documentos que estudien al adolescente guatemalteco y que ayuden a definirlo psicológicamente, la tendencia al suicidio puede ser una conducta

heredada o copiada dentro de la familia, sin embargo, esto no ocurre en todos los casos, de 8 personas que se suicidan 3 dejan una carta o aviso corto para expresar las razones o únicamente despedirse de la familia.

Los estudios realizados se enfocaron mayormente en lo que viene después de que el adolescente fallecía, del ambiente familiar que dicha situación generaba pero que ninguno habla de una prevención o de un modelo que identificara con anticipación las conductas que pueden presentarse en los adolescentes al momento de que los procesos mentales comenzaran a albergar los pensamientos suicidas que actualmente se han visto reflejados en la sociedad guatemalteca a la que no se le ha encontrado una respuesta o solución para combatirla. Lo que dejó el camino para la investigación que se realizará a continuación.

### 1.2.2 INTENTOS E IDEACIONES SUICIDAS

*La etapa evolutiva designada como “adolescencia” (trece a dieciocho años) supone, desde una perspectiva cognitiva, que el sujeto esté en posesión de habilidades que lo capacitaron para las operaciones formales de pensamiento: el adolescente puede analizar posibilidades, no sólo realidades concretas, y por ello, elaborar complejos sistemas de razonamiento, reconstruyendo el universo de su infancia. En el reconocimiento de la posibilidad de “no ser” la realidad psíquica incorpora tanto lo permanente como lo transitorio, las variancias e invariancias. Morirse es, en esta etapa del ciclo vital, una metáfora potente en situaciones transicionales; el lenguaje cotidiano alude a ello tanto para referirse a situaciones afectivas intensas (me muero de ganas) como de soledad y frustración (me muero de aburrimiento).<sup>2</sup>*

Se conoce la etapa de la adolescencia como una de las etapas del

---

<sup>2</sup>Casullo, María; et.al. Comportamiento Suicidas en la Adolescencia. Origen del Suicidio. Lugar Editorial. Argentina. 2000 Pp.18. ISBN 3659017884, 9783659017889

desarrollo humano donde se viven la mayor cantidad de cambios tanto físicos como mentales que abren un nuevo mundo donde la persona dejó atrás el mundo de la infancia y salió a conocer el entorno que lo rodea donde las condiciones sociales son más positivas o negativas que llevan a la persona a realizar o pensar diversas cosas o bien, a enfrentar la realidad que fue ocultada para evitar algún dilema existencial del que los padres lo “protegían”. Los términos SUICIDIO Y SUICIDA se emplean para referirse a conductas “elegidas” que tienen como meta provocar la muerte propia en el corto plazo. Sin embargo, no todos los comportamientos a los que se alude con dichos términos han sido motivados por una decisión consciente de morir; muchas veces ni siquiera pretenden generar un daño personal sino simplemente expresar y comunicar sentimientos de desesperación, desesperanza o enojo. Debido a ello, la literatura contemporánea aborda el estudio de los comportamientos suicidas desde una triple categorización:

- **Ideaciones suicidas:** se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido del oficio de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción.
- **Parasuicidios:** comprende conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia. Se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta; dichos actos deben ser poco habituales. Así, por ejemplo, el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se ubican en este rubro<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup>Casullo, María; et.al.. Comportamiento Suicidas en la Adolescencia. Origen del Suicidio. Lugar Editorial. Argentina. 2000 Pp.20. ISBN 3659017884, 9783659017889



- **Suicidios:** *incluyen todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima la que es consciente de la meta a lograr. Para algunos autores, es importante ocuparse de los denominados “suicidios indirectos”: accidentes de tránsito, huelgas de hambre, el rechazo a tomar una medicación necesaria<sup>4</sup>.*

Las definiciones brindadas anteriormente acerca de la división de la conductasuicida donde se educa a la persona, en sentido de prevención e identificación primaria para el abordaje de esta problemática. Así mismo en el parasuicidio y suicidio se tomó como prevención secundaria debido a que no se llegará hasta ese momento, gracias a la prevención, además en estos puntos la persona ya no estará por lo que se usaran los términos como parte psicoeducativa, debido a que la investigación fue de carácter informativo para la población como para el nivel profesional que acuda a leerla.

Para estudiar los comportamientos e ideaciones suicidas en la etapa adolescente fue necesario operar desde un marco teórico que integrará distintos modelos. En este caso se le denominó cognitivo-mediacional-psicodinámico, pues integra propuestas complementarias.

- A. Entendemos al sujeto adolescente como integrante de un sistema familiar específico en el cual incorpora creencias, valores y significaciones determinadas en relación con la vida, la muerte, el objetivo de un proyecto de vida, que operan tanto a nivel consciente como inconsciente<sup>5</sup>.*

---

<sup>4</sup>Casullo, María; et.al.. Comportamiento Suicidas en la Adolescencia. Origen del Suicidio. Lugar Editorial. Argentina. 2000 Pp.20. ISBN 3659017884, 9783659017889

<sup>5</sup>IdemPp21

- B. Ese sujeto contextualizado (social, cultural e históricamente) tiene experiencias diversas en el curso de su ciclo de vida, las que se interpretan y comprenden en relación con lo especificado en A. y con las posibilidades que le ofrece el subsistema neurobiológico.*
- C. Los comportamientos concretos relacionados con el suicidio se vinculan con factores concurrentes (historia personal y social, programa neurobiológico, grado de salud mental) y precipitantes (experiencias vitales percibidas como muy estresantes, falta de estrategias adecuadas de afrontamiento, incapacidad para resolver problemas)<sup>6</sup>.*

El adolescente está compuesto de diversos sistemas psíquicos, valores y creencias que se han heredado por los padres, la familia y la cultura a la que pertenece por lo que ellos adoptan significados o creencias que están en el entorno, es por esto que se cree que los actos o pensamientos suicida también se ven influenciados por la historia que la persona tiene, a esto se refiere a la parte biológica que acompaña a la familia, la salud a nivel mental como a otros factores externos, consumo de sustancias psicoactivas, la base de los comportamientos de toda persona siempre radica en la dinámica familiar que viva o haya vivido.

A través de los estudios realizados con adolescentes y antecedentes consultados se pueden señalar como principales factores de riesgo:

- *Desequilibrio en neurotransmisores (neurobiológicos).*
- *Trastornos psiquiátricos (psicopatológicos).*
- *Pobres habilidades para resolver problemas (cognitivos<sup>7</sup>).*

---

<sup>6</sup>Casullo, María; et.al. Comportamiento Suicidas en la Adolescencia. Origen del Suicidio. Lugar Editorial. Argentina. 2000 Pp.22. ISBN 3659017884, 9783659017889.

<sup>7</sup>IdemPp. 23

- *Violaciones sexuales muy agresivas (experiencias vitales traumáticas).*
- *Trastornos en la identidad sexual (desarrollo personal).*
- *Acceso a armas de fuego (ambientales).*
- *Adicción a drogas (uso de sustancias).*
- *Conflictos entre los padres (familiares).*
- *Desempleo, problemas laborales (psicosociales).*
- *Familias disfuncionales muy violentas (familiares).*
- *Romper con una relación amorosa. (emocional)*
- *Pérdida de un ser amador. (emocional)*
- *Ser objeto de humillación pública. (psicosocial)*
- *Problemas académicos (cognitivos)<sup>8</sup>.*

La terminología empleada por diversos autores para describir los factores relacionados con los comportamientos suicidas fue algo confusa; se mencionan causas, factores de riesgo, procesos subyacentes, comportamientos sintomáticos. Existen tres tipos básicos de comportamientos vinculados con ideaciones e intenciones suicidas en la adolescencia:

- **Depresivo perfeccionista:** *hace referencia a personas con un Superyó muy rígido que exigen altos rendimientos y se manejan con altas expectativas de logro. Evidencian necesitar mucho la aprobación social y tendencia a cumplir con las normas sociales vigentes. Son altamente vulnerables a situaciones de fracaso y crítica. Tienden a idealizar a personas amadas que han fallecido y son altamente propensas a internalizar sentimientos agresivos y hostiles<sup>9</sup>.*

---

<sup>8</sup>Casullo, María;et.al. Comportamiento Suicidas en la Adolescencia. Origen del Suicidio. Lugar Editorial. Argentina. 2000 Pp.42. ISBN 3659017884, 9783659017889.

<sup>9</sup>IdemPp 43

*Se muestran bastantes solitarias. Es factible que se hayan criado en el núcleo de familias simbióticas muy conflictivas<sup>10</sup>.*

Se pudo evidenciar que este tipo de depresión fue característica de personalidades estructuradas básicamente por familias regularmente punitivas donde se denigra la constitución del sujeto, se evidencia un pobre autoconcepto, baja autoestima, aislamiento social que indudablemente le permitirá crear espacios de goce y como consecuencia la formación de ideas negativas que influyen en un autosuicida.

- ***Impulsivo:*** *caracteriza a personas con baja tolerancia a la frustración, incapaces de sentir afectos negativos, muy irritables, con marcadas tendencias a la actuación (acting-out) de los conflictos. Son muy sensibles a las situaciones en las que se sienten rechazadas por otros, Les cuesta resolver situaciones problemáticas de manera eficaz. Generalmente se han criado con el contexto de familias violentas<sup>11</sup>.*

En este sentido, se esperaría que el adolescente pueda controlar los procesos de pensamiento, que estos sean razonables, lógicos, coherentes, sin embargo, en personalidades con tendencia al suicidio esas capacidades no fueron desarrolladas o habilitadas ó están suprimidas por las experiencias negativas que se han adquirido del medio ambiente, por lo tanto el suicidio es básicamente característica impulsiva asociada a la historia de vida y las condiciones conjuntas de vida.

---

<sup>10</sup>Casullo, María; et.al. Comportamiento Suicidas en la Adolescencia. Origen del Suicidio. Lugar Editorial. Argentina. 2000 Pp.42. ISBN 3659017884, 9783659017889

<sup>11</sup>IdemPp 43

- **Desintegrado:** en las personas que pueden incluirse en esta categoría es factible encontrar estados severos de ansiedad con miedo a la pérdida de la identidad. Temen perder el auto-control e irritarse en forma desmedida, son poco asertivas y en general muy sumisas. Suelen padecer ataques de pánico o trastornos de tipo esquizofrénico.

### 1.2.3. PRESENCIA DE PSICOPATOLOGÍA

Diferentes trastornos psicopatológicos coexisten con los comportamientos suicidas; no puede decirse que son causas de ellos sino que la aparición de ellos aumenta la probabilidad de un suicidio. Al aludir a presencia de psicopatologías se refiere a regresiones importantes, empobrecimiento de las funciones yoicas, inadecuado uso de los mecanismos de defensa, todo lo cual reduce las posibilidades adaptativas así como el empleo adecuado de estrategias de afrontamiento frente a situaciones conflictivas. La depresión es sin duda el cuadro clínico más asociado con los comportamientos suicidas.

*Aproximadamente un 15% de las personas con esta patología realizar intentos suicidas; dos tercios de quienes intentaron quitarse la vida sufrían de algún malestar del tipo de depresión primaria.<sup>12</sup>*

La presencia de patologías en los cuadros de suicidio puede hacer que se crea que son un solo diagnóstico, sin embargo, solo es un diagnóstico comorbido donde no asegura que lleve al acto suicida. Cuando se habla de depresión la posibilidad si se ve levemente alterada, esto es porque los cuadros depresivos presentan un alza en este tema, debido a que la depresión es una agresión encubierta contra la persona lo que la hace tomar conductas de riesgo.

---

<sup>9</sup> Casullo, María; et.al. Comportamiento Suicidas en la Adolescencia. Origen del Suicidio. Lugar Editorial. Argentina. 2000 Pp.39. ISBN 3659017884, 9783659017889

*Se comparó a adolescentes que lograron suicidarse con quienes sólo lo intentaron indican que aproximadamente el 66% de los que se suicidaron y el 71% de los que intentaron habían sido diagnosticados con presencia de trastornos afectivos primarios.<sup>13</sup>*

Nuevamente se asocio la patología con la acción suicida, teniendo un ejemplo más claro y con mayor incidencia de comorbidad entre ambos temas, sin embargo, existe la duda del porque una gran mayoría al padecer algún trastorno si intentaron suicidarse y otros no, cual fue el factor determinante en este sesgo, la investigación realizada tuvo una interrogante enlazada a determinar los factores psicosociales que alteran los procesos de pensamiento de los guatemaltecos para tomar la decisión de dañarse a sí mismos.

*Estadísticas similares se han encontrado para referirse al consumo de alcohol y uso de sustancias y la relación con comportamientos suicidas. Aproximadamente el 4% de las personas hospitalizadas por problemas de alcoholismo terminan suicidándose. Los trastornos de conducta también aparecen asociados con comportamientos suicidas, especialmente en la infancia y la adolescencia; investigaciones realizadas comprueban que aproximadamente el 25% de los intentos suicidas en la etapa adolescente fueron diagnosticados como problemas de conducta y, a la vez, este tipo de trastornos era una de las características más llamativas en una muestra de adolescentes suicidas. Ha sido posible verificar asociación entre esquizofrenia y suicidio; el 10% de las personas con esquizofrenia crónica terminaron suicidándose<sup>14</sup>.*

---

<sup>13</sup>Casullo, María; et.al. Comportamiento Suicidas en la Adolescencia. Origen del Suicidio. Lugar Editorial. Argentina. 2000 Pp.40. ISBN 3659017884, 9783659017889

<sup>14</sup> Villargón, Lourdes. El pensamiento suicida en la adolescencia. Suicidio, un concepto multidimensional. Universidad de DustoBolbao. 2000 Pp.119. ISBN 9788498308464

Es alarmante la cita que antecede, pues evidenció porcentajes de suicidio en niños y adolescentes, conviene preguntar ¿porqué un ser humano que tiene toda una vida por delante decide terminar con ella? Indudablemente la respuesta se pudo encontrar en todos esos elementos ambientales, biológicos y psicopatológicos creados generalmente en la dinámica relacional del mismo, con la familia, la sociedad y los pares.

#### 1.2.4. ESTADOS FENOMENOLÓGICOS

*Aluden a estados emocionales muy intensos, que no pueden ser tolerados por los sujetos que, al persistir, generan un deseo muy intenso de ponerles fin. Las emociones intensas se estructuran como reacción a situaciones permanentes de estrés crónico y traumas, que interactúan con predisposiciones o características de personalidad, estrategias inadecuadas para afrontar tales situaciones estresantes así como con relaciones interpersonales insatisfactorias<sup>15</sup>.*

La desesperanza fue uno de los estados fenomenológicos asociados con el comportamiento suicida, donde hay una tendencia a explicar los sucesos negativos a partir de causas internas, estables y globales de la persona que estuvo pasando por esta situación, así como a presentir consecuencias negativas y concluir que, si dichos sucesos tuvieron lugar, eso significa que algo falló en uno mismo. La persona hace una interpretación fatalista de los problemas que ocurren, pensando que no tuvieron solución, no hubo nada que pudiera hacer para mejorar la situación, las consecuencias fueron inevitables, permanentes y afectaron toda la vida.

---

<sup>15</sup> Villargón, Lourdes. El pensamiento suicida en la adolescencia. Suicidio, un concepto multidimensional. Universidad de DustoBolbao. 2000 Pp.125. ISBN 9788498308464

### 1.2.5. ¿PORQUÉ SE SUICIDAN LOS ADOLESCENTES?

Los adolescentes se adaptan a profundos cambios físicos que los perturban y que ellos tardan en aceptarlos como propios; al mismo tiempo, tienen que mantener un equilibrio para adaptarse a las normas sociales de los adultos, lo cual es extremadamente difícil. El adolescente estará en la lucha por conseguir su valor y confianza en sí mismo, esta independencia tan deseada también es temida y tomará mucho tiempo, un comienzo temprano de la pubertad no explica por completo la prevalencia de los niveles de depresión o de la conducta suicida. Sin embargo, la maduración sexual temprana pospone la adultez por exigencias sociales de educación y las dificultades de adquirir independencia económica, lo cual hace a los adolescentes dependientes de los padres durante más tiempo. Parece que esto afecta particularmente a las mujeres, ya que ellas tienden a depender más y a necesitar de la ayuda de otros en la sociedad. Por otro lado, los hombres son educados para encontrar soluciones y ser más independientes, por lo tanto, ante las demandas culturales muchas ideas equivocadas fueron recibidas por los adolescentes pero no fueron cumplidas formándose así el conflicto con la sociedad. Si no se estructuró una personalidad sana el sujeto no logra encontrar vías de solución a los conflictos o las demandas del medio ambiente.

### 1.2.6. FACILITADORES E INHIBIDORES DE LOS COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

Algunos factores o circunstancias pueden aumentar o disminuir el riesgo de que una persona se involucre en comportamientos autodestructivos. Los denominados facilitadores reducen las limitaciones externas y crean la ilusión de que el suicidio no sólo es la solución para el problema que se enfrenta sino que además es atractivo y normativo. Entre ellos se encontraron la exposición a situaciones de suicidio, al acceso a armas para concretar actos suicidas, determinadas normas culturales, actitudes de atracción hacia la muerte o



rechazo a la vida, sensaciones muy peculiares de ser diferentes a los demás, reacciones disociadas que fueron evidencian en actitudes de indiferencia hacia el propio cuerpo o hacia situaciones dolorosa. Entre estos factores facilitadores se incluyeron las horas de exposición ante programas de televisión en los que aparecieron suicidios consumados. La percepción pareciera que provocó en el televidente fuertes reacciones emocionales y actitudes positivas hacia quitarse la vida con la fantasía de recibir la misma atención lograda por el protagonista de la acción televisada y por otro lado los inhibidores pudieron constituirse en actividades que motiven a la persona a interactuar con la sociedad de manera adecuada, como grupos deportivos, involucramiento en actividades musicales, voluntariados donde se convivió con la sociedad y grupos de apoyo donde la persona pueda encontrar una red de personas que hayan tenido experiencias similares y hayan sobrepasado dicha situación por lo que puedan asistirlo en momentos donde los pensamientos aparezcan y no sepa como actuar. La familia es un potente inhibidor cuando tiene la noción de lo sucedido y brinden el apoyo a la persona que haya vivido esta situación.

#### 1.2.7. DIFERENCIAS SEGÚN GÉNERO

Numerosos estudios indicaron que las mujeres adolescentes tienen una probabilidad dos veces mayor que los varones de verse involucradas en ideaciones suicidas y fueron más expuestas a concretar parasuicidios que sus pares masculinos. *Canetto informó que las mujeres adolescentes tienen menores probabilidades de morir en los intentos de matarse. Mientras que durante la infancia los casos de suicidio son pocos comunes y su prevalencia no muestra diferencia según el género, la incidencia del parasuicidio se incrementa más lentamente en las mujeres a medida que pasa el tiempo*<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Mardomingo Sanz, María Jesús. Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes. Lugar editorial. 1994 Pp.490. ISBN 8479781645

*En las últimas décadas se ha verificado un significativo aumento en las tasas de intentos de suicidios adolescentes femeninas; entre los varones son mayores las tasas logradas<sup>18</sup>.*

En general, el suicidio fue más común en los hombres. Sin embargo, los factores culturales influyeron en esto. Las mujeres prefirieron cortarse las venas o ingerir pastillas, mientras que los hombres utilizaron métodos más violentos, como arma de fuego o ahorcarse. El intento de suicidio tiende a repetirse, principalmente en aquellos que tuvieron depresión, abuso de sustancias o psicosis. También hubo tendencia a intentarlo de nuevo las personas aisladas de relaciones sociales o bien, las que tuvieron una socialización pobre. Uno de los factores de riesgo fue el aislamiento, y existió una mayor probabilidad de que cometieran suicidio aquellas personas que no tuvieron familia o amigos cercanos. En cambio, tienden a suicidarse menos quienes tienen pareja o una persona importante en sus vidas o que actualmente visitan a un terapeuta. Fue un factor desencadenante haber sido víctima de humillación por parte de los compañeros de escuela o fallas académicas que no quisieron reconocerse ante los padres. Muchas personas tuvieron dificultades para creer que existieron alternativas sanas para los problemas de la vida. Las enfermedades físicas, sobre todo las que afectaron al cerebro y aquellas de alta malignidad, también sin factores de riesgo.

#### 1.2.8. ANTECEDENTES FAMILIARES Y LA PERSONALIDAD

*Se encontró una historia familiar de suicidio o de trastorno mental en 11% de aquellos que lo completan. De esta manera, además de los antecedentes psiquiátricos de los padres, influyeron los conflictos conyugales o entre el padre y el hijo. Se encontraron que una vigilancia pobre de los padres en el ámbito<sup>19</sup>*

---

<sup>19</sup>Buendía Vidal, José. El suicidio en adolescentes: factores implicados en el pensamiento suicida. Autoestima y desesperanza. Universidad de Murcia 2004 Pp. 91. ISBN 8483714663

*donde no se pusieron límites, también fue un riesgo. El abuso físico o sexual también fue reportado como factor de riesgo. La personalidad influyó, los suicidas son individuos típicamente más agresivos, con tendencia a la irritación y a la impulsividad. Los bajos niveles de neurotransmisores (serotonina) fueron asociados a la falta de regulación de impulsos<sup>20</sup>.*

La dinámica familiar fue la encargada de formar la personalidad, la influencia de la convivencia entre los seres que componen un hogar y las relaciones afectivas que los padres entre ellos y hacia los hijos fueron la base para que el sujeto se desenvuelva en el ambiente social que lo rodea. El historial de salud fue otro factor que se estudió para poder tener presentes los antecedentes que tiene la familia y a los cuales puede estar propensa la persona por algún desencadenante.

#### 1.2.9. ANTIDEPRESIVOS Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

La disminución en el índice de suicidios, a pesar de que se han mantenido los niveles de alcoholismo, se debió en gran parte a la medicación antidepresiva como medida preventiva. Concretamente cuando hay un paciente depresivo –en la primera etapa- ya tiene ideación suicida y toma medicamentos antidepresivos energizantes, éstos pueden incrementar la agitación motora (akatasia), y esta activación pudo ser precipitante para una conducta destructiva, esto fue

primordial y a la vez uno de los elementos fundamentales para la prevención del suicidio, sin embargo la persona no necesita solo de eso, se debe integrar a un proceso de psicoterapia conjunta para tratar los pensamientos que lo llevaron a tomar esta decisión, así como el manejo de la depresión que pudo ser originada por factores extrínsecos en los que la persona esté involucrada pero que no

---

<sup>20</sup>Buendía Vidal, José. El suicidio en adolescentes: factores implicados en el pensamiento suicida. Autoestima y desesperanza. Universidad de Murcia 2004 Pp. 91. ISBN 8483714663

fuera capaz de ver. Los psicofármacos ayudaron a que el funcionamiento biológico a nivel cerebral se regulara y pudiera ver más allá de lo que creía, teniendo esta parte controlada se busco el sentido de vida a través de las experiencias y metas que la persona tuviera para poder volver a construir un entorno seguro para la persona.

#### 1.2.10. MODELO PSICOANALÍTICO

*Freud al igual que Abraham postularon que un super yo punitivo permite que la agresión y la hostilidad se volvieran contra uno mismo, permitiendo la depresión y consecuentemente la autoagresividad. Melanie Klein aceptó la teoría dual de los instintos de Freud (instinto de vida e instinto de muerte): consideró que el instinto de muerte estuvo presente y se manifestó desde el nacimiento. La agresividad es la principal manifestación de ese instinto y se proyectó en la primera etapa del desarrollo en forma de miedos paranoides. En una etapa posterior, el niño percibió la existencia de agresividad dirigida hacia el exterior y hacia el interior, lo que le produjo sentimientos de culpa y depresión. Anna Freud afirmó que durante la adolescencia pueden ocurrir deseos de suicidio que nacen de la inversión del amor en odio hacia los padres, con desplazamientos hacia el sujeto. Schneer y Kay observaron que, además de la ansiedad o los sentimientos excesivos de culpa o agresividad, la pérdida o separación de los padres en periodos cruciales del desarrollo predisponen al adolescente al suicidio<sup>21</sup>.*

*Schur hizo hincapié en el trastorno de relación con los padres, especialmente con la madre Señala que: “inconscientemente se manifiestan sentimientos básicos dirigidos hacia el niño en el sentido de que es una carga”<sup>22</sup>.*

---

<sup>21</sup>Mardomingo Sanz, María Jesús. Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes. Lugar editorial. Bilbao 1994 Pp.501. ISBN 8479781645

<sup>22</sup>Idem P.p. 506

*Los actos de autodestrucción del niño fueron la satisfacción parcial de la “exigencia de que el niño no exista”, no enunciada verbalmente por la madre. Los estudios psicoanalíticos empezaron a señalar la importancia de factores como la pérdida o separación de los padres que, posteriormente, se repitieron de forma constante en la literatura. El modelo psicoanalítico explicará el suicidio como consecuencia de un síntoma intrapsíquico. Éste puede ser a) la identificación con un objeto amoroso perdido, ya sea real o imaginaria; b) la interiorización del instinto de agresividad; c) la manipulación del otro en busca de amor, o d) el deseo de castigar al otro<sup>23</sup>.*

La principal crítica a este modelo fue basa en que los síntomas intrapsíquicos antes descritos pudieran ser consecuencia de alteración del estado de ánimo y no la causa, por lo que las estructuras psíquicas se modificaron durante la vida del niño, reconociendo así diversas actitudes que los padres tuvieron hacia él y el exterior que enviaron un mensaje codificado que el inconsciente descifró concluyendo en un amor inundado de sentimientos que pueden variar aun siendo la persona, en este caso el adolescente, quien reciba estos mensaje con una sensación amorosa de por medio. Cuando los padres lleguen al punto de separarse estos mensajes se hacen latentes por lo que los jóvenes pueden sentirse culpables por no haber podido retener esos mensajes para ellos y no transferirlos hacia los padres. También se encontraron los lazos afectivos entre la madre y el hijo donde existe una relación de inexistencia que la madre no verbalizó pero si lo pensó inconscientemente desde que el bebé se encontraba en el vientre, lo que hace que la relación madre e hijo se vea para ambos, sesgada y se mantenga una constante emisión de mensajes, que no son claros pero que psicológicamente se introyectaran en ambos.

---

<sup>23</sup>Mardomingo Sanz, María Jesús. Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes. Lugar editorial. Bilbao 1994 Pp.501. ISBN 8479781645

Se enlazó la pérdida del objeto transaccional al suicidio, donde no se habló de la relación como una cosa sino como un conjunto de emociones que se perdieron.

#### 1.2.11.MODELO PSIQUIÁTRICO

Supone que el suicidio fue consecuencia de las alteraciones psicológicas que ocurrieron en ciertos trastornos psiquiátricos como la depresión o la intoxicación por alcohol o drogas. El suicidio no sería por sí mismo un trastorno, sino un síntoma de una enfermedad psiquiátrica de base. Ninguno de los modelos mencionados fue capaz de explicar por sí mismo todos los casos de suicidio; no obstante, es importante subrayar que estos modelos teóricos no son incompatibles entre sí, sino que tienen un carácter complementario.

#### 1.2.12.FACTORES NEUROBIOLÓGICOS

*En las últimas décadas se demostró la influencia de ciertas alteraciones de los neurotransmisores cerebrales en las enfermedades psiquiátricas. Al igual que ocurre con la vulnerabilidad genética, se discutió si las alteraciones neuroquímicas halladas en los casos de suicidio fueron un marcador de un trastorno psiquiátrico de base como la depresión. Una de las monoaminas cerebrales implicadas en la patogenia de la depresión fue la serotonina, que también fue el marcador bioquímico que más claramente se correlacionó con las conductas suicidas. La hipótesis bioquímica tradicional de la depresión supuso un déficit funcional y metabólico en el sistema monoaminérgico<sup>24</sup>.*

---

<sup>24</sup>Quintanar, Fernando. Comportamiento suicida: Perfil Psicológico y posibilidades de tratamiento. Propuesta para la comprensión y atención del suicidio. Editorial Pax. México 2007 ISBN 9688608092

*El estudio de las alteraciones serotoninérgicas fue basado en estudio en LCR de 5-HIAA (ácido 5 hidroxindolacético) que es el principal metabolito de la serotonina. Estudios posmortem de tejido cerebral midiendo las concentraciones de serotonina y 5-HIAA y la densidad de los receptores de imipranina (receptores de los que aún no se han encontrado su ligando natural). Estudios bioquímicos periféricos fundamentalmente en plaquetas, que se comportan como una terminación nerviosa serotoninérgica, midiendo la captación de serotonina y la densidad de receptores de imipranina<sup>25</sup>.*

Existe una correspondencia directa entre bajos niveles de la serotonina y escaso control de impulsos. Desde el punto de vista biológico, los factores relevantes en relación con la conducta suicida fueron aquellos que reducen la actividad de los neurotransmisores enlazados a la depresión, dicho anteriormente, estos factores pueden ser heredados o tener una disposición por lo tanto, los factores culturales en los que la persona estuvo inmersa pudieron ser un detonante para que dicha alteración neuronal se lleve a cabo y la persona no cuente con la asesoría adecuada. La actividad cerebral tiene repercusiones a nivel general en la persona; los factores como el consumo de sustancias, ambientes violentos, desintegración familiar, acoso, duelo, etc. pudieron acelerar el proceso en personas que presentan rasgos de una conducta suicida ó alteraciones en la personalidad. Es importante mencionar que esta alteración no pudo ser percibida por la persona con facilidad pero si existe un canal de comunicación adecuada entre el grupo social y ella, podrá recibir la atención adecuada para encontrar la causa de los síntomas que está padeciendo.

---

<sup>25</sup>Quintanar, Fernando. Comportamiento suicida: Perfil Psicológico y posibilidades de tratamiento. Propuesta para la comprensión y atención del suicidio. Editorial Pax. México 2007 ISBN 9688608092

### 1.2.13.PROBLEMATICAS ASOCIADAS AL ESPECTRO SUICIDA

A continuación se encontrarán los conceptos de cada manifestación fenomenológica (psicopatología) mencionada anteriormente:

- **Trastorno oposicionista desafiante (TOD):**

*Sucedee cuando el comportamiento de su niño es en general negativo y agresivo. El niño puede irritarse y discutir, dar rabietas y desobedecer, puede llegar a portarse mal sólo en casa o en distintos lugares, como en la escuela. El comportamiento del TOD casi siempre es mucho más hostil que el comportamiento típico de los niños de la misma edad. Casi siempre padecen de otros trastornos médicos mentales, como ansiedad, depresión, trastorno de hiperactividad con déficit de atención, y discapacidades del aprendizaje. también se define por un patrón recurrente de conducta negativista, desafiante, desobediente y hostil dirigido a las figuras de autoridad. Por lo general se presenta entre los 4 y 8 años de edad y con más frecuencia en niños que en niñas. Se estima que su prevalencia en la población general es de, aproximadamente, 2 a 16%.Este. Algunos estudios han demostrado que afecta al 20% de los niños en edad escolar; sin embargo, la mayoría de los expertos cree que esta cifra es alta debido a las definiciones culturales cambiantes de lo que es un comportamiento infantil normal y a posibles sesgos o prejuicios raciales, culturales y de género<sup>26</sup>.*

- **Conducta paranoide:**

*Este patrón conductual se caracteriza por hipersensibilidad, rigidez, sospecha infundada, celos, envidia, sentimiento exagerado de la propia importancia y una tendencia a criticar a las personas; expectativa<sup>27</sup>.*

---

<sup>26</sup>Goldman, Howard H. Psiquiatría General. Principios de Psicopatología. Lugar Editorial. México D.F..1992 Pp.112-145. ISBN 9684269390, 9789684269392

<sup>27</sup>IdemPp.201-206.



*–sin justificación suficiente- de que serán explotados, dañados por los demás y a atribuirles motivos malévolos Estas características obstaculizan a menudo la capacidad del paciente de mantener unas relaciones interpersonales satisfactorias. Por supuesto. La presencia de sospecha no justifica por sí mismo el diagnóstico, puesto que en algunos casos podrá estar justificada. Los individuos paranoides rara vez buscan ayuda clínica. Si una situación se vuelve tan difícil que se ve forzado a buscar ayuda, por ejemplo, si se requiere que trabajen muy cerca de otras personas; la barrera más complicada del terapeuta es traspasar la barrera de la sospecha. También son hipersensibles a la crítica, por lo que se les dificulta de manera especial trabajar en puestos subordinados. Sienten un fuerte temor de perder la independencia y el poder de dar forma a los eventos. La simple sensación de ocupar una posición de rango inferior o con menos poder es intolerable. Las personas con trastornos paranoides parecen frías, sin sentido del humor, intrigantes y mañosas. Estas características no promueven las relaciones estrechas y satisfactorias. Quizá porque tienen este tipo de personalidad son reservadas y rara vez intiman con los demás, muchas de sus extrañas ideas pasan inadvertidas. A veces, su desempeño es insuficiente porque la preocupación de buscar motivos ocultos y significados especiales limita su capacidad para considerar y comprender las situaciones. Cuando surgen problemas, casi siempre se relacionan con el trabajo, ya que ésta es un área en la cual resulta difícil evitar los contactos interpersonales<sup>28</sup>.*

- **Trastorno disocial de la personalidad:**

*Se caracteriza por una forma persistente y reiterada de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de los otros o normas sociales. Los comportamientos típicos incluyen peleas frecuentes, intimidaciones, crueldad<sup>92</sup>*

---

<sup>28</sup>Goldman, Howard H. *Psiquiatría General. Alteraciones conductuales.* Lugar Editorial. México D.F..1992 Pp.201-206. ISBN 9684269390, 9789684269392

<sup>29</sup>Idem Pp112-145

*hacia personas o animales, destrucción de propiedades ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela, fugas del hogar, provocaciones, desafíos y desobediencia graves. Se consideran dos tipos: a) De inicio infantil, en el que al menos una característica se ha manifestado antes de los diez años, y b) De inicio adolescente, en el que no se manifiestan síntomas antes de los diez años. Suelen tener poca empatía y preocupación por los sentimientos, deseos y bienestar de los otros. En situaciones ambiguas interpretan las intenciones de los otros como hostiles y amenazadoras, por lo que responden con agresiones. Pueden carecer de sentimientos de culpa o remordimiento. La autoestima suele ser baja aunque den una imagen de dureza. También muestran poca tolerancia a la frustración, irritabilidad e imprudencia. Se asocia con frecuencia a un inicio temprano de la actividad sexual, consumo de sustancias, problemas escolares y expulsiones, conflictos legales, embarazos no deseados y lesiones producidas en peleas o accidentes. El rendimiento académico suele ser más bajo de lo normal y espera por la inteligencia del sujeto. Es frecuente el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y puede asociarse a uno o más de los siguientes: trastornos del aprendizaje, Trastorno de Ansiedad, Trastorno del Estado de Ánimo y trastornos relacionados con sustancias. Puede iniciarse hacia los 5 ó 6 años pero habitualmente se diagnostica al inicio de la adolescencia, siendo raro el comienzo después de los 16 años. El curso es variable y en una mayoría de sujetos remite en la vida adulta. El subtipo de inicio infantil tiene peor pronóstico y tiende a desarrollar un trastorno Antisocial de la Personalidad<sup>30</sup>.*

---

<sup>30</sup>Sarason, I.G. Psicopatología anormal: EL problema de la conducta inadaptada. Pearson Educación. México D.F., 2006 Pp. 470 ISBN 9702608414

- **Trastorno depresivo mayor:**

*La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña. Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque raras veces resulta fácil establecer su autonomía diagnóstica respecto de otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. La depresión también puede concurrir con el abuso de alcohol u otros tóxicos, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. Si bien las causas de la depresión no son conocidas, diferentes factores podrían intervenir en su génesis, como determinados factores genéticos, vivencias de la infancia y adversidades psicosociales actuales (contexto social y aspectos de la personalidad). También podrían jugar un papel importante como factores de riesgo en el desarrollo de una depresión, dificultades en las relaciones sociales, el género, el estatus socio-económico o disfunciones cognitivas, aunque lo más probable sea una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales<sup>31</sup>.*

---

<sup>31</sup>Goldman, Howard H. Psiquiatría General. Principios de Psicopatología. Lugar Editorial. México D.F..1992 Pp.129-130. ISBN 9684269390, 9789684269392

- **Esquizofrenia:**

*Es un diagnóstico psiquiátrico que se utiliza para personas con un grupo de trastornos mentales crónicos y graves, caracterizado a menudo por conductas que resultan anómalas para la comunidad, falta de percepción de la realidad, alteraciones en la percepción o en la expresión de la alteración de la realidad. La esquizofrenia causa además un cambio mantenido en varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social. Entre los síntomas frecuentes están las creencias falsas, un pensamiento poco definido o confuso, alucinaciones auditivas, reducción de las actividades de relación y de la expresión de emociones, e inactividad. Una persona con esquizofrenia, por lo general, muestra un lenguaje y pensamientos desorganizados, delirios, alucinaciones, trastornos afectivos y conducta inadecuada.*

- **Psicosis:**

*La psicosis presenta un desvío en el juicio de realidad que ocurre cuando una persona pierde contacto con la realidad. La persona puede tener falsas creencias acerca de lo que está sucediendo o de quién es (delirios). Ver o escuchar cosas que no existen (alucinaciones) y pueden exhibir cambios en su personalidad y pensamiento desorganizado. Estos síntomas pueden ser acompañados por un comportamiento inusual o extraño, así como por dificultad para interactuar socialmente e incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria<sup>32</sup>.*

---

<sup>32</sup>Sue, D: et al. *Psicopatología Comprendiendo la conducta anormal*. CengageLearning Editores. 2007. Pp 174-180 ISBN: 6074812845, 9786074812848

- **Trastorno de déficit de atención con hiperactividad:**

*El trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se caracteriza por un patrón de falta de atención sostenida y un comportamiento impulsivo más acusado de lo esperado en niños de esa edad y desarrollo. Mientras que en el pasado se consideraba que la hiperactividad era el síntoma disfuncional subyacente, actualmente hay consenso que la hiperactividad suele ser secundaria a un deficiente control de los impulsos. La impulsividad y la hiperactividad comparten una dimensión en los criterios diagnósticos de este trastorno. Para que cumpla los criterios diagnósticos de TDAH, algunos síntomas deben estar presentes antes de los 7 años de edad, aunque en ciertos casos de diagnóstica con posterioridad cuando su comportamiento comienza a dar problemas en el entorno escolar y otras situaciones. Se manifiesta como un aumento de la actividad física, impulsividad y dificultad para mantener la atención en una actividad durante un periodo de tiempo continuado. Además de esto hay niños en los que se observan a su vez problemas de autoestima debidos a los síntomas propios del TDAH y que los padres no suelen asociar a dicho trastorno. A su vez, el trastorno se puede asociar con frecuencia a otros problemas, y sus consecuencias se aprecian en distintos ambientes de la vida del niño, no solo el escolar, sino que también afecta en gran medida a las relaciones interpersonales tanto con la familia, como con otros niños y con sus educadores, siendo estas interrelaciones clave en el desarrollo del niño. La confirmación del diagnóstico de TDAH requiere que haya una alteración por faltade atención y/o hiperactividad e impulsividad en al menos dos entornos distintos, y que interfiera en el funcionamiento evolutivamente adecuado social, académico y extracurricular<sup>33</sup>.*

---

<sup>33</sup>Sue, D: et al. *Psicopatología Comprendiendo la conducta anormal*. CengageLearning Editores. 2007. Pp 174-180 ISBN 6074812845, 9786074812848

- **Hipomanía:**

*Es un estado afectivo caracterizado por un ánimo persistentemente expansivo, hiperactivo y/o irritable, como también por pensamientos y comportamientos consecuentes a ese ánimo que se distingue de un estado de ánimo normal. Los individuos en estado hipomaniaco tienen menos necesidad de dormir y descansar, pueden ser hiperempáticos y tienen una enorme cantidad de energía. Este estado de ánimo patológico constituye una de las fases del trastorno bipolar tipo II y de la ciclotimia.*

- **Trastorno de ansiedad generalizada:**

*El Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es la preocupación y ansiedad crónicas y exageradas con relación a la vida cotidiana, la preocupación no está dirigida a nada en particular.. Este trastorno comienza, generalmente, en la niñez o adolescencia, aunque también puede comenzar en la fase de adulto joven. A diferencia de los episodios individuales de ansiedad grave por angustia que se producen en el trastorno de angustia, el nivel de ansiedad fluctúa gradualmente en las personas que tienen trastorno de ansiedad generalizada. A nivel mundial, aproximadamente el 20% de las personas que reciben atención médica de cabecera tienen trastornos de ansiedad o depresión.*

- **Trastorno de ansiedad por separación:**

*El trastorno de ansiedad por separación (TAS) es una manifestación psicopatológica, caracterizada por la incapacidad del niño de quedarse y estar a solas. En este caso el niño no es capaz de separarse apropiadamente de la persona que es emocionalmente significativa para él<sup>34</sup>.*

---

<sup>34</sup>Gómez Restrepo, Carlos: et al. Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Editorial Médica Internacional Ltda. Bogotá, Pp 233-245 ISBN 9789588443010

*La angustia del TAS es excesiva y sobre lo esperado para el nivel de desarrollo del niño, es decir, no es una angustia normativa. El diagnóstico clínico de un TAS puede ser difícil de realizar, ya que muchas veces no es fácil diferenciar formas normativas de formas patológicas de ansiedad por separación. El aspecto esencial de este trastorno es la ansiedad excesiva relacionada con la separación de las personas a las que está vinculado el niño (normalmente los padres y especialmente la madre) o con la separación del hogar o de otros familiares próximos. Los síntomas se manifiestan a nivel cognitivo (preocupación excesiva y persistente a perder las figuras de apego o a que les suceda algo malo), conductual (resistencia o rechazo a acudir a la escuela u otro lugar, negarse a dormir sólo o fuera de casa si no está cerca la figura de vinculación), y somáticas(dolores de estomago, cabeza, pesadillas recurrentes, náuseas, etc.). Suele asociarse a la presencia de una fobia o rechazo escolar y, en consecuencia, de un notable deterioro académico y social<sup>35</sup>.*

- **Delirium:**

*El delirium o síndrome confusional es un trastorno médico que implica la alteración global del estado mental que se caracteriza por la perturbación de la conciencia, de las funciones cognitivas (percepción, orientación, lenguaje y memoria) y de la conducta del individuo. Al definirse como síndrome y no como enfermedad se reconoce un patrón característico de síntomas clínicos, debidos a un gran número de causas generadas tanto dentro como fuera del sistema nervioso central<sup>36</sup>.*

---

<sup>35</sup>Gómez Restrepo, Carlos: et al. Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Editorial Médica Internacional Ltda. Bogotá, Pp 233-245 ISBN 9789588443010

<sup>36</sup>Goldman, Howard H. Psiquiatría General. Principios de Psicopatología. Lugar Editorial. México D.F..1992 Pp.205. ISBN 9684269390, 9789684269392

*En todos los casos, el delirium se produce secundariamente a una o varias agresiones que actúan directamente sobre el sistema nervioso central o bien de forma indirecta a partir de una afección sistémica. Se trata de una emergencia médica potencialmente reversible que afecta el pronóstico general del paciente. Requiere la rápida identificación de las causas subyacentes y la instauración de las medidas adecuadas para su tratamiento y el control de las complicaciones. El delirium es un síndrome que incluye alteraciones de la conciencia, alteraciones de la cognición (pensamiento, percepción y memoria), dificultades de la orientación y cambios en la actividad motora y en el ciclo sueño-vigilia<sup>37</sup>.*

- **Consumo de sustancias (como condición de atención clínica):**

*El consumo de alcohol y de otras drogas entre los adolescentes de las sociedades desarrolladas es un problema común. Los estudios de investigación realizados en el campo del consumo de sustancias en la última década observan que la edad de comienzo de la experimentación con sustancias psicoactivas ha disminuido. Sin embargo, en cifras generales el consumo de drogas es poco frecuente por debajo de los 12 años, observándose un pico de aumento importante en la adolescencia. Al ser la adolescencia la etapa del desarrollo donde se forma la identidad individual y se produce la preparación hacia los diferentes roles sociales e individuales, es fácil entender como en este periodo es frecuente que los adolescentes experimenten con una amplia gama de actitudes y comportamientos entre los que se incluye el consumo de sustancias psicoactivas. Las sustancias más usadas por los adolescentes son el alcohol y la nicotina, seguidas de la marihuana<sup>38</sup>.*

---

<sup>37</sup>Goldman, Howard H. Psiquiatría General. Principios de Psicopatología. Lugar Editorial. México D.F..1992 Pp.205. ISBN 9684269390, 9789684269392

<sup>38</sup>Becoña Iglesias, Elisandro. Et. Al.Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Martín Impresos, Valencia Pp11-15 ISBN 9788493309435



*En los últimos años se ha observado un aumento en el consumo de cocaína en este grupo de población, seguida de las drogas de diseño, estimulantes anfetaminas y tranquilizantes. Los inhalantes ocupan el primer lugar en los medios marginales. Otras sustancias que han experimentado un periódico aumento en esta población son los opiáceos y esteroides<sup>39</sup>.*

- **Encompresis (como condición de atención clínica):**

*Se denomina Encompresis a la incontinencia de materia fecal después de los 4 años de edad. Es el paso voluntario o involuntario de heces que comprende desde el simple manchado de la ropa interior a la evacuación de mayores cantidades de heces, en lugares no adecuados para este propósito, de acuerdo con las pautas socioculturales propias del lugar. Aproximadamente el 1% de los escolares de los primeros años presentan este cuadro, siendo predominante en un 80% aproximadamente en el sexo masculino, el niño puede no padecer ninguna afección orgánica. El trastorno puede ser la expresión de la continuidad de una incontinencia fisiológica infantil, aparecer después de haber adquirido el control de los esfínteres o consistir en la deposición deliberada, aun cuando exista un control normal de los esfínteres. El cuadro puede presentarse como una alteración aislada o puede formar parte de un síndrome más amplio, en especial de un trastorno de las emociones o de un trastorno disocial, trastornos en la motricidad, crisis epilépticas, anomalías del lenguaje, manipulación de excrementos e, incluso, coprofagia. Se asocia frecuentemente con la enuresis. Frecuentemente sobreviene durante el día, contrariamente a la enuresis. Tal como la enuresis, es un signo de perturbación de las primeras etapas de la maduración de la personalidad<sup>40</sup>.*

---

<sup>39</sup>Becoña Iglesias, Elisandro. Et. Al. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Martín Impresos, Valencia Pp11-15 ISBN 9788493309435

<sup>40</sup>Gómez Restrepo, Carlos: et al. Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños. Editorial Médica Internacional Ltda. Bogotá, Pp 233-245 ISBN 9789588443010

Se diferencia de la "incontinencia fecal infantil" en que esta última es consciente y su etiología es orgánica (enfermedades metabólicas, malformaciones congénitas, oligofrenia)<sup>41</sup>.

- **Enuresis (como condición de atención clínica):**

Se entiende por enuresis la emisión repetida de orina durante el día o la noche, en la cama o en la ropa, de manera involuntaria o en ocasiones intencionada, que haya ocurrido por lo menos dos veces por semana durante un mínimo de tres meses o que siendo la frecuencia menor, provoque malestar clínicamente significativo al sujeto, con una edad cronológica igual o superior a cinco años o, cuando se trate de niños con retraso mental, con una edad mental equivalente-Si se tienen en cuenta la diversidad de causas que pueden estar en la base de un problema enurético (neurológicas, anatómicas, pautas incorrectas de aprendizaje, etc.) no es extraño que se suela recurrir a distintos métodos para evaluar e intervenir. Normalmente recurrimos a un examen médico, entrevista con los padres, el niño, observación conductual y registros<sup>42</sup>.

- **Abuso sexual (como condición de atención clínica):**

Se considera abuso sexual infantil a toda conducta en la que un menor es utilizado como objeto sexual por parte de otra persona con la que mantiene una relación de desigualdad, ya sea en cuanto a la edad, la madurez o el poder. Son actitudes y comportamientos que realizan sobre otro ser, sin el consentimiento o conocimiento y para la propia satisfacción sexual. Va desde la amenaza al engaño, la seducción y/o confusión. Se habla de abuso siempre que el otro no quiera o sea engañado, (incluso dentro de la pareja)<sup>43</sup>.

---

<sup>41</sup>Gómez Restrepo, Carlos: et al. Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños. Editorial Médica Internacional Ltda. Bogotá, Pp 233-245 ISBN 9789588443010

<sup>42</sup>Idem Pp 246

<sup>43</sup>Idem Pp. 260

*Es un acto que pretende dominar, poseer, cosificar a la persona a través de la sexualidad. Unas veces el agresor actúa desde la violencia explícita hacia la víctima, que se siente impotente, desprotegida, humillada. Otras veces, se vale de la confianza en él depositados para desde la cercanía de una relación afectiva, romper los límites de la intimidad e introducir elementos eróticos, (sobre todo en niños, niñas y preadolescentes). Establece una relación confusa, irrumpiendo no sólo en su sexualidad, sino en el conjunto de su mundo afectivo y vivencial<sup>44</sup>.*

Las definiciones de las psicopatologías brindadas anteriormente ayudaron a comprender y enlazar cada uno de los fenómenos psíquicos con el contexto donde las personas se desarrollan, las oportunidades que tienen según la comunidad donde residen y la influencia del entorno (grupos de apoyo) , también se pudo evidenciar la relación entre cada uno de estos cuadros clínicos y el espectro suicida debido a un patrón conductual con rasgos depresivos, los cuales estuvieron presentes en muchos de cuadros clínicos descritos con anterioridad. El entorno social (comunidad) donde los adolescentes provenían se encontraba dañado por varios factores como la desintegración familiar, vicios, desempleo, violencia verbal, física y psicológica por lo que los jóvenes no tenían un ambiente agradable, seguro o reconfortante donde pudieran informarse o bien sentirse comprendidos. Las relaciones interpersonales, la dinámica familiar, el aspecto educativo y la salud son factores que ayudan al desarrollo del sentido de vida de la persona en especial del adolescente. Cuando estas fases se ven corrompidas de manera abrupta ya sea por factores ambientales, orgánicos, agresiones, abandono, falta de estímulos o ausencia de figuras significativas se corrompe el proyecto de vida del adolescente dicho proyecto es el desarrollo de

---

<sup>44</sup>Gómez Restrepo, Carlos: et al. Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños. Editorial Médica Internacional Ltda. Bogotá, Pp 260 ISBN 9789588443010

sí mismo para poder llegar a la etapa adulta, poder desenvolverse en la sociedad y superarse personalmente por lo que la perspectiva cambia para muchos de los jóvenes, se generan pensamientos alternos o intrusivos que no le permiten salir adelante por sí mismos. Para las personas que tienen pensamientos, ideaciones o bien acto suicida esta posibilidad de crecimiento se ve muy lejana o en los casos más extremos no pudo ser alcanzarla. Muchos de estos síntomas y signos psicológicos tienen origen en el lecho familiar, como anteriormente se mencionaba, la ruptura en los lazos afectivos y los problemas no resueltos entre cada uno de los integrantes fueron formando el comportamiento que actualmente presentan los adolescentes que participaron en el estudio.

#### 1.2.14.HERRAMIENTAS PARA AFRONTAR PROBLEMAS

La Terapia Cognitivo Conductual constituye un enfoque científico, es decir que las teorías de las cuales se sustenta los procedimientos técnicos se basa en los supuestos que no son solo los hechos los que producen las emociones sino los pensamientos con los que afrontan dichos hechos. Si los pensamientos producen emociones, estas mismas determinan las conductas. Los pensamientos repetitivos dan lugar a un hábito mental, que producirá malestar psicológico.

-Estrategias de afrontamiento: Todas aquellas acciones que se ejecutan al encontrarse delante de un problema, con el objetivo de solucionarlo, eliminarlo o minimizar sus efectos. Se incluyen acciones motoras, cogniciones y estados emocionales, y en función del tipo de problema afrontado y las habilidades de uno mismo, algunas estrategias serán válidas y otras no lo serán.

-Reestructuración cognitiva: Técnicas que se encaminan a identificar pensamientos (cogniciones) no adecuados de la persona que están incidiendo en las emociones y conductas inadecuadas, para modificarlos o sustituirlos por otros más adecuados. Con esto se busca fomentar en la persona habilidades de solución de problemas que le ayudará a generar múltiples posibilidades de

acción ante la aparición de un problema y el incremento de la probabilidad de elección de la alternativa más eficaz ante la dificultad.

-Respiración Controlada: Técnica de relajación consistente en que el cliente siga un patrón de respiración abdominal lento de ocho veces por minuto, que reduce la activación fisiológica producida por la ansiedad.

### **1.3. HIPOTESIS**

La investigación que se realizó fue de carácter investigación-acción y está dentro de las líneas de investigación de la salud en la adolescencia, que trata los problemas que afectan el bienestar personal y la exposición al riesgo. Conociendo el tipo de investigación se optó en omitir la hipótesis debido a que el estudio no fue de tipo comparativo y el uso de ésta es innecesario. Se tomaron como base las siguientes categorías que permitieron un análisis cualitativo:

- Condiciones socioculturales.
- Conducta suicida.
- Dinámica familiar.
- Procesos mentales.
- Toma de decisiones.
- Género.

### **1.4. DELIMITACIÓN**

El estudio se realizó durante el mes de septiembre y octubre del año 2014, asistiendo al Instituto Oficial Mixto de Educación Básica de Chinautlá tres veces por semana de 7:00 a 10:00 am. realizando las actividades programadas con los estudiantes en el período de la adolescencia de todos los grados, el objetivo de la investigación fue identificar las representaciones mentales establecidas que conllevan al espectro suicida.

## II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

### 2.1. TÉCNICAS

Para la investigación se utilizaron diversas técnicas psicológicas que se describen a continuación:

#### 2.1.1. TÉCNICAS DE MUESTREO

**Muestreo intencional o de conveniencia:** Este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras “representativas” mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos. El investigador seleccionó directa e intencionalmente a los individuos de la población. En este caso el procedimiento fue utilizar como muestra a los individuos que se tiene como fácil acceso. En el caso del estudio realizado se utilizó una muestra total de 30 personas de ambos géneros de manera equitativa que estén en etapa adolescencia, ellos se escogieron por medio de la técnica de muestreo descrita anteriormente. Las personas que colaboraron en el estudio obtuvieron herramientas para sosegar la problemática por la que ha pasado y desarrollar hábitos de socialización con sus pares y que puedan desenvolverse en el ambiente donde vive.

#### 2.1.2. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Entrevista:** Esta técnica tiene la finalidad de recopilar información en torno a la vida de la persona, se realizó una entrevista de tipo estructurada a los jóvenes del Instituto Oficial Mixto de Educación Básica de Chinautlá para recabar información que ayudará a comprender mejor las actitudes de cada persona, la misma está estructurada de la siguiente manera: son cinco estratos de pregunta abierta, el primer estrato registró los datos generales de la persona para conocer la información del paciente. El segundo estrato registró la historia familiar que tiene la persona, con la que el paciente aprendió a socializar con los demás. El tercer estrato registró los antecedentes actuales de la persona como las

relaciones afectivas a nivel de pareja, posibles vicios, con quienes vive, el ambiente físico y el ambiente emocional percibido por el adolescente dentro de casa. El cuarto estrato registró el rendimiento académico del paciente para indagar en las repercusiones que la problemática tuvo en esta área. El último estrato fue de observaciones donde se registraron datos que surgían durante la entrevista.

**Observación:** Esta técnica tuvo la finalidad de recoger información de las manifestaciones verbales y físicas de todo lo que hace la persona durante la presencia del terapeuta, mejorando la interpretación de lo que intentó compartir con el investigador.

**Taller lúdico participativo:** Esta técnica se llevo a cabo con el fin de propiciar en los adolescentes la capacidad de generar y reforzar redes de apoyo, tanto familiares como sociales, cohesión de grupo y capacidad de resolver problemas a lo largo de la vida. Este taller tuvo una metodología lúdica participativa donde los adolescentes convivieron en grupo y realizaron actividades de tipo lúdico con una finalidad terapéutica. La duración del taller fue de 140 minutos distribuidos en una serie de actividades que se elaboraron en las instalaciones de la institución (ver anexos).

### 2.1.3. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis cualitativo de contenido es una técnica que se apoya en la codificación de la información en categorías para dar sentido al material estudiado. El análisis de contenido ha entrañado la dificultad de la codificación de información y la conduce a una taxonomía de categorías sustitutivas de la riqueza del material analizado, las cuales resultan rectificadas por el investigador y se comportan como un código objetivo y estadístico, que está en la base de las operaciones desarrolladas por el investigador.

El análisis de contenido representa un momento en el procesamiento de



información que se interpone en el curso de construcción teórica del investigador, es una forma de centrar la interpretación en aquellos aspectos del texto susceptibles de ser codificados en términos del análisis.

Para la interpretación de resultados del instrumento se utilizará un rango de puntuación determinados por el autor que determinen los niveles de las representaciones mentales relacionadas al espectro suicida y el desarrollo que éste tenga en los adolescentes que formaran parte de la investigación. Con este análisis se verificará si el objetivo de la investigación será cumplido y se comprobará la incidencia en Guatemala.

**Análisis cualitativo:** luego de lograr organizar la información producto de la aplicación de los instrumentos se logró sintetizar está en un análisis de tipo cualitativo en el cual se aprecian las condiciones socioculturales que motivan hacia el suicidio a los jóvenes, la influencia de la dinámica familiar y el sentido de vida de cada persona.

## 2.2. INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizó en la investigación fue la Escala Breve de Síntomas Psiquiátricos del Dr. Gorham Overall que es de carácter cerrado.

**Descripción:** Es una escala evaluadora de síntomas psicóticos, que proporciona una puntuación global que oscila entre cero y tres, donde cero es ausente y tres severo. Incluye variables enlazadas a diversas psicopatologías las cuales son: trastorno opositor desafiante, conducta paranoide, trastorno disocial, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, personalidad borderline, personalidad esquizofrénica, psicosis, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, hipomanía, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, delirium, deficiencia cognitiva, espectro autista, enuresis, encompresis, consumo de sustancias y abuso sexual . Valora las respuestas y las clasifica en los síndromes que se valoren como severos (3)

según la escala, estos rangos son los que respaldaron la investigación.

**Tiempo de administración:** después de una entrevista con el paciente, el tiempo que se tarde en completar la escala.

**Normas de aplicación:** debe ser aplicada por un terapeuta experimentado tras una entrevista. Existen los puntos de anclaje, definiciones y descripciones operativas de los ítems y de la valoración del mismo que ayudan a homogenizar su cumplimiento. En cuanto al marco temporal referencial, no existe uniformidad de criterio, el más aceptado es sobre la última semana, sin embargo para efectos de la investigación el marco temporal que se utilizó fue de los últimos seis meses.

### **III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

#### **3.1. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR Y DE LA POBLACIÓN.**

El estudio se realizó en las instalaciones del establecimiento educativo que se encuentra ubicado en el municipio Chinautlá colindando con la zona 6 capitalina y el barranco “las guacamayas”. Las instalaciones cuentan con aulas para cada grado pero no tiene energía eléctrica, los pupitres estaban en mal estado, habían baños para los estudiantes, catedráticos y personal administrativo, contaban con una cancha para realizar deportes que se encontraba en la entrada del instituto, una parte del muro que divide la instalación con la calle se encontrabadañadapor lo que los alumnos podían salir y entrar a su disposición, contaban con agua potable, una tienda dentro del establecimiento. Alrededor del centro educativo se encontró una estación de policía, una subestación de las fuerzas armadas de Guatemala (ejército nacional), un dispensario, una iglesia católica, una cancha deportiva y tiendas de barrio. El transporte público no ingresa hasta el instituto, la parada de bus más cercana se encuentra a 7 cuadras del lugar por lo que utilizan el servicio de tuc-tuc para ingresar.

Los estudiantes que asisten al establecimiento se encuentran en etapa adolescente de ambos géneros, cada educando llegaba por sus propios medios al igual que los docentes y personal administrativo resaltando el hecho de la mayoría llegaba caminando. El estrato social de la población estudiada es bajo-medio y residían en los alrededores del lugar con excepción de algunos alumnos que eran de la zona 18 capitalina.

#### **3.2. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

Para llevar a cabo el estudio se utilizó la escala BPRS, descrita y mencionada en el capítulo III, donde se mencionan el rango de calificación de la

escala el cual va de 0 a 3, siendo cero un grado de ausencia psicopatológica y tres, un grado y registrado en una tabla de vaciado para una mejor comprensión. Debido a la magnitud y la importancia de la investigación se utilizó la categoría número tres de esta escala, la cual indicó un grado de severidad alto y permitió obtener los rasgos de las conductas enlazadas al fenómeno llamado suicidio. Esto se llevó a cabo con la técnica de la transcripción de la entrevista que fue aplicada con cada uno de los estudiantes que formaron parte de esta investigación.

### 3.3. ANÁLISIS CUALITATIVO

Según la información recabada gracias a las entrevistas que se realizaron con cada uno de los adolescentes que formaron parte de este estudio se evidenció la necesidad de pertenencia en los jóvenes, debido a que en la etapa en que ellos se encontraban se definen el rumbo de la vida adulta, se desarrollan las habilidades y destrezas de cada persona. Al momento de conocer el origen de cada uno de ellos se percibió el abandono y la soledad que ellos vivían. La dinámica familiar se encontraba dañada debido a la ausencia de una figura paterna, esto había hecho que los roles dentro del núcleo familiar cambiaran drásticamente, en muchos de los casos las madres y los hermanos mayores se ausentaban todo el día por los horarios de trabajo que tenían, aunque en ocasiones esto solo era una excusa para no tener que convivir entre ellos. El trasfondo de este comportamiento se explica psicológicamente debido a duelos no resueltos y sentimientos de enojo ante la situación vivida. Se sabe que la familia es el núcleo de la sociedad por lo que la apatía que cada uno de los jóvenes vivió dentro de su hogar lo dirigió a buscar formas de solucionar los problemas en otros lugares o de otras formas por lo que el consumo de sustancias psicoactivas, fue para muchos, la mejor manera de olvidar los problemas. Los grupos sociales en los que un adolescente puede incluirse varían, los miembros tendrán intereses en común y el ambiente propiciará las

actividades que puedan realizar, en estos casos la comunidad propiciaba un ambiente hostil (ventas de drogas, pandillas, tráfico de armas, etc.) el cual no permitía a los jóvenes desarrollarse adecuadamente, las relaciones de pareja que ellos manejan repiten el patrón familiar como conductas violentas, alcoholismo, drogadicción, paternidad irresponsable, etc. todos estos factores repercutían en el rendimiento académico de los estudiantes, debió a que las preocupaciones que ellos manejaban hacia que estuvieran presentes físicamente pero no mentalmente.

A continuación se presentan la tabulación de los datos obtenidos a través de la investigación realizada con los adolescentes del centro educativo:

**Tabla 1.1**

<b>BPRS: Género femenino.</b>					
<b>Pregunta</b>	<b>Psicopatología</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1	Trastorno oposicionista desafiante	7	14	6	0
2	Conducta Paranoide	12	9	2	4
3	Trastorno disocial	19	3	1	3
4	Depresión mayor	8	5	6	8
5	Depresión mayor	8	8	4	7
6	Nivel de riesgo de suicidio	10	13	2	5
7	esquizofrenia	16	5	3	3
8	Psicosis	10	11	2	4
9	Psicosis	13	9	4	1
10	Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	10	10	5	2
11	Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	8	9	9	1
12	Hipomanía	11	6	6	4
13	Hipomanía	12	7	5	3
14	esquizofrenia y depresión	15	10	2	0
15	esquizofrenia y depresión	16	10	0	1
16	esquizofrenia y depresión	4	22	0	1
17	Trastorno de ansiedad generalizada	7	12	6	2
18	Trastorno de ansiedad por separación	5	12	3	7
19	Depresión, ansiedad e hipomanía	11	5	8	3
20	Delirium	10	6	11	0
21	Déficit cognitivo	18	9	0	0
22	Espectro autista	20	7	0	0
23	Enuresis y encompresis	23	2	1	1
24	Consumo de sustancias	16	8	3	0
25	Abuso sexual	13	5	5	4
<b>TOTAL DE ESCALAS APLICADAS</b>					<b>27</b>

Fuente: Datos obtenidos en la aplicación de la escala BPRS a los estudiantes del I.O.E,B de Chinautlá en el año 2014.

**Descripción:** La aplicación de la escala BPRS al género femenino mostró varios rasgos psicopatológicos, sin embargo, el objeto de estudio fueron todos los resultados encontrados bajo el rango 3 (los resultados que se encuentran en este rango son los más importantes debido a que el grado de afección es severo por lo que la psicopatología puede desarrollarse conforme la persona crezca).

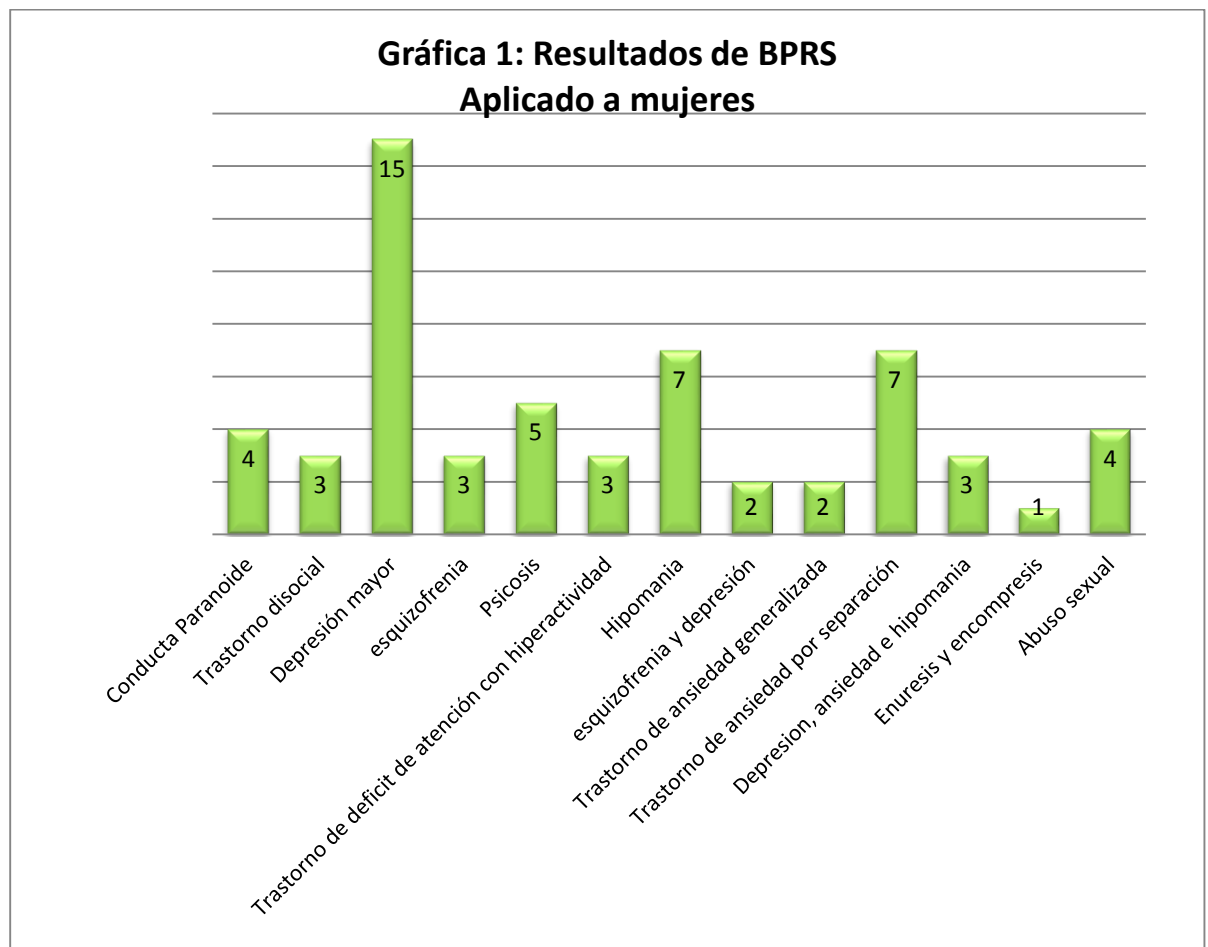
**Tabla 1.2**

<b>BPRS: Género masculino.</b>					
<b>Pregunta</b>	<b>Psicopatología</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1	Trastorno opositorista desafiante	8	5	1	1
2	Conducta Paranoide	6	5	3	1
3	Trastorno disocial	8	6	0	1
4	Depresión mayor	8	2	3	2
5	Depresión mayor	11	2	1	1
6	Nivel de riesgo de suicidio	6	6	2	1
7	esquizofrenia	9	4	1	1
8	Psicosis	11	5	0	2
9	Psicosis	9	3	2	1
10	Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	5	7	2	1
11	Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	3	10	2	0
12	Hipomanía	6	7	0	2
13	Hipomanía	7	4	0	4
14	esquizofrenia y depresión	14	1	0	0
15	esquizofrenia y depresión	10	4	1	0
16	esquizofrenia y depresión	0	14	1	0
17	Trastorno de ansiedad generalizada	5	4	2	4
18	Trastorno de ansiedad por separación	9	2	1	3
19	Depresión, ansiedad e hipomanía	8	4	2	1
20	Delirium	8	4	2	1
21	Déficit cognitivo	5	10	0	0
22	Espectro autista	8	7	0	0
23	Enuresis y encompresis	13	2	0	0
24	Consumo de sustancias	7	7	0	1
25	Abuso sexual	10	2	2	1
<b>TOTAL DE ESCALAS APLICADAS</b>					<b>15</b>

Fuente: Datos obtenidos en la aplicación de la escala BPRS a los estudiantes del Instituto Oficial Mixto de Educación Básica de Chinautlá en el año 2014.

**Descripción:** La aplicación de la escala BPRS al género masculino mostró varios rasgos psicopatológicos, sin embargo, el objeto de estudio fueron todos los resultados encontrados bajo el rango 3 (los resultados que se encuentran en este rango son los más importantes debido a que el grado de afección es severo por lo que la psicopatología puede desarrollarse conforme la persona crezca).

Contando con la información recopilada anteriormente se pudo focalizar el estudio los cuadros psicopatológicos que se encontraban en el rango de severo; a continuación se encontrarán de manera gráfica los cuadros psicopatológicos presentados por la población estudiada, siendo éstos los que aparecieron con mayor frecuencia enlazados al espectro suicida.

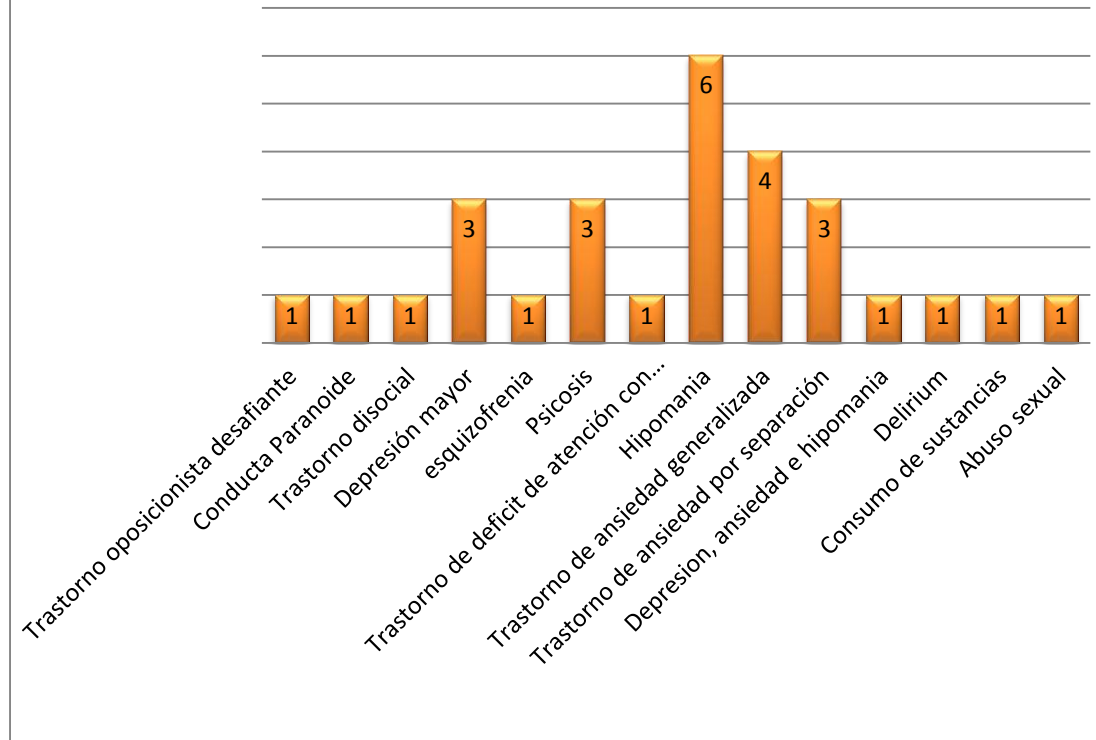


Fuente: Datos obtenidos en la aplicación de la escala BPRS a los estudiantes del Instituto Oficial Mixto de Educación Básica de Chinautlá en el año 2014.

**Interpretación:** En el género femenino se muestra una alta incidencia en cuadros de depresión mayor, hipomanía, trastorno de ansiedad por separación y psicosis debido a que la mujer es oprimida social y culturalmente, lo que genera niveles de estrés y frustración, debido a la falta de mecanismo de afrontamiento pueden desarrollar psicopatologías.



## Gráfica 2: Resultados de BPRS Aplicado a hombres.



Fuente: Datos obtenidos en la aplicación de la escala BPRS a los estudiantes del Instituto Oficial Mixto de Educación Básica de Chinautlá en el año 2014.

**Interpretación:** En el género masculino se muestra una alta incidencia en cuadros de hipomanía, trastorno de ansiedad generalizada, depresión mayor, trastorno de ansiedad por separación y psicosis debido a que los hombres se ven oprimidos por el pensamiento machista donde no se deben demostrar emociones ni debilidades, por lo que las maneras de canalizar la frustración y las emociones son en actividades abruptas como el consumo de sustancias, la agresividad y grupos de adolescentes (pandillas).

**Cuadro No. 1**

<b>Resultados de la Escala Psiquiátrica BPRS</b>		
	Mujeres	Hombres
<b>Trastornos Comunes:</b>		
• Conducta Paranoide	X	X
• Trastorno disocial	X	X
• Depresión mayor	X	X
• Esquizofrenia	X	X
• Psicosis	X	X
• Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	X	X
• Hipomanía	X	X
• Trastorno de ansiedad generalizada	X	X
• Trastorno de ansiedad por separación	X	X
• Delirium	X	X
• Consumo de sustancias	X	X
• Abuso sexual		
<b>Trastornos Relevantes (Mayor aparición):</b>		
• Depresión Mayor.	15	3
• Trastorno Oposicionista desafiante.	0	1
• Hipomanía.	7	6
• Trastorno de ansiedad generalizada.	2	4
• Trastorno de Ansiedad por separación.	7	3

Fuente: Datos obtenidos en la aplicación de la escala BPRS a los estudiantes del Instituto Oficial Mixto de Educación Básica de Chinautlá en el año 2014.

**Descripción:** Se pudo observar que las psicopatologías que se presentaron en ambos géneros son similares, con excepción del trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de ansiedad generalizada que son más frecuentes en hombres según los datos recopilados. Mientras que la depresión mayor, la hipomanía y el trastorno de ansiedad por separación fueron más frecuentes en mujeres debido a que tanto en la depresión como en la ansiedad por separación se vive un duelo, el cual esta manifestándose inconscientemente la pérdida de una persona que en la adolescencia puede ser un familiar que se fue o bien el deseo de un bebe el cual se pierde al momento de la menstruación.

Los rasgos psicopatológicos que se encontraron en la población estudiada tienen aspectos en común como lo es el escaso control de impulsos, daño en la capacidad de relacionarse con otras personas, desconfianza, alteración en el

funcionamiento cerebral (neurotransmisores), conductas inadecuadas, etc. todos estos factores pueden llevar a una persona a tomar la decisión de suicidarse. Los casos que fueron estudiados en la presente investigación presentaron diversos pensamientos y acciones suicidas, las cuales se describirán a continuación:

### **La idea suicida: Concepto y variedades clínicas**

La idea suicida consiste en el pensamiento de acabar con la propia existencia. En el capítulo II de esta investigación se describieron los intentos e ideaciones suicidas a grandes rasgos, sin embargo, hay conceptos y categorías específicas que se describirán en este apartado; gracias a la entrevista que se realizó a cada uno de los estudiantes que fueron referidos al investigador fue posible que se determinará el nivel de riesgo suicida que puede manifestarse de las siguientes maneras:

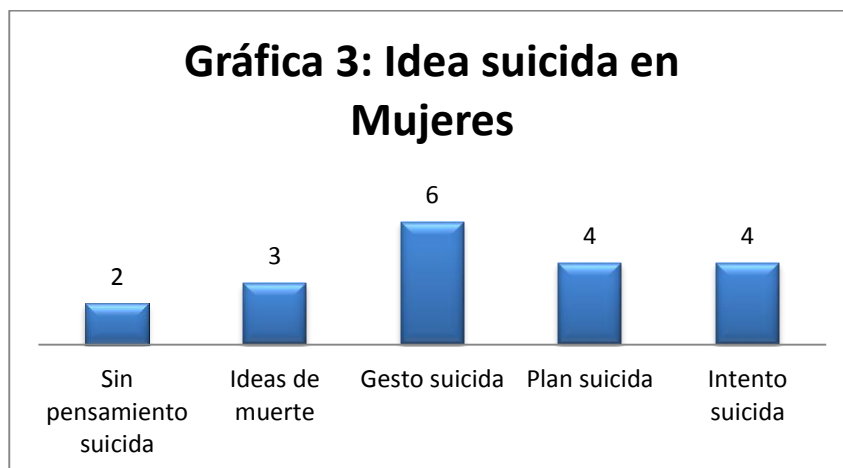
- **Ideas de muerte:** *Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: 'la vida no merece la pena vivirla', 'lo que quisiera es morirme', 'para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto' y otras expresiones similares.*
- **Gesto suicida:** *Es el ademán de realizar un acto suicida que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.*
- **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<sup>45</sup>.*

---

<sup>45</sup>Pérez B, Andrés (2009, agosto) El comportamiento suicida. Psicología Online (en línea), Disponible en <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/comportamiento.shtml> (2014, 20 de diciembre).

- **Intento suicida:** También denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo<sup>46</sup>.

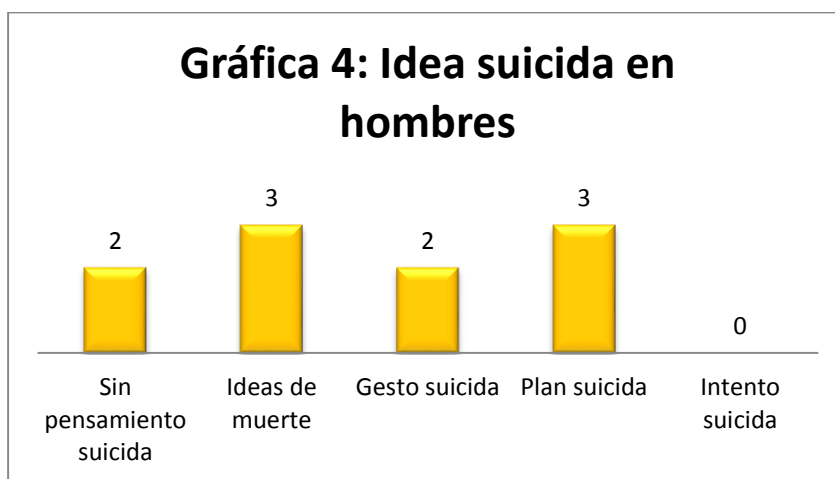
Los conceptos de idea suicida que se desarrollaron anteriormente ayudaron a enlazar los cuadros psicopatológicos con el nivel de riesgo suicida y así poder determinar el peligro al que estuvieron expuestos lo cual puede evidenciarse en la siguiente gráfica.



Fuente: Datos obtenidos en la aplicación de la escala BPRS a los estudiantes del Instituto Oficial Mixto de Educación Básica de Chinautlá en el año 2014.

**Descripción:** Debido a que cada adolescente presentó comorbilidad de síntomas en la evaluación se optó por dividir solamente la idea suicida que cada género presentó. En las mujeres se observó que el gesto y el intento suicida sobresalen, estas pueden ser secuelas de la presión, estrés, discriminación y violencia a la que están expuestas.

<sup>46</sup>Pérez B, Andrés (2009, agosto) El comportamiento suicida. Psicología Online (en línea), Disponible en <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/comportamiento.shtml> (2014, 20 de diciembre).



Fuente: Datos obtenidos en la aplicación de la escala BPRS a los estudiantes del Instituto Oficial Mixto de Educación Básica de Chinautlá en el año 2014.

**Descripción:** En el género masculino se observó que las ideas suicidas se hacen presentes pero no se llega a ser intento suicida, esto puede ser debido a que psicosocialmente el hombre puede liberarse por medio de otras formas como lo es el consumo de sustancias, peleas, ejercicio o bien permaneciendo en silencio.

### 3.3 Análisis cuantitativo

#### **Escala psiquiátrica e ideas suicida en mujeres**

Los cuadros clínicos como la conducta paranoide, trastorno disocial, depresión mayor, esquizofrenia, trastorno déficit de atención con hiperactividad y trastorno de ansiedad por separación presentaron ideas de muerte. En la conducta paranoide, depresión mayor, esquizofrenia, psicosis, trastorno déficit de atención con hiperactividad, hipomanía, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, déficit cognitivo leve, enuresis (como cuadro de atención clínica), encompresis (como cuadro de atención clínica) y abuso sexual (como cuadro de atención clínica) presentaron gesto suicida,

siendo uno de los apartados con mayor presencia en las mujeres. Los cuadros clínicos como la conducta paranoide, depresión mayor, psicosis, hipomanía y trastorno de ansiedad por separación presentaron planeación suicida. En el trastorno disocial, depresión mayor, psicosis, hipomanía, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación y el abuso sexual (como cuadro de atención clínica) presentaron intento suicida con un alto porcentaje en el género femenino. También se observó que algunos adolescentes que presentaron depresión mayor, hipomanía y esquizofrenia no presentaron ningún tipo de ideación suicida. El género femenino se ve oprimido social y culturalmente, esto genera una mayor cantidad de estrés y frustración. Las redes sociales con la que cada persona cuenta son muy importantes debido a que brindarán en la medida de lo posible, cierta seguridad para la persona pero en los casos de las adolescentes que participaron en esta investigación la familia estaba desintegrada o tenían padres alcohólicos, estas bases no proporcionaron seguridad lo cual fue la principal causa de la conducta suicida. Es importante mencionar que la mujer tiende a utilizar métodos más eficaces y certeros por lo que se podría decir es más decidida.

### **Escala psiquiátrica e ideas suicida en hombres**

Los cuadros clínicos trastornos oposicionista desafiante, trastorno disocial, depresión mayor, Psicosis, trastorno déficit de atención con hiperactividad, hipomanía, esquizofrenia, trastorno de ansiedad generalizada, delirium y el abuso sexual (como cuadro de atención clínica) presentaron ideas de muerte. En los cuadros clínicos conducta paranoide, hipomanía, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, consumo de sustancias (como cuadro de atención clínica) presentaron gesto suicida. En la depresión mayor, esquizofrenia, psicosis, hipomanía, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación presentaron planeación suicida. También se observó que algunos adolescentes que presentaron trastorno de ansiedad

generalizada, trastorno de ansiedad por separación y un déficit cognitivo leve no presentaron ningún tipo de ideación suicida.

En el género masculino se observó que las ideas suicidas están presentes pero de manera difusa, aunque hay varios casos de planeación suicida que han sido elaborados por el adolescente con anterioridad ninguno fue ejecutado, esto no elimina el hecho de brindar atención clínica, en los hombres se observó que tiene diversas maneras de manejo del estrés y la frustración que genera el pensamiento intrusivo del suicidio, esto lo realizan por medio del consumo de sustancias, la agresividad y grupos de adolescentes (pandillas), siendo todos estos aceptados por la sociedad y la cultura por el simple hecho del género al que pertenece lo cual es una medida que la mujer no tiene. Todas estas salidas que encuentra el adolescente hombre le favorece debido a que debilita el pensamiento autodestructivo.

La presencia de las ideas suicidas y sus diversas categorías se hicieron presentes en los diversos cuadros clínicos de la investigación sin embargo, la recurrente aparición de una o más psicopatologías en las diferentes categorías de ideas suicidas se debe a cada persona afronta la situación por la que está pasando según lo que ha aprendido, es por esto que no es posible determinar que una patología llevara a la persona a culminar con su vida sin embargo, si lo llevara a pensar en ello ya sea de forma abstracta o concreta. Gracias a este aporte se tiene mayor conocimiento de los fenómenos mentales que se presentan en los adolescentes aturden la mente y los pueden inclinar a cometer actos autodestructivos que acaben con su vida.

## IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1. CONCLUSIONES

Conforme el desarrollo de la investigación “Espectro suicida en estudiantes de educación básica en el Instituto Oficial Mixto de Educación Básica de Chinautlá” se llegó a las siguientes conclusiones:

- 1) Se identificó que los adolescentes no cuentan con redes de apoyo fuera de casa como lo son grupos de actividades deportivas, religiosos, artísticos, de aprendizaje o culturales donde puedan encontrar soporte ante los cambios que experimentan en la adolescencia y el sistema cultural que incorpora creencias y valores genera un alto nivel de represión ante el tema del suicidio, por lo que ante la aparición de este espectro las personas optan por no abordar el tema aunque el problema este latente.
- 2) Se estableció que la dinámica familiar que daña la integridad del adolescente con actos violentos, bases inseguras de afecto (apego), desintegración familiar sin que se le trasmita la información a la persona, duelo, migración en busca de estabilidad económica y el alcoholismo corrompen el plan de vida de la persona que en esta etapa es, el desarrollo del ser en su totalidad para poder afrontar la vida como adulto teniendo una perspectiva amplia del mundo que los rodea.
- 3) En cuanto a la prevalencia según el género, se identificó que en las mujeres se encuentra con mayor frecuencia el espectro autista, esto se debe a que son mayormente reprimidas e inhibidas por la sociedad, lo que genera niveles de estrés y frustración más altos, por lo que la depresión puede hacerse presente. Los cambios que experimentan en la etapa de la pubertad hacen que el estado de ánimo se vea alterado.



- 4) En general se encontró que las expectativas de vida de los adolescentes no tienen una visión hacia el futuro, las perspectivas por superarse en el ámbito académico, familiar, laboral o social se ven muy lejanas debido a que el ambiente en el que se desenvuelven no estimula estas conductas, esto se debe a la falta de redes de apoyo, la ausencia de cohesión grupal entre los mismos jóvenes y las personas que conforman los grupos sociales a los que pertenecen, la capacidad de resolver problemas está afectada debido a las experiencias que cada uno vivió y esto afecta la capacidad de generar estrategias de afrontamiento en la persona.

## 4.2. RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones y el desarrollo de la investigación, se llegó a las siguientes recomendaciones:

- 1) Los adolescentes necesitan redes sociales solidas, intereses en común y personas que puedan ser ejemplos a seguir. La promoción de grupos de diferentes intereses dentro de la comunidad ayudará a que los adolescentes tengan una mentalidad clara y con ello afrontar las adversidades que la cultura y sociedad puedan presentar o imponer.
- 2) Las escuelas de padres son una alternativa para abordar este tema, siempre y cuando sea un profesional experto en el área (psicóloga o un psicólogo) quien las asesore para darle el sentido correcto de prevención y tratamiento ante el tema estudiado y/o temas distintos.
- 3) Las secuelas del machismo están presentes en estos días por lo que las mujeres siguen siendo reprimidas y sometidas en la sociedad. Ante este fenómeno se recomienda implementar estrategias como la equidad de género, masculinidades alternativas, equidad de roles, empoderamiento y por supuesto la educación a la sociedad donde se expongan los derechos de la mujer al igual que la apertura de espacios tanto terapéuticos como sociales donde la mujer sea valorada y pueda expresarse sin inhibiciones. Todo esto con la finalidad de generar la estabilidad emocional.
- 4) Para desarrollar las expectativas y el sentido de vida de los adolescentes es necesario fomentar la autoconfianza en el ambiente donde se desenvuelven propiciando redes de apoyo entre los mismos jóvenes y las personas que le rodean, fomentar la cohesión grupal y brindar estrategias para la solución de problemas para lo que se planificó y elaboró un taller

con los adolescentes del Instituto Oficial de Educación Básica de Chinautlá con la finalidad de brindar apoyo y dejar herramientas en el grupo que participó en la investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

Buendía, José y Antonio Riquelme. El suicidio en adolescentes; factores implicados en el comportamiento suicida. Factores implicados en el comportamiento suicida durante la adolescencia. Murcia 2004. Pp. 458

Casullo, María y Bonaldi, Pablo. Comportamientos Suicidas en la Adolescencia. Argentina 2000. Pp. 591

Goldman, Howard H. Psiquiatría General. Alteraciones conductuales. Lugar Editorial. México D.F..1992 Pp.506

Goldman, Howard H. Psiquiatría General. Principios de Psicopatología. Lugar Editorial. México D.F..1992 Pp.670

Gómez Restrepo, Carlos: et al. Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Editorial Médica Internacional Ltda. Bogotá, Pp 310.

Mardomingo Sanz, María Jesús. Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes. Madrid 1994. Pp. 502.

Sarason, I.G. Psicopatología anormal: EL problema de la conducta inadaptada. Pearson Educación. México D.F., 2006 Pp. 670

Sue, D: et al. *Psicopatología Comprendiendo la conducta anormal*. CengageLearning Editores. 2007. Pp 370

Prensa Libre, porque los niños y los adolescentes se suicidas, Guatemala 2013. Pp. 55

Quintanar, Fernando. (Comportamiento Suicida: Perfil Psicológico y posibilidades de tratamiento. Propuesta para la comprensión y atención del

Suicidio. México D.F. 2007. Pp. 421

Villardón Gallego, Lourdes. El pensamiento de suicidio en la adolescencia El suicidio, aproximaciones teóricas. Bilbao 2005. Pp. 652.

**ANEXOS**



UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA.  
 ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS.  
 RESPONSABLE: RAMATIS GARCÍA CASTAÑEDA.  
 INSTITUTO OFICIAL MIXTO DE EDUCACIÓN BÁSICA.

### PLANIFICACION DE ACTIVIDADES.

OBJETIVOS	METODOLOGIA	ACTIVIDADES	TEMPORALIDAD	MATERIALES	EVALUACIÓN.
<p><b>General:</b>            Fomentar la autoconfianza en los adolescentes en el ambiente donde se desenvuelven</p> <p><b>Específicos:</b>            - Propiciar redes de apoyo entre los mismos adolescentes.            -Desarrollar cohesión grupal.            -Brindar estrategias para la solución de problemas.</p>	<p>Participativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación.</li> <li>• Saludos con las partes del cuerpo.</li> <li>• Exposición de estrategias para la solución de problemas.</li> <li>• Enjambres.</li> <li>• Mina de oro.</li> <li>• Chulifortalezas.</li> <li>• Refacción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 minutos.</li> <li>• 15 minutos.</li> <li>• 20 minutos.</li> <li>• 15 minutos.</li> <li>• 15 minutos.</li> <li>• 20 minutos.</li> <li>• 10 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso Humano.</li> <li>• Radio.</li> <li>• Pelota.</li> <li>• Inflador</li> <li>• Mesa.</li> <li>• Marcadores</li> <li>• Pizarra.</li> <li>• Refacción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Observación.</li> <li>-Lluvia de ideas.</li> <li>-Verbalización de experiencia de las actividades.</li> </ul>

Universidad San Carlos de Guatemala.  
Escuela de Ciencias Psicológicas.  
Instituto Oficial Mixto de Educación Básica de Chinautlá.  
Psicólogo a cargo: Ramatis García Castañeda.



## ENTREVISTA.

EXP: \_\_\_\_\_

### DATOS PERSONALES:

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Grado que cursa: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### HISTORIA FAMILIAR:

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_ \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Hermanos/hermanas: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES ACTUALES:

Ambiente físico: \_\_\_\_\_

Ambiente Emocional: \_\_\_\_\_



Con quien vive: \_\_\_\_\_

Tiene pareja: \_\_\_\_\_

Fuma: \_\_\_\_\_ Ingiere bebidas alcohólicas: \_\_\_\_\_

Consumo de sustancias psicoactivas: \_\_\_\_\_

**HISTORIA ESCOLAR:**

Materia Favorita: \_\_\_\_\_

Ambiente emocional dentro de la clase: \_\_\_\_\_

Repitió grado: SI NO ¿Cuál o cuales?: \_\_\_\_\_

Rendimiento académico: \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**GRACIAS POR SU ATENCIÓN.**

\_\_\_\_\_  
**Ramatis García Castañeda.**  
**Psicólogo.**