

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

**“FACTORES DE RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 16 Y 17
AÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO FE Y ALEGRÍA NO. 9”**

DIANA LORENA RODRIGUEZ ESCOBAR

GUATEMALA, JULIO 2023

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

**“FACTORES DE RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 16 Y 17
AÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO FÉ Y ALEGRÍA NO. 9”**

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

POR

DIANA LORENA RODRIGUEZ ESCOBAR

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA**

GUATEMALA, JULIO 2023

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

DIRECTOR

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal de León

SECRETARIA

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

M. Sc. José Mariano González de Barrios

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Viviana Raquel Ujpán Ordoñez

Nery Rafael Ocox Top

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

M.A. Olivia Marlene Alvarado Ruiz

REPRESENTANTE DE EGRESADOS



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



Cc. Archivo

CIEPS. 023-2023

Reg. 012-2023

CODIPs. 1103-2023

ORDEN DE IMPRESIÓN INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

02 de junio de 2023

Estudiante

Diana Lorena Rodríguez Escobar

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante **Rodríguez Escobar:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto NOVENO (9°)** del **Acta VEINTISIETE - DOS MIL VEINTITRÉS (27-2023)**, de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 31 de mayo 2023, que copiado literalmente dice:

"NOVENO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"FACTORES DE RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 16 Y 17 AÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO FE Y ALEGRÍA No. 9"** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Diana Lorena Rodríguez Escobar

Registro Académico 2016-04934

CUI: 3001-53856-0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciado Daniel Eduardo Sojuel Icaj y revisado por Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez.

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"



Licenciada Julia Alicia Ramirez Orizabal de León
SECRETARIA

/Bky



UGE-89-2023



Guatemala, 31 de mayo del 2023

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Señores Miembros:

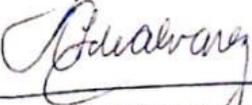
Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3°) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, la estudiante, **DIANA LORENA RODRIGUEZ ESCOBAR, CARNÉ NO. 3001-53856-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2016-04934 y Expediente de Graduación No. L-53-2021-C-EPS**, 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 realizado Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- respectivamente.

Por lo antes expuesto, en base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"FACTORES DE RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 16 Y 17 AÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO FE Y ALEGRÍA NO. 9"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 20 de MARZO del año 2023.

Así mismo se hace constar que la estudiante **SIGRID JANINA GUEVARA MORALES DE PÉREZ, CARNÉ NO. 2234-14913-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2007-21274 y Expediente de Graduación No. L-06-2022-C**, participó en el mismo proceso de investigación y hará su trámite de graduación cuando complete su expediente de graduación.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



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

Lucia, G.

CC. Archivo

Adjunto: Expediente completo e Informe Final de Investigación digital y físico.



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CIEPs. 013-2022
REG. 033-2022



INFORME FINAL

Guatemala, 10 de abril de 2023

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que el licenciado **Marco Antonio de Jesús García Enriquez** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“FACTORES DE RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 16 Y 17 AÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO FE Y ALEGRÍA No. 9”.

ESTUDIANTES:
Sigrid Janina Guevara Morales De Pérez
Diana Lorena Rodríguez Escobar

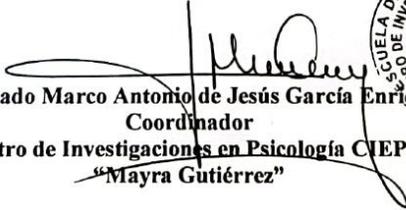
DPI. No.
2234149130101
3001538560101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 20 de marzo del año en curso por el Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. Se recibieron documentos originales completos el 27 de marzo del 2023, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enriquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”



c. archivo

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11
Teléfono Planta 24187530



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CIEPs. 013-2022
REG. 033-2022



Guatemala, 10 de abril de 2023

Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez
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:

“FACTORES DE RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 16 Y 17 AÑOS DEL CENTRO EDUCATIVO FE Y ALEGRÍA No. 9”.

ESTUDIANTES:
Sigrid Janina Guevara Morales De Pérez
Diana Lorena Rodríguez Escobar

DPI. No.
2234149130101
3001538560101

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 20 de marzo de 2023, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enríquez
DOCENTE REVISOR

c. archivo

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11
Teléfono Planta 24187530

Guatemala, 31 de octubre del 2022

Licenciado
Marco Antonio de Jesús García Enríquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología
(CIEPs) “Mayra Gutiérrez”

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe de investigación titulado “*Factores de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9*” realizado por las estudiantes Sigrid Janina Guevara Morales de Pérez, CUI 2234 14913 0101, y Diana Lorena Rodríguez Escobar, CUI 3001 53856 0101.

El trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs) “Mayra Gutiérrez”, por lo que emito **DICTAMEN FAVORABLE** y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente. Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Daniel Eduardo Sojuel Icaj

Licenciado en Psicología

Colegiado No. 9570,

Asesor de contenido



Guatemala, 31 de octubre del 2022

Licenciado
Marco Antonio de Jesús García Enríquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología
(CIEPs) "Mayra Gutiérrez"

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes Sigríd Janina Guevara Morales de Pérez, CUI 2234 14913 0101, y Diana Lorena Rodríguez Escobar, CUI 3001 53856 0101 realizaron en esta institución la aplicación de 60 juegos de instrumentos a estudiantes de 4to y 5to bachillerato, reconociendo que para la realización del informe fueron tomados en cuenta 50 juegos debido a las edades requeridas para la investigación titulada "*Factores de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9*", lo cual se llevó a cabo el viernes 19 y 26 de agosto del presente año, en horario de 7:00 a 8:30 horas, así como la realización de talleres preventivos para los estudiantes y el personal docente el martes 6, jueves 8 y viernes 9 de septiembre por la mañana.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo.

Licenciada Candice Hernández

Directora del Centro Educativo Fe y alegría No. 9

(24948889)



PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR DIANA LORENA RODRIGUEZ ESCOBAR

_____ CÉSAR MIGUEL RODRÍGUEZ ESCOBAR _____

LICENCIADO EN MARKETING

COLEGIADO 30819

_____ CLAUDIA YOLANDA ROMÁN LAM _____

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

COLEGIADO 4779

DEDICATORIAS

POR DIANA LORENA RODRIGUEZ ESCOBAR

A la vida	Por permitirme llegar a este punto.
A mamá	Que siempre se la ha rifado y ha estado en los corre corre diarios, por ser una mujer con mucha fortaleza.
A papá	Por su constante apoyo y seguimiento en todos estos años de carrera.
A mis abuelos	Pitas (†) y Toto que en todo momento me han alentado y creído en mí, comprendiendo mis ausencias y alegrado por mis logros.
A mis hermanos	En especial a mi padrino por darle luz a mi vida y color a mis días grisáceos sin siquiera saberlo, con sus ocurrencias, pelis y series.
A Trisha	Por llenarme de pelos la ropa y la vida de alegría y amor, por las desveladas juntas y las siestas 2x1 constantes.
A mi hermana de vida y gemela perdida	Que ha sido mi lado racional cuando el caos se apodera, gracias por ser mi confidente y guiarme con cariño en los claroscuros.
A mis incondicionales	Que de distintas maneras me han apoyado no importando la distancia, por los apapachos, palabras, comida y vida compartida.
Al berraco	Por saberme escuchar y ayudar con lluvias de ideas cuando no encuentro soluciones, sobre todo por ser mi pupilo en Excel.
A mi compañera y amiga de tesis	Por animarse y acceder en esta aventura incierta en la que lo imposible nos ha respirado cerquita. Pero aquí estamos.
A mi nueva familia Creamos	Por su confianza y porque desde el inicio de este proyecto me han apoyado, alentado y motivado, no importando el cansancio.
A algunas licenciadas/os	Por ser fuente de aprendizaje e inspiración no solo en el área académica sino en la vida, por esa pasión que transmiten.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Por ser nuestra casa de estudios

A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Por todo el aprendizaje durante estos años

AL CENTRO EDUCATIVO FE Y ALEGRÍA NO.9

Por darnos su apoyo en la realización de nuestra investigación

A LA DIRECTORA Y LICENCIADA CANDICE HERNÁNDEZ

Por confiar en nuestro proyecto y en nosotras para abrirnos las puertas al trabajo de campo

A LA LICENCIADA FRANSXIA BARILLAS

Por su escucha, apoyo y empatía

AI M.A. DANIEL SOJUEL

Por apoyarnos sin saber los giros que tendría el proyecto, por su guía, dedicación y conocimiento

A LA LICENCIADA TELMA DE HERNÁNDEZ

Por el seguimiento y aliento para continuar con el proyecto pese a las adversidades encontradas

AL LICENCIADO MARCO ANTONIO GARCÍA

Por hacer posible la aprobación de este proyecto

A LOS ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DEL CENTRO EDUCATIVO FE Y ALEGRÍA NO.9

Por aceptar ser parte de esta investigación

Índice

Resumen.....	VIII
Prólogo	IX
Capítulo I.....	1
1. Planteamiento del problema y marco teórico.....	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Objetivos	6
1.3. Marco teórico	7
1.4. Consideraciones éticas.....	20
Capítulo II.....	22
2. Técnicas e instrumentos	22
2.1. Enfoque y modelo de investigación.....	22
2.2. Técnicas.....	26
2.3. Instrumentos	27
2.4. Operacionalización de objetivos, categorías/variables	34
Capítulo III.....	38
3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados	38
3.1. Características del lugar y de la muestra	38
3.2. Presentación e interpretación de resultados	39
3.3. Análisis general	56
Capítulo IV	64
4. Conclusiones y recomendaciones.....	64
4.1. Conclusiones	64

4.2. Recomendaciones	65
4.3. Referencias	67
4.4. Anexos	75

Resumen

Factores de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo

Fe y Alegría No. 9

Diana Lorena Rodríguez Escobar

La investigación tuvo por objetivo realizar un análisis situacional sobre los factores de riesgo para la ideación suicida (IS) de los adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9. Para ello se requirió estimar la prevalencia de ideación suicida, identificar los factores de riesgo, y evaluar las redes de apoyo de los adolescentes. De manera autoadministrada los 50 estudiantes seleccionados aleatoriamente completaron los siguientes instrumentos: Escala de Suicidalidad de Okasha, Escala de depresión, ansiedad y estrés DASS-21, cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo, Escala de autoestima de Rosenberg, cuestionario APGAR familiar, escala multidimensional breve de ajuste escolar, y el instrumento de detección CRAFFT.

Los resultados indican que el 24% presentó ideación suicida moderada, el 16% alta y el 4% muy alta, en conjunto los tres grupos conforman el 44% de la muestra al momento de la aplicación de instrumentos. Las mujeres tuvieron mayor prevalencia de ideación suicida con un 32%. También en un modelo de regresión lineal, se encontró que únicamente la ansiedad y el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) son factores de riesgo significativos, y existe otros factores que podrían representar riesgo como la depresión, el estrés, autoestima, funcionamiento familiar y consumo de sustancias. En relación con las redes de apoyo, los adolescentes mostraron preferencia por las redes compuestas por amigos en comparación a las redes familiares al ser estas disfuncionales en un 78%. Con base en los hallazgos es recomendable implementar medidas preventivas integrales en beneficio de la salud mental y bienestar de los adolescentes.

Durante el proceso de realización del trabajo de campo, así como en la redacción del informe final fueron tomados en cuenta los siguientes principios éticos de justicia equitativa, beneficencia, derecho de autonomía y confidencialidad.

Prólogo

La presente investigación titulada “Factores de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9”, partió del interés de dar a conocer que la ideación y el suicidio son problemáticas presentes en la sociedad guatemalteca y es necesario hacerlas visible con los estudiantes, docentes, y familias de manera integral, sobre todo en la etapa de la adolescencia por las transiciones que conlleva. La ideación suicida surge como una posible solución a un problema, en la que están presentes pensamientos de acabar con la propia vida, al tratarse de vida o muerte, parece que si bien los resultados de la muestra de manera general no fueron demasiado frecuentes, sí podrían ser alarmantes por lo que hacen un llamado a crear estrategias que favorezcan la salud mental.

El presente informe se compone de cuatro capítulos: el primero contiene el planteamiento del problema, objetivo, marco teórico y consideraciones éticas, el segundo se centra en el enfoque y modelo de investigación, técnicas, instrumentos y operacionalización de objetivos, el tercer capítulo abarca las características del lugar y de la muestra, la presentación e interpretación de resultados y el análisis general, mientras que el último capítulo se compone de conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos, por lo que lleva al lector en un orden lógico que permita la comprensión de la problemática planteada y los resultados encontrados.

Haber realizado esta investigación conllevó más que revisar bibliografía, redactar, hacer que las ideas y planteamientos tuvieran congruencia y trabajar en equipo para que funcionara. Hay temas que se perciben delicados, y específicamente este tema en sociedades como las nuestras y al ser vistos como un tema tabú no fue la excepción en dificultad para encontrar un espacio en el que hablar de ideación suicida no representara una amenaza para las instituciones educativas, aunque se planteara desde una perspectiva preventiva, por lo que resultó ser un reto encontrar apertura para realizar la investigación. Finalmente obtuvimos una respuesta positiva en el Centro Educativo Fe y Alegría No. 9 por lo que agradecemos a la Directora y Licenciada Candice Hernández por no dudar en extendernos la mano y preocuparse por la salud mental de los estudiantes.

Otra de las dificultades a las que nos enfrentamos, pero al mismo tiempo nos hizo querer comprometernos más con el tema, fue el que la bibliografía disponible sobre el suicidio en Guatemala es escasa y no reciente, también hay artículos que utilizamos de referencia que si bien, tampoco son tan recientes, han aportado y aclarado varias de nuestras ideas, y coincidimos con algunos de los autores en que abordar estos temas sigue siendo un tabú, por lo que valoramos el que los padres, madres y responsables autorizaron la participación de los estudiantes en el estudio.

La experiencia obtenida a lo largo de la realización de la investigación nos permitió reflexionar sobre el dolor que transitan quienes han tenido y tienen ideación suicida, con énfasis en los adolescentes, en donde la empatía es esencial para poderles acompañar y si esperamos una comunidad más humana y sana, sería ideal plantearnos formas que estén en nuestras manos, en las que la podamos ayudar a construir un mejor entorno para alguien más.

Como diría Bennett (s.f.) “cuando abre su mente, abre nuevas puertas a nuevas posibilidades para usted, y nuevas oportunidades para ayudar a otros”. Esperamos que esta investigación junto a los talleres haya sembrado la inquietud de conocer más del tema enfatizando que la ideación y el suicidio pueden no ser predecibles, pero sí prevenibles.

Capítulo I

1. Planteamiento del problema y marco teórico

1.1. Planteamiento del problema

El suicidio es conocido como el “acto deliberado de acabar con la propia vida” (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2017, p.7). Ha sido una problemática significativa a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que es la cuarta causa de defunción mundial del grupo etario de 15 a 29 años. Se considera que cada año, alrededor de 700, 000 personas se suicidan, siendo en promedio un suicidio cada 40 segundos (OMS, 2021).

Se le considera una tragedia en la que se ve afectada la familia, comunidades y países, teniendo inclusive efectos negativos a largo plazo. Las tasas también indican que es más común en países de bajos y medianos ingresos, representando el 77% de los casos, e incrementa en poblaciones vulnerables objetos de discriminación (OMS, 2021). Han sido pocos los países que han tomado medidas preventivas para la disminución de los suicidios, siendo 38 países los que han priorizado la prevención del suicidio teniendo estrategias nacionales (OMS, 2014).

La OMS ha planteado un Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 para lograr reducir la tasa mundial del suicidio, requiriendo el apoyo de todos los países para lograrlo, sobre todo de los Estados Miembros, haciendo énfasis en que es uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible hasta el 2030 (OMS, 2021).

Previo al intento suicida, es frecuente que se presente la ideación suicida, que tal como menciona González (2000) referente Beck *et al.* (1979) es “una serie de actitudes, planes y conductas (...) no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento” (pp. 22-23), en la que se puede iniciar la elaboración de un plan para terminar con la vida, momento en el que los factores de riesgo y los factores de protección son determinantes con frecuencia.

Los últimos registros de intento suicido en Guatemala son del 2020 según el Boletín de la semana epidemiológica No. 26, con un total de 57 casos en la ciudad capital de enero a junio sin distinción de edad, previo a ello en el 2019 distingue 37 intentos de suicidio en el grupo etario de 15 a 19, y 14 intentos en el primer semestre del 2020 para el mismo grupo, a la vez refiere que en el 2018 los suicidios consumados fueron 112 (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), 2020). Luego del 2020 no se cuenta con registros públicos que puedan indicar estadísticas actuales sobre esta problemática tan latente, lo cual puede relacionarse a que existen pocas estrategias de impacto y registro para la prevención del suicidio por parte del gobierno de Guatemala y que es posible que no sea una prioridad por abordar.

Por parte del Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF) se ha identificado que han elaborado estadísticas anuales sobre necropsias realizadas, en ello se observa en el 2021 que por ahorcadura fallecieron 75 personas entre 15 a 19 años, 36 personas fallecieron por intoxicación por exposición o ingesta a plaguicidas, así como por un alto consumo e intoxicación de sustancias (INACIF, 2022), en las que, si se llevara a cabo una investigación más profunda, podrían estar vinculados a suicidios no reportados como tales debido a que suelen ser métodos utilizados para estos fines.

Socialmente se ha normalizado paulatinamente el conocimiento de casos de personas y adolescentes que se suicidan en el país. Inclusive en las instituciones que reciben casos de intentos suicidas no se les brinda un seguimiento, y al ser suicidios consumados no se cuenta con una base de datos específica.

Sin embargo, la Asociación Internacional para la Prevención del suicidio (IASP) avalada por la OMS, cada 10 de septiembre tiene el objetivo de crear conciencia sobre la prevención del suicidio en todo el mundo (Organización Panamericana de la Salud (OPS) y OMS, 2021) con el fin de visibilizar y promover mecanismos de acción para que esta problemática sea priorizada.

Creando enfoques preventivos desde el reconocimiento de la ideación suicida puede ser posible intervenir en situaciones de crisis, favoreciendo a los adolescentes que contemplan el suicidio

como una alternativa para que puedan ser acompañados en el replanteamiento de los acontecimientos generadores de malestar para una búsqueda de soluciones desde la salud mental.

La presente investigación se realizó para poder profundizar en el tema de la ideación suicida en adolescentes, ya que es una de muchas de las problemáticas de gran relevancia con poca investigación y datos estadísticos en la sociedad actual, la elección del tema se debió al interés por la escasez de información, lo poco que se dialoga con instituciones y poblaciones vulnerables al percibirlo aún como un tabú, y al impacto negativo que esta misma falta de visibilización crea.

Guatemala cuenta con pocas investigaciones con relación al tema de salud mental específicamente al suicidio e ideación suicida, únicamente se encontró una investigación del 2016 realizada en Jutiapa, por Ramos, Acajabón, y Chipín, por parte de la Dirección General de Investigación (DIGI) de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) en la cual identificaron como factores de riesgo para ambas variables el trastorno depresivo, trastorno bipolar, consumo de sustancias, intentos previos, conflictos personales, problemas económicos y el maltrato emocional, así como el envenenamiento como método principal utilizado y la limitación de la búsqueda de atención en salud mental para los hombres debido a la cultura su muestra.

Científicamente la investigación aportó a la descripción de los factores de riesgo de la ideación suicida en los adolescentes, permitiendo ampliar la información de la problemática, en la que a partir de ella se podrían desarrollar programas de prevención y abordaje para las instituciones, familias y para los adolescentes, acorde al contexto cultural y sus vivencias diarias.

Socialmente se buscó abordar una problemática que es multifactorial, lo que quiere decir, que existen diversos factores que se interrelacionan entre sí e influyen de manera directa o indirecta en la aparición de la ideación suicida en esta población, reconociendo que el entorno familiar es el principal para la socialización y que las vivencias dentro del hogar se complementan en gran medida con las escolares.

El estudio ayuda a evidenciar y visibilizar que la problemática relacionada a la ideación suicida está presente dentro de la sociedad Guatemalteca y específicamente en los y las adolescentes que se encuentran en una etapa más vulnerable debido a los cambios externos e internos propios de la edad.

Se contó con los recursos necesarios para llevar a cabo la investigación, tomando en consideración las medidas para evitar contagios por COVID-19 tanto del país como propios de la institución al ser la aplicación de instrumentos de manera presencial, y así no exponer a los participantes ni a las investigadoras.

Por ser una problemática muy compleja y requerir de la participación de los adolescentes, se contó con los esenciales principios éticos observados en el Informe Belmont (1979) según el Observatorio de Bioética y Derecho (OBD): respeto a las personas, beneficencia, y justicia, con la finalidad de seguir lineamientos que garanticen el resguardo y confidencialidad de los adolescentes que participaron en el estudio. Para ello toda decisión en la investigación se basó en los derechos humanos desde la libertad de la toma de decisiones, contando tanto con consentimiento de padres o encargados, y del asentimiento propio del adolescente.

En relación al principio ético de beneficencia, se brindó a los participantes de la investigación y educadores talleres para la identificación de la ideación suicida en las y los adolescentes, así mismo herramientas de intervención general en situaciones de crisis, y trabajo desde la prevención, mientras que a los adolescentes se les facilitaron talleres orientados a la identificación de las ideación suicida abordando temáticas de salud mental como la autoestima, sentido de pertenencia y reconocimiento de sus emociones, sentimientos y pensamientos con énfasis en la importancia de aprender a pedir ayuda, esto desde un enfoque Cognitivo conductual y humanista existencial.

Para ello se dio un taller presencial para alumnos de 4to y 5to bachillerato en distinto día y dos talleres en modalidad virtual con el personal docente. Con los alumnos al finalizar una estudiante mencionó haber tenido bastante ideación y haber querido intentar suicidarse, por lo que se derivó

con una de las maestras y la coordinadora para también hacer entrega de un listado de instituciones que brindan terapia psicológica gratuita o a bajo costo para que puedan darle seguimiento.

1.2.Objetivos

Objetivo general:

Realizar un análisis situacional sobre los factores de riesgo para la ideación suicida de los adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Objetivos específicos:

- Estimar la prevalencia de ideación suicida en los adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.
- Identificar los factores de riesgo de ideación suicida en los adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.
- Determinar la prevalencia de los factores de riesgo en los adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.
- Evaluar las redes de apoyo de los adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

1.3.Marco teórico

1.3.1. Suicidio

1.3.2. Ideación suicida

1.3.3. Factores de riesgo en la ideación suicida

1.3.4. El suicidio en Guatemala

1.3.5. El suicidio y la ideación suicida desde una perspectiva psicológica a partir del enfoque conductual y cognitivo conductual

1.3.5.1. El suicidio desde el enfoque Conductual

1.3.5.2. El suicidio desde el enfoque Cognitivo Conductual

Suicidio

González (2016) establece que “el suicidio proviene de las raíces latinas “sui” que significa de sí mismo y “caedere” matar” (p.2), desde una perspectiva filosófica e histórica la actitud del hombre ante la muerte no ha sido la misma a través del tiempo; aspirando actualmente a una muerte rápida y sin sufrimiento, sin embargo, en un principio la percepción era distinta, se consideraba que “el suicidio ha estado ligado a la humanidad y sus costumbres: los mayas, según refiere la historia, veneraban a Ixtab, la diosa del suicidio, y en el Lejano Oriente los japoneses se hacían el seppuku para restituir la honra” (González, 2016, p.3).

De igual forma, comentaba que, en los inicios el cristianismo no condenaba el suicidio como tal, lo consideraban un acto de Héroe, para desligarse de los actos cometidos erróneamente, era una manera de sobrellevar la culpa. Así mismo dicho autor refirió que, “en la Edad Media el pensamiento cristiano seguía marcando el mundo occidental, y se equipara el suicidio al homicidio. Además, existían penas de tipo patrimonial (confiscación de los bienes del suicida) y penas corporales aplicadas sobre el cadáver” (González, 2016, pp. 3-4). Se reconoce que en nuestra sociedad el suicidio continúa siendo un tema tabú, llegando a ser condenado por ideologías religiosas, y de manera legal por atentar contra la vida, por lo que las personas que intentan suicidarse pueden llegar a atravesar procesos legales o bien optar por internamiento psiquiátrico en un hospital público.

González (2016) reconoce a Émile Durkheim, sociólogo, por ser pionero en el suicidio:

En su obra *El suicidio* (1897), señala que los suicidios son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales. Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social ya sea excesiva o insuficiente del individuo en la colectividad. Por tanto el suicidio sería un hecho social. (p.4)

Respecto a Durkheim, plantea las siguientes clases de suicidios: Suicidio egoísta, el cual surge en sociedades sin cohesión social entre los individuos; anómico, cuando se presenta dificultad para la regulación social y las normas sociales no son interiorizadas; fatalista, cuando sí estaba presente un grado alto de regulación social; típico de sociedades donde el individuo carece de integración social; y el suicidio altruista, reconocido por un alto grado de integración y pertenencia distorsionada en la cual se contempla cierto tipo de sacrificio para la misma sociedad.

Siguiendo la línea de pensamiento del mismo autor el suicidio puede ser considerado como un reflejo de las deficientes condiciones de vida de una población, debido a que la conducta suicida se presenta sobre todo, en sociedades con altos índices de desintegración y falta de cohesión social, en donde al cumplir con ambas características, los adolescentes estarán en mayor riesgo de presentar inicialmente, ideación suicida, sin contar con un sentido de vida, en donde según Frankl (1991), el hombre puede encontrar una razón para vivir, de ello surge la Logoterapia que es considerada la Tercera Escuela Vienesa de Psicología, y al tener un para qué vivir, se puede soportar el cómo vivir.

Ideación Suicida

Partiendo del concepto de ideación suicida, el cual hace referencia al pensamiento de acabar con la propia existencia, “que puede adquirir las siguientes formas de presentación: el deseo de morir, la representación suicida, la idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción, la ideación con un plan indeterminado o inespecífico aún, o la ideación suicida con una adecuada planificación” (Pérez, 1999, p. 197), es decir, que ampliamente es el pensamiento de ideas y deseos de cesar con la propia vida, o bien considerándole como “una preocupación con pensamientos acerca de la finalización de la propia vida que se introducen sin razón” (Loboa y Morales, 2016, p.96), debido

a que esta ideación surge al considerarse como una posible solución a un problema, a pesar de ser una solución inconveniente, lo cual puede conllevar al suicidio, que la OMS (2014) define como el acto deliberado de matarse, es posible adentrarse en la problemática constante de los adolescentes en Guatemala.

Con fines de investigación, una de las cuestiones a conocer entonces, es el qué hace que los adolescentes presenten ideación suicida, habría muchos factores y causas para que pudieran presentar este tipo de ideaciones, como medio resolutivo a alguna problemática que le esté aconteciendo en la actualidad o algún hecho traumático del pasado que ha desencadenado malestar psicológico. En países como Guatemala el acceso a la salud mental es limitada y la mayoría de las personas no tienen acceso a ella, o continúan contemplando innecesario recibir apoyo por continuar percibiendo que es para personas con problemas “*más graves*”.

Cabe mencionar que la adolescencia es la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, es decir, desde los 10 hasta los 18 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud de manera global. Los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial (OMS, s.f.), periodo en el cual, DiCaprio (1996) menciona que el psicólogo Erikson (1950), en su teoría sobre el desarrollo psicosocial, el adolescente se encuentra en la búsqueda de su identidad por lo que se enfrenta a la tendencia de la confusión de la identidad, lo que incrementa su vulnerabilidad al estar en el proceso de descubrir su identidad, que después será fortalecida o bien influirá en que esta confusión de identidad le conduzca a la desestabilidad emocional (DiCaprio, 1996).

Según el mismo autor, e integrando la teoría propuesta por el psiquiatra y psicólogo Maslow (1943), sobre la jerarquía de las necesidades humanas, se puede observar que al estar satisfechas las necesidades biológicas, la persona se encuentra en el estadio de necesidades de seguridad, que son relevantes en relación a los factores de riesgo de ideación suicida, en las cuales requiere percibir que está seguro, que es capaz de organizar y estructurar su medio, así como la seguridad personal, el orden, estabilidad y protección, que se relaciona con las expectativas y condiciones de vida que permiten el desarrollo de proyectos a medio y largo plazo, para luego al estar cubiertas

estas necesidades, pueda pasar a satisfacer las necesidades de afiliación como las de reconocimiento y posteriormente las de autorrealización. Los cambios tanto físicos como psicológicos engloban también a este período, principalmente por procesos hormonales más observables (DiCaprio, 1996).

Según la OMS (2021), se reportó que cada año se suicidan cerca de 700,000 personas, siendo considerada como la cuarta causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 19 años, lo que estipula un suicidio cada 40 segundos; el 77% de los suicidios se llevan a cabo en países de bajos y medianos ingresos, siendo Guatemala un país de bajos ingresos y por ende abundancia de pobreza, es una problemática en el diario vivir de los adolescentes, sobre todo de los más vulnerables.

Se puede establecer que la ideación suicida entonces es el pensamiento de la propia muerte como una posible solución a algún problema desesperanzador, mientras que el suicidio es el llevar este pensamiento a un acto, que puede o no haber conllevado planeación, de tal manera que si se identifica la ideación suicida es posible prevenir el incremento en las cifras de adolescentes que acaban por suicidarse, inclusive se reconoce que la detección temprana es uno de los mecanismos preventivos más efectivos, por lo que se podría llegar a disminuir los factores de riesgo, que son definidos como “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de enfermedad o lesión” (OMS, s.f.), en este caso, sería el aumento de probabilidad de cometer suicidio tras presentarse la ideación.

Factores de riesgo en la ideación suicida

Según Sánchez-Sosa *et al.* (2010) proponen y muestran un Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida (MEPIS), el cual parte del funcionamiento familiar conocido también como dinámica familiar, y de los problemas de integración escolar, en donde del funcionamiento familiar se deriva la autoestima social y la sintomatología depresiva, que puede conducirse también por la autoestima social; los problemas de integración escolar se dirigen a la victimización escolar y a la sintomatología depresiva, que a su vez la sintomatología depresiva conduce a la conducta alimentaria de riesgo. Encontraron que la autoestima social, dirigida hacia la sintomatología

depresiva y a la ideación suicida, no es relevante, y que existe una relación indirecta entre variables familiares y escolares con la ideación suicida. En tanto que las variables personales de sintomatología depresiva, la conducta alimentaria de riesgo y la victimización escolar, se encuentran íntimamente relacionadas a la ideación suicida. En este modelo explicativo se puede establecer que la ideación suicida es multifactorial e interrelacionada.

El MEPIS sirve de base para identificar algunas de las variables que pueden conducir a la ideación suicida, apoyando la importancia de establecerlas y en base a ellas prevenir y accionar en esta problemática, y también “presentan una trayectoria de relaciones directas e indirectas con la ideación suicida que implica variables contextuales y personales” (Sánchez-Sosa, *et. al.* 2010, p.285).

Serrano-Ruiz y Olave-Cháves (2017) identifican y clasifican los factores de riesgo acorde a los siguiente dominios: personal, familiar y social, en cada uno de ellos se describe los factores presentes, de manera concisa, en el dominio personal abarca el género, edad, preexistencia de problemas de salud física y mental, bajo nivel socioeconómico y educativo, y consumo de sustancias psicoactivas; en el dominio familiar se encuentran los problemas de comunicación, pobre cercanía afectiva, inestabilidad en la estructura familiar, disfunción familiar, familias monoparentales, excesivos niveles de control parental, antecedentes familiares de conducta suicida, y violencia intrafamiliar; y por último, en el dominio social aparece la discriminación social, la carencia de redes de apoyo social, y el efecto de imitación o efecto Werther, establecido a partir de que luego de la publicación de una novela escrita por Goethe en 1774 llamada Las penas del joven Werther en donde el protagonista se suicida, se dio un aumento en la tasa de suicidio de jóvenes, que inclusive llegaban a dejar el libro abierto en las páginas del suicidio o vestían como el protagonista.

De los factores de riesgo mencionados, serán centrales la edad, el género, el consumo de sustancias psicoactivas, así como la carencia de redes de apoyo encontradas en el dominio familiar y social, esta clasificación de dominios facilita la visibilidad de cada uno de ellos. Otros factores de riesgo a destacar son los trastornos ansiosos, la orientación sexual, exposición a intentos suicidas por

parte de familiares o amigos, abuso sexual y traumas infantiles, así como vivir sin los padres o que se encuentren en proceso delicado de divorcio (Silva *et al.* 2017).

Según Ardiles-Irarrázabal *et al.* (2018) muestran entre sus resultados de investigación, que del total de la población en riesgo representada por el 25,5%, el 9,74% son hombres, afirmando que las mujeres con 15,76%, son más vulnerables a presentar riesgo de suicidio e ideación suicida, sobre todo aquellas que pertenecen al área urbana, aunque no presenta mayor variación entre área urbana y área rural, siendo el 8,56% en el área urbana, y 7,16% en el área rural, esto nos dice que las adolescentes son quienes tienden a ser más propensas a la ideación suicida.

Entonces ser hombre o mujer puede determinar en parte el riesgo que representa para la persona el suicidio o la ideación suicida, dependiendo del país o regiones del mismo. “El género es un aspecto que puede llegar a determinar los métodos de autoagresión empleados por los jóvenes al momento de incurrir en el intento suicida” (Serrano-Ruiz y Olave-Chávez, 2018, p. 142). Según este planteamiento, la ideación suicida a su vez dependerá del sexo del adolescente, lo que representa que en hombres la ideación se enfoca en emocionalidad y agresividad, pensando en métodos como la utilización de armas de fuego, salto a precipicios, y ahorcamientos, mientras que en las mujeres se ha detectado la ideación de utilizar psicofármacos y fármacos de uso general, siendo métodos menos agresivos y violentos (Serrano-Ruiz y Olave-Chávez, 2018).

Otra investigación referente a la problemática ha señalado que las mujeres presentan más tendencia a utilizar objetos punzocortantes, recurrir al envenenamiento con medicamentos, y arrojarse a algún vehículo en movimiento, mientras que los hombres recurren al ahorcamiento y envenenamiento con narcóticos o alcohol (Luna y Dávila, 2018), sobre ello Rocamora (2017) plantea la drogodependencia como un suicidio crónico. Ambas investigaciones apoyan que las mujeres utilizan métodos más pasivos que los hombres.

Luna y Dávila (2018) muestran en sus resultados que las mujeres reportan mayor prevalencia al suicidio, no importando el grupo etario que se analice, se relaciona que las mujeres tienen mayor predisposición a la depresión, lo que vuelve a señalar a la población femenina como más

vulnerable. En sus resultados también muestran que el consumo de sustancias, entre ellas el tabaco y el alcohol, han sido identificadas como prevalentes en el intento suicida, lo que puede orientar la investigación respecto a que dentro de la ideación suicida se puede dar un paso previo al consumo de diferentes sustancias, y al estar este consumo es posible que se incremente la ideación suicida. Otro indicador de relevancia y que en varias ocasiones es un detonante de la ideación suicida, es el hecho de que haya habido algún tipo de violencia o abuso, sobre todo violencia física, psicológica y sexual.

Tomando de referencia nuevamente a Serrano-Ruiz y Olave-Cháves (2017) establecen que el bajo nivel socioeconómico, así como educativo, son otros factores de riesgo, esto se debe a que al contar con un bajo nivel socioeconómico, sobre todo si se está de manera prolongada en este status, no solo dificulta el acceso a servicios de salud tales como específicamente los servicios de salud mental, sino que genera situaciones de estrés, que en nuestra sociedad conlleva posiblemente a la violencia intrafamiliar, lo cual de igual forma conduce a la ideación suicida al estar el adolescente inmerso en inestabilidad, situaciones estresantes y conflictos en la disfunción familiar. Respecto al acceso a servicios de salud mental, también se ve la limitante en que para adquirirlos en ocasiones instituciones que ofrecen el servicio gratuito atienden a una mayor población, lo que se ve reflejado en la dificultad para optar por iniciar un proceso psicoterapéutico de manera inmediata, y al obtenerlo es frecuente que las sesiones sean distantes.

El bajo nivel socioeconómico también puede llegar a limitar las redes de apoyo ya que la prioridad de la población se convierte en poder cubrir las necesidades básicas, tales como la alimentación, vivienda, educación, salud física y vestuario, y no el de establecer relaciones sociales estables que sean significativas y aporten positivamente a la vida del adolescente, por otro lado, esta situación puede conllevar al adolescente a integrarse a grupos conocidos popularmente como maras y a consumir sustancias e ingerir alcohol, o en otras situaciones los adolescentes se ven en la necesidad de generar ingresos económicos, dejando el estudio si en dado caso contaba con ello, y comienzan a laborar, centrando su interés y atención en contribuir a la situación actual de su familia.

Según Lobo y Morales (2016) muestran en sus resultados, que el nivel de riesgo de orientación suicida en relación a las redes de apoyo, ya sea apoyo social, religioso, profesional o fuentes de apoyo adolescente, son muy significativos puesto que los adolescentes con alto o moderado riesgo no buscan o no cuentan con tales redes, y quienes presentan bajo nivel de riesgo, de igual forma no tienen facilidad de acudir a las redes de apoyo, observando un debilitamiento hacia las redes de apoyo, posiblemente influya el que actualmente hay una gran tendencia a considerar estas redes como innecesarias, no dando la importancia que tienen, sobre todo para los adolescentes, o se confunde una red de apoyo con un grupo social limitado a vivencias ocasionales superfluas, a su vez que debido a la pandemia por COVID-19, de manera global se vio afectada la forma en la que nos relacionamos con otros centralizando estas relaciones virtualmente por las distintas medidas preventivas que han sido tomadas como país y en las instituciones educativas que han vuelto a su funcionamiento pre pandemia gradualmente, por lo que no solo las relaciones interpersonales se vieron alteradas sino la manera de aprendizaje de los distintos cursos curriculares.

Entre las redes de apoyo mencionadas, en la que se detecta mayor vulnerabilidad es la búsqueda de apoyo profesional, lo cual nos indica que es posible que los adolescentes quieran recibir asistencia profesional, pero no sepan de qué manera hacerlo o que persista la ideología negativa sobre solicitar ayuda sobre todo si es en el ámbito de la salud mental.

De igual forma se ve reflejado para Sánchez-Sosa, *et al.* (2010) describen que el 69% de los estudiantes que contaba con bajo apoyo familiar, siendo el apoyo familiar una red muy significativa y la primera red de apoyo del ser humano en sí, tenían mayor probabilidad de presentar ideación suicida, lo que refuerza la importancia de redes de apoyo estables y fortalecidas. Al no contar con redes de apoyo, los adolescentes llegan a experimentar aislamiento, “percibe la sensación de que no es necesario, significativo o útil dentro de un grupo social en el que se desenvuelve y a su vez, desarrolla depresión y baja autoestima y aislamiento social” (Serrano-Ruiz y Olave-Chávez, 2018, p. 145).

Otros factores de riesgo o determinantes en los adolescentes, que son importantes de tomar en consideración, según Serrano-Ruiz y Olave-Chávez “son rasgos de personalidad característicos,

tales como emotividad, poca estabilidad emocional, inseguridad, aprehensión, angustia, ansiedad y frustración, los cuales, en cierta medida, están relacionados con desequilibrios hormonales” (p.142), cabe destacar su importancia dentro del desarrollo de la personalidad que ya se ha estado fortaleciendo, para Ramos *et al.* (2016) también tendrá influencia la psicosis, esquizofrenia, el trastorno de personalidad límite y el trastorno de personalidad depresivo. Se podría inferir que la ideación suicida en los adolescentes tiene comorbilidad con diferentes rasgos de trastornos y trastornos per se, los cuales pueden establecerse como un precipitante para que pueda efectuarse un suicidio consumado, enfatizando en que influye pero no determina el que haya ideación suicida.

El suicidio en Guatemala

En referencia a datos actualizados en Guatemala, España (2019) menciona que, con base al Observatorio de Violencia de Diálogos, la mayor tasa de suicidios ocurre en el occidente del país, siendo el municipio de Nebaj, Quiché el que presenta una tasa de 29 suicidios, cada cien mil habitantes, es un número bajo en relación con la población total, aunque es una cifra significativa, debido a que esta problemática es de causas multifactoriales y afecta a personas de todas las edades y sexo. Habría que tomar en cuenta que, aunque se reportan datos de las muertes en los municipios presuntamente ligadas a suicidios, realmente la causa de muerte por suicidio como tal no se reflejan en los registros de las distintas entidades.

Carlos Mendoza, analista, según artículo de España (2019) identifica que, en el 2017, el Instituto Nacional de Estadística (INE), señala que tres de cada cien mil habitantes, llegan a consumir un suicidio, lo que hace énfasis en la precariedad del sistema para el registro de defunciones por esta causa, haciendo la comparación de que, en el 2018 en un reporte del INACIF, 486 personas fallecieron debido a asfixia por suspensión, la cual es contemplada un método de suicidio. De esta forma no es posible conocer con mayor exactitud las estadísticas referentes al suicidio en el país.

Son cifras que evidencian la gravedad del problema y la importancia de su estudio, para que las entidades e instituciones responsables de la prevención, concientización e intervención en crisis respondan desde la promoción, y lo realicen de manera inmediata, ya que se muestra por parte de las instituciones gubernamentales existe actualmente desorganización y posible desinterés para

contar con datos estadísticos más confiables y específicos referente a esta problemática, los cuales puedan reflejar que continúa siendo una problemática principal.

El Estado de manera interinstitucional y mediante un enfoque interdisciplinario debería abordar el tema del suicidio y contar con estadísticas anuales específicas que permitan detectar los departamentos con mayor incidencia así como los métodos más utilizados, las edades más vulnerables, el sexo de quienes presentan ideación y conducta suicida y suicidio en sí mismo para establecer y modificar programas a diferentes niveles, que velen por la prevención y establecer protocolos que se hagan valer dirigidos a la intervención en crisis, ya que, según el protocolo de vigilancia epidemiológica, las intoxicaciones por plaguicidas, lesiones de causa externa y conducta suicida de los informes del Ministerio de Salud pública y asistencia social de Guatemala (2018), sí existe una ficha epidemiológica de derivación, sin embargo, no se tienen datos certeros estadísticos que reflejen su uso.

Ramos *et al.* (2016) han identificado que el suicidio es una problemática bastante relevante en el municipio de Jutiapa, según información que recabaron por parte de la Dirección de Área de Salud (DAS), y el Registro Nacional de las Personas (RENAP), así como por casos médicos, maestros y estudiantes universitarios. En países como Guatemala “se puede obtener acceso a la atención psicológica a través de la atención primaria en los centros de salud y las unidades de atención psiquiátrica y psicológica ambulatorios en Hospitales Regionales y el Hospital de Salud Mental” (Ramos, *et al.* 2016, p. 34), sin embargo, Guatemala carece de un sistema de salud eficiente para dar atención oportuna y adecuada a toda la población, sobre todo a aquella población que inclusive carece de los servicios básicos para vivir dignamente.

Dichos autores encontraron que, en Jutiapa, la conducta suicida era mayor en hombres que en mujeres, al igual que los suicidios consumados, siendo la edad más frecuente entre los 18 y 27 años, representado por el 50% de la muestra de su investigación, y siendo el grupo etario de 8 a 17 años el segundo más frecuente con el 17.8%. También reflejan en relación con la ubicación geográfica, que el 77.3% de suicidios consumados han sido en el área rural, en tanto que el 22.7% han sido en el área urbana, y que los intentos de suicidio también han sido mayores en el área rural

con el 80.6%. Destacan de igual forma el consumo de sustancias, específicamente del alcohol tanto en suicidios consumados como en intentos de suicidio, sin describir el consumo de otra sustancia.

Finalmente, en base a la muestra de la investigación, establecen dentro de los factores de riesgo, problemas predisponentes como el abuso sexual y embarazo no deseado, alcoholismo y violencia dentro de la familia nuclear, así como violencia emocional en instituciones educativas.

El suicidio y la ideación suicida desde una perspectiva psicológica a partir del enfoque conductual y cognitivo conductual

El suicidio desde el enfoque Conductual

Ruiz et al. establecen que

La Terapia de Conducta (TC) hace su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época, posicionándose especialmente frente al modelo psicoanalítico. La TC parte de la idea de que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje. (2017, p.34)

Mediante la TC estas modificaciones de conducta ayudan a la mejoría y bienestar de los adolescentes debido a que permite un proceso estructurado de cambios de forma gradual acorde a sus necesidades inmediatas, sobre todo cuando se reconoce intento de suicidio o bien, ideación suicida. González *et al.* (2017) plantean que dicho enfoque terapéutico es

Un proceso activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, consolidado gracias a la investigación empírica que sustenta su teoría y sus técnicas. Al respecto, sobresalen algunos Modelos Clásicos de la Terapia Cognitiva, como la Terapia Racional Emotivo-Conductual de Ellis y la Terapia Cognitiva de Beck, las cuales tienen una base común y que las convierte en los dos modelos psicoterapéuticos representativos del enfoque cognitivo en psicoterapia. (p.201)

El suicidio desde el enfoque Cognitivo Conductual

Mendoza (2020) refiere que la terapia cognitiva conductual ayuda a las personas a tomar conciencia de pensamientos o distorsiones los cuales comúnmente no son conscientes, se abordan para que la persona pueda hacerlos conscientes y se trabaje en base a ellos para poder visualizar situaciones con claridad.

Albert Ellis, y Aaron T. Beck, son considerados pioneros en este enfoque por los modelos teóricos e investigaciones que han realizado, inclusive Beck plantea una escala de ideación suicida. Basándonos en lo que se refiere a las posturas de ambos, Mendoza (2020) reconoce que:

Aaron Beck y Albert Ellis fueron quienes tomaron en cuenta las creencias y otros aspectos cognitivos en las dificultades emocionales, además de la brevedad, efectividad y resultados empíricos en investigación sobre este modelo. También, existen tres principios básicos que relatan los autores. El primero consiste en que la cognición afecta al comportamiento y a la emoción; el segundo, en que a la cognición se le puede dar un seguimiento y lograr cambiarla; finalmente, el tercero, en que, cambiando las propias creencias, se puede generar modificaciones en la conducta y, así, lograr experiencias más adecuadas. (p.7)

Respecto a la ideación suicida desde este enfoque, como citó Chu (2021), Minchigan y Vargas (2020) referente a Beck (1979) indican lo siguiente:

Existen varias dimensiones de la ideación suicida:

1. Actitud hacia la Vida / Muerte: Minchán y Vargas, (2020) afirma que, el ser humano, es el único ser viviente que, en algún momento de su vida, las ideaciones están presente. Sin embargo, con el pasar del tiempo y por medio de una mejora continua de la persona, la realidad cambia a favor.
2. Pensamientos/Deseos suicidas: Los pensamientos suicidas son signos y síntomas de una propia depresión, además, un notorio indicador de dificultad para tolerar los problemas propios de la vida, resolución de problemas y capacidad de enfrentarse.
3. Proyecto de Intento Suicida: Es la intención que el sujeto ha creado para llevar a cabo y ejecutar un plan estratégico de acabar con su vida.
4. Desesperanza: Se entiende la desesperanza como la idea negativa y distorsionada hacia el futuro y la resolución de este. (p.8)

Es así como se evidencia que la ideación suicida tiene influencia de distintos factores y la importancia de ir modificando los pensamientos en los adolescentes, para que no lleguen a establecer ni intentar cumplir con una planificación que conduzca a un intento efectivo. De igual forma la ideación es sintomatología de otros malestares, por lo que es importante explorarlos.

Tomando de referencia a Ruales (2019) en cuanto a la Terapia Cognitivo conductual sobre la ideación suicida cabe destacar que, como es una problemática multicausal y multifactorial el enfoque de la misma podría variar dependiendo de la problemática central a la que esté relacionada en cada individuo, por mencionar la terapia cognitivo conductual enfocada en el trauma (TF-CBT) se menciona que es uno de los enfoques más efectivos para casos donde ha ocurrido abuso sexual. Esta terapia fue desarrollada para “dirigirse a los múltiples impactos negativos, eventos de vida estresantes o traumáticos para niños de 3 a 17 años de edad y para sus padres” (Ruales, 2019, p.26).

A su vez, este autor hace menciona que la ideación suicida puede surgir en la adolescencia a partir de un trauma, por lo que la terapia cognitivo conductual enfocada en el trauma, se realiza en un ambiente seguro en cual la víctima puede hablar de lo ocurrido. También gradualmente mientras vayan avanzando las sesiones y con consentimiento del o la adolescente se podrán incorporar sus padres o cuidadores, al igual que a lo largo de las sesiones el o la adolescente irá formando sus herramientas las cuales le ayudarán poco a poco a sentirse mejor y reestructurar sus cogniciones y se verá reflejado en sus respuestas conductuales y emocionales.

Algunas de las técnicas cognitivo-conductuales más utilizadas para la ideación suicida en adolescentes como citó Chu (2021) en base a lo que dijeron Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) para la conducta, consisten en entrenamiento de habilidades sociales, programación de actividades, modelado e imitación, role-playing, y economía de fichas, mientras que las técnicas cognitivas abarcan la reconstrucción cognitiva, técnicas de relajación, autoinstrucciones, psicoeducación y solución de problemas de manera integral.

1.4. Consideraciones éticas

Para la autorización de participación de los adolescentes, se tuvo en cuenta dos instrumentos: el consentimiento y el asentimiento informados. El primero fue entregado como premisa a los padres o responsables de los adolescentes facilitando la información de la participación en la investigación por medio de una circular que fue entregada por la coordinadora y docentes de grado, luego se les entregó a los y las adolescentes (respetando el principio de justicia equitativa) el asentimiento informado para que pudiesen confirmar su participación voluntaria, en el estudio (respetando el derecho de autonomía).

Ambos documentos son de carácter legal, en ellos se dio a conocer el nombre de la investigación e institución por medio de la cual se realizó, el nombre de las investigadoras, el objetivo general, los instrumentos que fueron aplicados, lineamientos éticos a seguir, el que la participación fue voluntaria y si no deseaban participar o decidían retirarse en algún momento, podían hacerlo, así como el que aquellos adolescentes que llenaron los instrumentos, participarían en talleres relacionados a la problemática desde un enfoque preventivo. De igual forma se facilitó talleres para los docentes de la institución reconociendo la importancia de contar con herramientas que permitan la identificación de cambios conductuales que puedan estar relacionados a la ideación suicida, y de intervención en crisis para la derivación de los estudiantes.

A la vez, se incluyó el apartado de confidencialidad para enfatizar que los datos personales requeridos serían únicamente edad y sexo. Siguiendo con el principio de beneficencia la investigación será de suma importancia para la sociedad guatemalteca, ya que se cuentan pocos estudios con referencia a este tema, así mismo facilita el reconocimiento de factores de riesgo en los estudiantes para poder establecer mecanismos preventivos que favorezcan la salud mental.

Debido a la problemática a investigar, la sensibilidad de la información recolectada y a los participantes, fue confidencial, dando su uso únicamente a fines de investigación. Por ello los instrumentos de recolección de datos, si bien son temas sensibles, no son preguntas abiertas que requieran un grado de subjetividad.

El acceso a la información fue exclusivo para las investigadoras, asesor de contenido y revisora, sin embargo, los resultados también son compartidos, con la institución educativa, al finalizar el estudio. De igual forma, para el trabajo de campo se hizo de manera anónima, requiriendo por parte de los estudiantes únicamente los datos respecto a su edad, y sexo, siendo guardada la información durante el tiempo de elaboración y aprobación del informe final del proyecto, habiendo responsables las investigadoras, por lo que, al finalizar el periodo requerido para guardar la información, se eliminará, conservando únicamente los resultados.

Capítulo II

2. Técnicas e instrumentos

2.1. Enfoque y modelo de investigación

El paradigma de investigación tomado de referencia fue el positivista, para lo que se utilizó el enfoque cuantitativo. El diseño de investigación a su vez fue no experimental, del diseño descriptivo nivel I, transversal.

A continuación, se presentará una hipótesis acorde a cada posible factor de riesgo

Grado de depresión

Ha: Un mayor grado de depresión, representa un factor de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Ho: Un mayor grado de depresión, no representa un factor de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Grado de ansiedad

Ha: Un mayor grado de ansiedad, representa un factor de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Ho: Un mayor grado de ansiedad, no representa un factor de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Grado de estrés

Ha: Un mayor grado de estrés, representa un factor de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Ho: Un mayor grado de estrés, no representa un factor de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Grado de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (TCA)

Ha: La conducta alimentaria de riesgo para el desarrollo de un TCA, es un factor de riesgo en la ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Ho: La conducta alimentaria de riesgo para el desarrollo de un TCA, no es un factor de riesgo en la ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Nivel de autoestima

Ha: El nivel de autoestima baja, es un factor de riesgo, de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Ho: El nivel de autoestima baja, no es un factor de riesgo, de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Grado de disfuncionalidad familiar

Ha: El alto grado de disfuncionalidad familiar representa un factor de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Ho: El alto grado de disfuncionalidad familiar no representa un factor de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Grado de ajuste escolar

Ha: Un menor ajuste escolar representa un factor de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Ho: Un menor ajuste escolar no representa un factor de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Grado de riesgo de consumo problemático, abuso o dependencia a sustancias y alcohol

Ha: El consumo disfuncional de sustancias y alcohol, representa un factor de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Ho: El consumo disfuncional de sustancias y alcohol, no representa un factor de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Se continuará con la hipótesis sobre la prevalencia según sexo y edad respecto a los factores de riesgo de ideación suicida en adolescentes.

Ha: Los factores de riesgo de ideación suicida tienen mayor prevalencia en las adolescentes mujeres de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Ho: Los factores de riesgo de ideación suicida no tienen mayor prevalencia en las adolescentes mujeres de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Por último, la hipótesis se realiza sobre la evaluación de las redes de apoyo

Ha: Existe falta de redes de apoyo, en los adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Ho: No existe falta de redes de apoyo, en los adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.

Variables:

- **Ideación suicida:** Hace referencia al pensamiento de acabar con la propia existencia, “que puede adquirir las siguientes formas de presentación: el deseo de morir, la representación suicida, la idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción, la ideación con un plan indeterminado o inespecífico aún, o la ideación suicida con una adecuada planificación” (Pérez, 1999, p. 197), es decir, que ampliamente es el pensamiento de ideas y deseos de cesar con la propia vida, o bien considerándole como “una preocupación con pensamientos acerca de la finalización de la propia vida que se introducen sin razón” (Loboa y Morales, 2016, p.96), lo cual puede conllevar al suicidio, que la OMS (2014) define como el acto deliberado de matarse.
- **Factores de riesgo de la ideación suicida:** “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de enfermedad o lesión” (OMS, s.f.), para esta problemática, son aquellos factores que influyen en la predisposición de comenzar a tener ideación suicida, tomando en cuenta factores ambientales, familiares, escolares, sociales e individuales.

- **Redes de apoyo:** Son consideradas el conjunto de personas, profesionales o instituciones significativas que brindan contención emocional y/o física, pudiendo ser apoyo social, religioso, comunitario (Loboa y Morales, 2013). Las redes de apoyo estables favorecen la búsqueda de ayuda, mientras que, al no haberlas, se incrementa la vulnerabilidad de los adolescentes, en donde Sánchez-Sosa, et. al. (2010) destacan que la familia debería ser la primera red de apoyo del ser humano, y al no contar con redes de apoyo, los adolescentes llegan a experimentar aislamiento, “percibe la sensación de que no es necesario, significativo o útil dentro de un grupo social en el que se desenvuelve y a su vez, desarrolla depresión y baja autoestima y aislamiento social” (Serrano-Ruiz y Olave-Chávez, 2018, p. 145).

2.2. Técnicas

- 2.2.1. Técnicas de muestreo.** Con un nivel de confianza del 95%, un margen de error de 8.4%, una proporción de la población del 50%, y una población de 78 estudiantes de 16 y 17 años se estableció una muestra aleatoria de 50 estudiantes del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.
- 2.2.2. Técnicas de recolección de datos.** Se utilizaron pruebas psicométricas con el fin de recolectar datos estadísticos para agruparlos según el puntaje obtenido, identificando si son pertenecientes a aspectos familiares, escolares, sociales o individuales. Con relación a la recolección de datos en el centro educativo donde se realizó el estudio, para mantener los protocolos de bioseguridad propios y de la institución a causa de la pandemia por COVID-19 se tomó en cuenta lo siguiente: desinfección posterior del lugar asignado, uso correcto de la mascarilla, aplicación de desinfectante en las manos al ingreso, se administraron los instrumentos presencialmente en dos días, tomando en cuenta el distanciamiento requerido y el aforo de personas en el lugar asignado para la realización de las mismas. También al momento de la aplicación se entregó el asentimiento informado a los estudiantes que contaban con consentimiento informado firmado, se enfatizó en el anonimato, por lo que el asentimiento fue recogido previo a que comenzaran con el llenado de los instrumentos. En cuanto a los talleres que se realizaron posteriormente a la aplicación de instrumentos, fueron presenciales con los estudiantes y virtuales con los docentes, se continuó con los protocolos de bioseguridad anteriormente mencionados.
- 2.2.3. Técnicas de análisis de datos.** Para el análisis de datos, se utilizó el modelo de regresión lineal y correlación lineal de Pearson, así como la estadística descriptiva por medio de la tabulación de los resultados en Excel. Previo a ello, se tomaron los resultados de cada instrumento de forma aislada para su orden, distinguiéndose a su vez por edad y sexo, lo que facilitó la identificación de los factores de riesgo en la ideación suicida de la población.

2.3.Instrumentos

Escala de Suicidalidad de Okasha

Se utilizó la Escala de Suicidalidad de Okasha adaptada por Salvo (2009) en la que se indica que esta escala fue diseñada por Okasha, es autoadministrada, tipo likert, está formada por 4 ítems, donde los tres primeros exploran ideación suicida y el cuarto consulta sobre intento de suicidio:

1. ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?
2. ¿Has deseado alguna vez estar muerto?
3. ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?
4. ¿Has intentado suicidarte?

Las respuestas de los ítems de ideas suicidas se recogen en una escala de frecuencia de categorías que se puntúa de 0 a 3 puntos para cada ítem: nunca, casi nunca, algunas veces, muchas veces. La sumatoria de estos tres ítems conforma el subpuntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 9 puntos. El ítem de intento de suicidio también se puntúa de 0 a 3 puntos según el número de intentos de suicidio: ningún intento, un intento, dos intentos, tres o más intentos.

La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el subpuntaje de ideación suicida más el puntaje del ítem de intento de suicidio. La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. A mayor puntuación mayor gravedad, por lo tanto, se han establecido niveles basados en un criterio de la siguiente forma:

- 0 sin ideación suicida
- 1 – 3 baja ideación suicida
- 4 – 6 moderada ideación suicida
- 7 – 9 alta ideación suicida
- 10 – 12 muy alta ideación suicida

Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-12)

Se utilizó la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-12) analizada y adaptada por Román *et al.* (2014) en la cual describen que esta es una escala breve y ha demostrado ser apta para adultos

y adolescentes, fue elaborada para medir estados depresivos, ansiedad y estrés, cada escala fue elaborada con formato de Likert, conformadas por siete ítems con cuatro opciones, las cuales van de 0 a 3 puntos, se contabiliza el total por cada escala y la puntuación puede oscilar de 0 a 21 puntos. Los siguientes niveles de interpretación:

- Depresión
 - ✓ 0 - 4 Normal
 - ✓ 5 - 6 Depresión leve
 - ✓ 7 - 10 Depresión moderada
 - ✓ 11 - 13 Depresión severa
 - ✓ 14 o más Depresión extremadamente severa.
- Ansiedad
 - ✓ 0 – 3 Normal
 - ✓ 4 - 5 Ansiedad leve.
 - ✓ 6 - 7 Ansiedad moderada.
 - ✓ 8 - 9 Ansiedad severa.
 - ✓ 10 o más Ansiedad extremadamente severa.
- Estrés
 - ✓ 0 - 7 Normal
 - ✓ 8 - 9 Estrés leve.
 - ✓ 10 - 12 Estrés moderado.
 - ✓ 13 - 16 Estrés extremadamente severo.
 - ✓ 17 o más estrés extremadamente severo.

Siguiendo la línea acerca de este autor, indicó en su artículo que “Para evaluar la validez convergente y discriminante del DASS-21, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck – Segunda Versión y el inventario de ansiedad de Beck” (p.183). Así mismo, establecen que la validez y confiabilidad del instrumento, han sido comprobadas en los numerosos estudios realizados en sus versiones adaptadas para Latinoamérica con estudios comparativos en adolescentes y adultos.

Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo

Se aplicó el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo de Santocini *et al.* (2017) en la que indican que el instrumento:

Consta de 10 preguntas sobre la preocupación por engordar, la práctica de atracones, la sensación de falta de control al comer y las conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio excesivo y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos y enemas) para perder peso corporal en los tres meses previos a la aplicación del cuestionario. Tiene cuatro opciones de respuesta: nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente (dos veces en una semana) o muy frecuentemente (más de dos veces en una semana), que se califican de 0 a 3, y en donde una mayor puntuación en el cuestionario corresponde a una mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria. (p.45)

Para su calificación se han establecido niveles basados en los siguientes criterios:

- 0 - 3 Muy Bajo Riesgo.
- 4 - 12 Bajo Riesgo.
- 13 - 21 Mediano riesgo.
- 22 - 30 Alto riesgo.

El factor de confiabilidad y validez son altos, ya que los ítems, miden si la persona presenta conductas alimentarias de riesgo desde varios trastornos alimenticios y pensamientos obsesivos con relación a la comida y a subir de peso.

Test de autoestima de Rosemberg

Aguirre (2020) menciona que el nombre original del instrumento es Self-Esteem Scale (EAR), la cual fue elaborada por Rosenberg en 1965, y posteriormente adaptada en 1995 por Echeburua el cual se utilizó para este trabajo de investigación, para medir la autoestima. Respecto al test, Orozco (2021) establece que posee 10 ítems, según la prueba que mide desde Muy en desacuerdo (4), Muy

de acuerdo (1), el tiempo para realizar la prueba consta de entre 7 a 12 minutos, esta prueba la pueden realizar desde los 11 años de edad, cuenta con escala de duración e intensidad.

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4, dando los siguientes resultados:

- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada.
- De 26 a 29 puntos: Autoestima media.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Para determinar la confiabilidad de esta prueba se puede establecer que tiene un alto nivel de confiabilidad ya que posee dos escalas en una misma, una de duración y otra de intensidad, esto va a poder determinar si la persona tiene una autoestima alta, baja o media

Cuestionario APGAR familiar, evaluación del funcionamiento de la familia

Se empleó el cuestionario adaptado de Mayorga *et al.* (2019) en el cual originalmente fue diseñado por el doctor Gabriel Smilkstein en 1978. En este cuestionario adaptado se hace referencia a que este cuestionario “evalúa la percepción del funcionamiento familiar mediante la exploración de la satisfacción del entrevistado respecto a sus relaciones familiares. Consta de cinco ítems tipo Likert (0 = casi nunca, 1 = algunas veces y 2 = casi siempre)” (p.5)

En relación con la validez según Díaz *et al.* (2017) mencionan que:

En su versión original en inglés, la escala ofrecía tres opciones de respuesta a estas preguntas en un formato Likert (casi siempre=2, algunas veces=1 y casi nunca=0). Sin embargo, investigaciones posteriores concluyeron que un formato de respuesta con mayor número de categorías (nunca=0, casi nunca=1, algunas veces=2, algunas veces=3 y casi siempre=4) mejoraba su desempeño psicométrico y por tanto la capacidad de medición del constructo. (p.3)

Para su interpretación se tomaron en cuenta los siguientes parámetros de calificación:

- Normal: 17 - 20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

La confiabilidad de esta escala es alta, ya que, aunque son pocos los ítems que emplea son concisos y miden el funcionamiento familiar desde cómo son las redes de apoyo de los adolescentes, según Diaz *et al.* (2017) es una de las pruebas más empleadas a nivel mundial de la percepción de la funcionalidad de la familia.

Escala Multidimensional breve de ajuste escolar

Se aplicó la escala Multidimensional breve de ajuste escolar de Sánchez-Sosa y Villareal-González (2010), en la cual se hace referencia a que esta escala contiene 10 ítems y que se ha utilizado para evaluar la integración de los adolescentes en el ámbito escolar. trabaja con una escala tipo Likert con respuesta de 1-6 que va de completamente desacuerdo a completamente de acuerdo y el rango de la escala va de 10 a 60, puede ser administrada de manera colectiva o individualmente, la población a la que va dirigida es a adolescentes y tiene un tiempo aproximado de aplicación de 8 a 20 minutos. Para su calificación se tomó en cuenta los siguientes parámetros basados en un criterio:

- 0 - 8 Muy bajo nivel de ajuste escolar.
- 9 - 22 Bajo ajuste escolar.
- 23 - 36 Mediano ajuste escolar.
- 37 - 50 Mayor ajuste escolar.

Cava *et al.* (2015) hacen alusión sobre el uso de este instrumento, a que

En numerosas investigaciones se ha relacionado un pobre ajuste escolar con dificultades de adaptación y problemáticas psicosociales como abandono escolar, conductas violentas y disruptivas, ansiedad, sintomatología depresiva y estrés (Baker y Maupin, 2009; Estévez,

Emler, Cava e inglés, 2014; Loukas, Ripperger-Suhler y Horton, 2009; Varela, Ávila y Martínez, 2013). (P.3).

En base a lo que dijo Cava *et al.* (2015) la confiabilidad y validez de la prueba se ha comparado con datos estadísticos de varias investigaciones a nivel mundial, las cuales han tenido como objetivo determinar el grado de cohesión escolar que los alumnos presentan dentro de sus instituciones.

Cuestionario CRAFFT

Se utilizó el cuestionario CRAFFT adaptado al castellano por Colica *et al.* (2019) en el cual describen que “el cuestionario Car, Relax, Alone, Forget, Family and Friends, Trouble (CRAFFT) es un instrumento de tamizaje de riesgo de consumo problemático, abuso o dependencia de alcohol y sustancias en adolescentes” (p.301).

Continúan indicando que este cuestionario ayuda a medir el riesgo de consumo, dependencia o abuso del alcohol y otras drogas en adolescentes, dando importancia a que

Este instrumento fue traducido y adaptado al castellano en Argentina, y se correlacionó su desempeño con otro instrumento, el Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers substance use and abuse subscale (POSITuas). Sin embargo, debido a que la muestra incluida en el estudio de validación fue representativa de los subsistemas de salud de obras sociales y prepagas, con un nivel de estudios elevado para la media del país, se desconoce si la versión argentina del instrumento (CRAFFTa) conserva sus propiedades psicométricas en diferentes contextos socioculturales. (p.302)

A su vez, indican que la prueba alcanzó un valor aceptable para la validez con una buena precisión, así mismo obtuvo un buen desarrollo de las características operativas de la misma. También es importante destacar que con respecto a confiabilidad la prueba brinda valores adecuados con respecto a lo que debe medir. Así mismo se establece que investigaciones anteriores indicaron que

las medidas de auto reporte de consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas arrojaron datos confiables en ambientes clínicos y escolares.

Para la calificación de la prueba es importante tomar en cuenta los siguientes parámetros de calificación:

- Se recomienda no consumo.
- 2-6 derivación para evaluación más profunda.

2.4.Operacionalización de objetivos, categorías/variables

Objetivos/hipótesis	Definición conceptual categoría/variable	Definición operacional categorías/variables	Técnicas/ instrumentos
<p>Identificar la prevalencia de ideación suicida en los adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.</p>	<p>Ideación suicida: Hace referencia al pensamiento de acabar con la propia existencia, “que puede adquirir las siguientes formas de presentación: el deseo de morir, la representación suicida, la idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción, la ideación con un plan indeterminado o inespecífico aún, o la ideación suicida con una adecuada planificación” (Pérez, 1999, p. 197), es decir, que ampliamente es el pensamiento de ideas y deseos de cesar con la propia vida, o bien considerándole como “una preocupación con pensamientos acerca de la finalización de la propia vida que se introducen sin razón” (Loboa y Morales, 2016, p.96), lo cual puede conllevar al suicidio, que la OMS (2014) define como el acto deliberado de matarse</p>	<p>Se compone de tres preguntas que evalúan la ideación suicida, y una que establece si ha habido intento de suicidio y la frecuencia. Escala de ideación suicida.</p>	<p>Escala de suicidalidad de Okasha</p>

Objetivos/hipótesis	Definición conceptual categoría/variable	Definición operacional categorías/variables	Técnicas/instrumentos
<p>Identificar los factores de riesgo de ideación suicida en los adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.</p> <p>Determinar la prevalencia de los factores de riesgo en los adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9, según sexo y edad.</p>	<p>Factores de riesgo de ideación suicida: “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de enfermedad o lesión” (OMS, s.f.), para esta problemática, son aquellos factores que influyen en la predisposición de comenzar a tener ideación suicida, tomando en cuenta factores ambientales, familiares, escolares, sociales e individuales.</p>	<p>Estado funcional de la familia, adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto y recursos. Cuestionario APGAR familiar, evaluación del funcionamiento de la familia</p> <p>Rendimiento escolar, expectativas académicas, y problemas de integración en la escuela. Escala Multidimensional breve de ajuste escolar</p> <p>Preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos).</p>	<p>Cuestionario APGAR familiar, evaluación del funcionamiento de la familia</p> <p>Escala Multidimensional breve de ajuste escolar</p> <p>Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo</p>

Objetivos/hipótesis	Definición conceptual categoría/variable	Definición operacional categorías/variables	Técnicas/instrumentos
		<p>Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo</p> <p>Estados emocionales negativos de depresión y ansiedad, dificultad para relajarse, tensión nerviosa, irritabilidad y agitación. Escala de depresión, ansiedad y estrés.</p> <p>Autoestima, sentimientos de valía personal y respeto de sí mismo</p> <p>Consumo de sustancias y de alcohol. Cuestionario CRAFFT</p>	<p>Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-12)</p> <p>Test de autoestima de Rosenberg</p> <p>Cuestionario CRAFFT</p>
<p>Valorar las redes de apoyo de los adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9.</p>	<p>Redes de apoyo: Son consideradas el conjunto de personas, profesionales o instituciones significativas que brindan contención emocional y/o física, pudiendo ser apoyo social, religioso, comunitario (Loba y Morales, 2013). Las</p>	<p>Estado funcional de la familia, adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto y recursos. Cuestionario APGAR familiar, evaluación del funcionamiento de la familia</p>	<p>Cuestionario APGAR familiar, evaluación del funcionamiento de la familia</p>

Objetivos/hipótesis	Definición conceptual categoría/variable	Definición operacional categorías/variables	Técnicas/instrumentos
	<p>redes de apoyo estables favorecen la búsqueda de ayuda, mientras que, al no haberlas, se incrementa la vulnerabilidad de los adolescentes, en donde Sánchez-Sosa, <i>et al.</i> (2010) destacan que la familia debería ser la primera red de apoyo del ser humano, y al no contar con redes de apoyo, los adolescentes llegan a experimentar aislamiento, “percibe la sensación de que no es necesario, significativo o útil dentro de un grupo social en el que se desenvuelve y a su vez, desarrolla depresión y baja autoestima y aislamiento social” (Serrano-Ruiz y Olave-Chávez, 2018, p. 145).</p>	<p>Rendimiento escolar, expectativas académicas, y problemas de integración en la escuela. Escala Multidimensional breve de ajuste escolar</p>	<p>Escala Multidimensional breve de ajuste escolar</p>

Capítulo III

3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados

3.1. *Características del lugar y de la muestra*

3.1.1. Características del lugar.

La Fundación Fe y Alegría (2020) es un movimiento Internacional de Educación Popular Integral y Promoción Social que se encuentra en América, África y Europa por lo que su proyecto es global. En Guatemala inició sus labores en 1976 y expansivamente se ha dirigido a sectores con bajos recursos económicos y excluidos de la sociedad, para ayudar en el desarrollo personal y social. Se proporciona a estos sectores educación pública, gratuita a niños, niñas y adolescentes de áreas marginales centrales y rurales, contribuyendo al desarrollo social de las comunidades, sirviendo a la educación nacional brindados por fondos del Estado y a aportes de la cooperación internacional y nacional.

Según su plan estratégico (2015) fe y alegría tienen por visión “un mundo donde todas las personas tengan la posibilidad de desarrollar todas sus capacidades y vivir con dignidad, construyendo una sociedad justa, participativa y solidaria; un mundo donde todas las estructuras, en especial la iglesia, estén comprometidas con el ser humano y la transformación de las situaciones que generan la inequidad, la pobreza y la exclusión”. Mientras que la misión es “un Movimiento Internacional de Educación Popular Integral y Promoción Social dirigido a la población excluida, para construir un proyecto de transformación social, basado en los valores cristianos de justicia, participación y solidaridad”.

También cuenta con centros educativos, la Fundación Fe y Alegría (2020) señala que se encuentran ubicados en zonas vulnerables y de bajos recursos del país, con un total de 56 centros educativos en 10 Departamentos de Guatemala lo que ha permitido un gran alcance, ayudando a más de 18000 estudiantes. En la zona central están ubicados en sectores de alta peligrosidad y pobreza mientras que en el área rural se encuentran en lugares de difícil acceso y zonas marginales y establece alianzas estratégicas de manera nacional e internacional y de instituciones religiosas.

La investigación fue realizada con el Centro Educativo número 9 ubicado en la colonia El Amparo II es un barrio en Ciudad de Guatemala, está situado cerca de la Colonia El Granizo 1 y colinda con la colonia El Amparo I. Cabe mencionar que estas son áreas con altos índices de delincuencia y zonas de gran precariedad.

3.1.2. Características de la muestra.

La muestra se compuso por estudiantes de cuarto y quinto bachillerato del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9 tal como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1

Características de la muestra

Características de la muestra	f	%
Número de participantes	50	100%
Sexo		
Mujer	30	60%
Hombre	20	40%
Edad		
16 años	25	50%
17 años	25	50%

Nota: Datos tomados de la información general de los estudiantes de Fe y Alegría No. 9 en el primer apartado de los instrumentos aplicados (2022)

3.2. Presentación e interpretación de resultados

3.2.1. Para el objetivo específico 1: Estimar la prevalencia de ideación suicida en los adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9. En los resultados obtenidos, el promedio general de la muestra es de 3.48, mientras que según sexo y edad se puede ver en la Tabla 2:

Tabla 2

Promedio de los resultados de Okasha según sexo y edad

	Promedio
Sexo	
Mujer	4.03
Hombre	2.65
Edad	
16 años	3.24
17 años	3.72
Sexo y edad	
Mujeres de 16 años	4.23
Mujeres de 17 años	3.88
Hombres de 16 años	2.16
Hombres de 17 años	3.37

Nota: Datos tomados de los resultados de la Escala de Suicidalidad de Okasha aplicada a estudiantes de Fe y Alegría No. 9 (2022)

En la Tabla 3 se muestran los resultados obtenidos respecto a la prevalencia de ideación suicida presente durante el último año. De estos porcentajes, aquellos que requieren de mayor atención se componen por la suma de moderada (24%), alta (16%) y muy alta ideación suicida (4%), lo cual corresponde al 44% de la muestra al momento de la aplicación de los instrumentos en el mes de agosto del 2022. Con relación al sexo, las mujeres fueron quienes obtuvieron promedios más altos como se muestra en la Tabla 2, y en la Tabla 3 son quienes representan un 32% del total de la muestra, en los rangos compuestos por moderada, alta y muy alta ideación suicida, lo cual en comparación con los hombres fue de un 12%.

Tabla 3

Prevalencia de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9

	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sin ideación suicida (0 puntos)	6	12%	6	12%	12	24%
Baja ideación suicida (1 – 3)	8	16%	8	16%	16	32%
Moderada ideación suicida (4 – 6)	8	16%	4	8%	12	24%
Alta ideación suicida (7 - 9)	7	14%	1	2%	8	16%
Muy alta ideación suicida (10 - 12)	1	2%	1	2%	2	4%
Total	30	60%	20	40%	50	100%

Nota: Datos tomados de los resultados de la Escala de Suicidalidad de Okasha aplicada a estudiantes de 16 y 17 años de Fe y Alegría No. 9 (2022)

En la Tabla 4 se tomó en cuenta la última pregunta de la escala de suicidalidad de Okasha en la que evalúa intento suicida durante el último año, y se ha integrado con los resultados de moderada, alta y muy alta ideación suicida que abarca el 44% de la muestra como se mencionó anteriormente. El 26% ha tenido algún intento de suicidio en el último año, en el que el 18% corresponde a las mujeres y el 8% a los hombres.

Tabla 4

Prevalencia de intento suicida en el último año en estudiantes con moderada, alta y muy alta ideación suicida

	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Moderada ideación suicida						

	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sin intento suicida	5	10%	2	4%	7	14%
Con intento suicida	3	6%	2	4%	5	10%
Alta ideación suicida						
Sin intento suicida	2	4%	-	-	2	4%
Con intento suicida	5	10%	1	2%	6	12%
Muy alta ideación suicida						
Sin intento suicida	-	-	-	-	-	-
Con intento suicida	1	2%	1	2%	2	4%
Total	16	32%	6	12%	22	44%

Nota: Datos tomados de los resultados de la Escala de Suicidalidad de Okasha aplicada a estudiantes de 16 y 17 años de Fe y Alegría No. 9 (2022)

3.2.2. El objetivo específico 2 consistió en identificar los factores de riesgo de ideación suicida en los adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9. Para ello se llevó a cabo un modelo de regresión simple para determinar las variables que más aportan en la predicción de la ideación suicida, esto con el objetivo de interpretarlas como factores de riesgo. Las variables que se incluyeron en el análisis fueron: depresión, ansiedad, estrés, riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, autoestima, consumo de sustancias, funcionamiento familiar y ajuste escolar, evaluando el siguiente modelo de regresión, $Y = B_0 + B_1X + \varepsilon$, se establece el modelo:

$$\begin{aligned} \text{Ideación suicida} &= B_0 + B_1\text{depresión} + B_2\text{ansiedad} + B_3\text{estrés} + \\ &B_4\text{riesgo de trastorno de la conducta alimentaria} + B_5\text{autoestima} + \\ &B_6\text{consumo de sustancias} + B_7\text{funcionamiento familiar} + \\ &B_8\text{ajuste escolar} + \varepsilon \end{aligned}$$

Del modelo anterior se encontró el siguiente resultado: $F(1,41) = 8.78$, $p = < .001$, $R^2 = .63$, $R^2_{ajustada} = .56$. Información que indica que se evaluó un modelo significativo que explica el 63% de la varianza en ideación suicida. Además la diferencia entre R cuadrado ajustado y R cuadrado no es muy grande, por lo cual, se confía que se realizó un proceso de muestreo correcto.

Al observar la Tabla 5 se encuentra que estimador ($B = .36$, 95% CI [0.17, 0.56]) indica que el aumento de un punto en la escala de ansiedad, manteniendo todas las variables del modelo constantes, representa un aumento de 0.36 puntos en la ideación suicida; y el estimador ($B = .25$, 95% CI [.04, 0.45]) señala que un aumento de un punto en la escala de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, manteniendo todas las variables del modelo constantes, representa un aumento de .25 en la escala de ideación suicida.

Ambas variables fueron las únicas que resultaron significativas ($< .001$ y $.019$ respectivamente) dentro del modelo, y ante ello estas variables se interpretan como factores de riesgo, ninguna otra variable resultó significativa, por lo tanto se descartan para la presente muestra como factores de riesgo directos para la ideación suicida, pero los resultados necesitan seguir evaluándose para confirmación de esta evidencia.

Tabla 5

Modelo de regresión lineal para explicar la variable ideación suicida

Predictor	Estimador	EE	Intervalo de Confianza al 95%		t	p
			Inferior	Superior		
Constante	-2.6331	3.9177	-10.5451	5.279	-0.6721	0.505

Predictor	Estimador	EE	Intervalo de Confianza al 95%		t	p
			Inferior	Superior		
Total DASS-21 Depresión	0.1956	0.1399	-0.0869	0.478	1.3986	0.169
Total DASS-21 Ansiedad	0.3630	0.0975	0.1662	0.560	3.7251	< .001
Total DASS-21 Estrés	-0.0531	0.1063	-0.2678	0.162	-0.4996	0.620
Total - Alimentación	0.2508	0.1031	0.0426	0.459	2.4325	0.019
Total - Rosemberg	0.0306	0.0854	-0.1419	0.203	0.3584	0.722
Total - CRAFFT	-0.0276	0.3659	-0.7665	0.711	-0.0754	0.940
Total - APGAR	0.0344	0.0946	-0.1566	0.225	0.3638	0.718
Total - Escolar	-0.0137	0.1021	-0.2200	0.192	-0.1346	0.894

Nota: Datos tomados de los resultados del conjunto de instrumentos aplicados a estudiantes de 16 y 17 años de Fe y Alegría No. 9 (2022)

Evaluación de supuestos del modelo

- 1. Colinealidad:** las pruebas para ver si los datos cumplían con el supuesto de colinealidad indicaron que la multicolinealidad no era una preocupación, ningún VIF resultó mayor que 10 y ninguna tolerancia menor que .1, como se observa en la Tabla 6.

Tabla 6

Supuesto de colinealidad del modelo de regresión

Variables del modelo	VIF	Tolerancia
Total DASS-21 Depresión	3.58	0.279

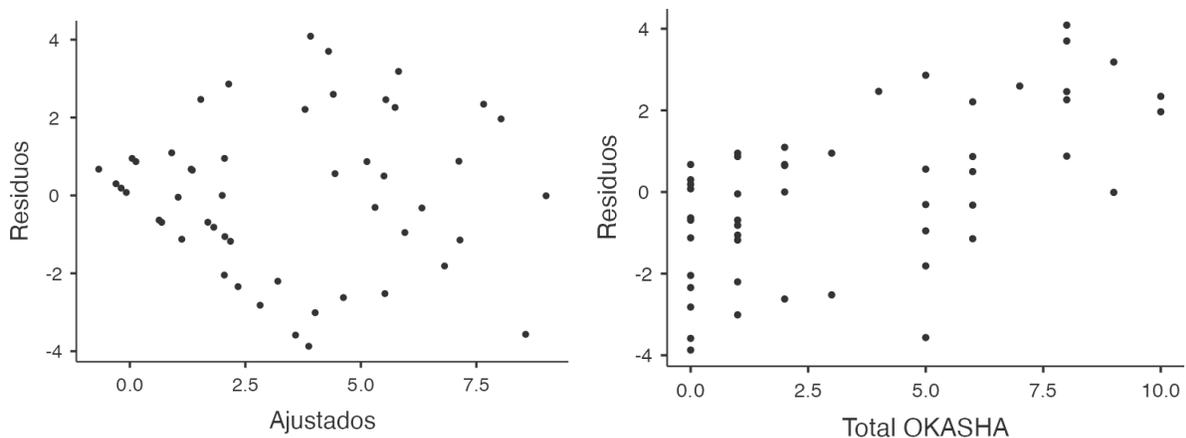
Variables del modelo	VIF	Tolerancia
Total DASS-21 Ansiedad	2.22	0.451
Total DASS-21 Estrés	2.44	0.410
Total Alimentación	2.05	0.489
Total - Rosenberg	3.04	0.329
Total - CRAFFT	1.56	0.640
Total - APGAR	2.55	0.392
Total - Escolar	1.33	0.754

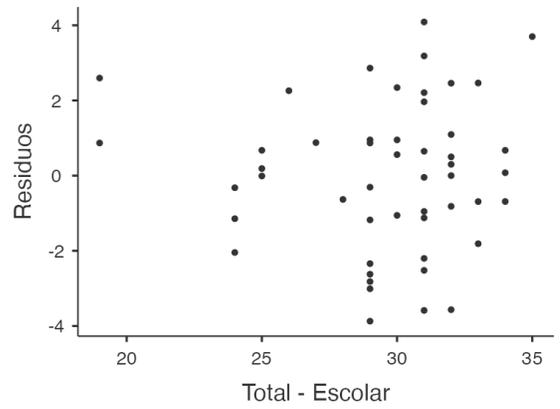
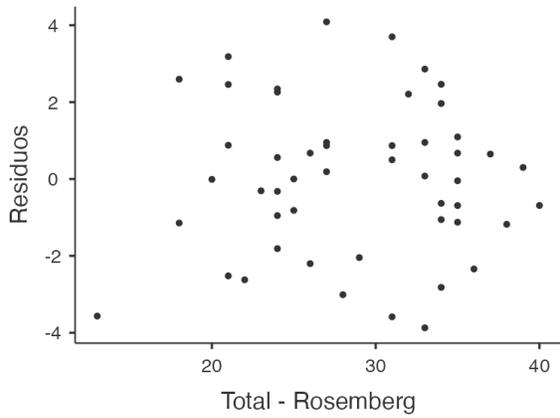
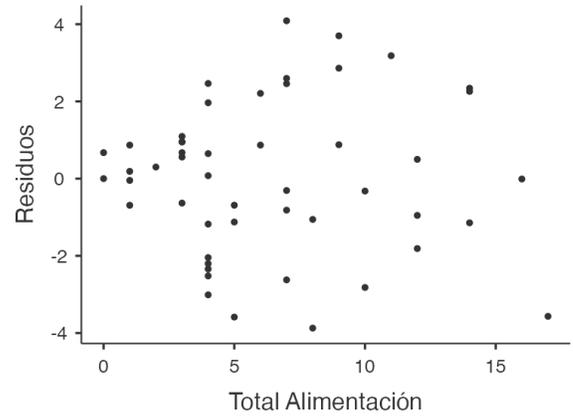
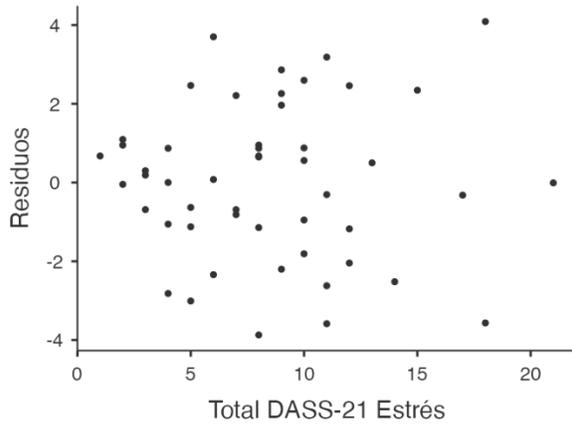
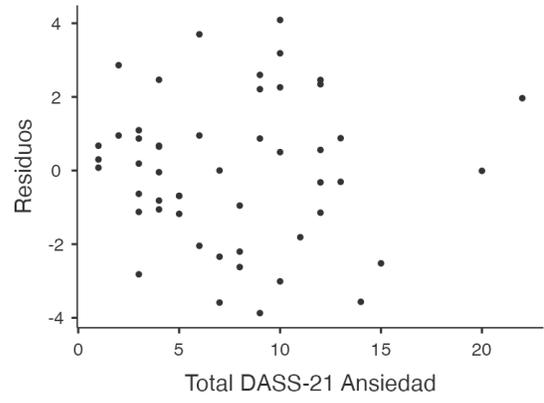
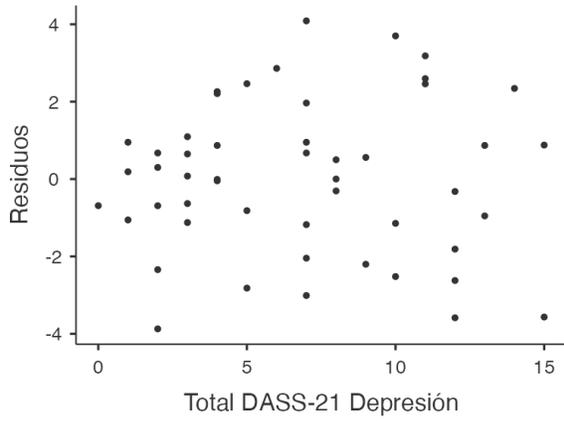
Nota: Datos tomados de los resultados del conjunto de instrumentos aplicados a estudiantes de 16 y 17 años de Fe y Alegría No. 9 (2022)

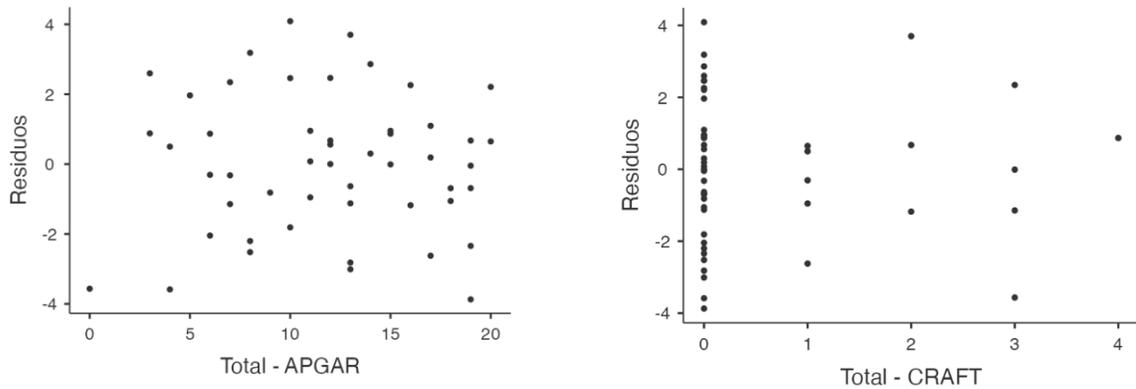
- 2. Independencia de errores:** los datos cumplieron con el supuesto de errores independientes (Durbin-Watson = 1,8).
- 3. Normalidad de los residuos:** A partir de la prueba Shapiro Wil, se determinó que los residuos del modelo se comportaron normalmente $W(49) = 0.98$, $p = 596$.
- 4. Homocedasticidad:** los diagramas de dispersión de los valores pronosticados estandarizados (ver Figura 1) mostraron que los datos cumplieron con los supuestos de homogeneidad de varianza y linealidad.

Figura 1

Diagramas de dispersión de los valores pronosticados estandarizados







Nota: Datos tomados de los resultados del conjunto de instrumentos aplicados a estudiantes de 16 y 17 años de Fe y Alegría No. 9 (2022)

- 5. Varianza diferente de cero:** los datos también cumplieron con el supuesto de varianzas distintas de cero (depresión = 14.4, ansiedad = 22.2, estrés = 20.5, riesgo de trastornos de la conducta alimentaria = 18.3, autoestima = 39.6, consumo de sustancias = 1.11, funcionamiento familiar = 27.1 y ajuste escolar = 12.1).

Luego de comprobar todos los supuestos anteriores, se puede decir que el modelo es significativo y válido para explicar la ideación suicida a partir de las variables utilizadas, en donde las principales variables que aportan al modelo son: ansiedad y riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.

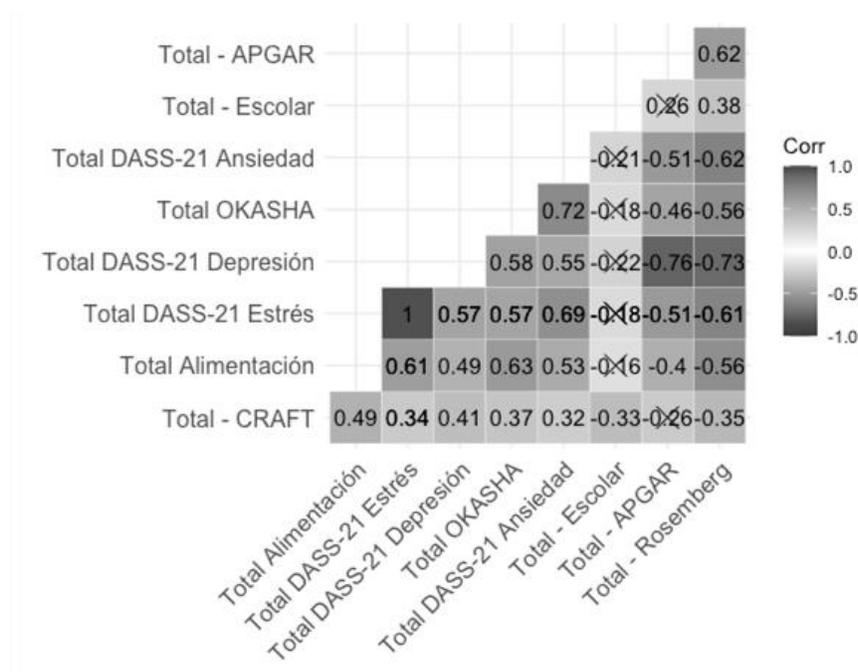
La Figura 2 muestra la correlación entre las variables del estudio. Son de especial interés las correlaciones con la variable “Total Okasha”, es decir la ideación suicida. Se observa una correlación alta y significativa entre la ideación suicida con la ansiedad (.72), seguida de la correlación con la variable riesgo de trastorno de conducta alimentaria (.63), lo cual fue identificado ya en el modelo de regresión, pues ambas resultaron significativas en tal análisis. Por otro lado, las variables que no resultaron significativas en el modelo de regresión, pero sí al correlacionarse con la ideación suicida fueron las siguientes:

1. Correlación moderada y positiva entre ideación suicida con depresión: $r(48) = .58, p < .001$.
2. Correlación moderada y positiva entre ideación suicida con estrés: $r(48) = .57, p < .001$.

3. Correlación moderada y negativa entre ideación suicida con autoestima: $r(48) = -.56, p < .001$.
4. Correlación baja y positiva entre ideación suicida y funcionamiento familiar = $r(48) = .46, p < .001$.
5. Correlación baja y positiva entre ideación suicida con consumo de sustancias = $r(48) = .37, p = .008$.

Figura 2

Matriz de correlación entre variables incluidas en el estudio



Nota: Se presenta una “x” sobre las correlaciones que no resultaron significativas.

3.2.3. Siguiendo con el objetivo específico 3 que consistió en determinar la prevalencia de los factores de riesgo en los adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9, en la Tabla 7 se puede observar que de los factores de riesgo mencionados con anterioridad, la suma de la prevalencia de ansiedad moderada (18%), severa (16%) y extremadamente severa (32%)

corresponden al 48% de la muestra al momento de aplicar los instrumentos en agosto del 2022, sin embargo, la prevalencia del riesgo de TCA es de 10% para mediano riesgo y no hay ningún estudiante con alto riesgo, si bien la prevalencia de riesgo de TCA es baja la relación que comparte con la ideación suicida es lo que representa riesgo. Ambas variables son las más significativas según el modelo de regresión lineal.

Tabla 7

Factores de riesgo de ideación suicida según el modelo de regresión lineal

	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Ansiedad						
Normal	3	6%	8	16%	11	22%
Ansiedad leve	3	6%	3	6%	6	12%
Ansiedad moderada	6	12%	3	6%	9	18%
Ansiedad severa	4	8%	4	8%	8	16%
Ansiedad extremadamente severa	14	28%	2	4%	16	32%
Total	30	60%	20	40%	50	100%
Riesgo de TCA						
Muy bajo riesgo	6	12%	7	14%	13	26%
Bajo riesgo	20	40%	12	24%	32	64%
Mediano riesgo	4	8%	1	2%	5	10%
Alto riesgo	-	-	-	-	-	-
Total	30	60%	20	40%	50	100%

Nota: Datos tomados de los resultados de la Escala DASS-12 y el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo, aplicados a estudiantes de 16 y 17 años de Fe y Alegría No. 9 (2022)

En la Tabla 8 se muestra las prevalencias de otros factores que podrían representar riesgo para la ideación suicida que, si bien no son significativos para el modelo de regresión lineal, tienen

correlación directa con la ideación suicida como se vio en los resultados del objetivo 2, a excepción del ajuste escolar ya que sus resultados no son representativos para la muestra en agosto del 2022 en la aplicación de instrumentos. De ello destaca que el 30% se encuentran en depresión severa y extremadamente severa, el 14% refleja estrés severo y extremadamente severo, el 36% autoestima baja, el 52% de la muestra se compone de disfunción familiar moderada y severa lo cual se profundiza en la Tabla 9, y el 16% requiere de ser derivado para otro tipo de evaluación sobre el consumo de sustancias.

Tabla 8

Prevalencia de otros factores que podrían representar riesgo de ideación suicida

	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Depresión						
Normal	7	14%	11	22%	18	36%
Depresión leve	2	4%	2	4%	4	8%
Depresión moderada	10	20%	3	6%	13	26%
Depresión severa	7	14%	2	4%	9	18%
Depresión extremadamente severa	4	8%	2	4%	6	12%
Total	30	60%	20	40%	50	100%
Estrés						
Normal	11	22%	10	20%	21	42%
Estrés leve	4	8%	6	12%	10	20%
Estrés moderado	10	20%	2	4%	12	24%
Estrés severo	4	8%	1	2%	5	10%
Estrés extremadamente severo	1	2%	1	2%	2	4%
Total	30	60%	20	40%	50	100%
Autoestima						

	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Autoestima baja	15	30%	3	6%	18	36%
Autoestima media	3	6%	5	10%	8	16%
Autoestima elevada	12	24%	12	24%	24	48%
Total	30	60%	20	40%	50	100%
Funcionamiento familiar						
Funcionamiento normal	6	12%	6	12%	12	24%
Disfunción leve	5	10%	7	14%	12	24%
Disfunción moderada	8	16%	2	4%	10	20%
Disfunción severa	11	22%	5	10%	16	32%
Total	30	60%	20	40%	50	100%
Consumo de sustancias						
Se recomienda no consumo	25	50%	17	34%	42	84%
Derivación para evaluación más profunda	5	10%	3	6%	8	16%
Total	30	60%	20	40%	50	100%

Nota: Datos tomados de los resultados de la Escala DASS-12, Test de autoestima de Rosenberg, Cuestionario APGAR familiar y el cuestionario CRAFFT, aplicados a estudiantes de 16 y 17 años de Fe y Alegría No. 9 (2022)

3.2.4. En el objetivo específico 4, referente a evaluar las redes de apoyo de los adolescentes de 16 y 17 años del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9, los resultados obtenidos corresponden a la percepción del funcionamiento familiar como puede observarse en la Tabla 9, en la cual el 76% representa disfunción familiar en distintos grados, y tanto para hombres como para mujeres, la disfunción predomina.

Tabla 9*Percepción del funcionamiento familiar*

	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Funcionamiento normal	6	12%	6	12%	12	24%
Disfunción leve	5	10%	7	14%	12	24%
Disfunción moderada	8	16%	2	4%	10	20%
Disfunción severa	11	22%	5	10%	16	32%
Total	30	60%	20	40%	50	100%

Nota: Datos tomados de los resultados del cuestionario APGAR familiar, aplicado a estudiantes de 16 y 17 años de Fe y Alegría No. 9 (2022)

También el funcionamiento familiar puede influir en la aparición de sintomatología depresiva y que esta sintomatología, como factor de posible riesgo, conlleve a la ideación suicida tal como puede observarse en la Tabla 10 en la que el 40% de la muestra percibe disfuncionalidad familiar, se encuentra con algún grado de depresión y presenta ideación suicida entre moderada, alta o muy alta simultáneamente. La mayor prevalencia entre las tres variables se encuentra en el disfuncionamiento familiar severo con un 22% de estudiantes con ideación suicida en distintos grados a la vez que depresión de moderada a extremadamente severa.

Tabla 10*Prevalencia de disfuncionalidad familiar, depresión e ideación suicida*

	Mujeres con ideación suicida moderada, alta o muy alta		Hombres con ideación suicida moderada, alta o muy alta		Total	
	f	%	f	%	f	%
Disfunción familiar leve						
Depresión leve	-	-	1	2%	1	2%

Depresión moderada	1	2%	-	-	1	2%
Depresión severa	-	-	-	-	-	-
Depresión extremadamente severa	1	2%	-	-	1	2%
Disfunción familiar moderada						
Depresión leve	1	2%	-	-	1	2%
Depresión moderada	1	2%	-	-	1	2%
Depresión severa	3	6%	-	-	3	6%
Depresión extremadamente severa	-	-	1	2%	1	2%
Disfunción familiar severa						
Depresión leve	-	-	-	-	-	-
Depresión moderada	3	6%	-	-	3	6%
Depresión severa	2	4%	2	4%	4	8%
Depresión extremadamente severa	3	6%	1	2%	4	8%
Total	15	30%	5	10%	20	40%

Nota: Datos tomados de los resultados de la Escala de Suicidalidad de Okasha, Escala DASS-12, y el Cuestionario APGAR familiar, aplicados a estudiantes de 16 y 17 años de Fe y Alegría No. 9 (2022)

Las redes de apoyo en amigos también fueron evaluadas tal como se muestra en la Tabla 11 y 12, lo que permite observar que es una minoría de adolescentes quienes perciben nunca tener algún amigo cercano lo que se representa con el 12% de la muestra y que la frecuencia en la que se siente satisfechos con este soporte llega a ser nunca o casi nunca para un 14%.

Tabla 11

Percepción de haber algún amigo/a cercano

	Mujeres	Hombres	Total
--	---------	---------	-------

	f	%	f	%	f	%
Nunca	4	8%	2	4%	6	12%
Casi nunca	3	4%	5	10%	8	16%
Algunas veces	6	14%	2	4%	8	16%
Casi siempre	5	10%	3	6%	8	16%
Siempre	12	24%	8	16%	20	40%
Total	30	60%	20	40%	50	100%

Nota: Datos tomados de los resultados del Cuestionario APGAR familiar aplicado a estudiantes de 16 y 17 años de Fe y Alegría No. 9 (2022)

Tabla 12

Frecuencia de la satisfacción del soporte recibido por amigos/as

	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Nunca	1	2%	2	4%	3	6%
Casi nunca	3	6%	1	2%	4	8%
Algunas veces	5	10%	6	12%	11	22%
Casi siempre	10	20%	5	10%	15	30%
Siempre	11	22%	6	12%	17	34%
Total	30	60%	20	40%	50	100%

Nota: Datos tomados de los resultados del Cuestionario APGAR familiar aplicado a estudiantes de 16 y 17 años de Fe y Alegría No. 9 (2022)

También en la Tabla 13 puede observarse que del 44% de adolescentes con ideación suicida moderada (24%), alta (16%) y muy alta (4%), un 22% cuentan consideran que cuentan con alguien cercano casi siempre o siempre, y que del soporte que reciben, el 28% se encuentra casi siempre o siempre, satisfechos con ello, lo cual podría indicar que el apoyo de los pares percibido puede contemplarse de beneficio para los adolescentes con ideación suicida.

Tabla 13*Prevalencia de ideación suicida y percepción de las redes de apoyo con amigos/as*

	Mujeres con		Hombres con		Total	
	ideación suicida		ideación suicida			
	f	%	f	%	f	%
Percepción de haber algún amigo/a cercano						
Nunca	3	6%	1	2%	4	8%
Casi nunca	1	2%	1	2%	2	4%
Algunas veces	4	8%	1	2%	5	10%
Casi siempre	2	4%	-	-	2	4%
Siempre	6	12%	3	6%	9	18%
Total	16	32%	6	12%	22	44%
Frecuencia de la satisfacción del soporte recibido por amigos/as						
Nunca	1	2%	1	2%	2	4%
Casi nunca	2	4%	-	-	2	4%
Algunas veces	3	6%	1	2%	4	8%
Casi siempre	6	12%	2	4%	8	16%
Siempre	4	8%	2	4%	6	12%
Total	16	32%	6	12%	22	44%

Nota: Datos tomados de los resultados de la Escala de Suicidalidad de Okasha y del Cuestionario APGAR familiar aplicados a estudiantes de 16 y 17 años de Fe y Alegría No. 9 (2022)

3.3.Análisis general

Prevalencia de ideación suicida

Mediante los resultados ha sido posible identificar que el promedio general de ideación suicida, siendo 12 el punteo máximo, se encuentra en 3.48 para la muestra al momento de la aplicación de instrumentos (ver Tabla 2), Ardiles-Irarrázabal *et al.* (2018) obtuvieron una media de 2.56, y Campo-Arias *et al.* (2019) por su parte alcanzaron un 3.30, lo cual no se aleja del resultado obtenido con los estudiantes, es interesante que conforme han transcurrido los años se denota una tendencia al alza.

Estos resultados podrían deberse a que un 54% de la muestra de estudiantes del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9 no ha tenido ideación o la ha tenido pero baja (ver Tabla 3) por lo que no se considera significativa para la investigación, al ser este el porcentaje de estudiantes hace sentido que el promedio sea bajo, lo cual coincide con que el 74.5% de adolescentes en la muestra de Ardiles-Irarrázabal *et al.* (2018) tampoco representaron riesgo, esto permite observar que la mayoría de los participantes en las investigaciones no han tenido o ha sido muy baja la ideación suicida y por ello el promedio no se considera alarmante, sin embargo, requiere de atención el que el 24% presentó ideación suicida moderada, el 16% alta y el 4% muy alta.

El promedio (3.48) para la ideación suicida en los estudiantes del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9, según el criterio utilizado para esta investigación se encuentra en baja ideación, esto, no significa no presenten riesgo de ideación totalmente, ya que aunque salió bajo el indicador hubo adolescentes que sí presentaron ideación al momento de la realización de este estudio (ver Tabla 2 y 3), estos resultados podrían llegar a implicar más adelante si se mantiene constante esta ideación, un aumento en intentos de suicidio en adolescentes hombres o mujeres y por lo tanto podrían haber más cantidad de suicidios consumados.

En la muestra la mayor prevalencia de ideación suicida en los adolescentes según sexo fue en el grupo de mujeres con el 32% (ver Tabla 3), para Ardiles-Irarrázabal *et al.* (2018), Salvo y Melipillán (2008), y Álvarez *et al.* (2019) coinciden en que las mujeres fueron el grupo con mayor riesgo, puede estar relacionado a que las mujeres se encuentran más expuestas a posturas de

vulnerabilidad ya que tienen mayor predisposición a sintomatología depresiva (Luna y Dávila, 2018), también se puede observar que con relación a la temporalidad de las investigaciones, continúan siendo las mujeres quienes tienen mayor riesgo.

También las mujeres fueron quienes han tenido más intentos de suicidio en el último año representando el 18% de la muestra de este estudio mientras que para los hombres fue de un 8% (ver Tabla 4), sin embargo, se reconoce que son los hombres quienes se suicidan más debido a los métodos utilizados (Hernández y Rodríguez-Peralta, 2021). Respecto al suicidio, Rocamora (2017) indica que “es un amplio espectro que va desde la simple ideación sobre la autodestrucción, hasta la decisión firme de morir, el intento frustrado de muerte, o el mismo suicidio consumado” (p.46), a su vez Campo-Arias y Suárez-Colorado (2019) distinguen la ideación suicida como uno de los pasos intermedios para llegar al suicidio consumado, por ello es importante accionar con los adolescentes ante la presencia de ideación suicida mediante la disminución de métodos disponibles y la derivación a intervenciones en salud mental.

De los adolescentes que han presentado ideación suicida en el último año y reconociendo a las mujeres con mayor prevalencia, comparando las edades sin distinción de sexo se asemejan, con promedio de 3.24 para los estudiantes con 16 y de 3.72 para aquellos con 17 años, pero al volver a distribuir los resultados por sexo y edad vuelven a ser las mujeres quienes tienen mayor prevalencia en el grupo de 16 y 17 años, siendo mayor para aquellas con 16 años (ver Tabla 2) lo que coincide con Álvarez *et al.* (2019) para quienes su muestra fue de 400 participantes de los que el grupo con riesgo de suicidio incluyó 164 participantes: 71 chilenos (72% mujeres y 28% hombres) y 93 colombianos (74% mujeres y 26% hombres), y para ambos países la edad de 16 años tuvo mayor prevalencia (60,5%), es así como las mujeres reportan el mayor porcentaje con riesgo de suicidio tanto en los adolescentes chilenos como colombianos esto podría deberse a que como se ha mencionado es una etapa de cambios tanto internos como externos en los que la búsqueda de identidad y sentido de pertenencia influyen en su desempeño, aún más con sus pares.

Retomando los intentos de suicidio durante el último año, es interesante mencionar que respecto del total de adolescentes de la muestra, el 26% ha tenido al menos un intento de suicidio al

momento de la aplicación de instrumentos (ver Tabla 4), este porcentaje de estudiantes se encuentran con ideación suicida moderada, alta y muy alta. Tomando en cuenta únicamente a estos tres grupos de ideación suicida, es el 59% de los 22 estudiantes quienes han tenido al menos un intento en el último año.

Por ello es importante enfatizar en mecanismos que favorezcan la salud mental de los estudiantes como programas de prevención e intervención de ideación e intentos suicidas reconociendo que es un problema de salud pública que debe abordarse integralmente para hablarlo abiertamente (Sánchez-Sosa *et al.* 2010; Silva *et al.* 2017; Serrano-Ruiz y Olave-Chaves, 2017; Ardiles-Irarrázabal *et al.* 2018) incluyendo a familiares y docentes ya que los programas de prevención escolar se consideran dentro de las estrategias que muestran evidencia por su efectividad (Campo-Arias y Suárez-Colorado, 2019), a la vez que dirigir espacios de expresión con distintas temáticas acordes a las necesidades de los estudiantes y plantear el qué hacer de la institución en caso de que haya algún intento de suicidio o suicidio consumado (Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, 2017).

Factores de riesgo de ideación suicida y otros factores

Los principales factores de riesgo corresponden al grado de ansiedad y riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) según el modelo de regresión lineal, para la ansiedad los estudiantes presentan en grado moderado (18%), severo (16%) y extremadamente severo (32%), lo que en conjunto suma el 66% de la muestra, y el 10% de los adolescentes se encuentran en mediano riesgo de TCA (ver Tabla 5 y 7), como se mencionó con anterioridad, el último porcentaje no es alto, pero la relación que comparte con la ideación suicida representa riesgo según el modelo. Vigara *et al.* (2019) coinciden y reconocen en su prototipo con adolescentes atendidos en el servicio de urgencias del hospital, dados de alta por el servicio de psiquiatría, quienes se presentaron con algún episodio previo similar y que llegan por daño autoinducido e ideación suicida, que en la esfera psico-psiquiátrica es frecuente que haya algún trastorno como ansiedad, depresión, hiperactividad o TCA, siendo más presentes los trastornos de ansiedad y de conducta alimentaria.

Para Baños (2022), la depresión y la ansiedad arrojaron datos importantes y sobresalientes con respecto a la ideación suicida que permiten relacionar ambas variables para plantear la posibilidad de que puedan correlacionarse en algún tipo de comorbilidad, aunque no necesariamente como regla de un trastorno como tal, a lo que menciona que “la evidencia empírica muestra que los síntomas de depresión y ansiedad se asocian con la IS de manera individual o en conjunto, y es probable que ambos desórdenes emocionales puedan avizorar el desarrollo de IS en la etapa adulta” (p.676), por lo que debería contemplarse como prioritario su abordaje.

Por otro lado, Vega *et al.* (2018) en su investigación encontraron que la ansiedad tenía mayor prevalencia con la ideación suicida, siendo 67,7% quienes cumplían con esta relación de variables en su estudio, reconociendo que la ideación suicida es más probable si se presenta algún grado de ansiedad tal como sucedió con el modelo de regresión lineal con la muestra de adolescentes en el Centro Educativo Fe y Alegría No. 9, a su vez, agregan que el diagnóstico del trastorno de pánico, fobia social, ansiedad generalizada, y el trastorno de estrés postraumático se asocian aún más con mayor riesgo.

Respecto a la ansiedad Varela-Besteiro *et al.* (2017) infieren que la intensidad con que se manifieste puede ser un determinante para que la ideación suicida puede llevar a los adolescentes a que presenten comportamientos autolesivos con adolescentes que tengan un diagnóstico de TCA, lo cual enfatiza que en los hallazgos de la presente investigación, según el modelo de regresión lineal (ver Tabla 5), tanto la ansiedad como el riesgo de TCA fueron considerados factores de riesgo directos para la ideación suicida en los estudiantes, esto puede implicar que si ambos factores aumentan en gravedad o surge alguna crisis de ansiedad, los adolescentes puedan llegar a manifestar comportamientos autolesivos, y a futuro pueden ser comportamientos desadaptativos que se interioricen al presentar crisis o adversidades, por lo que para futuros estudios debería tomarse en cuenta la interrelación específica de las variables.

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, s.f.) de Estados Unidos, distingue que cuando una persona tiene algún TCA no solo presenta complicaciones médicas sino que también tienden a tener un mayor riesgo de suicidio, en el que las redes de apoyo son fundamentales a lo largo del

tratamiento integral para lo cual más adelante se ampliará más sobre esta variable. Para Martínez *et al.* (2017) también es evidente que existe una relación con rasgos de TCA y TCA diagnosticado e ideación e intento suicida por lo que no solo lo consideran como un factor de riesgo sino que influye en las conductas autolesivas directas o indirectas, a lo que Varela-Besteiro *et al.* (2017), a su vez, encontraron que los adolescentes con TCA presentan un perfil más grave para presentar ideación suicida y comportamientos autolesivos, lo que refuerza los hallazgos de este estudio, en el riesgo de TCA representa un factor de riesgo directo y significativo para la ideación suicida.

Existe otros factores que podrían representar riesgo de ideación suicida como el grado de estrés, depresión, nivel de autoestima, funcionalidad familiar y el consumo de sustancias como el alcohol, marihuana y otras sustancias psicoactivas, que sí tienen correlación directa con la ideación suicida en la muestra (ver Figura 2 y Tabla 8), pero no son los factores más significativos según el análisis estadístico utilizado, sin embargo, al integrarse son variables que pueden influir a que la ideación suicida surja y se mantenga, creando una dinámica global disfuncional y desadaptativa en la cual estas variables pueden llegar a agruparse como personales, contextuales, sociales y familiares (Sánchez-Sosa *et al.*, 2010; Serrano-Ruiz y Olave-Chaves, 2017) en las que sería interesante considerar variables como la presencia de violencia, desesperanza, eventos vitales estresantes y si ha existido ideación suicida con anterioridad así como los intentos de suicidio en la familia para futuras investigaciones (Luna y Dávila, 2017; Serrano-Ruiz y Olave-Chaves, 2017; Silva *et al.*, 2017).

A pesar de que las variables anteriores no están aportando al modelo de regresión lineal en la muestra como se mencionó, es importante prestarles atención enfatizando en que la detección primaria permite crear estrategias preventivas desde el reconocimiento de los factores de riesgo (Serrano-Ruiz y Olave-Chaves, 2017) como la implementación de programas relacionados a la inteligencia emocional, la creación de espacios seguros sobre temas relacionados a salud mental integrando los factores de riesgo, la continua formación del personal docente para impulsar su salud mental y que esta pueda contribuir asertivamente en la relación con los estudiantes, así mismo establecer alianza con instituciones que brinden servicios de atención psicológica gratuita o a un costo accesible para los adolescentes.

Redes de apoyo familiares y sociales

La familia es considerada una red de apoyo esto implica que la dinámica y la funcionalidad que haya en ella puede no solo ser un factor de riesgo, sino que idealmente debería ser un factor protector, sin embargo el 76% de la muestra de adolescentes (ver Tabla 9) viven en familias con algún grado de disfuncionalidad y poca satisfacción de la dinámica y la validación de sí mismos y sus emociones dentro de sus hogares. Sánchez-Sosa *et al.* (2010) en el MEPIS, mencionan que el funcionamiento familiar negativo puede relacionarse con sintomatología depresiva, que para la muestra de este estudio el 56% presentó depresión moderada, severa o extremadamente severa (ver Tabla 10), lo cual junto con otros factores puede influenciar en la vulnerabilidad de los adolescentes y conllevar a la ideación suicida tal como coincide Serrano-Ruiz y Olave-Chaves (2017) respecto a que la percepción de escasez de apoyo familiar influye en la vulnerabilidad para presentar conductas suicidas, sobre todo en población depresiva.

Para Loba y Morales (2016) la vulnerabilidad familiar es un indicador que genera impacto individual y social con efecto en la calidad de vida y la salud, el 52% de la muestra de estudiantes del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9 se encuentra en disfunción moderada y severa (ver Tabla 9) por lo que puede ser que la familia no sea un recurso de apoyo estable, sino que influya en el mismo malestar emocional, también es importante reconocer que, si bien, el funcionamiento familiar no apareció en el modelo de regresión lineal como factor de riesgo, no significa que sea una variable que esté ayudando a que los adolescentes de este estudio tengan menos ideación suicida, así que sí es conveniente mejorarlo, con énfasis en las mujeres ya que, como se ha visto con anterioridad, en comparación a los hombres la prevalencia a la ideación suicida es mayor, y respecto a la disfunción familiar el 38% es representado por dicho grupo (ver Tabla 9). Podría relacionarse a la cultura, ya que en países como Guatemala, predominan bases familiares machistas en las que los hombres se han visto privados frecuentemente de experimentar sus emociones y ser sensibles ante el necesitar ayuda, transmitiendo una cultura en la que el ser hombre representa roles de fortaleza distorsionada y normalización de la minimización de emociones, lo opuesto a la concepción social de las mujeres.

Se puede reflejar que para los adolescentes del Centro Educativo Fe y Alegría No. 9 participantes de la investigación, considerar a la familia como una red de apoyo no es lo más viable debido a su disfuncionalidad, por ello otra red de apoyo considerada fue la social, es decir, las amistades, de ello muestra que los adolescentes en un 56% consideran que sí hay alguien ya sea casi siempre o siempre, a quien pueden recurrir, y el 64% se encuentra satisfecho con el apoyo recibido por sus pares, y únicamente el 8% considera que nunca o casi nunca esto sucede (ver Tabla 11 y 12). Es interesante que, en comparación con el soporte brindado por la familia, existe preferencia por las amistades, esta dinámica puede tener relación con las teorías propuestas por Erikson (1950) y Maslow (1943) tanto por la búsqueda de identidad como por las necesidades de seguridad y afiliación dentro de un grupo social.

A su vez, Serrano-Ruiz y Olave-Chaves (2017) mencionan que la ausencia de redes de apoyo social como lo son los pares, contribuye a que los adolescentes sean más vulnerables, así como la sensación de que no son relevantes dentro de un grupo, por lo que puede darse el aislamiento y es menos probable el recibimiento de alguna ayuda, por ello el que las adolescentes tienen mayor acercamiento con sus pares puede llegar a considerarse como un factor protector, de hecho del 44% de adolescentes de este estudio con ideación suicida moderada (12), alta (8) y muy alta (2), el 22% de ellos perciben que casi siempre o siempre hay alguno de sus amigos/as cercanos, y que de este 44% de estudiantes mencionados, el 28% casi siempre o siempre, están satisfechos con el soporte recibido por sus pares (ver Tabla 13), lo cual refleja que sí llegan a considerar a sus amigos/as como una red de apoyo.

Por último, Oliva *et al.* (2002) señalan que dentro del rol entre iguales en cuanto a figuras de apoyo estas facilitan el ajuste psicológico del adolescente y señalan que mientras las relaciones entre los iguales son recíprocas, las relaciones entre padres e hijos están caracterizadas en su mayoría por un sistema autoritario, entonces según los autores las buenas relaciones con los compañeros tendrían más consecuencias positivas que los adolescentes con relaciones familiares disfuncionales, esto podría verse reflejado en el estudio donde el 56% indicaron tener un amigo cercano a quien acudir casi siempre o siempre, en contraposición con el apoyo o la percepción acerca de las redes de apoyo familiar, que se vio reflejado en dinámicas disfuncionales en un 76%

(ver Tabla 11 y 9). Si bien es bueno que los adolescentes reconozcan a sus pares como red de apoyo, también es preocupante que sea con los pares a quienes acudan en situaciones que impliquen ideación suicida y crisis emocionales agudas debido a que no se encuentran capacitados para brindar una mejor contención y saber de qué manera actuar o referir a su par para que pueda recibir un acompañamiento profesional.

A partir de lo presentado anteriormente, es importante reconocer la presencia de ideación suicida como una problemática de salud mental que sí puede prevenirse, aún más en las mujeres, quienes se encuentran en posiciones de mayor vulnerabilidad, sin embargo, hay variables que se relacionan, siendo contemplados como factores de riesgo por la regresión lineal, la ansiedad y el riesgo de TCA, a ello se integran variables que pueden estar relacionadas con el riesgo de presentar ideación suicida como la depresión, disfuncionalidad familiar, autoestima, y el consumo de sustancias, en donde las redes de apoyo juegan un papel importante, sobre todo las redes sociales percibidas con amigos y el soporte recibido por ellos, más que de la propia familia.

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.1. Conclusiones

- De manera global el promedio en la escala de suicidalidad de Okasha fue de 3.48, como grupo, este resultado significa que tienden a un nivel bajo de ideación suicida, e incluso a la ausencia de ideación suicida. La suma de la prevalencia de ideación suicida en los adolescentes de Fe y Alegría fue de 44% (22) tomando en cuenta los rangos de moderada (24%), alta (16%) y muy alta ideación suicida (4%), de los cuales el 32% corresponde a las mujeres, y el 12% a los hombres.
- Según el modelo de regresión lineal, los factores de riesgo significativos para la ideación suicida en la muestra son la ansiedad con un 48% representado por ansiedad moderada, severa y extremadamente severa, y el riesgo de TCA con un 10% en mediano riesgo. Si bien el porcentaje de riesgo de TCA es bajo, según el modelo junto con la ansiedad representa riesgo por la relación que comparte con la ideación suicida.
- Se encontró que las variables depresión y estrés tuvieron una correlación moderada y positiva con la ideación suicida; y el patrón indica que en estudiantes con mayor ideación suicida, de manera moderada, también presentaron mayor depresión y estrés. Se encontró una correlación moderada y negativa entre ideación suicida y la autoestima, es decir, el patrón mostró que a mayor ideación suicida, menor autoestima y viceversa. Se identificó una correlación baja y positiva entre funcionamiento familiar y consumo de sustancia con la ideación suicida, y el patrón indica que de manera poco fuerte, a mayor ideación suicida, mayor disfuncionalidad familiar y consumo de sustancias.
- La prevalencia de factores de riesgo corresponde a los enunciados en ansiedad y riesgo de TCA, sin embargo, hay otros factores que podrían representar riesgo como la depresión, estrés, autoestima, funcionamiento familiar y el consumo de sustancias.

- Las redes de apoyo evaluadas fueron compuestas por redes familiares y sociales, del total de participantes el 78% percibe que su familia se encuentra en algún grado de disfuncionalidad, mientras en relación con los amigos, el 56% considera que casi siempre o siempre puede haber alguna amistad para ellos y que el 64% se encuentra satisfecho casi siempre o siempre con el soporte que reciben por sus pares, en comparación a las redes familiares, en la muestra de estudiantes existe preferencia por las redes de apoyo sociales, si bien perciben el apoyo en ellos es importante el fortalecimiento de otras redes de apoyo debido a que los pares no cuentan con herramientas que les puedan permitir intervenir en crisis de ideación suicida.

4.2.Recomendaciones

- Para el Centro Educativo Fe y Alegría No. 9 se sugiere implementar estrategias de concientización y sensibilización hacia el personal docente de manera constante durante el año escolar acerca del suicidio y la importancia de la salud mental en los adolescentes, en los cuales se pueda crear espacios que propicien la salud mental del personal docente, y así impartir capacitaciones que les permitan contar con herramientas de prevención, intervención y derivación dentro de las aulas.
- Para el Centro Educativo Fe y Alegría No. 9 se propone llevar a cabo un programa de salud mental integral con los adolescentes desde espacios seguros que faciliten el diálogo y promuevan el bienestar, en donde se incluyan las temáticas de depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria que les faciliten herramientas de aprendizaje y estrategias de autorregulación, así como el establecimiento de alianzas interinstitucionales para poder hacer referencias a aquellos estudiantes que deseen y necesiten llevar un proceso individual psicoterapéutico.
- Para Fe y Alegría No. 9 se recomienda implementar un programa de fortalecimiento parental de manera anual, con frecuencia de una vez al mes o a convenir, en el que los padres y las madres, o encargados legales, reciban talleres orientados a su salud mental y la salud mental de sus hijos para el beneficio de la dinámica familiar.

- Para la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala se alienta a la implementación de alianzas y programas en las que puedan participar estudiantes de psicología o epesistas del área clínica para apoyar al Centro Educativo Fe y Alegría No. 9 en la ejecución de intervenciones individuales, grupales y psicoeducativas con la población.
- Para futuros estudios se incentiva a profundizar en por qué el TCA y la ansiedad son tan importantes en cuanto a la ideación suicida con adolescentes en contextos similares a la investigación realizada.
- Para futuros estudios se sugiere incluir variables como la presencia de violencia, desesperanza, eventos vitales estresantes y si ha existido ideación suicida con anterioridad en la muestra, así como los intentos de suicidio en la familia o suicidios consumados en el entorno, para tener una perspectiva más amplia al integrar más componentes.

4.3.Referencias

- Abáigar, L. (2017) *Factores de protección*. <https://crimipedia.umh.es/topics/factores-de-proteccion/>
- Aguirre, Y. (2020). Evidencias psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosenberg en personal de serenazgo de una Municipalidad de Lima Norte, 2020. *Universidad Cesar Vallejo*.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/71212/Aguirre_RY-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Álvarez, L., Ayala, N., & Bascuñán, R. (2019). Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos; un estudio descriptivo-correlacional. *Psicogente*, 1-22.
- Ardiles-Irarrázabal, R., Alfaro-Robles, P., Díaz-Mancilla, I., & Martínez-Guzmán, V. (2018). Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo, Chile. *Revista Científica de la Facultad de enfermería y rehabilitación de la Universidad de la Sabana*, 18(2), 160-170. 10.5294/aqui.2018.18.2.4
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013) *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM – 5*. ISBN 978-0-89042-551-0
- Baños, J. (2022). Síntomas depresivos y ansiedad como predictores de ideación suicida en adultos. *Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos MediSur*, 675-682.
- Bernal, F.; Gálvez, F. (2017) Ajuste escolar y rendimiento académico y su relación con la motivación y el autoconcepto. Análisis de diferencias en muestra chilena y española. *Revista de Orientación Educativa* 31(60), 3-21.
- Blanco, E. (2019) *¿Qué son las habilidades sociales? Tipos y para qué sirven*. PERSUM.
<https://psicologosoviedo.com/especialidades/ansiedad/habilidades-sociales/>
- Brigham and Women's Hospital (2020) *Abuso de sustancias o drogodependencia*.
<https://healthlibrary.brighamandwomens.org/Spanish/DiseasesConditions/Adult/MentalHealth/85,P03854>
- Campo-Arias, A., Suárez-Colorado, Y. (2019) ¿Es el suicidio un evento prevenible? *Revista de la Universidad Industrial de Santander, Salud*, 51(3), 197-199.

- Campo-Arias, A., Zuñiga-Díaz, Z., Mercado-Marón, A., & García-Tovar, A. (2019). Análisis de factores y de la consistencia interna de la Escala de Okasha para Suicidalidad en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 1-11.
- Cava, M., Povedano, A., Buelga, S., & Mucitu, G. (2015, 08). Análisis psicométrico de la Escala de Ajuste Escolar Percibido por el Profesor (PROF-A). *Psychological Intervention*, 24(2), 10. <https://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2015.04.001>
- Chu, S. (2021). Eficacia de la intervención cognitivo conductual en la disminución de la tendencia suicida en estudiantes. Una revisión sistemática. *Universidad Cesar Vallejo*. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/78818/Salvador_CHD-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Colica, D., Campana, V., Vázquez, F., Baran, P., & Vietto, V. (2019). Propiedades psicométricas y características operativas de la versión adaptada al castellano del cuestionario CRAFFT en adolescentes del conurbano bonaerense. *Archivos argentinos de pediatría* 117(5), 301-305.
- Cornejo, C. (2014) Integración escolar: ¿cambio para el alumno o cambio para la escuela? *Revista de estudios y experiencias de educación* 13(25), pp. 153-164
- Diaz, S., Tirado, L., & Simancas, M. (2017, 10). Validez de constructo y confiabilidad de la APGAR familiar en pacientes odontológicos adultos de Cartagena, Colombia. *Revista de la universidad industrial Santander Salud*, 49(4). <https://doi.org/10.18273/revsal.v49n4-2017003>
- DiCaprio, N. (1996). *Teorías de la personalidad*. McGRAW-HILL.
- Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. (2017). *Políticas de cuidado en la escuela. Aportes para trabajar la problemática del suicidio e intentos de suicidio*. Argentina. Obtenido de https://abc.gob.ar/secretarias/sites/default/files/2022-05/Aportes_para_trabajar_la_problemativa_del_suicidio.pdf
- Durkheim, E. (2003). *El suicidio, estudio de sociología*. Akal.
- España, M. (2019). *Suicidios en Guatemala: ¿En qué municipios hay más casos y cuáles son las principales causas?* Prensa Libre. <https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/cuatro-de-los-cinco-municipios-con-mas-reportes-de-suicidio-se-encuentran-en-occidente/>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2017). *SUICIDIO. UNICEF*. Retrieved February 20, 2022, from <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
- Frankl, V. E. (1991). *El hombre en busca de sentido* (Duodécima ed.). Herder.
- Fundación Fe y Alegría. (2015). *Plan estrategico 2015-2017 Guatemala Fundación fe y alegría*. <https://www.feyalegria.org.gt/biblioteca/>
- Fundación Fe y Alegría. (2020). *Nuestra identidad*. Obtenido de Fe y alegría: <https://www.feyalegria.org.gt/nuestra-identidad/>
- González, A. (2016). Revisión del concepto de suicidio desde una perspectiva filosófica, psicopatológica y jurídica. *Derecho y cambio social*, 1-15. https://www.derechocambiosocial.com/revista045/REVISION_DEL_CONCEPTO_DE_SUICIDIO.pdf
- González, D., Barreto, P., & Salamanca, Y. (2017, 12 20). Terapia Cognitiva, Antecedentes, teoría y metodología. *Revista Iberoamericana de psicología.*, 10, 9. 2027-1786.rip.10211
- González, M. (1999) Algo sobre la autoestima, qué es y cómo se expresa. *Ediciones Universidad de Salamanca*, 11, pp. 217-232
- González, S., Martínez, A., León, S., González, C., & González, J. (2000, 04 2). Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 10. http://revistasaludmental.com/index.php/salud_mental/article/view/808/807
- Hernández, A., & Rodríguez-Peralta, L. (2021). El riesgo de suicidio en el adolescente, ¿se puede evitar con la formación integral? *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*.
- Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF). (2022). *Necropsias realizadas en las sedes periciales de INACIF a nivel nacional, por causa de muerte según grupo quinquenal de edad y sexo del 01 de enero al 31 de diciembre del 2021*. INACIF. <https://www.inacif.gob.gt/docs/estadisticas/anual/AnualQM2021.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Mental (NIHM). (s.f.). *Los problemas de alimentación: un problema que va más allá de la comida*. Obtenido de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion#:~:text=Las%20personas%20con%20trastornos%20de%20alimentaci%C3>

%B3n%20tienen%20un%20mayor%20riesgo,corporal%20a%20que%20busque%20ayud
a

Ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer – Decreto 22-2008 (2008)

Organismo Judicial de Guatemala.

http://ww2.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisisDocumentacionJudicial/cds/CDs%20compilaciones/Compilacion%20Leyes%20Penales/expedientes/13_LeyContraFemicidio.pdf#:~:text=DECRETO%20N%C3%9AMERO%2022-

2008%20Ley%20Contra%20el%20Femicidio%20y,a%20la%20familia%2C%20su%20fi
n%20supremo%20es%20la

Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar – Decreto 97-1996 (1996)

Organismo Judicial de Guatemala.

<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0145.pdf>

Loboa, N., & Morales, D. (2016). Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados, Villahermosa - Tolima, 2013. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 94-102. 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a12

López, M. (2013) ética profesional y complejidad. Los principios y la religación. *Perfiles educativos* 35(142) pp. 43-52

Luna, M., & Dávila, C. (2018). Adolescentes en riesgo: factores asociados con el intento de suicidio en México. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34), 1-14. doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp17-34.arfa

Martínez, L., Vianchá, M., Pérez, M., & Avedaño, B. (2017). Asociación entre conducta suicida y síntomas de anorexia y bulimia nerviosa en escolares de Boyacá, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 178-188.

Mayorga, C., Gallardo, L., & Gálvez, J. (2019, 11). Propiedades psicométricas de la escala APGAR-familiar en personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas. *Revista médica de Chile*, 147(10). <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872019001001283>

Méndez, J.; Vázquez-Velázquez, V.; García-García, E. (2008) Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65, pp. 579-592

- Mendoza, I. (2020). *Terapia Cognitivo Conductual, Actualidad y tecnología. Universidad Cayetano Heredia.*
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8907/Terapia_MendozaFernandez_Ingrid.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Minchigan, K., & Vargas, N. (2020, 08). Prevalencia de ideación suicida en adolescentes de una Institución Educativa de Cajamarca en el año 2020. *Universidad privada Antonio Guillermo Urrelo R.*
<http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1408/Tesis%20Kiana-Nathalia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). (2020) SEMEPI NO.26. Centro Nacional de Epidemiología.
<http://epidemiologia.mspas.gob.gt/phocadownloadpap/boletin-semana-epidemiologica/Semepi-26.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y asistencia Social. (2018). *Protocolo de vigilancia epidemiológica intoxicaciones por plaguicidas lesiones de causa externa y conducta suicida.* Ministerio de Salud Pública. https://digi.usac.edu.gt/bvsalud/documentos/eblueinfo/Vs/Vs_010.pdf
- Observatorio de Bioética y Derecho (OBD). (1979). *Informe Belmont.* Bioética y Derecho.
<http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Oliva, A.; Parra, J.; Sánchez, I. (2002). Relaciones con padres e iguales como predictores del ajuste emocional y conductual durante la adolescencia. *Revista Apuntes de Psicología.* España: Universidad de Sevilla.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022) *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.*
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Preventing suicide.*
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=90C1092FF0419FC8E1246AD420138000?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021) *Depresión.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). *Factores de riesgo*. https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). *Salud del adolescente*. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Día Mundial de Prevención del Suicidio 2021 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. PAHO. <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-prevencion-suicidio-2021>
- Orozco, C. (2021, 09 21). Autoestima y factores de bullying en estudiantes de bachillerato de la provincia de Chimborazo. *Revista Eugenio Espejo*, 15(3), 5. http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2661-67422021000300049
- Osorio, A. (2017) Primeros auxilios psicológicos. *Integración académica en psicología* 5(15), pp. 4-11.
- Osorio, O. (2017) Vulnerabilidad y vejez: implicaciones y orientaciones epistémicas del concepto de vulnerabilidad. *Intersticios sociales*, 13, p. 1-34
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 196-117. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n2/mgi13299.pdf>
- Ramos, M., Acajabón, J., & Chipín, O. (2016). Conducta suicida y factores asociados en la ciudad de Jutiapa. *Dirección General de Investigación DIGI*. <https://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/puiis/INF-2016-30.pdf>
- Rocamora, A. (2017). *Cuando nada tiene sentido: reflexiones sobre el suicidio desde la logoterapia*. Desclée de Brouwer.
- Roman, F., Vinet, E., & Alarcón, A. (2014, 08). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Clínica Psicológica*, 23(2), 190. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281943265009.pdf>
- Ruales, M. (2019, 04 29). La Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el Trauma para Adolescentes con Presencia de Ideación Suicida Víctimas de Abuso Sexual en su Infancia.

- Universidad de San Francisco de Quito.*
<https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8144/1/142213.pdf>
- Ruiz, A., Diaz, M., & Villalobos, A. (2017). *Manual de Intervención Cognitivas Conductuales.*
https://ebg.ec/wp-content/uploads/2020/05/Manual_de_Tecnicas_de_Intervencion_Cogni.pdf
- Salvo, L. (2009). Confiabilidad, Validez y punto de corte para escala de Screening de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatria*, 10.
- Salvo, L., & Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 115-123.
- Sánchez-Sosa, J., Villarreal-González, M., Musitu, G., & Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: Un análisis psicosocial. *Revista Intervención Psicosocial*, 19(3), 279-287.
10.5093/in2010v19n3a8
- Santocini, C., De León, C., & Rivera, J. (2017). Conductas alimentarias de riesgo y factores de factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de validación. (3ra edición ed.). *Universidad Autónoma Metropolitana.*
https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Conductas_alimentarias.pdf
- Serrano-Ruiz, C., & Olave-Chaves, J. (2017). Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. *MedUNAB*, 20(2), 139-147.
doi.org/10.28375/01237047.2272
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., & Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 22(1), 33-42. 10.5944/rppe.vol.22.num.1.2017.16170
- Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S., Kohn, R. (2013) Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista Médica de Chile*, 141, pp. 1275-1282
- UNICEF (s.f.) *¿Cómo prevenir el acoso escolar?* <https://www.unicef.es/acoso-escolar-bullying#home>
- Vega, R., León, M., & Gonzáles, L. (2018). Depresión y ansiedad en relación a ideas suicidas en adolescentes del distrito de Ayacucho 2017. *Revistas de investigación Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga*, 133-138.

- Verela-Besteiro, O., Serrano-Troncoso, E., Rodríguez-Vicente, V., Curet-Santisteban, M., Conangla-Roselló, G., Cecilia-Costa, R., . . . Dolz-Abadía, M. (2017). Ideación suicida y conductas autolesivas en adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 157-166.
- Vigara, L., Pérez-Serrano, P., Gómez, J., Ruiz, S., & Fernández, A. (2019). Daño autoinducido e ideación suicida en adolescentes: perfil de los pacientes y factores de riesgo. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*, 12-19.

4.4.Anexos

Consentimiento informado

Factores de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años en zona 7 de la Ciudad de Guatemala

Es un gusto poder saludarles somos Sigrid Janina Guevara Morales de Pérez y Diana Lorena Rodriguez Escobar, investigadoras del proyecto de tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología, el cual se titula “Factores de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años”. Se le está invitando cordialmente, a su hijo/a para participar en la investigación.

Será controlada por el Centro de Investigaciones en Psicología de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Los resultados obtenidos servirán para hacer recomendaciones preventivas que favorezcan la salud mental de los estudiantes y para siguientes investigaciones. El objetivo es caracterizar los factores de riesgo en la ideación suicida en los adolescentes.

La participación de los adolescentes en la investigación es voluntaria, agradeciendo se recuerde que toda información proporcionada en los instrumentos de recolección de datos será mantenida de manera confidencial, y serán utilizados únicamente con fines propios de la investigación.

Su hijo/a no corre ningún riesgo de participar, únicamente deberá completar los instrumentos los cuales tienen opciones de respuesta, lo cual será de manera escrita y anónima, indicando únicamente edad y sexo como datos personales. En caso de no desear participar en la investigación, no habrá ninguna consecuencia desfavorable.

Posteriormente los adolescentes que participen serán incluidos en un taller psicoeducativo con enfoque preventivo sobre la temática abordada en la investigación.

Quedando enterado/a de las implicaciones de la investigación, y de autorizar la participación de su hijo/a en el proceso de investigación:

Yo _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria por lo que autorizo la participación de mi hijo/a _____ dando mi consentimiento para los propósitos descritos anteriormente.

Nota: al finalizar favor devolver este documento antes del jueves 11 de agosto. De tener alguna duda pueden comunicarse al correo dianaa.lorenaa@gmail.com

Firma

Guatemala, _____ de _____ del 2022

Asentimiento informado

Factores de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años en zona 7 de la Ciudad de Guatemala

Es un gusto poder saludarles somos Sigrid Janina Guevara Morales de Pérez y Diana Lorena Rodríguez Escobar, investigadoras del proyecto sobre Factores de riesgo de ideación suicida en adolescentes de 16 y 17 años. Se le está invitando cordialmente, para participar en la investigación.

Será controlada por la Unidad de Investigación de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Los resultados obtenidos servirán para hacer recomendaciones de siguientes investigaciones para la prevención de la ideación suicida y suicidio en los adolescentes. El objetivo es caracterizar los factores de riesgo en la ideación suicida.

Su participación en la investigación es voluntaria, agradeciendo se recuerde que toda información proporcionada en los instrumentos de recolección de datos será mantenida de manera confidencial, y serán utilizados únicamente con fines propios de la investigación.

Usted no corre ningún riesgo de participar, contando con la disponibilidad de realizar las preguntas que desee solventar en relación con la investigación, en todo momento. Deberá responder a los instrumentos de recopilación de datos de manera escrita y anónima, indicando únicamente edad y sexo como datos personales.

Posteriormente al haber participado, será incluido en un taller con enfoque preventivo sobre la temática abordada.

Quedando enterado/a de las implicaciones de la investigación,

Yo _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria, por lo que autorizo mi participación dando mi asentimiento para los propósitos descritos anteriormente.

Firma o nombre

Guatemala, _____ de _____ del 2022

Instrumentos de investigación
Factores de riesgo de ideación suicida en adolescentes

Instrucciones: A continuación se presentará una serie de distintos instrumentos, los cuales se solicita que sean respondidos lo más honestamente posible y que verifique responder todos los incisos, recuerda que las respuestas son anónimas y serán utilizadas para fines académicos para la elaboración de tesis para la obtención del título de Licenciatura en Psicología en la Universidad de San Carlos de Guatemala – USAC. Los únicos datos requeridos son los siguientes:

Edad: _____ **Sexo:** _____ (hombre/mujer)

Si llegas a tener alguna duda mientras respondes, no dudes que estamos para resolverla y orientarte para una mejor comprensión.

Desde ya agradecemos tu participación y apoyo en este tema de investigación.

Recuerda que por haber completado los instrumentos, estarás participando en un taller que daremos presencialmente para que tengas más herramientas y conocimiento, que sea de tu beneficio para continuar con la prevención y el cuidado de la salud mental.

Diana Lorena Rodriguez E.

Sigrid Janina Guevara M.

Escala de suicidalidad de Okasha

Instrucciones: A continuación debes selección con una X, la opción que identifiques para cada pregunta, para ello toma en cuenta el último año, valoramos tu sinceridad.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces
¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?				
¿Has deseado alguna vez estar muerto/a?				
¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?				
¿Has intentado suicidarte?				

Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)

Instrucciones: Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque una X que indica en qué grado le ha ocurrido esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me ha costado mucho descargar la tensión o relajarme				
2. Me di cuenta de que tenía la boca seca				
3. Pareciera que no puedo experimentar ningún sentimiento positivo				
4. Se me hizo difícil respirar				
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer las cosas				
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones				
7. Sentí que mis manos temblaban				
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía				
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo				
10. He sentido que no había nada que me ilusionara				
11. Me he sentido inquieto o agitado				
12. Se me hizo difícil relajarme				
13. Me sentí triste y deprimido				
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo				
15. Sentí que estaba al punto de pánico				
16. No me pude entusiasmar por nada				
17. Sentí que valía muy poco como persona				
18. Sentí que estaba bastante susceptible				
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico				
20. Tuve miedo sin razón				
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido				

Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo

Instrucciones: Nos gustaría saber tu opinión respecto a tus hábitos alimenticios en los últimos 3 meses. Lee cada pregunta y señala con una X el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

		Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia (2 veces en una semana)	Con mucha frecuencia (más de 2 veces en una semana)
CR1	Me ha preocupado engordar				
CR2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
CR3	He perdido el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
CR4	He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso				
CR5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más)				
CR6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
CR7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
CR8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuáles _____				
CR9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuales _____				
CR10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuales _____				

Escala de autoestima de Rosemberg

Instrucciones: Esta escala tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste con una X las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Cuestionario APGAR Familiar
Evaluación del funcionamiento de la familia

Instrucciones: De los siguientes aspectos señale la categoría de respuesta que más se apegue a su situación familiar. Para cada pregunta se debe marcar solo una X.

Aspecto	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface cómo en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: <ul style="list-style-type: none"> - El tiempo para estar juntos - Los espacios en la casa - El dinero. 					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos(as)					

Escala multidimensional breve de ajuste escolar

Instrucciones: A continuación se presentan 10 ítems para los cuales hay seis opciones de respuesta, elige una respuesta para cada uno.

No.	ítem	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
AE1.	¿Creo que soy buen estudiante?					
AE2.	¿Disfruto realizando mis tareas escolares?					
AE3.	¿Planeo acabar el bachillerato?					
AE4.	¿Estoy interesado/a en asistir a estudiar?					
AE5.	¿Tengo buenas calificaciones?					
AE6.	¿Tengo problemas con mis compañeros/as de clase?					
AE7.	¿Tengo problemas con mis profesores?					
AE8.	¿Me siento rechazado/a por mis compañeros/as de mi clase?					
AE9.	¿Creo que mis compañeros/as de clase se burlan de mí?					
AE10.	¿Creo que la escuela es aburrida?					

Instrumento de Detección: CRAFFT
CRAFFT (car, relax, alone, forget, friends, trouble)

Instrucciones: Para las siguientes preguntas puedes responder de la manera más sincera posible, porque lo que digas será confidencial, es decir, no será dicho a nadie y no será usado con otro fin que el de tener mejor información acerca de tu salud y bienestar.

PARTE A: Durante los últimos 12 meses		
1. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos)? (Sin tomar en cuenta sorbos de bebidas alcohólicas consumidas durante reuniones familiares o religiosas)	NO	SI
2. ¿Ha fumado marihuana o probado hachís?	NO	SI
3. ¿Ha usado algún otro tipo de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia?	NO	SI
NO (a todas las preguntas anteriores) Pasar a la pregunta B1 solamente	SI (a cualquier pregunta anterior) Pasar a las 6 preguntas CRAFFT	
PARTE B: Preguntas CRAFFT		
1. ¿Alguna vez has andado en un AUTO manejado por alguien (incluyéndote a ti mismo) que estuviera “volado” o que estuviera consumiendo alcohol o drogas?	NO	SI
2. ¿Has usado alguna vez alcohol o drogas para RELAJARTE, sentirte mejor contigo mismo o para ser parte de un grupo?	NO	SI
3. ¿Has consumido alguna vez alcohol o drogas estando SOLO?	NO	SI
4. ¿Has OLVIDADO alguna vez cosas que hiciste mientras estabas bajo la influencia del alcohol o drogas?	NO	SI
5. ¿Te ha dicho tu familia o amigos que debes disminuir el consumo de alcohol o drogas?	NO	SI
6. ¿Te has metido alguna vez en PROBLEMAS mientras estabas bajo la influencia del alcohol o las drogas?	NO	SI

Glosario

- 1. Abuso de sustancias:** El Brigham and Women's Hospital (2020) lo considera un trastorno de salud reconocido en el que existe un consumo de sustancias legales o ilegales que puede ser consumidas por distintos medios y generan alteraciones en el sistema nervioso central.
- 2. Acoso escolar:** UNICEF (s.f.) lo define como “una conducta de persecución física o psicológica que realiza un estudiante contra otro de forma continua, negativa y mal intencionada”.
- 3. Adolescencia:** La OMS (s.f.) contempla que es el periodo de vida que abarca desde la niñez a la edad adulta, comprendiendo las edades de 10 a un límite de 19 años, es un periodo importante de desarrollo y crecimiento físico, cognitivo, emocional y psicosocial.
- 4. Ajuste escolar:** Para Bernal y Gálvez (2017) hace referencia a un amplio conjunto de aspectos relativos a la adaptación personal, la satisfacción y el aprovechamiento del ambiente escolar en que se desenvuelve el estudiante, cumpliendo con demandas de este entorno.
- 5. Ansiedad:** Según en DSM V (2013) hace referencia a la anticipación aprensiva de un daño o desgracia futura acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión.
- 6. Autoestima:** Para González (1999) es la “valoración positiva o negativa que el sujeto hace de su autoconcepto, valoración que se acompaña de sentimientos de valía personal y auto aceptación” (p.217)
- 7. Conducta suicida:** Se le conoce como una preocupación continua respecto a la ideación suicida o bien un acto intencionado de causar daño o muerte, en donde es posible que exista un intento de suicidio y lesiones que pueden conllevar a generar discapacidad (Silva, Vicente, Saldivia & Kohn, 2013)
- 8. Depresión:** La OMS (2021) destaca que es una enfermedad y trastorno mental común en todo el mundo que puede conllevar al suicidio. Se caracteriza por el ánimo deprimido en el que es posible que haya tristeza, irritabilidad y sensación de vacío, así como distintos

síntomas que son acordes a la tipología de la depresión específica, y se da como resultado de la interacción de factores sociales, psicológicos y biológicos.

9. **Estrés:** El DSM V (2014) lo plantea como el patrón de respuestas específicas y no específicas que una persona experimenta ante los estímulos que perturban su equilibrio y que retan o exceden su capacidad de hacerles frente.
10. **Factores de protección:** Abáigar (2017) plantea que se conforma del conjunto de circunstancias, características, condiciones, y entorno social que facilita e influye positivamente en las capacidades de afrontamiento en situaciones adversas.
11. **Factores de riesgo:** Para la OMS (s.f.) es “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de enfermedad o lesión”.
12. **Habilidades sociales:** Son aquellas habilidades que sirven en el desempeño adecuado ante otras personas para llevar mejores relaciones y formas asertivas de comunicación verbal y no verbal, y comportamientos que sean eficaces en las distintas interacciones (Blanco, 2019)
13. **Ideación suicida:** Hace referencia al pensamiento de acabar con la propia existencia, “que puede adquirir las siguientes formas de presentación: el deseo de morir, la representación suicida, la idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción, la ideación con un plan indeterminado o inespecífico aún, o la ideación suicida con una adecuada planificación” (Pérez, 1999, p. 197), es decir, que ampliamente es el pensamiento de ideas y deseos de cesar con la propia vida, o bien considerándole como “una preocupación con pensamientos acerca de la finalización de la propia vida que se introducen sin razón” (Lobo y Morales, 2016, p.96), lo cual puede conllevar al suicidio, que la OMS (2014) define como el acto deliberado de matarse.
14. **Integración escolar:** Cornejo (2014) describe que es un proceso que permite la incorporación de estudiantes al entorno y a los recursos educativos, así como a los compañeros y los métodos de aprendizaje, para un óptimo desarrollo integral enfatizando el ámbito escolar.
15. **Intervención en crisis:** Osorio (2017) distingue que es “la estrategia que se aplica en el momento de una crisis, su objetivo es que la persona se recupere de este estado de trastorno

y recupere la funcionalidad para poder afrontar el evento a nivel emocional, conductual y racional” (p. 4)

- 16. Principios éticos:** La ética tiene fundamentos filosóficos que se enfocan en el bien común, en lineamientos humanos y morales que dirijan las acciones sin transgredir a las personas o bien a las poblaciones. López (2013) distingue que los principios éticos sirven para fundamentar las acciones de los profesionales que norme el comportamiento en el trabajo de campo, algunos de ellos son: beneficencia, autonomía, y justicia.
- 17. Redes de apoyo:** Son consideradas el conjunto de personas, profesionales o instituciones significativas que brindan contención emocional y/o física, pudiendo ser apoyo social, religioso, comunitario (Loboa y Morales, 2013). Las redes de apoyo estables favorecen la búsqueda de ayuda, mientras que, al no haberlas, se incrementa la vulnerabilidad de los adolescentes, en donde Sánchez-Sosa, et. al. (2010) destacan que la familia debería ser la primera red de apoyo del ser humano, y al no contar con redes de apoyo, los adolescentes llegan a experimentar aislamiento, “percibe la sensación de que no es necesario, significativo o útil dentro de un grupo social en el que se desenvuelve y a su vez, desarrolla depresión y baja autoestima y aislamiento social” (Serrano-Ruiz y Olave-Chávez, 2018, p. 145).
- 18. Salud mental:** Según la OMS (2022) es un estado de bienestar mental que posibilita a las personas de afrontar distintas situaciones mediante el desarrollo de habilidades para un buen funcionamiento y desempeño individual y colectivo que mantiene un equilibrio en las distintas áreas.
- 19. Suicidio:** Es conocido como el “acto deliberado de acabar con la propia vida” (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2017, p.7).
- 20. Trastornos alimenticios:** Para Méndez, Vázquez-Velázquez y García-García (2008) “constituyen alteraciones severas en la ingesta de alimentos, en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer en respuesta a un impulso psíquico” (p.579)
- 21. Violencia de género:** Conocida también como violencia contra la mujer. En el decreto 22-2008 se define como

Toda acción u omisión basada en la pertenencia al sexo femenino que tenga como resultado el daño inmediato o ulterior, sufrimiento físico, sexual, económico o

psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en el ámbito público como en el ámbito privado. (p.2)

22. Violencia física: En el Decreto 22-2008, se define como “acciones de agresión en las que se utiliza la fuerza corporal directa o por medio de cualquier objeto, arma o sustancia con la que se causa daño, sufrimiento físico, lesiones o enfermedad” (p.2)

23. Violencia intrafamiliar: Según el Decreto 97-1996 es

cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta cause daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito público como en el privado, a persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o conviviente o exconviviente, cónyuge o excónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas. (pp. 1-2)

24. Violencia psicológica o emocional: El Decreto 22-2008 el cual es una Ley de protección para mujeres, pero la definición como tal también puede relacionarse con hombres, plantea que son

Acciones que pueden producir daño o sufrimiento, psicológico o emocional a una mujer, a sus hijas o a sus hijos, así como las acciones, amenazas o violencia contra las hijas, los hijos u otros familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad de la víctima, en ambos casos con el objeto de intimidarla, menoscabar su autoestima o controlarla, la que sometida a ese clima emocional puede sufrir un progresivo debilitamiento psicológico con cuadros depresivos. (p.2)

25. Violencia sexual: El Decreto 22-2008 el cual es una Ley de protección para mujeres, pero la definición como tal también puede relacionarse con hombres, plantea que son

Acciones de violencia física o psicológica cuya finalidad es vulnerar la libertad e indemnidad sexual de la mujer, incluyendo la humillación sexual, la prostitución forzada y la denegación del derecho a hacer uso de métodos de planificación familiar, tanto naturales como artificiales, o a adoptar medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual. (p.2)

26. Vulnerabilidad: Para Osorio (2017) es necesario que se presente algún situación de riesgo para poder hablar de vulnerabilidad, la cual se relaciona con una eventualidad o amenaza

que tiene la posibilidad de generar algún daño ya sea directa o indirectamente, también puede verse como aquellos factores o condiciones que agudizan las situaciones creando alguna desventaja, estos factores pueden ser internos como los biológicos, emocionales o cognitivos, y externos al ser del medio en el que se encuentra la persona.