

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER
INGRESO DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LAS JORNADAS MATUTINA Y
VESPERTINA."**

TESIS DE GRADO

ANNA SOPHIA CÁCERES PERALTA
CARNET 12669-13

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2018
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER
INGRESO DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LAS JORNADAS MATUTINA Y
VESPERTINA."**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
ANNA SOPHIA CÁCERES PERALTA

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2018
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANO: MGTR. HÉCTOR ANTONIO ESTRELLA LÓPEZ, S. J.
VICEDECANO: DR. JUAN PABLO ESCOBAR GALO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN
MGTR. SILVIA LISSETTE MOINO CARDENAS

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN
LIC. MARIO ANNÍBAL HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

LICDA SILVIA MOINO, M. ED.
CLINICA PSICOANALITICA
silviamoino@gmail.com

Guatemala, 05 de diciembre 2017

Señores
Departamento de Psicología
Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar
Presente.

Estimados señores:

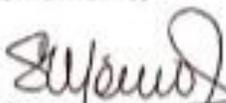
Por medio de la presente les informo que he asesorado el trabajo de tesis de la estudiante **Anna Sophia Cáceres Peralta**, carnet no. **12669-13**, de la Licenciatura en Psicología Clínica.

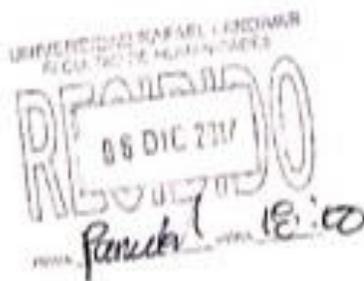
La investigación se titula "**Prevalencia de ideación suicida en estudiantes de primer ingreso de la carrera de Psicología Clínica de las Jornadas matutina y vespertina.**". Después de revisar el trabajo de la estudiante **Cáceres Peralta**, considero y concluyo que llena los requisitos que la Universidad y el Departamento requieren para este tipo de investigación.

Por lo que presento el trabajo a su consideración para que continúe el proceso de evaluación y aprobación.

Sin otro particular

Atentamente,


Silvia Moino, M. Ed.
Código 4489



AV. AVE. 4-79 ZONA 13 APTO. 202 TORRE IV
CONDOMINIO VISTA AL BOSQUE
TEL. +502 (0149) 6607

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante ANNA SOPHIA CÁCERES PERALTA, Carnet 12669-13 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 051598-2018 de fecha 8 de enero de 2018, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER INGRESO DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LAS JORNADAS MATUTINA Y VESPERTINA."

Previa a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 9 días del mes de enero del año 2018.



MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODDY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por todas las oportunidades y enseñanzas que me ha dado, así mismo, haberme acompañado en las mismas. Por mostrarme que hay que callar para escuchar a los demás.

A mis padres, Eduardo y Lucrecia, por su apoyo y amor incondicional desde el primer día, además por siempre haberme brindado palabras sabias de ánimo, las cuales me hicieron siempre seguir hacia adelante.

A mi novio, Alejandro, por creer en mi en todo momento, también por haberme acompañado durante toda la carrera y ser alguien quien me inspira a ser mejor persona cada día y superar obstáculos.

A mis hermanos, Juan Di y Juan Pablo, por tener largas noches de desvelos, apoyarme y siempre tenderme la mano.

A mis abuelos, Anabella, Dany, Alfredo y Olive, por ser un ejemplo a seguir y enseñarme a soñar en grande, además por su apoyo durante todos los años.

A tío Joe, quién me reto y guío a seguir mis sueños y hoy en día gracias a eso soy una Psicóloga Clínica autorealizada.

Al personal docente, de la Universidad Rafael Landivar, por haberme guiado e instruido durante estos años y forjarme a la persona quien soy.

A todas las personas que me acompañaron durante mi formación, les doy gracias por ser parte de mi vida, por haber creído en mi y porque sin su apoyo incondicional, no hubiera alcanzado lo que es hoy, uno de los logros más grandes y anhelados de mi vida.

ÍNDICE

II.Introducción.....	1
1.1.Suicidio e ideación suicida.....	5
1.1.1. Suicidio.....	7
1.1.1.1.Definición	7
1.1.1.2.Etiología.....	8
1.1.1.3.Fases del suicidio	9
1.1.1.4.Factores que inducen el suicidio	9
1.1.1.4.1. Sociológicos	9
1.1.1.4.2. Psicológicos	11
1.1.1.4.3. Fisiológicos	11
1.1.1.5.Tipos de suicidio	11
1.1.1.5.1. Clasificación de Tello	11
1.1.1.5.2. Clasificación de Durkheim	13
1.1.1.6.Incidencia de suicidio	13
1.1.1.6.1. Nivel mundial	13
1.1.1.6.2. Nivel nacional.....	13
1.1.2. Ideación suicida	14
1.1.2.1.Definición	14
1.1.2.2.Factores que inducen la ideación suicida	15
1.1.2.3.Tipos de ideación suicida	15
1.1.2.4.Conductas de las personas con ideación suicida	16
1.1.2.5.Incidencia de ideación suicida	17
1.1.2.5.1. Nivel mundial	17
1.1.2.5.2. Nivel nacional	17
II. Planteamiento del problema.....	18
2.1.Objetivos	19
2.1.1. Objetivo general	19
2.1.2. Objetivos específicos	19
2.2.Hipótesis.....	19

2.2.1. Hipótesis general	19
2.2.2. Hipótesis específicas	20
2.3.Variables	20
2.3.1. Variable dependiente	20
2.3.2. Variable independiente	20
2.4.Definición de Variables	21
2.4.1. Definición conceptual	21
2.4.2. Definición operacional	21
2.5.Alcances y limitaciones	22
2.6.Aporte	22
III. Método.....	23
3.1.Sujetos.....	23
3.2.Instrumento	23
3.3.Procedimiento	25
3.4.Tipo de estudio, Diseño y Metodología Estadística.....	19
IV. Presentación de resultados	26
4.1. Resultados cualitativos	27
4.2. Resultados cuantitativos	32
4.2.1 Prueba de hipótesis por sexo	32
4.2.2. Prueba de hipótesis por jornada.....	33
4.2.3. Prueba de hipótesis por edades	34
V. Discusión de resultados	35
VI. Conclusiones.....	39
VII. Recomendaciones.....	40
VIII. Referencias.....	42
Anexos.....	46

RESUMEN

El presente estudio, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de ideación suicida en estudiantes universitarios de primer ingreso de la carrera de Psicología Clínica de las jornadas matutina y vespertina. Los participantes de esta investigación pertenecen a una población 36 estudiantes de 17 a 30 años, de ambos sexos que cursan el primer año de Psicología Clínica en las jornadas matutina y vespertina.

El enfoque de la investigación es cuantitativo, de tipo Ex post-facto. El instrumento que se utilizó fue la Escala de Ideación Suicida, creada por Aaron Beck, del Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica 5ta. Edición. Su objetivo es cuantificar y evaluar la intención suicida, o el grado de intensidad con quien una persona ha pensado o piensa suicidarse. Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems.

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluyó que, existe una prevalencia de ideación suicida, en un 72% de la muestra de estudiantes. No existe diferencia estadísticamente significativa entre edades, así como en las jornadas matutina y vespertina. Existe diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia entre el sexo masculino y femenino.

Dado que los resultados indican que existe prevalencia de ideación suicida, se recomendó a la Universidad Rafael Landívar, implementar programas preventivos, teniendo como objetivo, detectar tempranamente aspectos relacionados con la ideación suicida en estudiantes, con el fin de proteger la vida de los mismos, y así evitar el incremento de suicidio. Así mismo, desarrollar talleres para determinar los signos de ideación suicida en el personal docente de la universidad.

I. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno global, que puede suceder a cualquier edad y ocurrir en cualquier región. Es un acto voluntario, donde se empieza por el deseo suicida, seguido de la ideación suicida y culminando en el acto suicida. Así, si se detecta un deseo o ideación suicida, se puede prevenir que suceda un acto suicida.

Por ello, es de suma importancia conocer si las personas tienen deseos o ideaciones suicidas, pues los suicidios se pueden prevenir; la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), refiere que anualmente, más de 800,000 personas se suicidan. En el año 2012 fue la segunda causa mundial principal de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Además reconocen que es una prioridad de salud pública.

Los deseos o ideaciones suicidas, son un problema de salud pública a nivel mundial; además existen estudios, los cuales refieren que las personas más vulnerables son los jóvenes. Con base en lo anteriormente mencionado, es importante estudiar la prevalencia de deseos o ideaciones suicidas en distintos países y dichas investigaciones orientadas en la población de los jóvenes.

Con base en lo descrito previamente, el objetivo de la presente investigación es determinar la prevalencia de ideación suicida en estudiantes universitarios de primer ingreso de la carrera de Psicología Clínica de las jornadas matutina y vespertina.

A continuación se presentan investigaciones realizadas en Guatemala, relacionadas con la presente investigación:

Guzmán (2012), efectuó una investigación con el objetivo de determinar el nivel de riesgo suicida en los pacientes con VIH/SIDA, identificar los grupos etáreos y el género más vulnerable

a cometer dicho acto. Trabajó con una muestra de 80 pacientes portadores del VIH/SIDA que reciben tratamiento en el Hospital Rodolfo Robles de Quetzaltenango. Utilizó el test RS-83, donde se evalúa el nivel de riesgo suicida en las personas. Obtuvo como resultados, que el 13% se encuentran en un rango elevado de suicidio y se comprobó que el género más vulnerable al suicidio son las mujeres con un 60%. Propuso que sería de importancia brindar apoyo psicológico a las personas que reciben el tratamiento médico, en especial a los pacientes que se encuentran internos en el hospital, quienes son los más propensos a ideaciones y comportamientos suicidas.

Por su parte Pisquiy (2013), realizó un estudio para establecer que rango de ideación suicida presentan las mujeres víctimas de violencia doméstica de la Asociación Nuevos Horizontes de la ciudad de Quetzaltenango. Para ello utilizó una muestra a 60 mujeres, que comprendían las edades entre 15 a 65 años, víctimas de violencia doméstica. Aplicó la prueba RS-83, midiendo los rasgos suicidas en las personas y determinar el rango de ideación suicida. Concluyó que el 50% de las mujeres presentan un rango elevado de ideación suicida, el 17% un rango patente y el 33% presenta un rango escaso de ideación suicida. Propuso prestar atención jurídica y psicológica a las mujeres que presentan un rango elevado de ideación suicida debido a la violencia doméstica de la que son víctimas para así lograr una vida plena.

De la misma forma, Ortiz (2013), realizó un estudio con el objetivo de determinar la Incidencia de la Ideación Suicida en Estudiantes de Quinto y Sexto Primaria, Secciones A, B y C, jornada matutina y vespertina, de la Escuela Dr. Víctor Manuel Asturias Castañeda. Para ello se utilizó una muestra 189 adolescentes de ambos géneros, cuyas edades eran de 10 a 16 años de edad, utilizó como instrumento la Escala de Ideación Suicida de Aaron Beck. Concluyó que sí existe ideación suicida en los estudiantes de quinto y sexto primaria, en ambas jornadas, el 55% del género femenino y el 62% del género masculino, presentaron ideación de riesgo suicida leve

y recomendó que se fomenten los espacios de comunicación entre escuela y familia a través de los medios informativos de boletines escolares o trifolios con información acerca de la ideación suicida para que ellos puedan detectar manifestaciones conductuales y verbales de dichas ideas.

A sí mismo, Mazariegos, et al. (2014), realizaron un estudio descriptivo transversal sobre la existencia y caracterización de la intencionalidad suicida. Su muestra fueron jóvenes entre las edades de 10 a 19 años de las aldeas de los municipios de Quezaltepeque, Concepción las Minas e Ipala del departamento de Chiquimula durante los meses de Junio y Julio del 2014, fueron 225 jóvenes en el municipio de Quezaltepeque, 185 jóvenes en Concepción las Minas y 232 jóvenes en Ipala, con una muestra general de 642 sujetos. El instrumento que utilizaron fue el test “Ideación Suicida de Beck”. Como resultados obtuvieron una intencionalidad suicida en el 38% (245) de los jóvenes, de los cuales el 78% (191) presentaban intencionalidad baja y el 22% (54) intencionalidad alta, la edad más frecuente fue de 15 años en un 21%; con predominio del sexo femenino 59%, se determinó que el municipio donde hay más morbilidad de ideación suicida es Concepción las Minas con una tasa de 86 por 1,000 habitantes. Recomiendan que las instituciones gubernamentales y no gubernamentales trabajen en conjunto y así fortalecer los programas de salud mental.

Por su parte Barrientos (2016), realizó un estudio con el fin establecer la percepción acerca del suicidio de los estudiantes de cuarto, quinto y sexto bachillerato del Instituto Técnico Industrial Albert Einstein. Para ello tuvo como muestra a 149 estudiantes del nivel bachillerato cuyas edades son 15 a 23 años, tanto hombres como mujeres. Aplicó una entrevista estructurada, con base a un cuestionario de 14 ítems en forma de escala de tipo Likert, con el que midió las actitudes específicas del nivel de acuerdo o desacuerdo, en el que se percibieron los indicadores de: actitudes, percepción de la vida, percepción de su propia vida y valores. Los resultados que obtuvo

no evidenciaron un alto rango de aceptación hacia al suicidio, asimismo perciben de forma negativa a los adolescentes que recurren al suicidio como alternativa de solución a los problemas. Con base en los resultados, propuso que tanto maestros/as como padres de familia muestren interés y actúen de manera inmediata para brindarle así al adolescente un desarrollo integral y bienestar psicológico.

A continuación se mencionarán algunos estudios internacionales que se han realizado en referencia al suicidio:

Rivas (1991), realizó una investigación con el fin de identificar los factores psicosociales que intervienen en la decisión de una adolescente o adulto joven de atentar contra su vida, para establecer medidas preventivas. Utilizó una población de 14 adolescentes y adultos jóvenes que acuden a la Unidad Psiquiátrica del Hospital Universitario, que oscilan entre 15 y 24 años. Como instrumento utilizó la Escala de Ideación Suicida de Aaron Beck. Como resultados obtuvo que el 35.7% de la población tenía como razón de finalizar con su vida para resolver problemas (principalmente familiares); el 64.3% quería afectar principalmente a su familia y el 85.7% no pidió ayuda, solamente el 7.1%. Recomendó Estar alerta a los factores de riesgo que constituyen el perfil de un suicida potencial: sentimientos de soledad y vacío, sufrir pérdidas, dificultades familiares, intentos - previos de suicidio, historia familiar de suicido, depresión, trastornos de personalidad, enfermedades físicas o crónicas, abuso de drogas y alcohol y psicosis.

Por su parte, Alcántara (2002), realizó una investigación con los objetivos de analizar la prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes y analizar el intento suicida y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. La muestra que utilizaron en dicha investigación fueron los estudiantes de enseñanza media y, media superior

inscritos en el ciclo escolar 1999- 2000, en las escuelas públicas y privadas del Distrito Federal. Se consideraron tres dominios de estudio: secundaria, bachillerato y bachillerato técnico. Se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), la ideación suicida se evaluó con cuatro reactivos diseñados por Roberts (1980), en su versión adaptada para adolescentes y probada para estudiantes mexicanos por Medina-Mora, (1990). Como resultados se obtuvo que las mujeres fueron las más afectadas por dicha conducta en relación con los hombres (15.1% y 3.9%); del porcentaje de mujeres que intentaron suicidarse, el 73.9% lo hizo una vez y el 26.1% lo hizo dos veces o más. Por otra parte, el 70.7% de los hombres que intentaron suicidarse, lo hizo una vez y el 29.3% lo hizo dos o más veces; en cuanto al consumo de drogas, indican que este se presentó en casi la mitad de los adolescentes que intentaron suicidarse. Recomendó convocar a un trabajo de equipo (adolescentes, maestros, padres, personal de salud, autoridades), que permitan llevar a cabo acciones conjunta para evitar que ocurra dicha conducta.

Sánchez, Cáceres y Gómez (2002), escribieron un artículo titulado “Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados”, en la revista Biomédica del Instituto Nacional de Salud, con el objetivo de, cuantificar la prevalencia de ideación suicida en una población de estudiantes universitarios menores de 18 años como también establecer las variables que se asocian a la ideación suicida. Para ello aplicaron un instrumento para medir los factores de riesgo mediante entrevistas psiquiátricas a 197 estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia. Concluyeron con que el 4.45% de la población presentan ideación suicida, en relación a el intento de suicidio fue más frecuentes en mujeres, descubrieron que el maltrato infantil se relacionaba con trastornos psiquiátricos y con ideación suicida. Recomendaron evaluación clínica de pacientes universitarios menores de edad.

Villalobos (2009), realizó una investigación con el objeto de determinar la validez de modelos predictivos de la Ideación Suicida, compuestos por depresión, desesperanza, eventos vitales estresantes, solución de problemas, autoestima, apoyo social y razones para vivir. En dicha investigación se realizó el muestreo con 1210 estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto, Colombia, de acuerdo con sexo, etapa evolutiva y nivel académico. Los resultados establecieron que existen relaciones significativas entre las variables del estudio en la muestra, también se determinó que todas las variables predictivas tienen un aporte significativo a la predicción de las ideas suicidas. Con base en lo anterior formuló el Modelo Integrador Explicativo de la Ideación Suicida, donde se formula una serie de trayectorias desde las variables de riesgo hacia la ideación suicida; además propuso un modelo Reducido, que es una variación del modelo estrés-diátesis-desesperanza, para mejorar los niveles de ajuste en los grupos de adolescencia temprana y media.

Por su parte Micin y Bagladi (2011), escribieron un artículo titulado “Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil”, en la revista Terapia Psicológica. En el mismo tienen como objetivo caracterizar la incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en universitarios que consultan a un Servicio de Salud Estudiantil, como también determinar las diferencias y/o asociaciones significativas en relación al género. En dicha investigación se utilizó un diseño de carácter exploratorio y cuantitativo. Se incluyeron a 460 universitarios que recibieron atención psicológica y/o psiquiátrica. Determinaron que la distribución por género es semejante, con un 42% de hombres y levemente superior para mujeres (58%), asimismo, un 84,8% y 82,8% de alumnos no ha presentado ideación o conducta suicida, además no encontraron diferencias significativas por género.

Con base en las investigaciones y artículos mencionados previamente, se concluye que la ideación suicida es un fenómeno que sucede en cualquier país y a cualquier edad, sin embargo el género femenino presentó tener mayores índices de ideación suicida. Los autores recomendaban prestar atención integral (incluida la psicológica), fomentar los espacios de comunicación entre el centro de estudios y la familia, tanto las instituciones gubernamentales como las no gubernamentales trabajen en conjunto y así fortalecer los programas de salud mental.

1.1. Suicidio e ideación suicida

1.1.1. Suicidio

1.1.1.1 Definición

Gradillas (1998), define suicidio a todo hecho que realiza una persona de manera consciente de una contra sí misma con deseos, intención y finalizando con el resultado de muerte.

Se define como el acto por el cual una persona se quita voluntariamente la vida, estando consciente que se matará, según afirma Durkheim (como se citó en Tozzini, 1969).

Mansilla (2010), destaca que palabra suicidio proviene del latín *sui*: sí mismo y *caedere*: matar, siendo un hecho humano transcultural y universal, presente desde el origen de la humanidad.

Así mismo, O'Connell (como se citó en De la Fuente y Heinze, 2014) especifica que el suicidio se conoce como la muerte causada por mano propia, donde se encuentra evidencia de que hubo una intención clara de terminar con la vida.

Tello (2008), define el suicidio como la autodestrucción directa intencionada, con resultados negativos.

“Se llama suicidio todo caso de muerte, que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado.” (Durkheim, 1982, p.5).

1.1.1.2 Etiología

Hendin (como se citó en Tozzini, 1969), denominó psicodinamismos del suicidio:

- *Muerte como un abandono vengativo*, la persona se siente rechazado por su entorno. El acto suicidio surge, como mecanismo de compensación, en donde la persona cambia la realidad, y de haber sido abandonado, ahora él se convierte en abandonador de los demás generando así una ilusión de dominar la situación de vida y de muerte.
- *Muerte como homicidio introyectado* el sujeto tiene un sentimiento de odio y deseo de venganza contra una persona y este sentimiento se vuelve en contra de la propia persona. El suicidio es una acumulación de una heteroagresividad que el Superyó no permite exteriorizar de manera primitiva.
- *Muerte como una reunión* muchas veces son personas masoquistas, que el acto de la muerte genera placer de volver a incorporarse en una reunión con antecesores del más allá. No se da importancia a la muerte, sino al placer de conseguir con la reunión un pasar más gratificante.
- *Muerte como resurrección* son personas que tienen fantasías de muerte.
- *Muerte como autopunición* el suicidio sucede como un castigo propio a causa de las fallas, que imposibilitan lograr metas.
- *Muerte del cuerpo en sujetos afectivamente muertos* es exclusivamente nosológica-psiquiátrica, mayormente se constituye por esquizofrénicos.

1.1.1.3 Fases del suicidio

Marchiori (1993), hace referencia que el proceso psíquico del suicidio es el siguiente:

- La *idea de suicidio*, también se le conoce como la representación mental; las ideas de muerte van creando una personalidad que con el tiempo se va volviendo más angustiada y con creciente marginación o marginándose socialmente.
- La *preparación del suicidio* son los actos preparativos y comportamientos de la acción (por ejemplo comprar armas, veneno, despedirse de familiares, etc.).
- El *suicidio*, es el acto de matarse, teniendo como finalidad la muerte.

1.1.1.4. Factores que inducen el suicidio

1.1.1.4.1. Sociológicos

Sue, Sue y Sue (1994) mencionan que hay descubrimientos que los índices de suicidio van cambiando por la ocupación, el tamaño de la ciudad, la ocupación, posición socioeconómica, edad, género, situación matrimonial y raza.

Por su parte, Durkheim (1982), refiere que uno de los factores que influye en la conducta suicida es la falta de lazos familiares o relaciones sociales importantes. El acto suicida es el resultado de la falta de integración de la persona en la sociedad, Mansilla (2010), pretende recoger los factores de riesgo que pueden aumentar el riesgo de cometer el acto suicida:

- La incidencia de suicidio en hombres es mayor que en mujeres, esta proporción se mantiene igual en todos los grupos de edad. Sin embargo, los intentos suicidas son más frecuentes en mujeres. Los hombres hacen uso de procedimientos violentos como lo son las armas de fuego y horca, en cambio las mujeres, tienden a realizarlo por sobredosis o la inmersión.

- Lora y León (como se citó en Mansilla, 2010), refieren que las tasas del suicidio aumentan con la edad, visible en la crisis de la media edad. En los hombres, se manifiesta la máxima incidencia a partir de los 45 años; en las mujeres la máxima incidencia se registra después de los 55 años. En adulto mayor la frecuencia de suicidios es menor, pero el éxito es mayor.
- Así mismo, mencionan que, la frecuencia de suicidios es mayor en hombres de raza blanca y es menor en hombres de raza negra y de origen hispano.
- Además mencionan que, la incidencia de suicidios es inferior en la religión católica, que en los protestantes y judíos.
- Por su parte, Teraiza y Meza (como se citó en Mansilla, 2010) refieren que es más alto el porcentaje de suicidio entre los solteros, divorciados y viudos que en los casados, el finalizar relaciones significativas ejerce un papel importante en la conducta suicida, la separación marital y el vivir solo aumenta el riesgo.
- Lora y León (como se citó en Mansilla, 2010), refieren también que cuanto más nivel social tenga una persona, aumenta el riesgo suicida; pero caer en la escala social aumenta el riesgo. Aumenta el riesgo en las personas desempleadas, probablemente mediado por la pobreza, privaciones sociales, dificultades domésticas y la desesperanza.
- Infieren también que en el área profesional, las ocupaciones como psiquiatría, oftalmología y anestesiología tienen un gran riesgo de suicidio. También los músicos, dentistas, agentes de policía y de seguros, por último los abogados.
- Por su parte, Teraiza y Meza (como se citó en Mansilla, 2010) refieren que aumenta el riesgo de suicidio en la migración con sus problemas, como lo es la vivienda deficiente, la falta de apoyo social y las expectativas insatisfechas.

1.1.1.4.2. Psicológicos

Sidley (como se citó en Mansilla, 2010), refiere que los tres trastornos psicológicos más destacados que se asocian con los intentos suicidas son: fracaso en la resolución de problemas interpersonales, altos niveles de desesperanza hacia el futuro y una mala regulación del afecto.

Sue, Sue y Sue (1994) refieren que muchas personas que se suicidan tienen alguno de los trastornos del DSM-IV, también aproximadamente el 15% de las personas que son diagnosticados con trastornos afectivos, esquizofrenia y abuso de sustancias intentan provocarse la muerte. Son recurrentes los suicidios bajo el consumo de alcohol, el alcohol puede reducir las inhibiciones que se relacionan con el temor a la muerte, facilitando llevar a cabo el acto suicida. Las necropsias psicológicas, han indicado que el acto suicida es provocado por diversas razones psicológicas, como lo son la vergüenza, la culpa la desesperanza, el dolor, el odio y la venganza.

1.1.1.4.3. Fisiológicos

Teraiza y Meza (como se citó en Mansilla, 2010), indicaron que las personas que cometen el acto suicida muestran un descenso en los niveles de serotonina en el cerebro, detectando así niveles bajos de un metabolito de serotonina, neurotransmisor que afecta los estados de ánimo y emociones. El 5HIAA (ácido 5 hidroxindoleacético) en el líquido cefalorraquídeo en personas con posible riesgo de suicidio.

1.1.1.5. Tipos de suicidio

1.1.1.5.1. Clasificación de Tello

Tello (2008), hace referencia que existen distintos suicidios, hay algunas personas que se quitan la vida con poco oscurecimiento de la voluntad, con una finalidad negativa y hay otras

personas que culminan con su vida teniendo su voluntad baja, con una finalidad de héroe. Plantea los siguientes tipos:

- El *narcisista*, es quien se mata por fama y para que hablen de él después de haber muerto. En este tipo se incluye quienes juegan ruleta rusa, para enseñar su machismo.
- El *jugador* a causa de su patología, hace que piense que una buena jugada lo convertirá rico y al no suceder se quita la vida (Monte Carlo y Las Vegas tiene un alto porcentaje de este tipo de suicidio).
- El *imitador* es la persona que es neurótica, se guía por sus emociones y en busca de su propia exaltación, busca el suicidio como un acto asombroso, merecedor de ser imitado.
- El *místico* son las personas que al no estar felices y gozosos en la tierra sino que están sufriendo, buscan quitarse la vida con el fin de regresar al principio originario de todas las cosas.
- El *culpable* se quita la vida con impulso, pudiera ser inconscientemente, buscando el perdón a través del sufrimiento.
- El *deprimido* es quien ve las situaciones inútiles, imposibles y sin salida, es muy probable que tenga algún trastorno de depresión.
- El *desahuciado* es la persona que se ve viejo, enfermo e inútil, busca quitarse la vida para evitarle problemas a su familia.

1.1.1.5.2. Clasificación de Durkheim

Durkheim (1982), refiere que existen cuatro tipos de suicidio:

- El *suicidio egoísta* resulta de problemas con integrarse en la sociedad, teniendo demasiada individualización; las personas no perciben ya la razón de vivir. Mantiene un sentimiento de tristeza pues no ve todo falso en el mundo, lo único que ve real es el individuo.
- El *suicidio altruista* Los individuos perciben que la razón de vivir está fuera de la misma vida. Mantiene un sentimiento de tristeza procedente de que la persona le parece destituido de toda realidad.
- El *suicidio anómico* son las personas que sufren ya que su actividad está desorganizada, teniendo una relación desequilibrada con la sociedad de manera dramática.

1.1.1.6. Incidencia de suicidio

1.1.1.6.1. Nivel mundial

La OMS (2017), refiere que aproximadamente 800,000 personas se suicidan en un año. Infiere también que por cada suicidio, aumenta el porcentaje de suicidios. El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. Aproximadamente el 75% de suicidios se da en países de ingresos bajos o medianos.

1.1.1.6.2. Nivel nacional

La Liga Guatemalteca de Higiene Mental, Escuela de Ciencias Psicológicas, USAC y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2003), refieren que se presenta dificultades en la búsqueda, recolección y sistematización de información, sobre todo en aquella que es de las

instituciones. La información que existe es precaria, desorganizada y dispersa. No hay registros claros, objetivos y sistemáticos, dificultando así analizar comparativamente el contabilizar el hecho del suicidio en Guatemala. En la mayoría, no existen datos, haciendo parecer que el problema de suicidio es algo que no sucede. Se comprobó que la mayoría de instituciones carecen de información o bien tienen la información en tal condición técnica que se hace imposible su manejo. En el Instituto Nacional de Estadística (INE), se presentó dificultad ya que no tipifican datos y no registran datos importantes como el sexo y la edad.

El suicidio es el acto en donde una persona se quita la vida, consciente de la acción que está realizando. Sucede a cualquier edad y en cualquier territorio. Existen distintos tipos de suicidio como lo es el de una persona narcisista quien culmina con su vida para volverse famoso; también sucede cuando personas juegan pensando que ganarán y al perder se quitan la vida; en ocasiones personas ven el suicidio como un acto asombroso que se debería de imitar; las personas que no están felices en la tierra creen que suicidándose regresarán al principio de todas las cosas; personas que buscan el perdón por medio del sufrimiento; personas con trastorno depresivo y por último las personas que se ven inútiles. El proceso inicia con la ideación del suicidio, siguiendo por la preparación del mismo y culmina en el acto de matarse.

1.1.2. Ideación suicida

1.1.2.1. Definición

Mansilla (2010), menciona que son aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las maneras deseadas de morir y los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir; son los pensamientos y planes que se tienen para llevar a cabo un acto suicida.

Además refiere que, existen tres niveles o categorías en la conducta suicida, el primero es la ideación suicida, el segundo la tentativa de suicidio y por último el suicidio.

Beck (como se citó en Mansilla, 2010) menciona que las ideas de suicidio nacen como una expresión extrema del deseo de escapar a problemas o situaciones que el individuo lo percibe como intolerable, insostenible e irresoluble.

1.1.2.2. Factores que inducen la ideación suicida

Arimani (2007), menciona que en el caso de los adultos prevalecen las actividades profesionales y económicas, las relaciones de pareja, la reputación comprometida por algún error por medio del comportamiento y por último el descubrimiento de enfermedades incurables. En el caso de los adolescentes y jóvenes, un factor importante es la familia, influencia de grupo de coetáneos, el contexto social, la influencia de los medios masivos y el rendimiento escolar; otra causa importante son las relativas con la personalidad, su concepción de la vida, la relación con su cuerpo, idea de la libertad y el sentido del trabajo.

1.1.2.3. Tipos de ideación suicida

Pérez, Guerra y Haranburu (2014), refieren que consisten en pensamientos de poner fin a la vida y puede presentarse de las siguientes maneras:

- Idea suicida sin un método específico: La persona tiene deseos de matarse pero no sabe cómo lo realizará.
- Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado: La persona expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo lo realizará responde: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo, etc.”.

- Idea suicida con un método específico no planificado: La persona desea suicidarse y elige un método para llevarlo a cabo, pero aún no ha pensado cuando lo va a ejecutar, en qué lugar, tampoco ha considerado las precauciones que debe tomar para no ser descubierto.
- El plan suicida o idea suicida planificada: La persona desea suicidarse, eligió un método, lugar y el momento para no ser descubierto.

1.1.2.4. Conductas de las personas con ideación suicida

De la Torre (2013), menciona que ciertas creencias y pensamientos se activan cuando las personas se exponen a situaciones estresantes, influenciados por la combinación de predisponentes biológicos y del aprendizaje, como también la historia del individuo. Cuando estas creencias y pensamientos son disfuncionales pueden generar emociones y comportamientos que se relacionan con el riesgo de suicidio. En ocasiones aparecen exigencias sobre comportarse o ser de una manera concreta que no se ajusta a cómo se percibe a uno mismo, también en situaciones existen percepciones de amenaza con excesivas valoraciones negativas y catastróficas sobre ciertas circunstancias y demandas. Cuando se unen las formas de pensar anteriormente mencionadas, se genera una gran desesperanza y visión negativa del futuro, aumentando la probabilidad de ideación suicida.

Así mismo refiere que en varias ocasiones las personas tratan de evitar algo que es aversivo o desagradable y, al no encontrar respuestas reforzantes, tienen una expectativa de acabar con su propio sufrimiento, con la indefensión o desesperación. Así mismo, algunas personas con ideación suicida tienen como expectativa lograr para otras personas consecuencias aversivas, debido a creencias de justicia, despecho o venganza o ya sea comunicando su dolor a los demás, con la

expectativa de lograr su atención y como consecuencia obtener un refuerzo. En otros casos las personas pueden esperar para sí mismos castigos o penas por su comportamiento.

1.1.2.5. Incidencia de ideación suicida

1.1.2.5.1. Nivel mundial

La OMS (2017), refieren que en todo el mundo es insuficiente la disponibilidad y calidad de los datos sobre los intentos suicidios. En algunos países es posible que la subnotificación y la clasificación errónea de casos es un problema más significativo en lo que respecta a la ideación suicida.

1.1.2.5.2. Nivel nacional

La Liga Guatemalteca de Higiene Mental, Escuela de Ciencias Psicológicas, USAC y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2003), mencionaron que existen grandes dificultades en la búsqueda, recolección y sistematización de información que respectan a la ideación suicida. Existe cierta información, pero esta es precaria, desorganizada y dispersa; no hay registros claros, objetivos y sistemáticos, causando una dificultad para analizar y contabilizar en porcentaje de ideación suicida en Guatemala.

La ideación suicida es la primera fase para llegar al suicidio, son pensamientos y planes que personas tienen para llevar a cabo el acto suicida. En adolescentes y jóvenes algunos factores que pueden inducir la ideación suicida son la familia, influencia de sus iguales, la sociedad, los medios, los estudios, personalidad, concepción de vida, aceptación de su físico y sentido de trabajo. Existen distintos tipos de ideación suicida, sin un método; con un método indeterminado; con método específico no planificado y por último el plan suicida.

II. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS (2017), estima que aproximadamente 800,000 personas se suicidan al año, representando una muerte cada 40 segundos y muchas más intentan hacerlo. En el año 2015 se calcula que el suicidio fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. El suicidio es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. Se puede prevenir por medio de intervenciones; pero para que las respuestas nacionales sean eficaces se necesita de una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral.

Así mismo en el año 2014, la OMS, realizó un informe mundial: Prevención del suicidio: un imperativo global, con el fin de sensibilizar a las personas sobre la importancia del suicidio como también la prevención y su alta prioridad en la agenda mundial de salud pública.

Marchiori (1993), hace referencia que el proceso psíquico que presenta un sujeto acerca del suicidio es el siguiente: La idea suicida, la preparación del suicidio y el suicidio.

En Guatemala no se cuentan con cifras específicas sobre el índice de la ideación suicida y el suicidio. La información que existe es precaria, desorganizada y dispersa; no hay registros claros, objetivos y sistemáticos. A causa de esto se dificulta el poder analizar y contabilizar en porcentaje de ideación suicida y suicidio en Guatemala.

Si se detectan las primeras dos fases (la ideación y la preparación) y se interviene se puede llegar a prevenir el acto final que es el suicidio.

Por consiguiente, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de ideación suicida en estudiantes universitarios de primer ingreso de la carrera de psicología clínica de las jornadas matutina y vespertina?

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de ideación suicida en estudiantes de primer ingreso de la carrera de psicología clínica.

2.1.2. Objetivos específico

- Describir la prevalencia de ideación suicida a través de los indicadores de la Escala de Ideación Suicida de Aaron Beck.
- Comparar la prevalencia de ideación suicida por sexo.
- Comparar la prevalencia de ideación suicida por edad.
- Comparar la prevalencia de ideación suicida por jornada.

2.2. Hipótesis:

2.2.1. Hipótesis general:

Hi: Existe prevalencia de ideación suicida en estudiantes de primer ingreso de la carrera de psicología clínica.

Ho: No existe prevalencia de ideación suicida en estudiantes de primer ingreso de la carrera de psicología clínica.

2.2.2. Hipótesis específicas:

Hi: Existe diferencia estadísticamente significativa a nivel de confianza de 0.05 en la prevalencia de ideación suicida entre el sexo masculino y sexo femenino.

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa a nivel de confianza de 0.05 en la prevalencia de ideación suicida entre masculino y femenino.

Hi: Existe diferencia estadísticamente significativa a nivel de confianza de 0.05 en la prevalencia de ideación suicida entre edades.

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa a nivel de confianza de 0.05 en la prevalencia de ideación suicida entre edades.

Hi: Existe diferencia estadísticamente significativa a nivel de confianza de 0.05 en la prevalencia de ideación suicida entre las jornadas matutina y vespertina.

Ho: No existe diferencia estadísticamente significativa a nivel de confianza de 0.05 en la prevalencia de ideación suicida entre las jornadas matutina y vespertina.

2.3. Variables

2.3.1. Variable dependiente: Prevalencia de ideación suicida

2.3.2. Variables independientes: Sexo, jornada y edad.

2.4. Definición de variables

2.4.1. Definición conceptual

- Ideación suicida: Pérez (2014) la define como el pensamiento de acabar con la propia existencia.
- Sexo: La United Nations Children's Fund (UNICEF, s.f.) menciona que son las características fisiológicas y sexuales, con las que nacen los individuos.
- Edad: La Real Academia Española (RAE, 2014) refiere que es el tiempo que ha vivido una persona.
- Jornada: Así mismo la RAE (2014), la define como un tiempo de duración del trabajo diario.

2.4.2. Definición operacional

- Ideación suicida: Son los resultados que se obtendrán de la Escala de Ideación Suicida de Aaron Beck, que mide la ideación suicida a través de los siguientes indicadores:
 - ✓ Las actitudes hacia la vida/muerte
 - ✓ Los pensamientos de suicidio
 - ✓ Los pensamientos acerca del intento
 - ✓ La actualización del intento

Respondida por los estudiantes universitarios de la carrera de psicología clínica de las jornadas matutina y vespertina.

- Sexo: Estudiantes universitarios de sexo masculino y sexo femenino.
- Edad: Edades comprendidas entre 17 y 25.

- Jornada: Matutina de lunes a viernes de 7:00 a 12:10 horas y vespertina de lunes a viernes de 17:30 a 21:00 horas.

2.5. Alcances y límites

En el presente estudio se estableció la prevalencia de ideación suicida; el grupo está constituido por hombres y mujeres de diferentes grupos etarios, condiciones económicas y culturales.

El estudio se limitó a los estudiantes universitarios de la carrera de Psicología Clínica de las jornadas matutina y vespertina. Los resultados no pueden generalizarse a otras poblaciones debido a la especificidad de los mismos.

2.6. Aportes

Brindar información sobre el estudio realizado, dando a conocer la prevalencia de ideación suicida en estudiantes universitarios de la carrera de Psicología Clínica de las jornadas matutina y vespertina. Además la Escala de Ideación Suicida proporcionó datos cuantitativos que dan mayor información a la base estadística de Guatemala.

Para la Facultad de Humanidades, la detección previa puede generar que se pueda actuar y prevenir actos suicidas.

Para los alumnos de la Universidad Rafael Landívar, como referencia para futuras investigaciones sobre la prevalencia de ideación suicida en estudiantes universitarios.

Además se brindará una infografía con datos sobre el suicidio, cómo maneras de prevención del mismo.

III. MÉTODO

3.1. Sujetos

El estudio se realizó con personas de sexo masculino y femenino, quienes son alumnos de primer ingreso de la carrera de psicología clínica de las jornadas matutina y vespertina, las edades son entre 17 y 30 años, su nivel socioeconómico oscila entre bajo y alto.

3.2. Instrumento

Se utilizó la Escala de Ideación Suicida, creada por Aaron Beck en 1979, del Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica 5ta. Edición. Su objetivo es cuantificar y evaluar la intención suicida, o el grado de intensidad con quien una persona ha pensado o piensa suicidarse. Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).

Su fiabilidad es por medio de una consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach) de 0.89-0.96 y una fiabilidad ínter examinador de 0.83.

En cuanto a su validez, existe una correlación del BBS con la Escala de Desesperanza de Beck (BDI): 0.25-0.75; y con la Escala para la evaluación de la Depresión de Hamilton (Ham-D):0.30.

La escala consta de cinco partes:

- Parte objetiva: Actitud ante la vida/muerte.
- Parte subjetiva: Pensamientos o deseos suicidas.
- Proyecto de intento de suicidio.

- Realización del intento proyectado.
- Antecedentes de intentos previos de suicidio (ítems 20 y 21).

El tiempo de administración aproximadamente es de 5 a 10 minutos.

Calificación: La puntuación se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 19 (los últimos no puntúan). Cada ítem se puntúa de 0-2 (0 ausente; 2= máxima intensidad de la ideación suicida). La puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems (el ítem 20 es de valor descriptivo). El rango de puntuación total es de 0 a 38. Una puntuación igual o mayor que 1, indica posible riesgo de suicidio, cuando se indica una mayor puntuación aumenta el riesgo de suicidio.

Interpretación: No existen puntos de corte propuestos; a mayor puntuación, mayor gravedad.

3.3. Procedimiento

- Se estableció, con la autorización debida de las autoridades de la facultad de Humanidades, las fechas y clases para la aplicación del Instrumento a los estudiantes.
- Se aplicó la Escala de Ideación Suicida de Aaron Beck, a los estudiantes de las jornadas matutina y vespertina.
- Se calificaron las escalas, así obtuvieron los punteos directos de prevalencia de la ideación suicida.
- Se analizaron los resultados, los porcentajes de la prevalencia de la ideación suicida en los estudiantes.
- Se elaboró la discusión de resultados.
- Se establecieron las conclusiones y recomendaciones, correspondientes.

- Se elaboró el informe final.
- Se realizó la infografía.

3.4. Tipo de estudio, Diseño y Metodología Estadística

Se realizó una investigación de tipo Ex post-facto, Bernardo y Caldero (como se citó en Cancela, Cea, Galindo y Valilla, 2010) quienes refieren que significa “después de hecho”, como primer paso se produce el hecho y después se analizan las posibles causas y consecuencias; no se modifica el fenómeno o situación objeto de análisis. También se define como una busca sistemática y empírica en donde el investigador no controla las variables independientes.

Así mismo se realizó un estudio descriptivo, ya que Cancela et al. (2010), mencionan que forman una opción de investigación cuantitativa donde se describen cuidadosamente fenómenos, además proporcionan hechos y datos que preparan el camino para la configuración de nuevas teorías o investigaciones. Se utilizó la estadística descriptiva, realizando análisis de datos por medio de diferencia estadística, desviación estándar, media y análisis de varianza, utilizando Excel 2013, donde se evidenció la presencia de ideaciones suicidas por sexo, edad y jornada; así mismo se utilizó Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para calcular T de Student y ANOVA.

IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la investigación cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de ideación suicida de los estudiantes de sexo masculino y femenino, de primer ingreso de la carrera de Psicología Clínica de las jornadas matutina y vespertina. Se aplicó la Escala de Ideación Suicida de Aaron Beck que está elaborada con el objetivo de cuantificar y evaluar la intención suicida, o el grado de intensidad con quien una persona ha pensado o piensa suicidarse. Los puntos de la escala establecen que una puntuación igual o mayor que 1, refleja un posible riesgo suicida; por consiguiente, entre mayor es la puntuación aumenta el riesgo suicida.

La tabla No.1 presenta los resultados de la escala divididos en parámetros por puntaje obtenido. Es importante reconocer que la escala no presenta puntos de corte propuestos. Sin embargo, en la presente investigación si se presentarán, con el fin de mayor comprensión.

Tabla No. 1 Clasificación de riesgo por punteo

No.	Punteo	Interpretación
1	0	Sin riesgo
2	1 – 10	Leve
3	11 – 20	Moderado
4	21 – 30	Grave
5	31 – 38	Severo

(Recuperada de: Ortiz, G. (2013))

A continuación se presentan los resultados con tablas numeradas y gráficas, seguidas de una breve explicación.

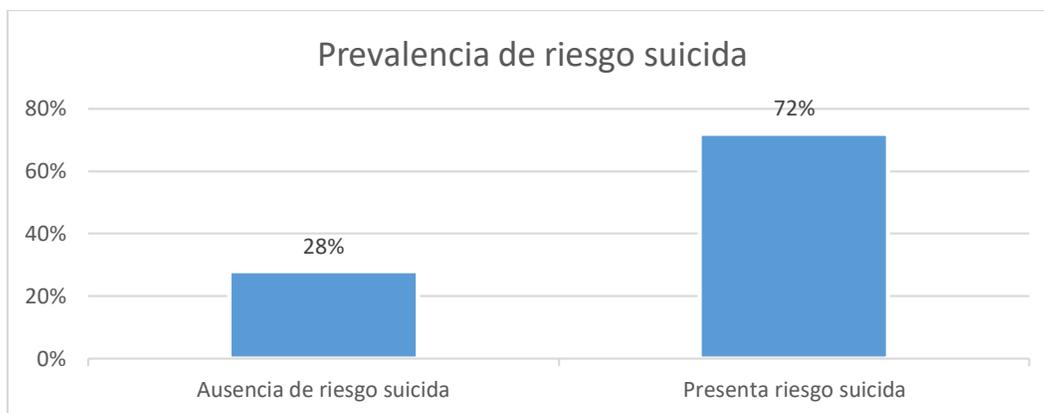
4.1 Resultados cualitativos

Con respecto a la prevalencia de ideación suicida en estudiantes de primer ingreso de la carrera de psicología clínica los resultados indicaron lo siguiente.

Tabla No. 2 Prevalencia de ideación suicida

Intervalo de punteo	Sujetos	Porcentaje
0	10	28%
1 – 10	15	42%
11 – 20	6	17%
21 – 30	5	13%
31 – 38	0	0%

Gráfica No. 1 Prevalencia de riesgo suicida de la muestra general



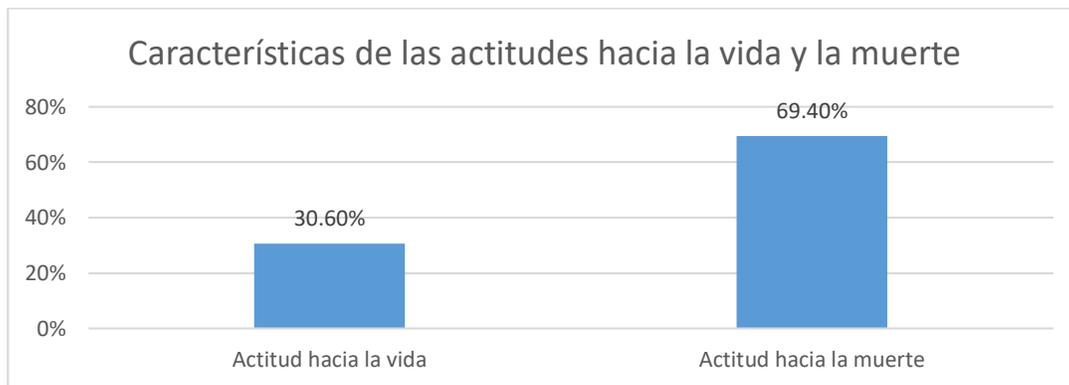
En la tabla No. 2 y gráfica No. 1, los resultados indicaron que el 28% de los sujetos no presentan indicadores de riesgo suicida, el 42% de sujetos muestran una leve ideación suicida, el 17% de personas exhiben una moderada ideación suicida, 13% de sujetos tienen una grave ideación

suicida y ningún sujeto presentó tener rasgos severos. Esto indica que, de la muestra evaluada un 28% de los estudiantes evaluados no presentan riesgo suicida, y el 72% de los sujetos presentó tendencias de riesgo suicida (Gráfica No. 1). Esto muestra que hay una alta prevalencia de ideación suicida en los estudiantes de primer ingreso de la carrera de Psicología Clínica.

Tabla No. 3 Características de las actitudes hacia la vida y la muerte

Intervalo de punteo	Sujetos	Porcentaje
0	11	30.6%
1 – 10	25	69.4%
11 – 20	0	0%
21 – 30	0	0%
31 – 38	0	0%

Gráfica No. 2 Características de las actitudes hacia la vida y la muerte



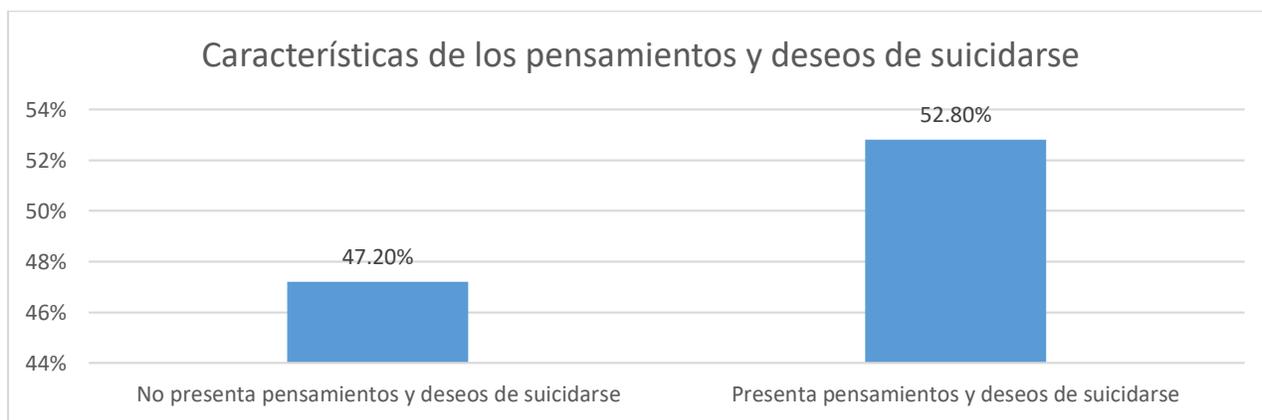
La tabla No. 3 y gráfica No.2, muestran que el 30.6% de los sujetos, presentan una actitud hacia la vida y el 69.4% de la muestra presenta una actitud hacia la muerte. Esto representa que,

el 69.4% ha experimentado en algún momento de su vida, deseos de morir, deseo de realizar un intento de suicidio activo o pasivo.

Tabla No. 4 Características de los pensamientos y deseos de suicidarse

Intervalo de punteo	Sujetos	Porcentaje
0	17	47.2%
1 – 10	19	52.8%
11 – 20	0	0%
21 – 30	0	0%
31 – 38	0	0%

Gráfica No. 3 Características de los pensamientos y deseos de suicidarse

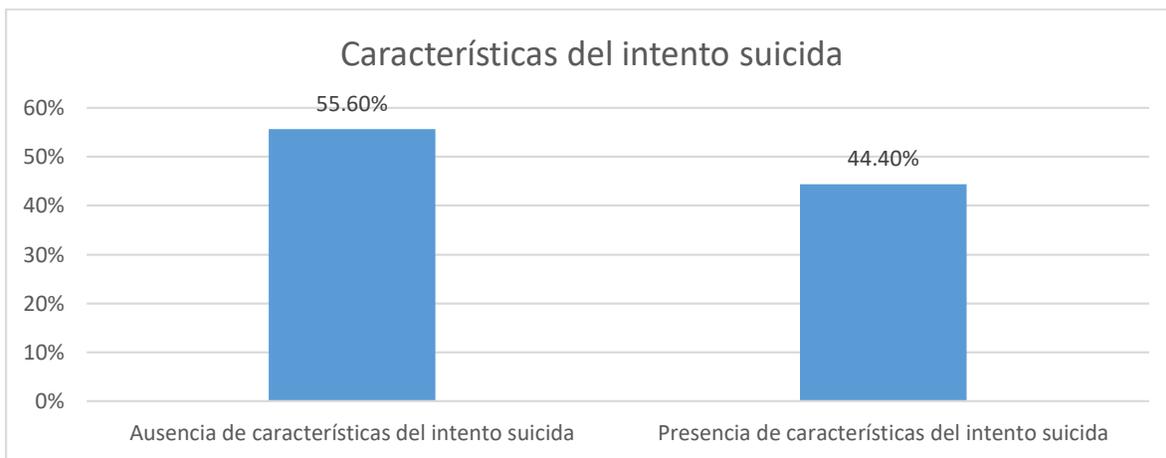


En la tabla No. 4, se observa, el indicador sobre las características de los pensamientos y deseos de suicidarse; el 47.2% de la muestra no presenta pensamientos y deseos de suicidarse. El 52.8% de los sujetos ha tenido pensamientos o deseos de suicidarse. En la gráfica no.3 se puede observar el incremento del pensamiento y deseo de suicidarse en la muestra.

Tabla No. 5 Características del intento suicida

Intervalo de punteo	Sujetos	Porcentaje
0	20	55.6%
1 – 10	16	44.4%
11 – 20	0	0%
21 – 30	0	0%
31 – 38	0	0%

Gráfica No. 4 Características del intento suicida

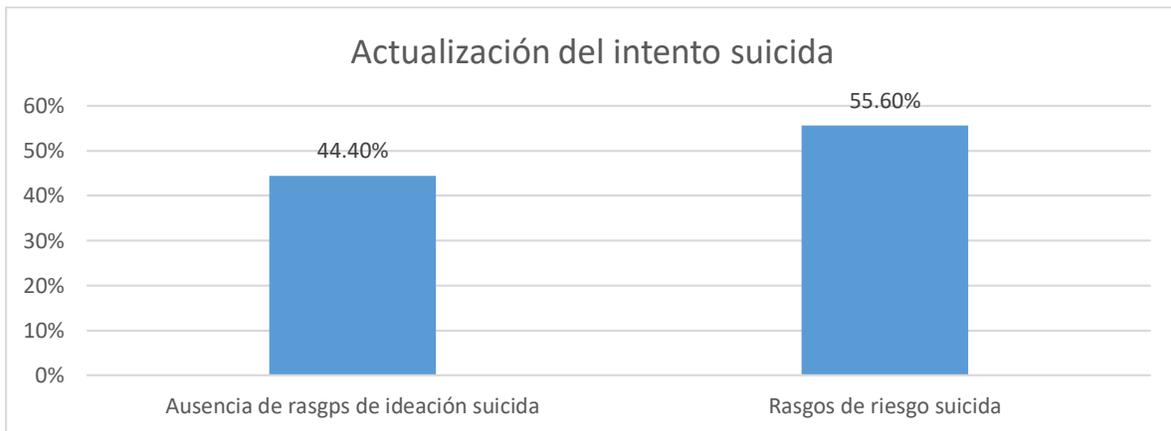


La tabla No. 5 y la gráfica No. 4, se muestran los resultados del indicador denominado Características del intento suicida. Este se refiere a la oportunidad que se ha tenido para pensar en el intento, la capacidad para llevar a cabo el intento y la anticipación del intento. Se puede observar que el 44.4% de los sujetos presentó estas características de manera concreta y el 55.6% de la muestra presenta ausencia de estas características.

Tabla No. 6 Actualización del intento suicida

Intervalo de punteo	Sujetos	Porcentaje
0	16	44.4%
1 – 10	20	55.6%
11 – 20	0	0%
21 – 30	0	0%
31 – 38	0	0%

Gráfica No. 5 Actualización del intento suicida



Se puede observar en la Tabla No. 6 y la gráfica No.4, el indicador actualización del intento suicida. El 55.6% de la muestra presenta rasgos de que ha intentado suicidarse; es decir que ha existido alguna de las siguientes actitudes, una preparación real, una nota suicida o un intento de suicidio. El 44.4% muestra ausencia de intento suicida.

A través de las tablas y gráficas previamente presentadas, se puede inferir que los sujetos de la muestra el 72% presenta posible riesgo suicida; al observar la prevalencia de ideación suicida

a través de los indicadores de la Escala de Ideación Suicida de Aaron Beck, se puede deducir que de acuerdo a los resultados obtenidos en cada indicador lo más alto fue una tendencia leve al riesgo suicida.

4.2 Resultados cuantitativos

A continuación, se presenta la prueba de hipótesis, haciendo comparación de prevalencia de ideación suicida por sexo, jornadas y edades

4.2.1. Prueba de hipótesis por sexo:

Tabla No. 7 Prueba T Estadísticas de grupo

Sexo	Media	Desviación Estándar
Masculino	2.0000	.0000
Femenino	1.7059	.46250

Tabla No. 8 Prueba T Prueba de muestras independientes

Prueba t para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
No se asumen varianzas iguales	3.708	33.00	.001	.29412	.13274	.45549

En las tablas No. 7 y No. 8, se puede observar que el nivel de significancia es de .001, siendo menor a 0.05, infiriendo con un 95% de probabilidad, que existe una diferencia del valor por debajo de 0.05 de las medias, aunque las muestras son dispares, sí se observa diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de ideación suicida entre el sexo masculino y femenino. Por consiguiente se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

4.2.2. Prueba de hipótesis por jornada:

Tabla No. 9 Prueba T Estadísticas de grupo

Jornada	Media	Desviación Estándar
Matutina	1.7778	.10083
Vespertina	1.6667	.11433

Tabla No. 10 Prueba T Prueba de muestras independientes

Prueba t para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Se asumen varianzas iguales	.729	34	.471	.11111	-.19269	.42091s

Las tabla No. 09 y No. 10, muestran el punteo de significancia fue .471, siendo mayor a .05; infiriendo que con un 95 % de confianza no existe diferencia estadísticamente significativa en

la prevalencia de ideación suicida entre las jornadas matutina y vespertina. Por tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

4.2.3. Prueba de hipótesis por edades:

Tabla No. 11 ANOVA Comparación entre edades

	Suma de cuadros	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	.752	3	.251	1.240	.311
Dentro de grupos	6.470	32	.202		
Total	7.222	35			

En la tabla No. 11 se pueden observar que los datos de esta investigación evidenciaron un puntaje .311 de significancia, indicando que no hay diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de ideación suicida entre edades. Por las razones antes mencionadas, se infiere que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Posterior de haber realizado las tablas y gráficas, como también, el realizar un análisis de cada una, se concluye que, sí existe diferencia estadísticamente significativa en la muestra, al comparar el sexo masculino y el sexo femenino. Sin embargo, en las variables jornada de estudio y edades de la muestra, no se evidenció una diferencia estadísticamente significativa. Existe una prevalencia leve de ideación suicida, en un 72% de la muestra de los estudiantes universitarios de primer ingreso de la carrera de Psicología Clínica de la jornada matutina y vespertina.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de ideación suicida en estudiantes de primer ingreso de la carrera de Psicología Clínica. Dicho tema se ha investigado tanto a nivel nacional como internacional desde diversos aspectos. A nivel nacional, Ortiz (2013), elaboró una investigación con el objetivo de determinar la incidencia de la ideación suicida en estudiantes de quinto y sexto Primaria, secciones A, B y C, jornada matutina y vespertina, de la Escuela Dr. Víctor Manuel Asturias Castañeda. Así mismo, Mazariegos, et al (2014), realizaron un estudio descriptivo transversal sobre la existencia y caracterización de la intencionalidad suicida. A nivel internacional, este tema también ha sido trabajado por distintos investigadores. Entre estos, Alcántara (2002), quien realizó una investigación con el objetivo de analizar la prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes y analizar el intento suicida y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar.

En esta investigación la muestra estuvo conformada por estudiantes de primer ingreso de la carrera de Psicología Clínica, de sexo femenino y masculino, de 17 a 30 años que acudían a las jornadas matutina y vespertina. Con respecto al tema del suicidio, la OMS (2017) refiere que este es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años, convirtiéndose así en un problema mundial de la salud mental. Guzmán (2012), investigó el nivel de riesgo suicida en 80 pacientes con VIH/SIDA, como resultado obtuvo que el 13% de los pacientes se encuentra en un rango elevado de suicidio y comprobó que el género más vulnerable al suicidio son las mujeres con un 60%. Los resultados de la presente investigación indican que sí existe una prevalencia leve de ideación suicida, es decir que un 72% de la muestra estudiada obtuvo rasgos leves. Estos hallazgos no coinciden con los de Guzmán. Es posible inferir que la diferencia entre las muestras, una con VIH/SIDA, se convierta en un desencadenante de las ideas suicidas.

Así mismo, Pisquiy (2013), estudió el rango de ideación suicida en 60 mujeres, de 15 a 65 años, víctimas de violencia doméstica de la Asociación Nuevos Horizontes de la ciudad de Quetzaltenango; el autor concluyó que un 67% de la muestra presenta ideación suicida. Los resultados del estudio coinciden con los de la presente investigación, ya que el 72% de la muestra presentó posible riesgo de ideación suicida.

En la misma línea, Ortiz (2013), realizó un estudio para determinar la incidencia de ideación suicida en 189 estudiantes de Quinto y Sexto Primaria, jornada matutina y vespertina, de ambos sexos, de la Escuela Dr. Víctor Manuel Asturias Castañeda. El autor concluyó que sí existe ideación suicida en la muestra; dicho estudio se relaciona con la presente investigación. Ambas investigaciones se relacionan, ya que se tuvo como resultado que sí existe prevalencia de ideación suicida en las muestras.

Sánchez, Cáceres y Gómez (2002), realizaron una investigación sobre la ideación suicida en estudiantes adolescentes, con el objetivo de estudiar su prevalencia y factores asociados; en una población de estudiantes universitarios menores de 18 años. Los resultados que obtuvieron indican que el 4.45% de la población presenta ideación suicida, en relación a el intento de suicidio fue más frecuentes en mujeres, descubrieron que el maltrato infantil se relacionaba con trastornos psiquiátricos y con ideación suicida; estos datos no coinciden con los hallazgos de este estudio, ya que el porcentaje de prevalencia de ideación suicida es mayor en la presente investigación, como resultado se obtuvo que el 72% del grupo de jóvenes evaluados, presentan posible riesgo de ideación suicida.

Por su parte, Micin y Bagladi (2011), desarrollaron un estudio sobre la salud mental en estudiantes universitarios. Se enfocaron en describir la incidencia de la psicopatología y los antecedentes de conductas suicidas en población que acude a un servicio de salud estudiantil; su

muestra fueron 460 estudiantes universitarios que recibieron atención psicológica y/o psiquiátrica. Los resultados indicaron que determinaron que un 84.4% de la muestra no ha presentado ideación o conducta suicida. Compara con tus resultados.

Para efectos de estudio, en el presente estudio, se analizaron los cuatro indicadores, de la Escala de Ideación Suicida de Aaron Beck. En el indicador “Características de las actitudes hacia la vida y la muerte”, el 30.6% de los sujetos, presentan una actitud hacia la vida y el 69.4% de la muestra presenta una actitud hacia la muerte, experimentado en algún momento de su vida, deseo de realizar un intento de suicidio activo o pasivo. En el indicador “Características de los pensamientos y los deseos de suicidarse”, se obtuvo como resultado que el 52.8% de los sujetos ha tenido pensamientos o deseos de suicidarse. En el indicador “Características del intento suicida”, el 44.4% de los sujetos presentó estas características de manera concreta, habiendo tenido para pensamientos sobre el intento, la capacidad para llevar a cabo el intento y la anticipación del intento. Por último, en el indicador “Actualización del intento suicida”, el 55.6% de la muestra presentó rasgos de que ha intentado suicidarse; es decir que ha existido, una preparación real, una nota suicida o un intento de suicidio

Uno de los objetivos específicos de este estudio fue comparar la prevalencia de ideación suicida de la muestra por sexo. Mansilla (2010), refiere que la incidencia de suicidio es mayor en hombres que en las mujeres, en todos los grupos de edad, sin embargo, los intentos suicidas son más frecuentes en mujeres. Así mismo, Ortiz (2013), realizó una investigación, en donde concluyó que el 55% del sexo femenino y el 62% del sexo masculino, presentaron ideación de riesgo suicida leve. Los resultados de la presente investigación no coinciden con los estudios anteriormente mencionados, ya que el sexo con mayor prevalencia de ideación suicida fue el femenino.

Por otro lado, Guzmán (2012), en el estudio que realizó, concluyó que el sexo más vulnerable al suicidio es el femenino con un 60%. Estos datos concuerda con los encontrados en la presente investigación, ya que, en la muestra estudiada, fue el sexo femenino fue quien puntuó con mayor prevalencia de ideación suicida. En el mismo tema, Sánchez, Cáceres y Gómez (2002), concluyeron en el estudio que realizaron, que la ideación suicida como el intento de suicido es más frecuente en mujeres. Micin y Bagladi (2011), determinaron, que la distribución por sexo es semejante, con un 42% masculino y levemente superior para femenino (58%); a diferencia la presente investigación, aunque las muestras no son homogéneas, sí se observa diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de ideación suicida entre el sexo masculino y femenino.

Otro elemento de estudio, fue comparar la incidencia de ideación suicida por edad. La OMS (2017), refiere que en el año 2012 fue la segunda causa mundial principal de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Lora y León (como se citó en Mansilla, 2010), refieren que las tasas de suicidio aumentan con la edad. En contraste, en la presente investigación, se obtuvo como resultado, que no hay diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de ideación suicida entre edades.

En cuanto a, comparar la prevalencia de ideación suicida por jornada. En el presente estudio, se concluyó que no existe diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de ideación suicida entre las jornadas matutina y vespertina. En conclusión, se puede observar que la incidencia de la ideación suicida varía de acuerdo a las muestras con la que se elabore el estudio, debido a características específicas como trastornos mentales o diversas patologías con las que puedan estar diagnosticadas. Los datos evidencian cierta vulnerabilidad de las personas con sexo femenino, aunque en el caso de los estudiantes de primer ingreso, esta es leve.

VI. CONCLUSIONES

1. Existe una prevalencia leve de ideación suicida, en un 72% de la muestra de los estudiantes universitarios de primer ingreso de la carrera de Psicología Clínica de la jornada matutina y vespertina.
2. Existe diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de ideación suicida entre el sexo masculino y femenino.
3. No existe diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de ideación suicida entre las jornadas matutina y vespertina.
4. No hay diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de ideación suicida entre edades.
5. El grado de ideación suicida prevalente en la muestra fue, el 42% presentó un leve riesgo de ideación suicida, un 17% muestra un moderado riesgo suicida, el 13% presenta un grave riesgo suicida y el 28% de la muestra no presenta riesgo suicida.

VII. RECOMENDACIONES

1. A la Universidad Rafael Landívar, implementar programas preventivos, teniendo como objetivo, detectar tempranamente aspectos relacionados con la ideación suicida en estudiantes, con el fin de proteger la vida de los mismos, y así evitar el incremento de suicidio.
2. Se recomienda desarrollar talleres para determinar los signos de ideación suicida en el personal docente de la universidad.
3. Que el departamento de Investigación de la Universidad Rafael Landívar, realice más investigaciones sobre prevalencia de ideación suicida, con el fin de obtener un dato estadístico real sobre la población y así generar estrategias para poder prevenir el suicidio en estudiantes.
4. A las Universidades funcionales, en el área de Humanidades, específicamente Psicología Clínica, puedan contribuir con practicantes para la formación y práctica tanto individual como grupal, enfocados en autoayuda para personas con ideaciones suicidas.
5. Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, implemente y fomente el Programa de Acción Mundial en Salud Mental (mhGAP) de la OMS, ya que la prevención del suicidio requiere la intervención de sectores distintos.

6. Que el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), organice y tenga registros claros, objetivos y sistemáticos, además tipificar y registrar datos importantes como el sexo y la edad, para así, poder analizar y contabilizar el porcentaje de ideación suicida y suicidio en Guatemala.

VIII. REFERENCIAS

- Alcántara, M. (2002). *Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar*. (Tesis de licenciatura inédita). México. Recuperado de: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_isabel_alcantar.pdf
- Arimani, M. (2007). *Introducción a la bioética* (1 ed.). Bogotá, Colombia: San Pablo
- Barrientos, A. (2016). *Percepción acerca del suicidio de los adolescentes de cuarto, quinto y sexto bachillerato del Instituto Industrial Albert Einstein*. (Tesis de posgrado). Recuperada de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/05/67/Barrientos-Alejandra.pdf>
- Cancela, R., Cea, N., Galindo, G. y Valilla, S. (2010). *Metodología de la investigación educativa: Investigación Ex Post Facto*. Universidad Autónoma de Madrid. España. Recuperado de: https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/EX-POST-FACTO_Trabajo.pdf
- De la Fuente, R. y Heinze, G. (2014). *Salud mental y medicina psicológica* (2 ed.). México: McGraw – Hill
- De la Torre, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Madrid, España: Centro de Psicología aplicada
- Durkheim, E. (1982). *El suicidio*. España: Akal
- Gradillas, V. (1998). *Psicopatología Descriptiva*. España: Ediciones pirámides, S.A.

- Guzmán, P. (2012). *Riesgo suicida en pacientes con VIH/SIDA (estudio realizado en el Hospital Rodolfo Robles de Quetzaltenango)*. (Tesis de licenciatura inédita). Recuperada de: <http://200.38.75.90:8980/Tesis/2012/05/42/Guzman-Pamela.pdf>
- Liga Guatemalteca de Higiene Mental, Escuela de Ciencias Psicológicas, USAC. Y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2003). *Suicidio de Jóvenes*. Guatemala: Delegado Impresos y Cía. Ltda.
- Mansilla, F. (2010). *Suicidio y prevención*. Palma de Mallorca, Isla de Mallorca, España: Intersalud
- Marchiori, H. (1993). *Criminología del suicidio*. Córdoba, Argentina: Marcos Lerner Editora Córdoba
- Mazariegos, E., Arriola, C., Vides, R., Ortiz, N., Gutiérrez, E., Riviera, R., y Lee, J. (2014). *Intencionalidad suicida en pubertad y adolescencia*. Recuperado de: http://cunori.edu.gt/descargas/Abstract_Intencionalidad_suicida_en_la_pubertad_y_adolescencia.pdf
- Micin y Bagladi (2011). *Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil*. *Revista SciELO, Terapia Psicológica Vol.29, Nª 1, 53-64*. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100006&script=sci_arttext
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Suicidio*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

- Ortiz, E. (2013). Incidencia de la Ideación Suicida en Estudiantes de Quinto y Sexto Primaria, Secciones A y B, de la Escuela Dr. Víctor Manuel Asturias Castañeda (Tesis de licenciatura inédita). Recuperada de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/42/Ortiz-Gabriela.pdf>
- Pérez, B., Guerra, J. y Haranburu M. (2014). Prevención del suicidio. *Consideraciones para la sociedad y técnicas para emergencias*. España: Euskal Herriko Unibertsitatea
- Pisquiy, E. (2013). Ideación suicida en mujeres víctimas de violencia doméstica” (estudio realizado en la asociación nuevos horizontes) (Tesis de licenciatura inédita). Recuperada de: <http://bibliod.url.edu.gt/Tesis/2013/05/42/Pisquiy-Estefana.pdf>
- Real Academia Española (2014). Diccionario de la lengua española (23^a. ed.)Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
- Rivas, V. (1991). El intento de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes: sus causas y motivaciones (tesis de maestría). México. Recuperado de: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080070863.PDF>
- Sánchez, R., Cáceres, H. y Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Revista Biomédica*, 22, 407-416. Recuperado de: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1189>
- Sue, D., Sue, D. y Sue, S. (1994). *Comportamiento anormal (4 ed.)*. México: Mcgraw-hill
- Tello, F. (2008). *Medicina Forense (2 ed.)*. México: Oxford
- Tozzini, C. (1969). *El suicidio*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Depalma.
- United Nations Children's Fund (s.f.). Aplicando Género Recuperado de: https://www.unicef.org/honduras/Aplicando_genero_agua_saneamiento.pdf

Villalobos, F. (2009). *Ideación suicida en jóvenes: Formulación, validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior* (Tesis de doctorado). Recuperado de: <https://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>

ANEXOS



Día Internacional del Suicidio

10 de Septiembre



800 MIL PERSONAS

Mueren a nivel mundial por causa del Suicidio

ESTO SIGNIFICA QUE...



1 persona muere cada 40 segundos



El Suicidio es...

La segunda causa de muerte en personas entre 15 y 29 años

Prevención y Control



La clave es adoptar un enfoque multisectorial integral

La mayoría de los países no ha establecido una estrategia nacional de prevención al suicidio

Medidas Preventivas

- Restringiendo el acceso a los medios utilizados
- Introducir políticas sobre consumo de alcohol
- Identificación y tratamiento temprano
- Información responsable en los medios
- Seguimiento y apoyo de la sociedad

Línea telefónica de prevención e intervención del suicidio
5392-5953