



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

“Desesperanza e ideación suicida en pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote.”

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

AUTOR:

CONDE CAMPANA, Pamela Katú

ASESOR:

Dr. NOÉ GRIJALVA, Hugo Martín

Lic. RODRIGUEZ VILLENA, Luis

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

NUEVO CHIMBOTE – PERÚ

2016

PÁGINA DEL JURADO

Dr. Hugo Martín Noé Grijalva
Presidente

Lic. Carlos Rodríguez Villena
Vocal

Mg. Gino Reyes

DEDICATORIA

A mis padres.
En ellos encuentro absoluta e irrevocablemente todo.
Ojalá fueran eternos.

“La raza humana se encuentra en la mejor situación cuando posee el más
alto grado de libertad”

Dante Alighieri.

“Los hombres a veces compensan con ira lo que desean con la razón”

William R. Alger.

AGRADECIMIENTO

A los pacientes involucrados en este estudio, por su sinceridad y pronta superación de esta etapa.

A mis primeros asesores y docentes, que me inculcaron la investigación y ahondaron en mí el interés en los problemas psicosociales como medida preventiva.

Pamela Conde Campana

DECLARATORÍA DE AUTENTICIDAD

Yo, Pamela Conde Campana con DNI N° 47267813, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Chimbote, septiembre del 2016.

Pamela Conde Campana

PRESENTACIÓN

Señores miembros de Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada “Desesperanza e ideación suicida en pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote, 2016”, con la finalidad de determinar la relación entre desesperanza e ideación suicida en los pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote, en cumplimiento del reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Título Profesional de licenciada en psicología.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

La Autora.

ÍNDICE

PÁGINA DEL JURADO	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	V
DECLARATORÍA DE AUTENTICIDAD	VI
PRESENTACIÓN	VII
ÍNDICE	VIII
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1. Realidad Problemática.....	12
1.2. Trabajos previos	14
1.3. Teorías relacionadas al tema	17
1.4. Formulación del problema.....	21
1.5. Justificación del estudio.....	21
1.6. Hipótesis.	22
1.7. Objetivos.	23
II. MÉTODO	23
2.1. Diseño de investigación.....	23
2.2. Variables, operacionalización	24
2.2.1. Variables	24
2.2.2. Operacionalización de las variables	24
2.3. Población y Muestra.....	26
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	26
2.5. Métodos de análisis de datos	28
2.6. Aspectos éticos.....	29
III. RESULTADOS	30
IV. DISCUSIÓN	41
V. CONCLUSIONES	45
VI. RECOMENDACIONES	47
VII. REFERENCIAS	49
ANEXOS	57

ÍNDICE DE TABLAS

III. RESULTADOS	30
Tabla 2	30
Tabla 3	31
Tabla 4	31
Tabla 5	32
Tabla 6	32
Tabla 7	33
Tabla 8	34
Tabla 9	35
Tabla 10.....	36
Tabla 11.....	37
Tabla 12.....	38
Tabla 13.....	39
Tabla 14.....	40
Tabla 1	57
Tabla 15.....	58
Tabla 16.....	58

RESUMEN

El presente estudio tiene como fin identificar la relación entre las variables de desesperanza e ideación suicida en pacientes derivados al servicio de psiquiatría de un hospital de Chimbote. La investigación fue de diseño no experimental, de tipo correlacional, de corte transversal, orientada a determinar el grado de relación entre las variables, donde se tuvo como muestra a 97 pacientes de un hospital de Chimbote; el instrumento utilizado para el trabajo descrito fue la Escala de Desesperanza de Beck (EDB), adaptada por Aliaga et. al. (2006), y la Escala de Ideación Suicida de Beck (EIS), adaptada por Eugenio y Zelada (2011). Para la obtención de los resultados se utilizó frecuencias, porcentajes para describir las características de la variable y el coeficiente de fiabilidad de Cronbach para obtener la validez interna de la escala aplicada. Para el análisis de la relación entre ambas variables se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, donde se encontró una relación de 0,44 evidenciando que no existe relación entre ambas variables pero se resaltó la correlación entre algunas de las dimensiones de ambas pruebas; presentando así el 74.2% de la población estudiada un nivel alto de desesperanza y el 75.3%, ideación suicida.

Palabras clave: Desesperanza, ideación suicida, pacientes, psiquiatría.

ABSTRACT

This study seeks to identify the relationship between the variables in derivatives patients in the service of psychiatry at a hospital in Chimbote. The research was non experimental, correlational, cross-sectional study, is focused on define the relationship between variables, the sample was 97 patients from a hospital in Chimbote; the instrument used for the work described was the Hopelessness Scale Beck (EDB), adapted by Aliaga *et. Al.* (2006), and the Scale of Suicide Ideation Beck (EIS), adapted by Eugenio y Zelada (2011). The frequencies were used to obtain the results, percentages to describe the characteristics of the variable and the reliability coefficient of Cronbach for the internal validity of the scale applied. For the analysis of the relationship between both variables, the investigation used the Pearson correlation coefficient, wherein a ratio of 0.44 showing that there is no relationship between the two variables but the correlation between some of the dimensions of both tests was highlighted was found was used; presenting 74.2% of the study population a high level of hopelessness and 75.3%, suicidal ideation .

Keywords: Hopelessness, suicidal ideation, patients, psychiatry.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

El desarrollo del contexto actual, entre sus variados beneficios, también nos muestra otra cara de la moneda evidenciando una realidad plagada de violencia, necesidades disfrazadas, limitaciones del medio, etc. que desarrolla sentimientos de desesperanza y reducen o desaparecen la capacidad de afrontar a situaciones estresantes; esto conlleva a un medio común y falsamente más sencillo de aminorar los problemas, encontrando en autolesiones, ideación y/o conducta suicida un refugio ante la indefensión generada.

Es así que el suicidio es considerado como una complicación que afecta la salud pública de todo el mundo y está considerada dentro del decálogo de los principales causales de muerte, con un promedio de 16 por cada 100.000 habitantes; ocurriendo aproximadamente cada 40 segundos, entre personas con edades entre los 15 y 45 años. Asimismo, las probabilidades muestran que se da una muerte cada 20 intentos fallidos. Para el 2012 se concluyó que para dentro de 5 años la cifra se elevará en un 50% de casos a nivel mundial. (WHO, World Health Organization, 2012)

En Estados Unidos, se evidenció que entre los años 2001 y 2009 se presentaron alrededor de 33.000 muertes por suicidio, siendo aproximadamente una cada 15 minutos; además, “La Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud” reveló que alrededor de unos ocho millones de personas en edad adulta presentaron pensamientos suicidas de elevada importancia durante el año 2011. (HHS, The Health and Human Services, 2011)

Dentro de Latinoamérica, en lo que respecta a Colombia, el suicidio también se ha vuelto una complicación para el bienestar público. En el 2013, el suplemento de prensa del informe Forensis (2014), ultimó que el suicidio es considerado “la cuarta causa de muerte violenta en dicho país, con una tasa de 3.84 por cada cien mil

habitantes con 1811 casos”; anteponiéndose homicidios y diversos tipos de accidentes, incluidos los de tránsito.

Además, Paz (2013) refiere que la tasa más alta de depresión en el mundo se encuentra en Chile. En la “Encuesta Nacional de Salud” del año 2013 se descubrió que 2 de cada 10 chilenos registran algún grado de incapacidad funcional debido a síntomas depresivos. De acuerdo con las estadísticas internacionales, comparando la situación de Chile frente a países donde se planteó la misma problemática, el porcentaje aumento en 4 veces más su prevalencia de sintomatología depresiva en los habitantes chilenos adultos que en la demás población del mundo.

En los países conformados por la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) el suicidio en niños y adolescentes se mantiene estable o presenta ligeras disminuciones, siendo Chile y Corea del Sur las únicas naciones donde el suicidio va en aumento.

Observando la realidad peruana, un reconocido estudio realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” (2005) en adolescentes cajamarquinos analizó la salud mental de la población de la sierra peruana en el año 2003. En la investigación se halló que un 26.2% de los adolescentes que participaron ha tenido deseos suicidas en algún momento de su vida, un 13.9% durante el último año y un 5.8% durante el último mes. En lo referente a la conducta suicida de los participantes, siendo esta seria y alarmante, el 2.2% de la población adolescente registró por lo menos una tentativa suicida en lo que llevan de vida, donde el 1.8% lo habría intentado en el último año; el grupo etario más afectado son los fluctuantes ente 15 a 17 años. Por otra parte, la tercera parte de los adolescentes que registraron intentos de autolesiones, tiene aún a dicha conducta como una alternativa a la solución de sus conflictos. En la clasificación de los motivos de ideación o intención suicida, predominan los conflictos familiares (51.6% y 65.1% respectivamente); luego, los problemas por separación de un miembro cercano, salud familiar y vivencias traumáticas pasadas; siendo los más afectados por ésta

última los adolescentes entre 15 y 17 años (11.3%). El problema más resaltante entre los 12 y 14 son los relacionados con problemas escolares.

Entrando al plano local, el estudio realizado por el Hospital La Caleta – Distrito de Chimbote a cargo de la Dra. Giselle Guadalupe Zúñiga Príncipe, llamado “Intentos de suicidios se halla dentro de los tres principales causales de muerte a nivel mundial” realizado en el 2010, los resultados descubrieron que aproximadamente el 32% de la población ha tenido pensamientos suicidas como medida de solución a sus problemas; siendo, según estudios epidemiológicos de salud mental realizados en nuestra ciudad, la causa más común entre adultos los problemas de familia y pareja, y entre los adolescentes, los conflictos con padres. Castañeda (Jefe de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz del Hospital “La Caleta”) precisó que las edades de las personas que llegaron a consumir la acción suicida fluctúan entre los 15 y 40 años, donde los hombres representaban el mayor número registrado. Así mismo, dicha investigación muestra que son las mujeres el grupo más vulnerable a presentar rasgos de depresión y a ser víctimas de agresión familiar; cabe señalar que el registro de intentos de suicidios tiene una mayor afectación en mujeres cada vez más jóvenes. (Castañeda – 2010)

Los reportes emitidos por la Red Asistencial Ancash - EsSalud Hospital III Chimbote para el año 2015, engloban a 3210 pacientes atendidos en el área de psiquiatría, siendo la distimia el diagnóstico preponderante con un 24.67%, seguido del trastorno mixto de ansiedad y depresión con 20.56% durante el año 2015. Durante el mes de mayo del año en vigencia; el total atendido llegó a 148 pacientes donde 37 fueron diagnosticados con trastorno mixto de ansiedad y depresión.

1.2. Trabajos previos

Quintanilla *et. al.* (2003) realizaron una investigación sobre desesperanza y tentativa suicida. El trabajo contó con la participación de 78 pacientes del Hospital Civil de Guadalajara y a su vez con un grupo de referencia que lo conformaban 89

personas que no exhibían tentativa suicida de ningún tipo; a los dos conjuntos se les designó la Escala de Desesperanza de Beck, más un cuestionario sociodemográfico sólo al grupo experimental para establecer elementos ligados a la conducta suicida. De los pacientes con tentativa suicida, el 78% presentó niveles de desesperanza frente al 38% del grupo de referencia; siendo ampliamente significativas las diferencias encontradas. También, se analizó los factores de desesperanza encuadrándolos por porcentajes, siendo en el grupo de tentativa suicida 52% cognitivo, 41% motivacional y 6.5% afectivo; en tanto al grupo de referencia, 47.1% cognitivo 29.4% motivacional y 23.5% fue cognitivo – afectivo.

Schneider, Philipp y Müller (2001), en el seguimiento que realizaron durante 5 años a 280 pacientes depresivos, se encontró que la desesperanza fue uno de los indicadores que permitieron la clasificación de pacientes fallecidos por suicidio, frente a los pacientes vivos o a los fallecidos por causas naturales, corroborando que la desesperanza es el factor que mejor predice el suicidio en trastornos psiquiátricos a largo plazo.

Kuo, Gallo y Eaton (2004) en su trabajo titulado “Desesperanza, depresión, trastorno de sustancias y tendencias suicidas” descubrieron que la desesperanza predijo apropiadamente al suicidio, intento e ideación suicida. En un estudio basado en el seguimiento a más de 3000 personas durante 13 años, tomando en cuenta también otros criterios importantes; los implicados que evidenciaron desesperanza al comienzo del estudio poseyeron un riesgo de 11,2 veces mayor de presentar un suicidio netamente consumado en los 13 años de seguimiento. De la misma forma, la desesperanza asociada con la ideación suicida se reveló más firme y constante que entre ésta y la depresión o abuso de sustancias psicoactivas.

Rodríguez, Méndez y González (2008) realizaron un estudio comunitario sobre prevalencia de morbilidad psiquiátrica en personas con parasuicidios previos que buscaba conocer la prevalencia de la patología psiquiátrica de pacientes diagnosticados que habían cometido parasuicidios años previos frente a un grupo de personas que presentaron deficiencias afectivas pero no parasuicidas; para este

estudio se tomaron en cuenta aspectos sociodemográficos, escalas de ideación suicida, ansiedad, depresión, desesperanza, impulsividad, entre otras. Los resultados arrojaron que las puntuaciones significativamente altas en los pacientes con tendencias suicidas fluctuaban entre depresión y desesperanza.

El estudio llevado a cabo por Ramos, Guzmán, Hinojosa y Motta titulado “Patologías causantes de intento suicida e ideación suicida de mujeres en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud” (2012), estuvo compuesto por 63 mujeres hospitalizadas en el servicio de salud mental y tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados para desarrollar conductas suicidas en la población femenina. Los alcances médicos rebelaron 25 casos por intento suicida y 38 casos de ideación suicida; en el primer grupo se identificó que la mayor cantidad de intentos suicidas se da en la etapa adulta, entre los 35 y 44 años. Se concluyó que la patología postulada con más frecuencia para el intento suicida es el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, mientras que la causa más frecuente de ideación suicida fue la esquizofrenia paranoide.

Así mismo, el Instituto Nacional de Salud Mental en su “Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao (2012)” incluyó de manera global a personas a partir de los 12 años habitantes en Lima Metropolitana y Callao, abarcando al 96,6% de toda la población que reside en esas dos provincias. El informe general, en su apartado “indicadores suicidas” estudió diversas maneras de presentar dicha conducta, desde las formas más sutiles (como el deseo de morir) hasta los pensamientos, incluyendo el planeamiento e intento, siendo estos los más premonitorios a consumar el hecho suicida y más persuasivos a la conducta. Se encontró significancia en el sexo femenino, alcanzando un 6,8% de prevalencia anual en cuanto a deseos de morir; el 23,4% de los adultos limeños y del Callao presentaron en algún momento de su vida deseos de morir, el 4.6% durante el último y un 1,3% en el último mes. En lo que respecta a ideas suicidas estructuralmente definidas, el 8,9% presentó alguna vez en su vida pensamientos de quitarse la vida y el 3,5%, planeación del intento suicida.

1.3. Teorías relacionadas al tema

Joiner y Rudd (1996) en su estudio sobre “Principios y Fundamentos de la Terapia Cognitiva de Beck” formula que la desesperanza se puede mostrar como un canal entre una variable (depresión) y la conducta suicida; explicando que las variables identificadas pueden ser el primer indicio para que se presente la desesperanza y ésta conlleve a la conducta suicida. La desesperanza emerge, en conclusión, como una constante que modula, uniendo a la depresión con la intención suicida. La conclusión obtenida del estudio en mención es que la desesperanza se muestra como un mejor predictor de suicidio que la depresión en sí, probablemente porque las personas son más propensas a suicidarse cuando no ven “la manera de escapar de su agonía psicológica”.

La “teoría de desesperanza de la depresión” o “teoría de la depresión por desesperanza”, planteada por Abramson y Metalsky (1989), concluye que las personas que han desarrollado estilos inferenciales negativos tienen un grado más elevado a desarrollar sintomatología depresiva (depresión por desesperanza) cuando pasan por eventos negativos trascendentales frente a las personas que no poseen dichos estilos.

Sumado a esto, Beck *et. al.* (1987) se refiere, basado en la triada cognitiva, la percepción del mundo, futuro y a sí mismo de forma perjudicial; esta teoría saca a flote que los pensamientos negativos forman uno de los principales eslabones en el inicio y subsistencia de la desesperanza y depresión. Las características que formuló son *Aplanamiento emocional*, que es la tendencia a establecer una semejanza o prolongación entre el hoy y el mañana, cayendo en la monotonía, sin encontrar un antes y después; *autoconcepto negativo*, donde las perspectivas negativas que tienen son tan intensas que al lograr algo bueno, esperan no conseguir nada a en la siguiente ocasión o creen que su “buena suerte” es cuestión de casualidad y no como recompensa de su esfuerzo, imposibilitando la aceptación de experiencias exitosas.

El modelo cognitivo estudiado y aplicado por Beck, que engloba variables como la desesperanza y depresión, ahonda en 3 esquemas responsables de las interpretaciones de las situaciones cotidianas que incluyen creencias y emociones adquiridas durante la infancia, activándose a sobremanera cuando el sujeto afronta situaciones de estrés parecidas o relacionadas a aquellas que contribuyeron a su formación.

Estos esquemas denominados, en su conjunto, como “triada cognitiva” son:

- Visión negativa de sí mismo.
- Visión negativa del mundo.
- Visión negativa del futuro.

El procesamiento de la información involucra a estas tres alteraciones trasformando el paradigma personal hasta lo negativo.

Joiner y Rudd (1996) examinan dos modelos:

1° Aclarar la relación entre desesperanza, soledad e ideación suicida tomando como base a la desesperanza como un medio.

2° Las conexiones entre ideación suicida y soledad son casuales, justificando que la desesperanza arrastra a cada una de manera independiente y es por ello que existe un vínculo.

En una encuesta realizada a estudiantes universitarios, tomando como muestra a 234 alumnos, se manifestó la veracidad de la segunda hipótesis; presentándose la desesperanza como un contundente predecesor de los aumentos en la ideación suicida y en la soledad, y que la soledad explica a la ideación suicida tomando como canal a la desesperanza.

Yagosesky (2009) plantea que las causas para la desesperanza pueden ser de 3 tipos: biológico, donde la carga genética puede ser un patrón que desencadena en limitaciones de capacidad funcional, física o mental; cultural, los aspectos sociales o políticos pueden envolvernos en carencias para suplir nuestras necesidades básicas o en guerras que reducen al mínimo la calidad de vida; por último, el psicológico, donde es el agente causal principal para la reducción del éxito y la felicidad.

Abramson et al. (2000) recalca con mayor intensidad a la desesperanza como componente de las conductas suicidas. Plantea que desde el momento en que una persona se genera pensamientos negativos, pensando que es poco probable que cosas buenas le ocurran, o que le sucederán cosas malas siempre sin tener el poder para cambiar su rumbo y con rasgos a la depresión, ha sido fundada la desesperanza. Este factor cognoscitivo hará posible la representación del suicidio como un notable medio que se tiene para librarse del medio que les genera desesperación o para creer que poseen el control y sentido de sus vidas.

González Tovar y Hernández Montaña (2012), tras un estudio aplicando el modelo de Beck, plantean nuevamente que la presencia de riesgo suicida está ligada como predictor a la desesperanza en lo que concierne a pérdida de motivación y expectativas negativas sobre el futuro.

Las consecuencias desarrolladas por Deza y Jara (2009) para la ideación suicida, según el modelo de Beck son: *Déficit emocional*, centrándose en la dificultad para realizar acciones; *sentimientos de condena al fracaso*, amplia latencia de respuesta (“estudie lo que estudie me va a ir mal”); *déficit de carácter cognitivo*, dificultad para conseguir nuevos aprendizajes (“me cuesta sumar y restar”); *déficit de carácter emocional*, estado de humor depresivo (“anda solo y triste por el patio durante los recreos”) y *baja autoestima*, que es la valoración de sí mismo (“no sirvo para nada”).

Basándonos en los vocablos, el suicidio, en definición etimológica se deriva de dos voces latinas “sui” y “occidere” que unidas significan “matarse así mismo”. El suicidio

por tanto es el acto autoinfligido para ocasionarse la muerte en forma voluntaria, deliberada; interceden alternativamente tres etapas denominadas como en conjunto proceso suicida: el deseo suicida, idea suicida, y el acto suicida en sí (Valladolid, 2011).

La ideación suicida es considerada por Cheng (2009) como “el primer eslabón del suicidio, como la etapa inicial para el acto en concreto. Es un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado en donde intervienen factores psicológico, sociales (contextuales) y biológicos” (Cheng *et al.* 2009). Un suicidio se genera en base a una ideación, es decir, por pensamientos sobre de la posibilidad de acabar con la propia vida, imaginar el acto suicida, sucedido por la elaboración y preparación, para finalmente llegar a ejecutarlos llegando al suicidio consumado.

Para Wenzel, Brown y Beck (2009), la ideación suicida son los pensamientos, creencias, voces, imágenes u otras cosas se constituyen como “aquellos pensamientos, imágenes, creencias, voces u otras percepciones referidas por el pacientes sobre la intencionalidad de finalizar con su vida. Surge a raíz de “la interacción de la triada cognitiva y los errores cognitivos del procesamiento de la información sesgado de forma negativa” (Beck y colb., 1974; Rush & Beck, 1993), ambos derivados de la activación de redes de esquemas disfuncionales constituidas como el modo suicida (Wenzel, Brown & Beck, 2009), lo que ha servido como un predictor de riesgo alto para la aparición de intentos suicidas.

De la Torre (2013) plantea a la ideación suicida de influencia multifactorial (cultural, social, psicológico, biológico, etc.) que deben ser considerados por separado de los factores que influyen en el proceso de generación de la ideación suicida. Basándose en un estilo cognitivo, esta ideación asociada a un proceso emocional y de conducta disfuncional, reduce la visualización, percepción y recepción de posibles soluciones que desencadena un estado de desesperanza, aumentando la posibilidad de consumir el hecho suicida.

Ellis (1962), en su estudio sobre “Creencias irracionales”, para hacer referencia a la creación de pensamientos que llevan a la desesperanza, menciona que las personas se alteran no por las cosas en sí, sino por su visión de éstas. Basándonos en las falacias de control especificadas en sus inferencias, las personas con pensamientos de desesperanza puede que se sientan extremadamente controlados, se vean a sí mismos como seres desamparados, como víctimas del destino; la falacia de control interno responsabiliza a la persona de la felicidad o sufrimiento de su medio.

1.4. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre desesperanza e ideación suicida en pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote?

1.5. Justificación del estudio

De manera teórica, esta investigación generará reflexión tanto sobre el conocimiento y relación existente entre la desesperanza e ideación suicida. La desesperanza se muestra como un rasgo de vulnerabilidad, un “estado persistente de la mente con consecuencias deteriorantes, a lo largo de un periodo relativamente amplio” (Joiner, Rudd, 1996, p.24) Los hallazgos de las investigaciones indican que las características psicológicas y biológicas interrelacionadas constituyen la sensibilidad al estrés y determinan la reacción comportamental a estresores psicosociales, lo cual contribuye a la ocurrencia del suicidio entre ellos. (Van Heeringen)

La ideación suicida estudiado en personas que requieren de atenciones médicas, se puede concebir como una señal de alarma o una muestra de cansancio, las cuales pueden ser motivadas por factores y/o estados físicos y/o mentales no esperados pensando que no tienen la habilidad necesaria para resolver su problema. Muchas veces en este mayor riesgo interviene la concurrencia de cuadros de desesperanza y bajo apoyo social, lo que debe considerarse en la evaluación y tratamiento.

En el plano social, los resultados emitidos por este estudio buscan generar conciencia sobre la estrecha relación existente entre las variables estudiadas y tener como medida de prevención de la ideación suicida, el temprano diagnóstico de la desesperanza. Siendo un tema estudiado en diversas partes con población hospitalaria, se plantea la cuestión de la perspectiva y toma de realidad de nuestra sociedad y su forma de procesarla siendo influenciados por diversos factores socioculturales.

Asimismo, desde el punto de vista metodológico, este estudio genera un método de investigación que concibe conocimiento válido y confiable basándose en la aplicación de instrumentos y técnicas eficazmente aprobadas como los test de Desesperanza e Ideación Suicida de Beck.

Por último, en lo práctico, la investigación permitirá, basándose en los resultados que proporcionarán los datos, ayudar al mejoramiento del entorno identificando los causales principales; permitirá sentar las bases para otros estudios que surjan posteriormente partiendo de la problemática aquí especificada y sus posibles formas de solución.

1.6. Hipótesis.

1. Hipótesis General:

Hg: Existe relación entre la desesperanza y la ideación suicida en los pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote.

1. Hipótesis Específica:

He1: Existe relación entre los niveles de desesperanza: sentimientos acerca del futuro, falta de motivación, falta de expectativas e ideación suicida en los pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote.

He2: Existe relación entre los niveles de ideación suicida: actitud hacia la vida / muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio,

realización del intento proyectado y desesperanza en los pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote.

1.7. Objetivos.

General:

- Determinar la relación entre la desesperanza y la ideación suicida en los pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote.

Específicos:

1. Describir la desesperanza que presentan los pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote.
2. Describir la ideación suicida que presentan los pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote.
3. Identificar los niveles de desesperanza y por dimensiones: sentimientos acerca del futuro, falta de motivación, falta de expectativas e ideación suicida que presentan los pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote.
4. Identificar los niveles de ideación suicida y por dimensiones: actitud hacia la vida / muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado y desesperanza que presentan los pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote.

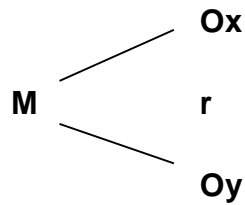
II. MÉTODO

2.1. Diseño de investigación

El diseño es no experimental de corte transversal de tipo Correlacional, basándose en la observación de los fenómenos tal como se presentan en su contexto natural para ser analizados posteriormente, sin alguna manipulación deliberada de las

variables; orientada a la determinación del grado de relación existente entre dos o más variables de interés de una misma muestra de sujetos en un momento determinado. (Sampieri, 2006; Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

El diseño correlacional está basado en el siguiente diagrama:



Dónde:

M = Los pacientes atendidos en el área de psiquiatría.

Ox = Desesperanza

Oy = Ideación suicida

r = Relación

2.2. Variables, operacionalización

2.2.1. Variables

- Desesperanza
- Ideación Suicida

2.2.2. Operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Escala de Medición
Desesperanza	La desesperanza o indefensión aprendida, es un estado dinámico de actitud y percepción que la persona tiene sobre los acontecimientos venideros, de tal manera que condicionan u orientan la conducta del individuo sobre el qué hacer. (Overmier y Seligman 1967)	Los puntajes de la variable “Desesperanza” serán obtenidos a través de la Escala de Desesperanza de Beck (EDB) La calificación según el puntaje obtenido será: <ul style="list-style-type: none"> • 0-8: Riesgo bajo de cometer suicidio. - 0-3: Ninguno o mínimo. - 4-8: Leve. • 9-20: Riesgo alto de cometer suicidio. - 9-14: Moderado. - 15-20: Alto. 	Sentimientos acerca del Futuro	Nominal
			Falta de motivación	
			Falta de expectativas	
Ideación Suicida	La ideación suicida es considerada como el primer eslabón del suicidio, considerándola como su etapa inicial. Es un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado en donde intervienen factores psicológicos, sociales (contextuales) y biológicos, (Cheng, et al. 2009).	Los puntajes de la variable “Ideación Suicida” serán obtenidos a través de la Escala de Ideación Suicida de Beck (EISB). El rango de puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio.	Actitud hacia la vida / muerte	Nominal
			Pensamientos o Deseos Suicidas	
			Proyecto de Intento de Suicidio	
			Realización del Intento Proyectado	

2.3. Población y Muestra

La población de este estudio está conformada por 97 pacientes que acudieron a atenderse al servicio de psiquiatría de un hospital de Chimbote que es el equivalente a todos los usuarios que pasaron consulta en dicho apartado hospitalario. El tipo de muestreo usado fue no probabilístico intencional ya que esta población es considerada como restringida debido al diagnóstico reservado de sus tratantes. (**Ver anexos – Tabla 1**)

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

La técnica usada para el presente estudio fue la de tipo cuestionario, la cual se basa en un conjunto de preguntas que están estructuradas especialmente para medir las variables a emplear.

Los instrumentos que se utilizaron en el presente estudio son los siguientes:

INSTRUMENTO 01:

- **Desesperanza:**

Para medir lo que respecta a la variable desesperanza, se hizo uso de la “Escala de Desesperanza de Beck” (Beck Hopelessness Scale (BHS)) para población clínica (psiquiátrica u hospitalizada) de 17 a 80 años de edad. Esta escala fue creada por Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. J. (1974); adaptada en Perú por Aliaga *et. al.* (2006). Evalúa, desde un punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar (en qué medida es pesimista un individuo), así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.

Es un cuestionario autoaplicado que consta de 20 ítems con duración de 5 a 10 minutos donde el paciente debe marcar verdadero o falso según si la expresión del ítem refleja o no su realidad; contiene frases relacionadas con

actitudes sobre el futuro, así como frases pesimistas sobre el presente, cada una de las cuales debe evaluarse como verdadero o falso. Resulta fácil de cumplimentar. Es uno de los mejores predictores de suicidio y resulta muy adecuada también para estudiar la depresión.

Para establecer los criterios de calidad; en cuanto a **fiabilidad** presenta una consistencia interna aceptable, que puede ser evidenciada con coeficientes alfa de Cronbach de 0,82 a 0,84. El análisis de su estructura factorial refleja como más adecuada una solución unifactorial (Aguilar et al., 1995). Además es un instrumento estable, probablemente gracias a sus características de rasgo, con una buena sensibilidad (85,7%) y una adecuada especificidad (76,2%). En lo referente a **validez** de constructo, existen correlaciones significativas entre la desesperanza y la ideación suicida ($r = 0,37-0,70$), así como entre la desesperanza y los síntomas depresivos ($r = 0,35-0,54$).

Validez del instrumento de acuerdo a los datos obtenidos mediante la evaluación y confiabilidad del instrumento:

Se presenta las estimaciones de la confiabilidad como consistencia interna mediante los índices de Alfa de Cronbach para cada dimensión de la Escala de Desesperanza de Beck. Los coeficientes de Alfa de Cronbach se muestra dentro de la fiabilidad en todas las dimensiones; por lo tanto, muestran consistencia interna.

INSTRUMENTO 02:

- **Ideación Suicida:**

Para medir lo que respecta a la variable ideación suicida, se hizo uso de la “Escala de Ideación Suicida de Beck” (Scale for Suicide Ideation (SSI)) para población de 17 años en adelante. Esta escala fue creada por A. T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman (1979); estandarizada en Perú por Eugenio y Zelada

(2011). Permite cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando en suicidarse.

Es una entrevista semi estructurada que consta de 19 ítems con duración de 5 a 10 minutos donde el paciente deberá marcar la opción que más se asemeje a sus pensamientos; siendo 0=ausente y 2=máxima intensidad. El paciente debe contestar todos los ítems.

Para establecer los criterios de calidad; en cuanto a **fiabilidad** presenta una consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach de 0.89-0.96 y una fiabilidad ínter examinador de 0.83. En lo referente a **validez**, la 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.

Validez del instrumento de acuerdo a los datos obtenidos mediante la evaluación y confiabilidad del instrumento:

Se presenta las estimaciones de la confiabilidad como consistencia interna mediante los índices de Alfa de Cronbach para cada dimensión de la Escala de Ideación Suicida de Beck. Los coeficientes de Alfa de Cronbach se muestra dentro de la fiabilidad en todas las dimensiones; por lo tanto, muestran consistencia interna.

2.5. Métodos de análisis de datos

La base de datos obtenida de la presente investigación fue sometida a análisis estadísticos, usando estadística descriptiva para analizar los datos de la muestra en lo que se refiere a variable socio demográficas y para el objetivo del estudio. Los resultados obtenidos se muestran en tablas según corresponden a los análisis; estos se especifican mediante técnicas estadísticas de frecuencia, porcentajes, etc. según corresponda. Se empleará el estadístico de chi cuadrado en el que se indica la situación relativa de los mismos sucesos respecto a las dos

variables y Pearson para correlacionar las dimensiones; es decir, son la expresión numérica que nos indica el grado de relación significativa existente entre las dos variables y en qué medida se relacionan (directa o inversa)

2.6. Aspectos éticos

Se gestionará un permiso a la Gerencia del cuerpo médico para obtener el consentimiento informado como respeto a la voluntad de la población de colaborar con la investigación y los datos a los que se tendrán acceso. **(VER ANEXOS)**

III. RESULTADOS

Tabla 2

Determinar la relación entre la desesperanza y la ideación suicida.

		Actitud hacia la vida	Pensamiento suicida	Intento de suicidio	Realización del intento	Total	
Desesperanza	Sentimientos acerca del futuro	r	,135	,207*	,228*	,135	,253*
		p	,187	,042	,025	,187	,012
	Falta de motivación	r	-,444**	-,511**	-,340**	-,285**	-,464**
		p	,000	,000	,001	,005	,000
	Falta de expectativa	r	,372**	,413**	,246*	,239*	,427**
		p	,000	,000	,015	,019	,000
	Total	r	,170	,038	,093	,076	,044
		p	,096	,714	,366	,462	,665

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

En la Tabla 2 se muestra una correlación de Pearson altamente significativa a nivel 0,01; lo que afirma la relación existente entre la desesperanza y la ideación suicida.

Tabla 3*Niveles de desesperanza.*

Desesperanza	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	25	25.8%
Alto	72	74.2%
Total	97	100,0%

La tabla 3 muestra los niveles de desesperanza donde el 25.8% se encuentra en un nivel bajo y el 74.2% en un nivel alto.

Tabla 4*Niveles de desesperanza según dimensiones.*

Dimensiones	Alto		Bajo	
	F	%	F	%
Sentimientos acerca el futuro	95	97.9%	2	2.1%
Falta de motivación	18	18.6%	79	81.4%
Falta de expectativa	66	68.0%	32	32.0%

La tabla 4 analiza la desesperanza según sus dimensiones, arrojando que en lo referente a sentimientos acerca del futuro, el 97.9% se ubica en el nivel alto y el 2.1% en el nivel bajo; respecto a falta de motivación, en el nivel alto se encuentra el 18.6% y el 81.4% en el nivel bajo; en cuanto a falta de expectativas, el nivel alto engloba al 68% y el nivel bajo al 32%.

Tabla 5
Niveles de ideación suicida.

Ideación suicida	Frecuencia	Porcentaje
Sin pensamiento suicida	24	24.7%
Con pensamiento suicida	73	75.3%
Total	97	100,0%

La tabla 5 muestra los niveles de ideación suicida donde el 24.7% no presenta pensamiento suicida frente al 75.3% que sí presenta pensamiento suicida.

Tabla 6
Niveles de ideación suicida según dimensiones.

Dimensiones	Con riesgo		Sin riesgo	
	F	%	F	%
Actitud hacia la vida /muerte	62	63.9%	35	36.1%
Deseo suicida	70	72.2%	27	27.8%
Intento de suicidio	79	81.4%	18	18.6%
Realización del intento	45	46.4%	52	53.6%

En la tabla 6 se especifican los niveles de ideación suicida según sus dimensiones, detallando así que en actitud hacia la vida/muerte, el 63.9% presenta riesgo de intento de suicidio y el 36.1% no presenta dicho riesgo; en cuanto a deseo suicida, se encuentra en riesgo el 72.2% y sin riesgo el 27.8%; referente a intento de suicidio, el 81.4% muestra riesgo frente al 18.6% que no muestra dicho riesgo; y, finalmente, en realización del intento, en riesgo se localizan 46.4% y sin riesgo 53.6%.

Tabla 7*Nivel de desesperanza (sentimientos acerca del futuro) e ideación suicida.*

		Ideación suicida		Total	
		SIN RIESGO	CON RIESGO		
Sentimie ntos acerca del futuro	BAJO	F	2	0	2
		% Fila	100,0%	0,0%	100,0 %
		% Columna	8,3%	0,0%	2,1%
		Resid. Tip.	2,1	-1,2	
	ALTO	F	22	73	95
		% Fila	23,2%	76,8%	100,0 %
		% Columna	91,7%	100,0%	97,9 %
		Resid. Tip.	-,3	,2	
Total	F	24	73	97	
	% Fila	24,7%	75,3%	100,0 %	
	% Columna	100,0%	100,0%	100,0 %	

X²: 6,211^a gl: 1 p: ,013

La tabla número 7 indica que existe relación significativa entre la dimensión “sentimientos acerca del futuro” de desesperanza e ideación suicida.

Tabla 8*Nivel de desesperanza (falta de motivación) e ideación suicida.*

		Ideación suicida		Total	
		SIN RIESGO	CON RIESGO		
Falta de motivación	BAJO	F	12	67	79
		% Fila	15,2%	84,8%	100,0 %
		% Columna	50,0%	91,8%	81,4%
	Resid. Tip.		-1,7	1,0	
	ALTO	F	12	6	18
		% Fila	66,7%	33,3%	100,0 %
% Columna		50,0%	8,2%	18,6%	
Resid. Tip.		3,6	-2,1		
Total	F	24	73	97	
	% Fila	24,7%	75,3%	100,0 %	
	% Columna	100,0%	100,0%	100,0 %	

X²: 20,862^a gl: 1 p: ,000

En la tabla número 8 se muestra que existe relación significativa entre la dimensión “falta de motivación” de desesperanza e ideación suicida.

Tabla 9*Nivel de desesperanza (falta de expectativas) e ideación suicida.*

		Ideación suicida		Total	
		SIN RIESGO	CON RIESGO		
Falta de expectativa	BAJO	F	16	15	31
		% Fila	51,6%	48,4%	100,0%
		% Columna	66,7%	20,5%	32,0%
		Resid. Tip.	3,0	-1,7	
		F	8	58	66
		% Fila	12,1%	87,9%	100,0%
		ALTO	% Columna	33,3%	79,5%
		Resid. Tip.	-2,1	1,2	
Total		F	24	73	97
		% Fila	24,7%	75,3%	100,0%
		% Columna	100,0%	100,0%	100,0%

X²: 17,667^a gl: 1 p: ,000

La tabla número 9 permite visualizar que existe relación significativa entre la dimensión “falta de expectativas” de desesperanza e ideación suicida.

Tabla 10*Nivel de ideación suicida (actitud acerca de la vida/muerte) y desesperanza.*

			Desesperanza		Total
			BAJO	ALTO	
Actitud acerca de la vida/muerte	SIN RIESGO	F	8	27	35
		% Fila	22,9%	77,1%	100,0 %
		% Columna Resid. Tip.	32,0% -,3	37,5% ,2	36,1%
	CON RIESGO	F	17	45	62
		% Fila	27,4%	72,6%	100,0 %
		% Columna Resid. Tip.	68,0% ,3	62,5% -,2	63,9%
Total	F	25	72	97	
	% Fila	25,8%	74,2%	100,0 %	
	% Columna	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

.X²: 0,243^a gl: 1 p: ,622

La tabla número 10 indica que existe relación significativa entre la dimensión “actitud acerca de la vida/muerte” de ideación suicida y desesperanza.

Tabla 11*Nivel de ideación suicida (pensamiento o deseos suicidas) y desesperanza.*

			DESESPERANZA		Total
			BAJO	ALTO	
Pensamiento o deseos suicidas	SIN RIESGO	F	9	18	27
		% Fila	33,3%	66,7%	100,0 %
		% Columna	36,0%	25,0%	27,8 %
	CON RIESGO	Resid. Tip. F	,8 16	-,5 54	70
		% Fila	22,9%	77,1%	100,0 %
		% Columna	64,0%	75,0%	72,2 %
	Total	Resid. Tip. F	-,5 25	,3 72	97
		% Fila	25,8%	74,2%	100,0 %
		% Columna	100,0 %	100,0%	100,0 %

X²: 1,118^a gl: 1 p: ,290

En la tabla número 11 se muestra que existe relación significativa entre la dimensión “pensamiento o deseos suicidas” de ideación suicida y desesperanza.

Tabla 12*Nivel de ideación suicida (proyecto del intento) y desesperanza.*

CUALIPIDS1*DESESPERANZA tabulación cruzada					
			DESESPERANZA		Total
			BAJO	ALTO	
Proyecto del intento de suicidio	SIN RIESGO	F	8	10	18
		% Fila	44,4%	55,6%	100,0%
		% Columna	32,0%	13,9%	18,6%
		Resid. Tip.	1,6	-,9	
		F	17	62	79
	CON RIESGO	% Fila	21,5%	78,5%	100,0%
		% Columna	68,0%	86,1%	81,4%
		Resid. Tip.	-,7	,4	
		F	25	72	97
		% Fila	25,8%	74,2%	100,0%
Total	% Columna	100,0%	100,0%	100,0%	

X²: 4,027^a gl: 1 p: ,045

La tabla número 12 evidencia que existe relación significativa entre la dimensión “proyecto del intento de suicidio” de ideación suicida y desesperanza.

Tabla 13*Nivel de ideación suicida (realización del intento) y desesperanza.*

			DESESPERANZA		Total
			BAJO	ALTO	
Realización del intento proyectado	SIN RIESGO	F	15	37	52
		% Fila	28,8%	71,2%	100,0 %
		% Columna	60,0%	51,4%	53,6%
		Resid. Tip.	,4	-,3	
	CON RIESGO	F	10	35	45
		% Fila	22,2%	77,8%	100,0 %
		% Columna	40,0%	48,6%	46,4%
		Resid. Tip.	-,5	,3	
Total	F	25	72	97	
	% Fila	25,8%	74,2%	100,0 %	
	% Columna	100,0 %	100,0%	100,0 %	

X²: 0,552^a gl: 1 p: ,457

La tabla número 13 indica que existe relación significativa entre la dimensión “realización del intento proyectado” de ideación suicida y desesperanza.

Tabla 14:

Existe relación entre la desesperanza y la ideación suicida.

		Ideación suicida
	r	
Desesperanza	p	,044
	N	,665
		97

En la Tabla 14 se muestra una correlación altamente significativa de 0,044 con un valor de 0,665 con el uso de los 97 casos, lo que nos indica que existe relación significativa entre ambas variables.

IV. DISCUSIÓN

La ideación suicida es planteada por Cheng (2009) como la etapa previa para el intento de suicidio; está influenciada por causantes psicológicas, sociales y biológicas que desarrolla conductas de desesperanza generada, según Beck (2009), en base a la percepción negativa y perjudicial del mundo, el futuro y de sí mismo. El diagnóstico de algún tipo de carencia física o mental encasilla a dicha persona creándole sentimientos de indefensión y descontrol.

Tomando en cuenta lo ya mencionado, el objetivo de este estudio tuvo como propósito determinar la relación entre la desesperanza y la ideación suicida en los pacientes del área de psiquiatría de un hospital de Chimbote de manera directa y significativa, lográndose hallar lo propuesto; los resultados encontrados reflejan la situación actual y la estrecha relación entre ambas variables.

Lo hallado revela la relación entre desesperanza e ideación suicida enmarcada dentro de población hospitalaria, arrojando una correlación altamente significativa a nivel 0.01 como se registra en la tabla N° 2, ubicando a los 97 pacientes en rangos de 28.5% bajo y 74.2% alto en cuanto a desesperanza, mostrado en la tabla N° 3; mientras que el 24.7% no presenta pensamientos suicidas frente al 75.3% que sí presenta dichos pensamientos, registrados en la tabla 5.

Tal como Quintanilla (2003) y colaboradores en su investigación sobre desesperanza y tentativa suicida, que contó con 78 pacientes que presentaron previamente el objeto a estudiar, a los cuales se les aplicó la Escala de Desesperanza de Beck más un cuestionario sociodemográfico para identificar los elementos que están relacionados a la conducta suicida,

donde el 78% presentó niveles de desesperanza, concluyendo que existe relación entre desesperanza y tentativa suicida.

En referencia a dicho estudio, Abramson y colaboradores (2000) colocan a la desesperanza como componente de las conductas suicidas, planteando así que todo parte desde que una persona genera para sí pensamientos negativos basadas en sucesos malos y descontrol de su rumbo donde encuentran al suicidio como el medio más infalible para su liberación.

Apoyando a Abramson en la creación de pensamientos negativos, Ellis (1962) en la estipulación de "Creencias irracionales" hace referencia sobre el pensar negativo que desencadena en desesperanza cuando se distorsiona la visión que se tiene de las cosas, sintiéndose sumamente controlados, desamparados y como víctimas del destino; incluso, llegando a responsabilizarse de la felicidad o sufrimiento de su medio

Basándonos en estudios de la misma población, Rodríguez, Méndez y González (2008) realizaron un estudio comunitario sobre prevalencia de morbilidad psiquiátrica en personas con parasuicidios previos que buscaba conocer la prevalencia de la patología psiquiátrica de pacientes diagnosticados que habían cometido parasuicidios años previos donde se consideró aspectos sociodemográficos, además de las escalas respectivas. Los resultados arrojaron que las puntuaciones significativamente altas en los pacientes con tendencias suicidas fluctuaban entre depresión y desesperanza.

Corroborándolo con el esquema de Wenzel, Brown y Beck (2009) referente a la ideación suicida, ésta engloba a los pensamientos, creencias, voces, imágenes u otras cosas se constituye como "aquellos pensamientos, imágenes, creencias, voces u otras percepciones referidas por el pacientes sobre la intencionalidad de finalizar con su vida que surge a raíz de la fusión

de la triada cognitiva y los errores cognoscitivos que genera procesamientos de información de manera negativa, ampliando el riesgo de la aparición del hecho suicida consumado.

El análisis de los ítems de ambas variables para poder identificar los elementos en relación a los errores cognitivos en la presente investigación, encasillaron que en lo referente a desesperanza, según la tabla N° 4, en la dimensión sentimientos acerca del futuro, el 97.9% se ubica en el nivel alto y el 2.1% en el nivel bajo; respecto a falta de motivación, en el nivel alto se encuentra el 18.6% y el 81.4% en el nivel bajo; en cuanto a falta de expectativas, el nivel alto engloba al 68% y el nivel bajo al 32%. Concerniente a ideación suicida, estipulado en la tabla N° 6, según sus dimensiones, se detalló que en actitud hacia la vida/muerte, el 63.9% presenta riesgo de intento de suicidio y el 36.1% no presenta dicho riesgo; en cuanto a deseo suicida, se encuentra en riesgo el 72.2% y sin riesgo el 27.8%; referente a intento de suicidio, el 81.4% muestra riesgo frente al 18.6% que no muestra dicho riesgo; y, finalmente, en realización del intento, en riesgo se localizan 46.4% y sin riesgo 53.6%.

Acoplado la “teoría de desesperanza de la depresión” o “teoría de la depresión por desesperanza”, planteada por Abramson y Metalsky (1989), se concluye que las personas que han desarrollado estilos inferenciales negativos tienen un grado más elevado a desarrollar sintomatología depresiva (depresión por desesperanza) cuando pasan por eventos negativos trascendentales frente a las personas que no poseen dichos estilos.

De la misma manera, en la evaluación a los 97 pacientes que intervinieron en esta investigación se incluyó un cuestionario sociodemográfico para tener ideas generales sobre la influencia del medio donde, además de la edad y sexo, se incluyó datos como: estado civil, grado de instrucción,

trabajo, promedio de ingresos, consumo de sustancias psicoactivas y familiares con diagnóstico similar. El análisis superficial de las respuestas permitió reconocer que, además de algunos patrones hereditarios de enfermedades parecidas, el ingreso de más del 80% fluctuaba entre el salario mínimo y por debajo de éste, los estudios cursados variaban, en la mayoría de casos, entre secundaria completa y técnicos; además, cerca del 90% dependía de fármacos para su tratamiento, a saber, psicotrópicos, ansiolíticos, somníferos entre otros.

El diseño de Yagosesky (2009), se basa en que las causas para la desesperanza pueden ser de 3 tipos: biológico, donde la carga genética puede ser un patrón que desencadena en limitaciones de capacidad funcional, física o mental; cultural, los aspectos sociales o políticos pueden envolvernos en carencias para suplir nuestras necesidades básicas o en guerras que reducen al mínimo la calidad de vida; por último, el psicológico, donde es el agente causal principal para la reducción del éxito y la felicidad.

Sumándole el trabajo de Kuo, Gallo y Eaton (2004) titulado “Desesperanza, depresión, trastorno de sustancias y tendencias suicidas” descubrieron que la desesperanza predijo apropiadamente al suicidio, intento e ideación suicida basados en el seguimiento a más de 3000 personas durante 13 años, tomando en cuenta también otros criterios importantes; los implicados que evidenciaron desesperanza al comienzo del estudio poseyeron un riesgo de 11,2 veces mayor de presentar un suicidio netamente consumado en los 13 años de seguimiento. De la misma forma, la desesperanza asociada con la ideación suicida se reveló más firme y constante que entre ésta y la depresión o abuso de sustancias psicoactivas.

El metanálisis de esta investigación ahondó en la relación significativa ya establecida en ambas variables en estudios realizados en otras ciudades del Perú y a nivel internacional, estipulando una base para la toma de

conciencia y el diagnóstico previo de situaciones de riesgo y la mejora de la salud mental en el puerto. Se corroboró también el uso adecuado y eficaz de ambas pruebas que colaboraron al logro de los objetivos planteados.

PAMELITA, AQUÍ TE FALTA SOBRE LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS. EL OBJETIVO GENERAL ESTA BIEN PLANTEADO Y APOYADO, IGUAL TIENES QUE HACER PARA LOS ESPECIFICOS: RESULTADO, APOYO TRABAJOS PREVIOS, APOYO TEORIAS RELACIONADAS y APRECIACIÓN.

V. CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- Para el procesamiento de los datos obtenidos se usó análisis estadísticos; siendo empleado el estadístico de chi cuadrado para obtener la expresión numérica representando el grado de relación significativa existente entre ambas variables y su relación.
- El Cuestionario de Desesperanza de Beck es válido y confiable para esta población en estudio.
- Existe relación significativa entre desesperanza e ideación suicida en los pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote.
- Se evidenció una correlación altamente significativa a nivel 0.01, significando esto la relación entre la desesperanza e ideación suicida.

- Se demostró que el 25.8 % de pacientes del área de psiquiatría presenta un nivel bajo de desesperanza mientras que el 74.2% se encuentra en un nivel alto de desesperanza.
- Se probó que el 24.7 % de pacientes del área de psiquiatría no presenta pensamientos suicidas frente al 75.3% que se caracteriza por presentar dichos pensamientos.
- Se analizó la desesperanza según sus dimensiones, arrojando que en lo referente a sentimientos acerca del futuro, el 97.9% se ubica en el nivel alto y el 2.1% en el nivel bajo; respecto a falta de motivación, en el nivel alto se encuentra el 18.6% y el 81.4% en el nivel bajo; en cuanto a falta de expectativas, el nivel alto engloba al 68% y el nivel bajo al 32%.
- Se especificó los niveles de ideación suicida según sus dimensiones, detallando así que en actitud hacia la vida/muerte, el 63.9% presenta riesgo de intento de suicidio y el 36.1% no presenta dicho riesgo; en cuanto a deseo suicida, se encuentra en riesgo el 72.2% y sin riesgo el 27.8%; referente a intento de suicidio, el 81.4% muestra riesgo frente al 18.6% que no muestra dicho riesgo; y, finalmente, en realización del intento, en riesgo se localizan 46.4% y sin riesgo 53.6%.
- Se halló relación entre las dimensiones de desesperanza (sentimientos acerca del futuro, falta de motivación, falta de expectativas) e ideación suicida.
- Se encontró relación entre los niveles de ideación suicida (actitud hacia la vida / muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado) y desesperanza.

VI. RECOMENDACIONES

- Los resultados encontrados en el estudio sirven como base para ampliar futuras investigaciones y medir ambas variables dentro poblaciones hospitalarias para un adecuado diagnóstico preventivo.
- Los diversos departamentos de otros centros hospitalarios pueden utilizar la información obtenida para estipular programas de prevención psicológica, orientados a la prevención de la desesperanza y la ideación suicida.
- Se recomienda establecer cronogramas de supervisión a los pacientes atendidos en el área de psiquiatría dirigidos por profesionales de psicología para un asesoramiento de eficaz de prevención e identificación de situaciones de riesgo.
- Ejecutar talleres de escuela para padres, donde puedan capacitarse en relaciones interpersonales, comunicación de calidad, compenetración y apoyo mutuo dentro de la familia, con el fin de evitar relaciones conflictivas en el seno familiar.
- Implementar programas de prevención y desarrollo personal para desarrollar y/o potenciar factores de protección en pacientes con déficit físico y/o mental.
- Incluir sesiones de monitoreo para el cuidado y respaldo de la salud mental en los pacientes con diagnósticos psiquiátricos para prevención de posibles situaciones de riesgo.
- Evaluar mediante cuestionarios sociodemográficos los diversos factores que generan la desesperanza y la ideación suicida en dichos pacientes para generar ideas generales sobre los causantes.

- Potenciar el clima familiar para un adecuado soporte durante el proceso de la enfermedad en los pacientes con situaciones de riesgo y la atención hospitalaria.
- Reconocer variables que puedan estar asociadas a desencadenar alguna o ambas variables estudiadas, tales como la depresión, soledad, etc.
- Intervenir en la aceptación de la enfermedad que sirve como influencia en la recuperación adecuada del paciente y la posterior superación, a saber, la resiliencia.
- Se recomienda realizar el estudio en otros grupo poblacionales, tales como mujeres violentadas, pacientes con enfermedades terminales, tuberculosis, VIH, etc.
- Capacitar al personal médico más cercano al paciente para concientizarlos sobre la situación actual de la persona.
- Concientizar a los familiares sobre el estado del paciente para orientarlos sobre el trato y cuidado a esta.

VII. REFERENCIAS

- Abrahamsom, L., Alloy, L., Metalsky, G., Joiner, T. & Sandín, B. (1997) Teoría de la depresión por desesperanza: Aportaciones recientes. España: Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2(3), 211 – 222. Recuperado de: <http://www.aepcp.net/arc/Vol.%202.%20N3,%20pp.%20211-222.%201997.pdf>
- Anales de Salud Mental (2013) Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao – replicación 2012 29(1), 43 – 100. Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
- Beck, A.T., Riskind, J.H., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). Levels of hopelessness in DSM-III disorders: a partial test of content specificity in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 459-469. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/29211/28271>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1993). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Beck, A., Weissman, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 961-965.
- Benjamin, R. (2012) U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. En Action Alliance for Suicide Prevention. Recuperado de: <http://actionallianceforsuicideprevention.org/NSSP>

Castellanos, R., Soza, F. (2013) Ideación suicida entre pacientes con VIH y pacientes con TBC de los distritos de Pueblo nuevo y de Ferreñafe, 2013. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo. Recuperado de: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/307/1/TL_CastellanosSirl op%C3%BARuperto_SozaCarrilloFiorella.pdf

Castro P., Orbegoso O. & Rosales P. (2006) Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima, 1995-2004. Revista Perú Medica Experta en Salud Pública 23(4), 12 - 16

Comportamiento del suicidio (2013) Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. En Medicina Legal - Colombia. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>

Cubillas, M., Román, R., Abril, E. & Galaviz, A. (2012) Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. México: Salud Mental, 35 (7), 45 – 50. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58223290007.pdf>

Cheng, Y., Tao, M., Riley, L., Kann, L., Ye, L., Tian, X., Tian, B., Hu, J. & Che, D. (2009). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior. Child: care, health and development. Revista China Daily 35(4), 313-322.

Chichinov, H., Wilson, K., Enns, M. & Lander, S. (1998) Depression, hopelessness and suicidal ideation. Identification of protective factors. Crisis, 28(7), 67 – 73.

Daguer, S. (2014.). Riesgo suicida, intento de autoeliminación y trastornos mentales en el ámbito carcelario: estrategias preventivas del suicidio. Pre-proyecto de investigación. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/4402>

Desseilles, M., Perroud, N., Guillaume, S., Jaussent, I., Genty, C., Malafosse, A. & Courtet, P. (2011) Is it valid to measure suicidal ideation by depression rating scales? En Mental Mealth Sciences. Recuperado de: http://mentalhealthsciences.com/publications/pdf/1-s2_0-S0165032711007269-main.pdf

Deza J. y Jara C. (2009) Actitudes hacia el machismo en padres y desesperanza en madres de familia de dos instituciones educativas nacionales del distrito de Trujillo. (Tesis de Licenciatura). Universidad César Vallejo, Trujillo.

De La Torre, M. (2013) Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el centro de psicología aplicada (CPA): Universidad Autónoma de Madrir (UAM)

Fiscalía de la Nación del Ministerio Público del Perú. (2002). Anuario estadístico Lima. Recuperado de: http://portal.mpfm.gob.pe/estadistica/anuario_est_2013.pdf

Gonzáles, J., Hernández, A., (2012) La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: Análisis desde el modelo de Beck: Revista Enseñanza e investigación en psicología, Universidad Autónoma de Coahuila, 2(17), 313 – 327. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29224159015.pdf>

Sampieri, R., Hernández, Fernández, C. & Baptista Lucio, P. (2010) Metodología de la Investigación: Quinta edición. México DF: Mcgraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. De C.V.

Informe sobre el Desarrollo Humano (2013) *El ascenso del sur: Progreso humano en un mundo diverso*. Recuperado de http://www.undp.org/content/dam/venezuela/docs/undp_ve_IDH_2013.pdf

IESM HD – HN (2005) Estudio epidemiológico de salud mental en Cajamarca 2003. Serie: Monografías de Investigación N° 10, Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, Lima. En MINSA. Recuperado de <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/revista/pdf/Revista%20234.pdf>

Joiner, T. y Rudd, D. (1996) Disentangling the interrelations between hopelessness, loneliness and suicidal ideation. *Suicide and life Threatening behavior*, 26(1), 19 – 26.

Kuo. W., Gallo, J. y Eaton, W (2004) Hopelessness, depression, substance disorder and Suicidality: A 13-year community-based study. *Revista Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 39(6) 497 – 501.

Leal, R., Vásquez, L. (2012) Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos: Prevalencia y factores asociados. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Recuperado de: <http://bp000695.ferozo.com/wp-content/uploads/2013/01/Ideacion-suicida-en-adolescentes-cajamarquinos.pdf>

Leal, R. A. & Silva, R. (2010). Bienestar psicológico del adolescente cajamarquino. Cajamarca: UPAGU.

Macana, N. L. (2011). Comportamiento del suicidio en el 2011, FORENSIS. Bogotá, D.C., Colombia.: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Mosquera, A. (2001). Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el hospital Hemilio Valdizán. UNMSM. Lima, Perú.

Organización Mundial de la Salud (2004). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. En World Health Organization. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

Overmier, B. & Seligman, M. (1967) *Efectos de la exposición a estimulación aversiva incontrolable: Indefensión aprendida*. Recuperado de: <http://www4.ujaen.es/~rmartos/IA.PDF>

Paz, R. (2013) Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes. Editorial Valente. En MINSA. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>

Quintanilla, Montoya, Roque, Haro, Jiménez, Laura Patricia, Flores, Villavicencio, María Elena, Celis de la, Rosa, Alfredo, Valencia, Abundiz, Silvia. Desesperanza y tentativa suicida. Investigación en Salud [en línea] 2003, V (agosto): Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14250206>

Ramos, Guzmán, Hinojosa, Motta (2012) Patologías causantes de intento suicida e ideación suicida de mujeres en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud. Perú: Revista de Medicina Humana – Universidad Ricardo Palma, 1(12) Recuperado de: <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/view/155>

- Red Asistencial Ancash – EsSalud Hospital III (2016) Informe Anual – 2015.
Recuperado de: <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>
- Roca, E. (2014) Terapia cognitiva de Beck para la depresión. Recuperado de http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/depresion/5_-tcbeck.pdf
- Rios Pinto, J. (2014) Funcionamiento familiar y riesgo suicida en estudiantes que acuden a clínica universitaria en la ciudad de Huancayo. (Tesis de magister). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Rodriguez, F., Méndez, M. & González, E. (2008) Estudio comunitario sobre prevalencia de morbilidad psiquiátrica en personas con parasuicidios previos. España: Revista Anales de Psicología, 24(5), 211 – 215.
Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=295576>
- Rossello, J. & Berríos, M. (2004) Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños / as. Puerto Rico: Revista Interamericana de Psicología, 38(2), 295 – 302.
- Santiago, A. (2012) ideación suicida y clima social familiar en estudiantes de una institución educativa estatal de Chiclayo en el 2011 (Tesis de licenciatura) Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo, Chiclayo.
- Schneider, B., Philipp, M. y Müller, M. (2001) Predictor psicopatológico del suicidio en pacientes con depresión mayor durante un período de cinco años de seguimiento. Revista Psiquiatría Europea, 16(6), 238 – 288.
- Tanaka, E., Sakamoto, S., Ono, Y., Fujihara, S. y Kitamura, T. (1998) Hopelessness in a community population: Factorial structure and

psychosocial correlates. Revista The journal of social psychology, 138(5), 581 – 590.

Toro, R., Avendaño, B. (2015) Evaluación de la conducta suicida a partir de la desesperanza e ideación suicida: Revista Evaluación e Intervención Psicológica, 1(1), 45-51.

U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. (2012). National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Washington, DC: HHS, September 2012.

Valladolid, M. N. (2011, April). Suicidio. Revista Peruana de Epidemiología, 15(2), 81–85. Recuperado de, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203122516002>

Villalobos, F. (2009) Ideación Suicida en jóvenes: Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. (Tesis de licenciatura). Universidad de Granada, Granada. Recuperado de: <http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>

World Health Organization (2012) Estadísticas sanitarias mundiales 2012. En World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf

Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). Cognitive therapy for suicidal patients. Scientific and clinical applications. Washington, DC: American Psychological Association.

Yagosesky, Renny. (2009, agosto 25). La desesperanza aprendida. En Gestipolis. Recuperado de <http://www.gestipolis.com/la-desesperanza-aprendida/>

Zúñiga, G (2010) *Intentos de suicidios se halla dentro de los tres principales causales de muerte a nivel mundial.* Recuperado de <http://www.huarmeyperu.com/portada/mas-del-30-de-chimbotanos-ha-pensado-alguna-vez-en-suicidarse/>

ANEXOS

POBLACIÓN Y MUESTRA:

Tabla 1

Distribución de la población atendida en el servicio de psiquiatría.

n = 97

	Menor
	21
Hombres	Mayor
	72
	Menor
	23
Mujeres	Mayor
	68

La tabla 1 nos muestra la distribución de los pacientes que llenaron los cuestionarios usados siendo, en el caso de los hombres, el menor de 21 años y el mayor de 72; en lo que respecta a las mujeres, la menor fue de 23 años y la mayor de 68 años.

Tabla 15*Prueba de Normalidad – Desesperanza.*

Pruebas de normalidad			
Kolmogorov-Smirnov ^a			
	Estadístico	gl	Sig.
PDDDES	,205	97	,000
1			

a. Corrección de significación de Lilliefors

El nivel de significancia para desesperanza fue recabada mediante Kolmogorov- Smirnov, siendo este de 0,205.

Tabla 16*Prueba de Normalidad – Ideación suicida.*

Pruebas de normalidad			
Kolmogorov-Smirnov ^a			
	Estadístico	gl	Sig.
PDIS	,114	97	,003
1			

a. Corrección de significación de Lilliefors

El nivel de significancia para ideación suicida fue recabada mediante Kolmogorov- Smirnov, siendo este de 0,114.

Chimbote, 29 de abril 2016

Mg.

Ruth Cotos

Jefe de Unidad de Capacitación, Investigación y Docencia

Hospital III de EsSalud Chimbote

Presente._

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitarle el permiso correspondiente para la aplicación de dos encuestas en los pacientes por atención ambulatoria que acuden a atenderse al centro que usted dirige.

El fin de estas evaluaciones es para apoyo de la investigación “Desesperanza e ideación suicida en pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote”. Se usará la “Escala de Desesperanza de Beck” y la “Escala de Ideación Suicida de Beck” con 20 y 19 ítems respectivamente.

Agradeciendo su apoyo y las sugerencias que brinde al presente para el cumplimiento cabal de las funciones especificadas,

Me despido de usted,

Atentamente,

Pamela Conde Campana

Carrera de psicología

Ruth Cotos

EsSalud, Hospital III

**ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (1974)
ADAPTADA POR ALIAGA ET. AL. (2006)**

Fecha

Nº Historia

ESCALA DE BECK

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.		
7. Mi futuro me parece oscuro.		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo.		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera.		
15. Tengo una gran confianza en el futuro.		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.		
18. El futuro me parece vago e incierto.		
19. Espero más bien épocas buenas que malas.		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.		
PUNTUACIÓN TOTAL		

**ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (1979)
ADAPTADA POR EUGENIO Y ZELADA (2011)**

Fecha

Nº Historia

ESCALA DE BECK

Instrucciones para el paciente: Lee cuidadosamente este cuestionario. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

1.- *Deseo de vivir*

- 0. Moderado a fuerte
- 1. Débil
- 2. Ninguno

2.- *Deseo de morir*

- 0. Ninguno
- 1. Débil
- 2. Moderado a fuerte

3.- *Razones para vivir / morir*

- 0. Porque seguir viviendo vale más que morir
- 1. Aproximadamente iguales
- 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo

4.- *Deseos de intentar activamente el suicidio*

- 0. Ninguno
- 1. Débil
- 2. Moderado a fuerte

5.- *Deseos pasivos de suicidio*

- 0. Puedo tomar precauciones para salvaguardar mi vida
- 1. Puedo dejar de vivir / morir por casualidad
- 2. Puedo evitar las etapas necesarias para seguir con vida

6.- *Dimensión temporal (duración de la ideación / deseo suicida)*

- 0. Breve, períodos pasajeros
- 1. Por amplios períodos de tiempo
- 2. Continuo (crónico) o casi continuo

7.- *Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)*

- 0. Raro, ocasional
- 1. Intermitente
- 2. Persistente o continuo

8.- *Actitud hacia la ideación / deseo*

- 0. Rechazo
- 1. Ambivalente, indiferente
- 2. Aceptación

9.- *Control sobre la actividad suicida / deseos de realización*

- 0. Tiene sentido de control
- 1. Inseguro
- 2. No tiene sentido del control

10.- *Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)*

- 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
- 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
- 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos

11.- *Razones para el intento contemplado*

- 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
- 1. Combinación de 0 y 2
- 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

12.- *Método (especificidad / planificación del intento contemplado)*

- 0. No considerado
- 1. Considerado, pero detalles no calculados
- 2. Detalles calculados / bien formulados

13.- *Método (accesibilidad / oportunidad para el intento contemplado)*

- 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
- 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa.
- 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14.- *Sentido de "capacidad" para llevar adelante el intento*

- 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
- 1. Inseguridad sobre su valor
- 2. Seguro de su valor, capacidad

15.- *Expectativas / espera del intento actual*

- 0. No
- 1. Incierto
- 2. Sí

16.- *Preparación actual para el intento contemplado*

- 0. Ninguna
- 1. Parcial (p. ej. empieza a almacenar pastillas, etc.)
- 2. Completa (p. ej. tiene pastillas, pistola cargada, etc.)

17.- *Nota suicida*

- 0. Ninguna
- 1. Piensa en ella o comenzada y no terminada
- 2. Nota terminada

18.- *Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej. testamento, póliza de seguros, etc.)*

- 0. Ninguna
- 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
- 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales

19.- *Engaño / encubrimiento del intento contemplado*

- 0. Reveló ideas abiertamente
- 1. Frenó lo que estaba expresando
- 2. Intentó engañar, ocultar, mentir