

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

RELACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y EL
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON LA IDEACIÓN
SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO
ARIAS COPAJA DEL DISTRITO DE GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA - 2018

TESIS

Presentada por:

Bach. Maricielo Alfaro Ticoná

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

RELACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y EL FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA I.E.
GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO DE GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA – 2018

TESIS

Presentada por:

Bach. Maricielo Alfaro Ticona

Para optar por el Título Profesional de:


LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Aprobado por unanimidad ante el siguiente jurado


Dra. Victoria Nora Vela de Córdova
PRESIDENTA


Dra. Ruth Rosario Salinas Lunario
SECRETARIA


Dra. Ingrid María Manrique tejada
VOCAL


Mgr. Yolanda Paulina Torres Chávez
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios, por nunca abandonarme en todo este recorrido profesional,

A mi madre, Elsa Ticona por haberme dado la vida, por enseñarme que, con coraje y actitud, podemos superar cualquier adversidad.

A Carlos Machicado, por su apoyo incondicional y preocupación constante en mi desarrollo profesional, por demostrarme que puedo contar con él.

Bach. Maricielo Alfaro Ticona

AGRADECIMIENTO

A la Mgr. Yolanda Torres Chávez, por su asesoría profesional, tiempo y dedicación que mostró hacia mi investigación.

Al Director, docentes y auxiliar de la I.E. Gerardo Arias Copaja, por haberme brindado las facilidades y disponibilidad de acceder a las aulas.

A mis amigas, Lucia, María y Aracely, por su apoyo y motivación para seguir adelante con la culminación de mi tesis.

A mis docentes de Pre Grado de la Escuela Profesional de Enfermería, quienes me brindaron sus conocimientos y experiencias en el camino hacia mi formación profesional.

Bach. Maricielo Alfaro Ticona

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción del Problema	1
1.2 Formulación del Problema	5
1.3 Objetivos	6
1.4 Justificación	7
1.5 Hipótesis	9
1.6 Variables de Estudio	9
1.7 Operalización de Variables	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la Investigación:	13
2.3. Bases Teóricas	18
2.3. Definición conceptual de Términos	52
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1 Enfoque de investigación	53
3.2 Tipo de investigación	53
3.3 Método de investigación	53

	Pág.
3.4 Población	54
3.5 Muestra	55
3.6 Unidad de análisis	55
3.7 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	55
3.8 Validez y Confiabilidad	58
3.9 Procedimiento de recolección de datos	60
3.11 Técnicas de procesamiento y Análisis de datos	61
3.12 Consideraciones éticas	61
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS	
4.1 Presentación de resultados	64
4.2 Prueba de hipótesis	83
4.3 Discusión de resultados	86
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	97
5.2 Recomendaciones	98
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	108

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla N°01	Nivel de ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.	65
Tabla N°02	Sintomatología depresiva en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.	67
Tabla N°03	Funcionamiento Familiar en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.	69
Tabla N°04	Nivel de ideación suicida según sexo en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.	71
Tabla N°05	Funcionamiento Familiar según sexo en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.	73
Tabla N°06	Sintomatología depresiva según sexo en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.	75

		Pág.
Tabla N°07	Ideación suicida relacionada a sintomatología depresiva en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.	77
Tabla N°08	Ideación suicida relacionada a funcionamiento Familiar en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.	79
Tabla N°09	Sintomatología depresiva y funcionamiento familiar relacionada a la ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.	81

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico N°01	Nivel de ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.	66
Gráfico N°02	Sintomatología depresiva en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.	68
Gráfico N°03	Funcionamiento familiar en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.	70
Gráfico N°04	Nivel de ideación suicida según sexo en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.	72
Gráfico N°05	Funcionamiento Familiar según sexo en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.	74
Gráfico N°06	Sintomatología depresiva según sexo en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.	76

		Pág.
Gráfico N°07	Ideación suicida relacionada a sintomatología depresiva en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.	78
Gráfico N°08	Ideación suicida relacionada a funcionamiento Familiar en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.	80

RESUMEN

El presente estudio tuvo como *Objetivo* determinar la relación de la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna – 2018. *Metodología*, estudio de enfoque cuantitativo, el tipo de investigación es descriptivo correlacional de corte transversal. La población de la investigación estuvo conformada por estudiantes de 1ro a 5to de secundaria de la I.E. Gerardo Arias Copaja con una muestra 208 estudiantes, con edades comprendidas entre 12 y 18 años. Los instrumentos aplicados fueron: la Escala de Ideación Suicida de Beck, test de funcionamiento familiar y la escala de depresión de Birleson modificada para el Perú. *Resultados*: Se obtuvo que el 77,9% presentó un nivel bajo de ideación suicida, el 40,4% presentó síntomas depresivos, el 57,7% presentó moderado funcionamiento familiar. El 16,8% son de sexo femenino con alto y medio nivel de ideación suicida, 29,3% son de sexo femenino de familia moderadamente funcional, el 30,3% femenino con síntomas depresivos y depresión. El 42,9% presentan síntomas depresivos e ideación suicida medio y son de familias disfuncionales. En *Conclusión*, existe relación significativa entre el nivel de ideación suicida con la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar.

Palabras clave: Adolescentes, funcionamiento familiar, ideación suicida, sintomatología depresiva.

ABSTRACT

The *objective* of this study was to determine the relationship of depressive symptomatology and family functioning with suicidal ideation in students of the I.E. Gerardo Arias Copaja district Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018. *Methodology*, study of quantitative approach, the type of research is descriptive correlational cross-sectional. The research population consisted of students from 1st to 5th grade of the I.E. Gerardo Arias Copaja with a sample of 208 students, aged between 12 and 18 years. The instruments applied were: The Beck Suicidal Ideation Scale, family functioning test and the modified Birleson depression scale for Peru. *Results*: It was found that 77,9% had a low level of suicidal ideation, 40,4% had depressive symptoms, 57,7% presented moderate family functioning. 16,8% are female with high and medium level of suicidal ideation, 29,3% are female of moderately functional family, 30,3% female with depressive symptoms and depression. 42,9% have depressive symptoms and medium suicidal ideation and are from dysfunctional families. In *Conclusion*, there is a significant relationship between the level of suicidal ideation with depressive symptomatology and family functioning.

Key words: Adolescents, family functioning, suicidal ideation, depressive symptomatology.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta investigación es determinar la relación de la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la ideación suicida en estudiantes del nivel secundario.

La ideación suicida, es la primera fase que tiene como fin la muerte, constituida por planes, pensamientos o deseos persistentes de quitarse la vida. El suicidio representa el 1,4% de muertes a nivel mundial clasificándose entre las 20 principales causas de mortalidad. Se ha demostrado en estudios realizados que por cada suicidio consumado ocurren de 10 a 20 o más intentos suicidas. Generalmente entre personas adolescentes y jóvenes.

La adolescencia es una etapa de vida muy compleja donde el adolescente tiene que enfrentar diversos cambios, fisiológicos, sociales y psicológicos, es por ello que, la existencia de un funcionamiento familiar y el buen estado anímico se convierten en su principal línea de resistencia y defensa para que pueda sobrellevar cualquier situación que tenga frente.

El presente trabajo de investigación consta de cinco capítulos, tales como el planteamiento del problema, marco teórico, metodología de la investigación, resultados y discusión de los datos, por último las conclusiones y recomendaciones.

En el capítulo I, Planteamiento del problema, se plantea la descripción del problema, formulación del problema, objetivos, justificación, hipótesis, variables de estudio y operacionalización de variables.

En el capítulo II, Marco teórico, hace referencia a los antecedentes de la investigación, base teórica y definición conceptual de términos.

En el capítulo III, Metodología de la investigación, se plantea el enfoque de la investigación, tipo de investigación, método de investigación, población, muestra, unidad de análisis, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos, validez y confiabilidad, técnicas de procesamiento y análisis de datos, consideraciones éticas.

En el capítulo IV, resultados y discusión de los datos, encontramos la presentación de resultados en tablas y descripción, prueba de hipótesis y discusión de resultados.

En el capítulo V, hace referencia a las conclusiones y recomendaciones. Finalizando con las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La ideación suicida, es el principio de un proceso que tiene como fin el suicidio, en donde se manifiesta el deseo de querer acabar con su vida, puede tener o no un plan para alcanzar este propósito, pero aún no ha llegado a ejecutarlo. El hecho de solo idear matarse expresa una forma muy intensa de sufrimiento humano.

Anualmente más de 800 000 personas se quitan la vida, una muerte cada 40 segundos. A nivel mundial, representa el 50% de todas las muertes violentas notificadas en los hombres, y el 71% en las mujeres. En el 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo, y más del 79% de los suicidios tuvieron lugar en países de bajos y medianos ingresos (1).

Algunos de los síntomas más comunes que presentan los adolescentes con ideación suicida son: el aislamiento, falta de comunicación, confianza y afecto, frente a su familia y amigos. Por otra parte, la edad, el sexo, la cultura, la raza y otros como los temas familiares, factores biológicos y sociales afectan al joven con ideación suicida y que resulta importante mencionarlas. Siendo la depresión el factor más relevante para llegar al suicidio. Según la

Organización Mundial de la Salud se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, siendo considerada la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes.

En América Latina, el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 25 años, según el último informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), alrededor de 65,000 personas se quitan la vida cada año, 7,3 suicidios por cada 100,000 habitantes.

Si bien es cierto, el Perú no figura en la lista de los países con más casos de suicidio, cada 22 minutos una persona en Lima intenta quitarse la vida. Según estudios del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) realizados desde el 2012, revelan que hay un 20% o 25% de adolescentes que tienen deseos de morir y un 10% o 15% que intenta llevar a cabo su intención. En el Perú, la cifra de ideación suicida entre adolescentes es más elevada que la tasa mundial y, se explicaría por la creciente violencia familiar, pues en la mayoría de casos (entre 60% y 70%) se ha detectado que la causa de dichas ideas tiene como base los problemas que se presentan con los padres. Los estudios revelan que en el Perú el 50% de niños y adolescentes asegura que sus familias viven en un ambiente de violencia.

Estos datos reflejan la mala relación en que viven los adolescentes con sus padres llegando al punto de perder la confianza hacia ellos, por lo cual el adolescente no manifiesta sus verdaderos sentimientos o problemática que pueda estar atravesando, de modo que la única solución que encuentra es poner

fin a su vida. Por lo tanto, el funcionamiento familiar es pilar en el desarrollo de los adolescentes porque logra que como familia cumplan con éxito sus objetivos y funciones, dentro y fuera del hogar así mismo se convierte en un factor predominante en la conservación de la salud, en el desarrollo de la conducta y personalidad del adolescente, convirtiéndose en un factor protector del desarrollo de ideas suicidas y síntomas depresivos. Sin embargo, debido a las necesidades económicas y exigencias laborales actuales, estas funciones han dejado de cumplirse o se cumplen de manera mínima.

En Tacna, los eventos de intención no determinada y las Lesiones auto-infligidas intencionalmente (suicidios) son causas externas de mortalidad que se ubican en el noveno y undécimo lugar, debido a que estas causas de muerte ocurren con mayor frecuencia en la gente joven incluso adolescentes y niños, podría señalar que existe violencia intrafamiliar y violencia social junto a trastornos psicológicos depresivos que conducen a la ejecución de este tipo de eventos (2).

El Director Regional de Salud de Tacna, refirió que durante el año 2017 se tuvo un reporte de 6 muertes por suicidio, así mismo se reportaron 30 intentos de suicidios al mes, uno por día, los cuales generalmente provienen de componentes depresivos siendo los varones, los más vulnerables a cometer estos actos suicidas; además, que la mayoría de suicidas cuentan entre 14 a 30 años, adolescentes y adultos jóvenes (3).

Al ver estas cifras donde nos refieren que los mayores casos de suicidios son realizados por el sexo masculino y que es en la

adolescencia donde surge los casos. Es primordial mencionar que en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa se encuentra la mayor población de Tacna y se reporta el mayor número de casos de intento suicidio y suicidio consumado denotando un grave problema a nivel de la salud mental de los adolescentes.

En mis practicas pre profesionales, al desarrollar el curso de salud del escolar y adolescente, tuve la oportunidad de interactuar y observar a los adolescentes de la I.E. Gerardo Arias Copaja, en donde se veía a un adolescente descuidado, desganado, poca participación en la entrevista, manifestaban que por lo general no interactuaban mucho con sus padres, no recibían afecto de parte de ellos, no había momentos de alegría, por lo que preferían estar fuera de casa o estar en compañía de amigos, generándome gran incertidumbre.

Posteriormente, en el mismo año, durante una guardia realizada en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna (HHUT) me entero que un adolescente muy cercano a mi familia había intentado suicidarse, al averiguar cuál fue el motivo, nos manifestó que era porque su enamorada termino con él y esa era la única solución que tenía para poder impedirlo, se sentía fatal, y más solo que nunca. Él es un adolescente que vive con sus padres, pero que no están pendientes de lo que él hace, si bien no le falta los servicios básicos no mantenía una comunicación adecuada en donde el pudiera sentirse en confianza para contar lo que le estaba sucediendo, por lo que él sentía que la única persona que lo escuchaba era su enamorada y ella al querer separarse de él, toma esa decisión, el cual no se arrepiente de haberlo hecho y lo volvería hacer, me manifiesta.

Es por ello que, considerando estos hechos, y las cifras mostradas, en donde se refleja que los adolescentes en su corta edad pueden atravesar situaciones de crisis tan fuertes y al no tener un agente protector, como la familia, para refugiarse y pedir ayuda, se ven en la necesidad de tomar una decisión tan extrema como querer acabar con su vida.

Por todo lo mencionado y reconociendo que como enfermera(o) participamos del cuidado adolescente, y sabiendo que nuestra intervención se lleva a cabo mediante la prevención primaria, es importante identificar cual es la situación actual que atraviesan los adolescentes, y de esta manera sensibilizar a las familias y comunidad la prevención del suicidio, evitando así que la línea normal de defensa se debilite a causa de factores estresantes, permitiendo que el estudiante se debilite y no pueda hacer frente a sus problemas.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por todo lo expuesto anteriormente, se planteó la siguiente interrogante:

¿Tiene relación la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna-2018?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 GENERAL

Determinar la relación de la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.

1.3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa.
- Identificar la existencia de la sintomatología depresiva en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa.
- Identificar la existencia del funcionamiento familiar en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa.
- Estimar según sexo el nivel de ideación suicida, funcionamiento familiar y sintomatología depresiva en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa.

- Evidenciar la relación de la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación tuvo el propósito de buscar la relación que existe entre la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la ideación suicida en adolescentes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018, siendo importante porque nos dio a saber cómo estos dos factores influían en la formación de ideas suicidas en el adolescente, ocasionando gran sufrimiento, deterioro social, bajo rendimiento, llevando al estudiante a formular la idea de suicidio, por lo fundamentado.

El trabajo tiene relevancia social porque se obtuvo información real y actualizada de la problemática de estudio, cuyo resultado servirá de referencia para que las autoridades de la Institución Educativa, como el Establecimiento de Salud a través de la enfermera(o) como gestor de cuidados preventivos promocionales de la salud, en especial de la salud mental de las personas tomen las medidas preventivas necesarias de tal manera servir de apoyo a sus estudiantes.

También tiene implicancia práctica porque los resultados servirán para concientizar e informar a la población estudiantil sobre

este problema actual, así tanto el sector educativo, como salud busquen estrategias de intervención.

Por otro lado, el trabajo tiene evidencia científica porque se revisó literatura y antecedentes sobre el problema y se aplicó instrumentos que evidenciaron hallazgos, motivo de análisis y discusión, por lo tanto, deja hallazgos para futuros trabajos de investigación que solucionen la problemática planteada, beneficiando a la población de estudio y que la sociedad fortalezca y/o mejore sus conocimientos con el tema.

Finalmente, el trabajo de investigación evidencia la viabilidad por que se estudió el problema en una realidad educativa en el periodo escolar del año 2018 y contó con el apoyo de los recursos tecnológicos, financieros y humanos necesarios y calificados para el logro de los objetivos trazados.

Así mismo, es de gran importancia porque como enfermera(o) encargadas del cuidado adolescente, al identificar la situación actual de esta problemática, me permite generar nuevas estrategias sobre todo de sensibilización dirigido a la familia, comunidad y sobretodo Instituciones Educativas, ya que pasan más tiempo en clases, en la prevención del suicidio, porque la primera fase comienza por la ideación suicida, sumando los síntomas depresivos y el funcionamiento familiar, el adolescente se encuentra totalmente vulnerable a desarrollar estos pensamientos en contra de su vida.

1.5 HIPÓTESIS

1.5.1 HIPÓTESIS ALTERNA

Existe relación entre la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la Ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa-Tacna 2018.

1.5.2 HIPÓTESIS NULA

No existe relación entre la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la Ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa-Tacna 2018.

1.6 VARIABLES DE ESTUDIO

1.6.1 VARIABLE DEPENDIENTE

Ideación suicida

1.6.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

Sintomatología depresiva

Funcionamiento familiar

1.7 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	ESCALA VALORATIVA	NIVEL DE MEDICIÓN
Variable independiente: SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	Trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más (36).	Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Interés por las cosas como antes • Dormir bien • Salir con amigos • Ganas de hacer las cosas • Disfrutar la comida • Defenderse por sí mismo • Bueno en las cosas que hace • Disfrutar lo que hace • Alegrarse con facilidad • Molestarse e irritarse por cualquier cosa. • Olvidarse y/o distraerse. • Ganas de llorar sin razón aparente • Escapar, salir corriendo • Dolor de estómago, cabeza y otros sitios del cuerpo • Desinterés por vivir • Sueños horribles • Pesimismo por las cosas realizadas • Sensación de soledad • Tristeza insoportable • Aburrimiento • Pensamiento serio sobre la muerte. 	15 16 18 21 22 23 25 27 32 26 28 17 19 20 24 29 30 31 33 34 35	Adolescentes sin depresión: 0 – 13 puntos Adolescente s con síntomas depresivos: 14 – 20 puntos Adolescente s con depresión: 21 a más puntos	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	ESCALA VALORATIVA	NIVEL DE MEDICIÓN
Variable independiente: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	Es la dinámica interna de las relaciones de los miembros de la familia (27).	Cohesión	• Decisiones para cosas importantes de la familia.	1	Funcional: 70 a 57 puntos Moderadamente funcional: 56 a 43 puntos Disfuncional: 42 a 28 puntos Severamente disfuncional: 27 a 14 puntos.	Ordinal
			• Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.	8		
		Armonía	• En la casa predomina la armonía.	2		
			• Intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	13		
		Comunicación	• Expresiones sin insinuaciones, de forma clara y directa.	5		
			• Conversaciones de diversos temas sin temor.	11		
		Permeabilidad	• Toma en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.	7		
			• Ante una situación familiar difícil, son capaces de buscar ayuda en otras personas.	12		
Afectividad	• Manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana	4				
	• Demostración de cariño que se tienen.	14				
Roles	• Cumplimiento de sus responsabilidades	3				
	• Distribución de las tareas de forma que nadie este sobrecargado.	9				
Adaptabilidad	• Aceptación de defectos de los demás y sobrellevarlos.	6				
	• Costumbres familiares modificables ante determinadas situaciones.	10				

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	ESCALA VALORATIVA	NIVEL DE MEDICIÓN
Variable dependiente: IDEACIÓN SUICIDA	La ideación suicida se refiere a pensamientos persistentes que tiene el adolescente acerca del deseo de matarse o morirse (17).	Actitud hacia la vida/ muerte	<ul style="list-style-type: none"> • Deseo de vivir/ morir • Razones para vivir/morir • Sentirse útil/ inútil 	36 37, 38 39, 40	<p>Nivel de ideación suicida bajo: 18-23 puntos</p> <p>Nivel de ideación suicida medio: 24-29 puntos</p> <p>Nivel de ideación suicida alto: 30-36 puntos</p>	Ordinal
		Pensamientos/ ideas suicidas	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de ideas suicidas • Deseos de suicidio • Control sobre deseo de suicidio 	43 41, 42 44		
		Proyecto de intento suicida	<ul style="list-style-type: none"> • Método del intento suicida • Sensación de "capacidad" • Expectativa de un intento real 	45,46 47 48, 49		
		Desesperanza -	<ul style="list-style-type: none"> • Futuro con/ sin esperanza • Control de la vida • Influencia de los padres 	50 51, 52 53		

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

Lee G., Ham O., et al. (5), “*Factores comportamentales y psicosociales asociados con la ideación suicida entre adolescentes*”. Corea del Sur, 2018; su *objetivo*: examinar múltiples niveles de factores asociados con la ideación suicida de adolescentes; *metodología*: estudio transversal con una muestra de 860 adolescentes, se aplicó, el Inventario de Depresión de Beck, el cuestionario de salud mental y comportamiento problemático; *resultados*: El 16% presentó ideación suicida, los factores intrapersonales (alteración del sueño, adicción a los juegos, comportamiento destructivo, síntomas depresivos) y factores interpersonales (conflictos familiares, victimización entre iguales) se asociaron con la ideación suicida; en *conclusión* la asociación de múltiples factores con la ideación suicida, deben considerarse en el desarrollo de programas de prevención del suicidio.

Chan Y., Lim K., et al. (6), “*Prevalencia y factores de riesgo asociados con la ideación suicida entre adolescentes en Malasia*”. 2016. *Objetivo*: determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados con la ideación suicida entre los adolescentes en Malasia. *Metodología*: Utilizó datos de una encuesta escolar transversal, con una muestra de 2789 escolares de 16-17 años, se utilizó el análisis

de regresión logística para determinar los factores de riesgo asociados con la ideación suicida. *Resultados*: el 6,2% presentó ideación suicida, mayor entre las mujeres. Siendo factores de riesgo la soledad, ansiedad, preocupación, sin amigos cercanos y la falta de compañeros de apoyo. En *conclusión*, el estudio proporciona evidencia sobre factores de riesgo asociado con la ideación suicida.

Siabato E., Forero M, et al. (7), “*Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos*”. Colombia, Tunja. 2017. *Objetivo*: estimar la asociación entre los síntomas depresivos y la ideación suicida en adolescentes. *Metodología*: estudio de corte transeccional, se aplicó el Cuestionario de Depresión Infantil y el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa, a un grupo de 289 escolares entre 14 y 17 años. *Resultados*: El 30% presentó un nivel alto de ideación suicida y el 9% reportó síntomas depresivos, más alto en mujeres, existe relación significativa entre ideación suicida y ánimo negativo, anhedonia y autoestima negativa. En *conclusión*, los síntomas depresivos relacionados con el estado de ánimo y autoestima negativa son factores de riesgo relevantes asociados con la conducta suicida en mujeres adolescentes.

Ríos J. (8), “*Funcionamiento familiar y riesgo suicida en estudiantes que acuden a clínica universitaria en la ciudad de Huancayo*”. 2014. *Objetivo*: comprobar si existe relación entre el funcionamiento familiar y riesgo suicida en los estudiantes ingresantes del periodo 2012-I de la Facultad de Ciencias de la Salud y Medicina. *Metodología*: de tipo descriptivo-correlacional, con

una muestra de 216 sujetos considerando sexo y edad entre los 16 y 24 años. Se aplicó ficha de datos y dos instrumentos: faces III y escala de tendencia suicida. *Resultados*: el funcionamiento familiar es de Rango Medio (52,78%) y No Riesgo Suicida (63,88%), la relación entre el tipo de funcionamiento familiar con el riesgo suicida, es no significativa ($p = 1,784$). Llega a la *conclusión* que no existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y el riesgo suicida.

Iquiapaza R. (9), "*Ideación suicida y su relación con algunos aspectos psicológicos y familiares en un grupo de adolescentes escolarizados de la I.E. Romeo Luna Victoria del Distrito de Cerro Colorado – Arequipa, junio 2013*". *Objetivo*: establecer la relación de la ideación suicida con aspectos psicológicos y familiares en un grupo de adolescentes. *Metodología*: Tipo observacional con una muestra de 97 estudiantes, se utilizó el cuestionario de desesperanza de Beck, depresión de Beck, impulsividad de Barratt, Apgar familiar y de ideación suicida de Beck. *Resultados*: el 48,45% sin riesgo de suicidio, el 42,27% sin depresión, impulsividad 18,56%, el 20,62% presentó ideación suicida, mayoría mujeres (75%). Llega a la *conclusión* que la ideación suicida es frecuente y se asocia a características personales de desesperanza y depresión.

Urtecho A. (10), en su estudio "*Disfuncionalidad familiar relacionado a ideación suicida en los adolescentes*". Trujillo, Recuay. 2017. *Objetivo*: determinar si existe relación entre la disfuncionalidad familiar con la ideación suicida en adolescentes que asisten al Hospital II-1 de Recuay en el 2017. *Metodología*: estudio

observacional, correlacional con una muestra de 146 adolescentes, utilizó el test de Apgar familiar y el test de Beck. *Resultados*: el 37% tuvo disfuncionalidad familiar leve, 28,1% moderada y 7,5% severa, el 27,4% es funcional. En la ideación suicida, el 77,4% tuvo deseos de morir mínimo, el 19,9% moderado y solo un 2,7% intenso. En *conclusión*, la disfunción familiar leve y la ideación suicida mínima predomina en los adolescentes. Además, existe relación positiva débil entre la disfuncionalidad familiar y la ideación suicida.

Chipana Y. (11), en su estudio "*Factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres, Tacna – 2011*". *Objetivo*: determinar los factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes. *Metodología*: estudio descriptivo, con muestra de 179 escolares, aplicó una encuesta, separada secciones (datos generales, test de ideación suicida, factores personales, familiares y escolares). *Resultados*: 67,04% presentó leve ideación suicida; 75,98% autoestima medio, 67,6% depresión leve, 84,36% conducta alimentaria sin alteración, 59,78% disfunción familiar severa, 52,51% son familias nucleares, buena integración escolar (52,51%) y el 56,42% bajo nivel de victimización escolar. Llega a la *conclusión* que existe asociación significativa entre las variables de estudio.

Amones M. (12), "*Factores psicosociales que se relacionan en la incidencia del intento suicida en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio del 2011 a junio del 2012*". 2015. *Objetivo*: determinar la relación entre las dos variables. *Metodología*, tipo descriptivo, retrospectivo correlacional,

tuvo de muestra 52 pacientes que intentaron suicidarse. *Resultados:* El motivo del acto suicida más frecuente fueron: los problemas familiares (82,7%), problemas de pareja (71,2%), maltrato psicológico (48,1%) y problemas económicos (42,3%). Llegó a la *conclusión* que los factores psicológicos (estrés, antecedentes de intento suicidio, identidad sexual, etc.) y los factores sociológicos (la adolescencia, sexo femenino, económica baja) son los factores psicosociales relacionados con el intento suicida.

Vega A. (13), en su estudio "*Factores personales, familiares y sociales asociados a la ideación suicida en los estudiantes del quinto año de secundaria del distrito Ciudad Nueva de Tacna, año 2013*". *Objetivo*, determinar la asociación de factores personales, familiares y sociales con ideación suicida. *Metodología*, tipo descriptiva, corte transversal; una muestra de 627 estudiantes. *Resultados*, 14,67% no tenía ideación suicida. El 73,08% con ideación suicida alta fue del sexo femenino, 69,23% tuvo depresión moderada e ideación alta; 73,08% autoestima media e ideación suicida alta; autocomprensión baja tuvo ideación alta. En *conclusión*, el grado de autoestima, depresión, autocomprensión, antecedente de suicidio en la familia, no pertenecer a grupos sociales positivos y tener una relación amorosa son factores de riesgo para ideación suicida.

2.3. BASES TEÓRICAS

2.3.1. TEORÍA DE ENFERMERÍA

MODELO DE SISTEMAS: BETTY NEUMAN

El modelo de sistemas de Neuman está basado en la teoría general de sistemas y refleja la naturaleza de los organismos como sistemas abiertos en interacción entre ellos y con el entorno. Dentro de este modelo, Neuman sintetiza el conocimiento a partir de varias disciplinas e incorpora sus propias creencias filosóficas y su experiencia enfermera, especialmente en el campo de la salud mental (14).

Betty Neuman describe el modelo de sistemas afirmando lo siguiente:

«El modelo de sistemas de Neuman es una perspectiva singular basada en sistemas abiertos que proporciona un enfoque unificador para aproximarse a una amplia diversidad de inquietudes. Un sistema actúa como una frontera para un cliente individual, un grupo o incluso un conjunto de grupos; también puede definirse como una cuestión social. Un sistema cliente en interacción con el entorno perfila el dominio de las preocupaciones de la enfermería» (14).

PRINCIPALES CONCEPTOS DEL MODELO DE SISTEMAS DE NEUMAN

VISIÓN HOLÍSTICA O INTEGRAL

El modelo de sistemas de Neuman es un planteamiento de sistemas dinámico y abierto para el cuidado del cliente. El cliente como sistema puede definirse como una persona, familia, grupo, comunidad u objeto de estudio. Los clientes son considerados como un todo cuyas partes están en interacción dinámica. El modelo considera simultáneamente todas las variables que afectan al sistema del cliente: fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales (14).

SISTEMA ABIERTO

Un sistema es abierto cuando existe un flujo continuo de entradas y procesos, salidas y retroalimentación. El estrés y la reacción al estrés son elementos básicos de un sistema abierto

Subconceptos del sistema abierto:

- *Función o proceso:* El cliente es un sistema que intercambia energía, información y materia con el entorno, así como con otras partes y subpartes del sistema, mientras utiliza recursos energéticos disponibles para moverse hacia la estabilidad y la integración.
- *Entrada y salida:* son la materia, la energía y la información que se intercambian dentro del sistema, entre el cliente y su entorno.
- *Retroalimentación:* La salida del sistema en forma de materia, energía e información sirve de retroalimentación para la futura entrada y la acción correctora con la intención de cambiar, potenciar o estabilizar el sistema.

- *Negentropía*: El proceso de conservación de energía que ayuda al sistema en la progresión hacia la estabilidad o el bienestar es la Negentropía.
- *Estabilidad*: La estabilidad es un estado dinámico y deseable de equilibrio en el que el intercambio de energía puede tener lugar sin la perturbación del carácter del sistema, que apunta hacia la salud óptima y la integridad (14).

ENTORNO

Las fuerzas internas y externas que influyen y se ven influenciadas por el cliente en cualquier momento conforman el entorno.

- *Entorno creado*: El entorno creado es desarrollado inconscientemente por el cliente para expresar simbólicamente la integridad del sistema. Su propósito es proporcionar protección para el funcionamiento del sistema cliente y para aislar al cliente de los elementos estresantes (14).

SISTEMA CLIENTE

El sistema cliente consta de cinco variables: *Fisiológica* hace referencia a la estructura y a la función del organismo. *Psicológica* hace referencia a los procesos mentales en interacción con el entorno. *Sociocultural* hace referencia a los efectos y a las influencias de condiciones sociales y culturales. *Desarrollo* hace referencia a los procesos y a las actividades relacionadas con la edad y *espiritual* que hace referencia a creencias e influencias espirituales.

Subconceptos del sistema cliente:

- *Estructura básica:* El cliente es un sistema compuesto por una estructura central rodeada de anillos concéntricos. Esta estructura central «... consta de factores de supervivencia básicos comunes a todos los seres humanos» como características innatas o genéticas.
- *Líneas de resistencia:* Las líneas de resistencia actúan como factores de protección, que son activados por los elementos estresantes que penetran en la línea normal de defensa.
- *Línea normal de defensa:* Representa el nivel adaptativo de salud desarrollado en el transcurso del tiempo como normal con respecto al cual medir la desviación del bienestar. La expansión de la línea normal de defensa refleja un estado de bienestar mejorado, y la contracción indica un estado de bienestar disminuido.
- *Línea flexible de defensa:* Se percibe como un elemento amortiguador de protección para evitar que los elementos estresantes se abran camino hacia el estado de bienestar habitual representado por la línea normal de defensa. Neuman describe la línea flexible de defensa como el primer mecanismo protector del sistema cliente (14).

SALUD

La salud es un continuo que transcurre desde el bienestar a la enfermedad, dinámico por naturaleza. Existe un bienestar óptimo cuando se cumplen completamente las necesidades totales del sistema.

- *Bienestar*: El bienestar existe cuando todas las sub partes del sistema interaccionan en armonía con el sistema completo y se satisfacen todas las necesidades del sistema
- *Enfermedad*: Representa un estado de inestabilidad y gasto de energía.

ELEMENTOS ESTRESANTES

Los elementos estresantes son estímulos productores de tensión que se generan dentro de los límites del sistema del cliente y que dan lugar a un resultado que puede ser positivo o negativo. Pueden ser consecuencia de lo siguiente:

- Fuerzas intrapersonales que tienen lugar en el interior del individuo, como las respuestas condicionadas.
- Fuerzas interpersonales que tienen lugar entre uno o más individuos, como las expectativas de rol.
- Fuerzas extrapersonales que se dan en el exterior del individuo, como las circunstancias.

GRADO DE REACCIÓN

El grado de reacción representa la inestabilidad del sistema que tiene lugar cuando los elementos estresantes invaden la línea normal de defensa (14).

PREVENCIÓN COMO INTERVENCIÓN

Las intervenciones son acciones determinadas que ayudan a que el cliente retenga la estabilidad del sistema, la consiga y/o la mantenga. Pueden producirse antes o después de que las líneas de defensa y resistencia sean superadas. Neuman está de acuerdo en iniciar la intervención cuando se sospecha la existencia de un elemento estresante o este ya ha sido identificado. Las intervenciones se basan en el grado real de reacción, los recursos, los objetivos y el resultado previsto. Neuman indica tres niveles de intervención: 1) primario; 2) secundario, y 3) terciario (14).

RECONSTITUCIÓN

La reconstitución tiene lugar después del tratamiento de las reacciones de los elementos estresantes. Representa el retorno del sistema a la estabilidad, que puede ser a un nivel superior o inferior de bienestar que antes de la invasión del elemento estresante (14).

METAPARADIGMAS DESARROLLADOS EN EL MODELO DE SISTEMAS DE NEUMAN

ENFERMERIA: Neuman (1982) cree que la enfermería debe cuidar a la persona en su totalidad. Considera que la enfermería es una *«profesión única que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta del individuo frente al estrés»*. La percepción de la enfermera influye en el cuidado que se suministra; por ello, Neuman (1995) afirmó que el campo perceptivo del cuidador y del cliente deben valorarse (14).

PERSONA: Neuman presenta el concepto de persona como un sistema cliente abierto en interacción recíproca con el entorno. El cliente puede ser un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o un problema social. El sistema cliente es un compuesto dinámico de interrelaciones entre los factores fisiológico, psicológico, sociocultural, de desarrollo y espiritual (14).

SALUD: Neuman considera que su trabajo es un modelo de bienestar. Para ella, la salud es un movimiento continuo de naturaleza dinámica que cambia constantemente. Neuman afirma: *«Un bienestar o una estabilidad óptimas indican que las necesidades totales del sistema están satisfechas. Un estado reducido de bienestar es el resultado de las necesidades del sistema no satisfechas»* (14).

ENTORNO: Neuman define el entorno como todos los factores internos y externos que rodean e influyen en el sistema cliente. Los elementos estresantes (intrapersonal, interpersonal y extrapersonal) son importantes para el concepto de entorno y se describen como fuerzas del entorno que interaccionan con la estabilidad del sistema y pueden alterarla.

Neuman (1995) identificó tres tipos de entornos: 1) El entorno interno es intrapersonal e incluye todas las interacciones interiores del cliente. 2) El entorno externo es interpersonal o extrapersonal, todos los factores surgen del exterior del cliente. 3) El entorno creado se desarrolla inconscientemente y el cliente lo utiliza para mejorar la capacidad de control protectora.

Este entorno es básicamente intrapersonal. El entorno creado es dinámico y moviliza todas las variables del sistema para crear un efecto aislante que ayuda al paciente a controlar la amenaza que proviene de los elementos estresantes del entorno, cambiando la identidad o la situación (14).

MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN ADAPTADO LA RELACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES.

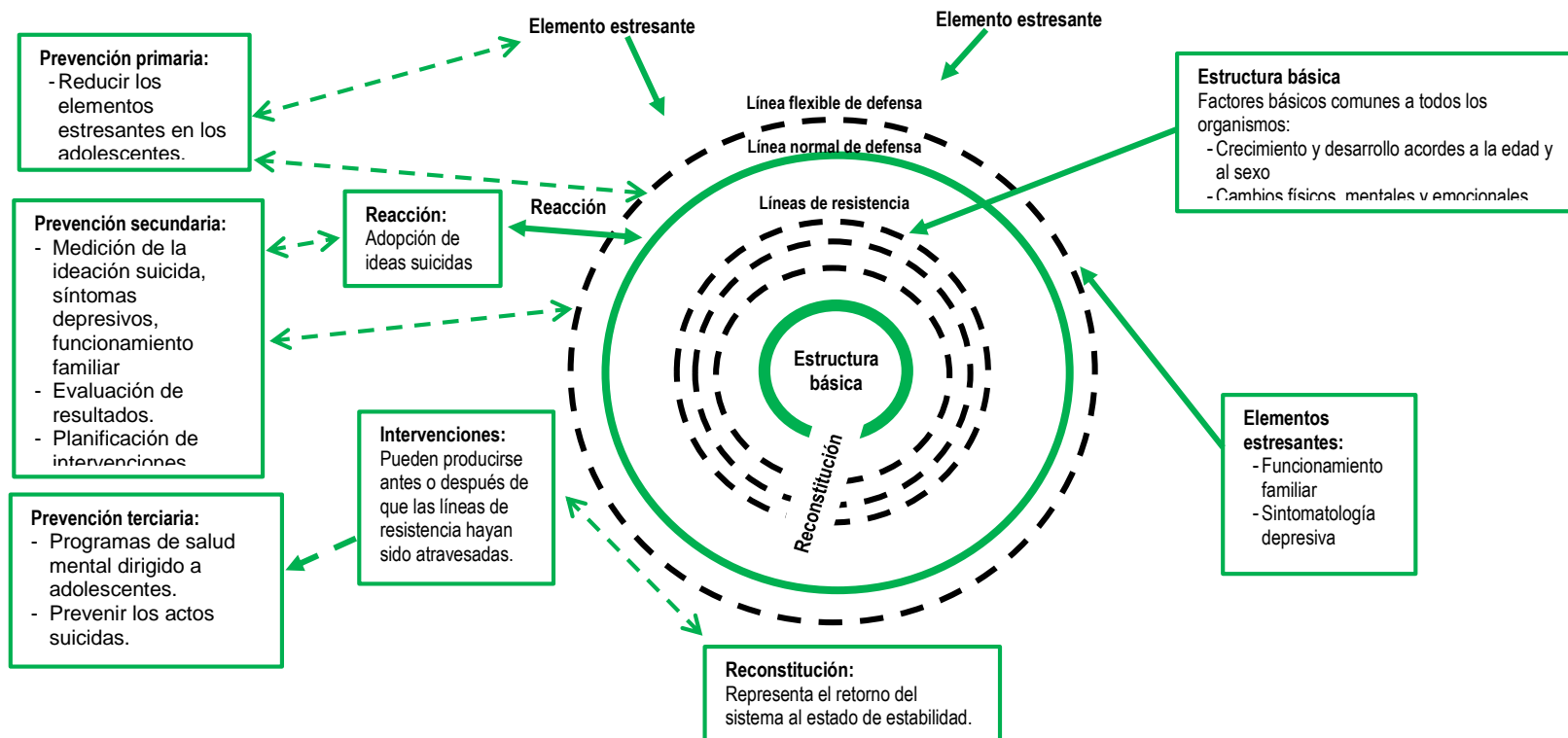
Betty Neuman con este modelo nos muestra a la persona de una manera holística, donde se ve afectado por factores estresantes, que en nuestro estudio son la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar, que tienden a romper la estabilidad del sistema en nuestro caso el adolescente, que refleja el centro de interés del modelo (sistema cliente), estos pueden ser sanas y/o con problemas personales como sistema holístico, el cual al interactuar con el entorno, que consta de variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espiritual, estarán en permanente intercambio de energía, materia e información, que se produce únicamente dentro del individuo (adolescente) y con su entorno.

Por lo tanto, el o la adolescente como centro de interés, se ve influenciado por factores propios de su desarrollo, tanto físicos como psicológicos, como también por aquellos factores sociales que la misma sociedad impone, haciendo que las primeras líneas de defensa se vean afectadas o fortalecidas. Al estar en constante cambio, la energía que libera lo utiliza para estabilizarse o también puede generarle un agotamiento que conducirá al adolescente a optar actitudes negativas hacia sí mismo, en el que la única solución que optará para solucionar el conflicto interno sea poner fin a la vida en un caso extremo, ya que iniciará primero con la ideación suicida, sobre todo si este sistema cliente (adolescente) no cuenta con los

factores protectores adecuados que le otorguen la energía necesaria para lograr una estabilidad interna. Los factores de riesgo que desencadenaría la inestabilidad en el adolescente son tener una familia disfuncional, síntomas depresivos, o conductas de riesgo que provocará daños a largo plazo debilitando su línea de resistencia.

Por ende, el actuar de la enfermera(o) es primordial y necesaria porque realizará una investigación, partiendo de datos objetivos obtenido del mismo adolescente, que posteriormente servirá para que se formulen nuevas estrategias de intervención de enfermería con un enfoque más actualizado, que involucre no solo al adolescente sino a toda la familia. Y de esta manera el sistema cliente (adolescente) tenga las herramientas para enfrentar o reaccionar frente a los factores estresantes.

2.2.2. MAPA CONCEPTUAL DEL MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN ADAPTADO LA RELACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES.



Elaborado por: Neuman B. 1997. Modificado por: Bach. Alfaro M. 2018.

2.2.3. VARIABLES DE ESTUDIO

2.2.3.1. IDEACIÓN SUICIDA

Las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva. La ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio, y ha sido menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado (15).

Almonte señala que la mayoría de los autores constatan que en la infancia y la adolescencia la conducta suicida es un continuo, tratándose siempre de un síntoma. Desde esta perspectiva jerárquica, la ideación suicida constituye el primer eslabón o nivel de menor gravedad. A continuación, y por orden de severidad, le siguen las amenazas, las tentativas de suicidio, diferenciando entre leves y graves, y finalmente el suicidio consumado. No obstante, a pesar de que generalmente los deseos de morir y las amenazas anteceden a las tentativas y estas a su vez preceden en muchos casos a los suicidios consumados (16).

La ideación suicida ha sido definida como pensamientos de autodestrucción. Se considera que la ideación suicida antecede tanto al intento suicida como al suicidio mismo, por consiguiente, el estudio de la ideación suicida se ha convertido en la actualidad

en una forma tanto de diagnóstico como de prevención del suicidio (17).

Según Beck, la “Ideación Suicida es el reporte de la persona sobre toda idea acerca de alguna acción que tenga como objetivo causar la muerte” (18).

Tal como refiere Mosquera, se denomina ideación suicida en sentido general, al “conjunto de pensamientos que expresan un deseo, añoranza o intencionalidad de morir o de cualesquiera otras vivencias psicológicas suicidas, tal como representación, fantasías o prefiguración de la propia muerte” (19).

Según Castro, Maldonado y Benguigui, ideación suicida es el pensamiento y deseo de quitarse la vida, sin que haya llegado realmente a intentarlo. Los pensamientos pueden variar desde creer que otros quieren que se muera, pensamientos transitorios de cometer suicidio, hasta hacer planes específicos de cómo hacerlo. El riesgo suicida es más alto cuando la decisión está claramente definida y el paciente ha pensado en los medios específicos para lograrlo (20).

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO DE LA IDEACIÓN SUICIDA

De acuerdo con el hospital San Juan Capestrano de Puerto Rico, existen varias causas y factores de riesgo que pueden incrementar la vulnerabilidad de una persona al desarrollo de ideas suicidas. Las siguientes nociones ampliamente aceptadas

entre los profesionistas especializados en el campo de la salud mental explican cómo y por qué una persona puede desarrollar este tipo de pensamientos inadaptados:

- *Factores genéticos.* Aunque las ideas suicidas en sí no se heredan, los padecimientos de salud mental que las causan pueden ser heredados de nuestros padres biológicos.
- *Factores físicos.* Los investigadores han determinado que las personas que tienen ideas suicidas presentan un desequilibrio en los neurotransmisores del cerebro.
- *Factores ambientales.* Hay varias influencias ambientales que pueden causar que una persona desarrolle síntomas de un padecimiento de salud mental, particularmente las ideas suicidas.

Adicionalmente, las personas que carecen de las aptitudes necesarias para lidiar con el estrés o que no cuentan con el apoyo adecuado de otras personas pueden desarrollar ideas suicidas si el estrés elevado es un factor presente en sus vidas. Por último, si una persona pierde su empleo, tiene dificultades financieras o enfrenta el fracaso académico, es posible que se manifiesten las ideas suicidas.

INDICADORES DE IDEACIÓN SUICIDA

Según Beck, existen 4 indicadores de la ideación suicida (21):

- *Actitud hacia la Vida / Muerte:* la especie humana es la única que a la muerte realiza todo un ritual funerario complejo y llena de simbolismo, que todavía cree en la supervivencia y

renacimiento de los difuntos. Es por ello que las actitudes cambian con el tiempo, a partir de la evolución personal y por la influencia de factores socioculturales.

- *Pensamientos/Deseos suicidas*: Los pensamientos suicidas pueden ser un síntoma de depresión o una señal de que la persona no puede enfrentarse a una sucesión de acontecimientos personales que le parecen, en su momento, insostenibles.
- *Proyecto de Intento Suicida*: Según Beck (1979), es la disposición que la persona se ha formado para realizar o ejecutar un plan estratégico que tenga como fin acabar con tu vida.
- *Desesperanza*: Es el sentimiento de no tener expectativas para el futuro, que frecuentemente se acompaña con la ausencia del sentimiento de superación, siendo este el estado de ánimo que prevé el acto suicida.

FASES DE LA IDEACIÓN SUICIDA

Según Pérez (1999) hace referencia a 5 fases de la ideación Suicida (22):

1. *Deseo de morir*: en donde la persona cree que ya no vale la pena vivir.
2. *Representación Suicida*: que implica imágenes relacionadas con quitarse la vida.

3. *La idea de autodestrucción*: sin haber planeado aún el procedimiento para hacerlo.
4. *La idea suicida con un plan inespecífico*: donde la persona puede mencionar varias posibilidades para suicidarse, pero ninguna de manera concreta.
5. *La idea suicida planificada*: conocida como plan suicida, donde la persona ha pensado cómo, cuándo, dónde y en qué momento llevar a cabo el plan para suicidarse.

Por lo tanto, la ideación suicida se refiere a aquellos pensamientos acerca de una conducta autodestructiva, la cual puede ir de ideas vagas sobre la posibilidad de quitarse la vida, hasta el punto de tener planes muy concretos y detallados para cometerlo.

2.2.3.2. LA FAMILIA

Es una unidad activa, flexible y creadora, es una institución que resiste y actúa cuando lo considera necesario. Red de relaciones vividas. La familia como institución social es un sistema de fuerzas que constituyen un núcleo de apoyo para sus miembros y la comunidad (23).

La familia desempeña una función privilegiada, ya que ejerce influencia temprana directa y duradera en la formación de la personalidad de los adolescentes y actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio, propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad

y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar (24).

La familia cumple diversas funciones (25) (26), tales como:

1. *Biológica*: pues satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.
2. *Educativa*: debido a que tempranamente socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, entre otros.
3. *Económica*: porque satisface las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.
4. *Solidaria*: dentro de ella se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.
5. *Protectora*: porque da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.

Se destaca que la familia es la base biosicosocial que permite el desarrollo del ser humano (26). Los hijos deberían consolidar esta base de los padres, enriqueciendo y profundizando la comunión conyugal de ambos. Así la paternidad y maternidad son la confirmación del amor. De no cumplirse las funciones de la familia dentro del contexto interno y social, es posible que se presenten en los adolescentes diversos trastornos que afectan su identidad y desarrollo, entre ellas se puede citar a la conducta suicida.

LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

Un funcionamiento familiar saludable, implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. Al hablar de dinámica familiar, nos referimos al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las que se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí, y en relación con el grupo en su conjunto. Entre las cualidades que se destacan de un buen funcionamiento familiar son; la adaptabilidad o flexibilidad, la cohesión, el clima emocional, la comunicación efectiva, el buen afrontamiento y resolución de problemas (27).

EL MODELO CIRCUMPLEJO DE OLSON.

Olson realizó diversas investigaciones para describir y medir la dinámica familiar, es así que construye el Modelo Circunflejo donde plantea tres dimensiones centrales del comportamiento familiar: Cohesión, adaptabilidad y comunicación (28).

- a. *La cohesión:* Se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. La cohesión familiar evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella. Dentro del modelo circunplejo, los conceptos específicos para medir y diagnosticar la dimensión de cohesión familiar son: La vinculación emocional, los límites, las coaliciones, el tiempo, el espacio, los amigos, la toma de decisiones, el interés y las recreaciones (28).

- b. *La adaptabilidad familiar*: Tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Se define como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo. Los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de adaptabilidad son el poder en la familia (asertividad, control, disciplina), el estilo de negociación, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones (28).

- c. *La comunicación familiar*: Facilita el movimiento en las dimensiones de la cohesión y adaptabilidad. La comunicación familiar es un proceso interactivo en el que la comunicación es siempre una acción conjunta. Las habilidades de comunicación positiva, tales como empatía, escucha reflexiva y comentarios de apoyo permiten a las familias compartir entre sí sus necesidades y preferencias cambiantes en relación con la cohesión y la adaptabilidad. Las habilidades negativas tales como el doble mensaje, los dobles vínculos y la crítica, disminuyen la habilidad para compartir los sentimientos y restringen por lo tanto la movilidad de la familia en las otras dimensiones (28).

Olson considera que la interacción de la dimensión de cohesión y adaptabilidad condiciona el funcionamiento familiar. Cada una de estas dimensiones tiene 4 rasgos y su correlación determina 16 tipos de familias, integradas en tres niveles de funcionamiento familiar (29):

a. La dimensión de cohesión tiene dos componentes, el vínculo emocional de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia.

Lo que determina cuatro niveles:

- *Dispersa*: Extrema separación emocional.
- *Conectada*: Hay cercanía emocional.
- *Aglutinada*: Cercanía emocional extrema.
- *Separada*: Hay separación emocional.

b. La dimensión de adaptabilidad es la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. Para que exista un buen sistema de adaptación se requiere un balance entre cambios y estabilidad. El desplazamiento entre alta y baja adaptabilidad determina cuatro tipos:

1. *Caótica*: Liderazgo limitado y/o ineficaz.
2. *Estructurada*: En principio el liderazgo es autoritario siendo algunas veces igualitario.
3. *Rígida*: El liderazgo es autoritario.
4. *Flexible*: El liderazgo es igualitario.

Olivia y Parra refieren que, todo adolescente afronta cambios tanto físicos como psicológicos con el objetivo de construir su propia identidad personal. Esta etapa de cambio no sólo es para los jóvenes del hogar sino también para los padres, ya que

necesitan evolucionar e ir adaptándose a la nueva etapa de los hijos. Por esta razón es importante indagar sobre la funcionalidad familiar que perciben los adolescentes y en qué medida el afrontamiento a los cambios está siendo favorable para él o está incurriendo en problemas psicológicos que lo limitan en su desarrollo (30).

TIPOS DE FAMILIA SEGÚN FUNCIONALIDAD:

Familia funcional: Son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan, contribuyen y cooperan igualmente y con entusiasmo por el bienestar colectivo (31).

Familia moderadamente funcional: Dentro de los roles de la familia existen uno que otros puntos críticos que tardan en resolverse de esta manera hace que la integración se debilite (32).

Familia Disfuncional: Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de los miembros; aunque pueda existir el deseo de encargarse y proteger a los niños, no se sabe o no se entiende claramente cómo hacerlo en una forma natural y espontánea (31).

Familia Severamente Disfuncional: Cuando esto ocurre con ambos miembros o con los familiares cercanos, decimos que se ha creado una familia disfuncional, es decir una familia ineficiente, problemática, que no funcionará bien porque no sustenta, no escucha, no incentiva.

DIMENSIONES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:

El funcionamiento familiar, como dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia, se produce en forma sistémica y es relativamente estable. Condiciona el ajuste de la familia al medio social y bienestar subjetivo de sus integrantes. Se evalúa a través de la categoría de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad (33).

- **Cohesión:** Es la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.
- **Armonía:** Es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** Donde los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- **Permeabilidad:** Es la capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

- **Afectividad:** Es la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Roles:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- **Adaptabilidad:** Es la habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

2.2.3.3. DEPRESIÓN

La depresión se caracteriza por la aparición de humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, la disminución de la vitalidad y por ende la reducción de actividad, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad, ideas de culpa o sentimiento de inutilidad, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas, trastornos del sueño y pérdida de apetito (34).

Así mismo indica que existen tres formas de depresión: Leve, moderada y grave; y la presentación clínica puede ser distinta en cada tipo y en cada individuo pues existen síntomas enmascarados a través de la irritabilidad, comportamiento histriónico, consumo excesivo de alcohol y síntomas obsesivos preexistentes (34).

La diferenciación entre los grados leve, moderado y grave, se basa en una complicada valoración clínica que incluye el número, el tipo, y la gravedad de los síntomas presentes. El nivel de la actividad social y laboral cotidiana suele ser una guía general muy útil de la gravedad del episodio, aunque los factores personales, sociales y culturales que influyen en la relación entre la gravedad de los síntomas y la actividad social, son lo suficientemente frecuentes e intensas como para hacer poco prudente incluir el funcionamiento social entre las pautas esenciales de gravedad (35).

Episodio depresivo leve

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo (35).

Episodio depresivo moderado

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve, así como al menos tres, y preferiblemente cuatro, de los demás síntomas. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes

dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica (35).

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

El enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave (35).

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Se trata de un episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones, o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina, o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces acusatorias, difamatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no con el estado de ánimo (35).

Trastorno depresivo recurrente

Este trastorno se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado, o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo suficiente para satisfacer las pautas de manía. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables (35).

Según Novoa, la depresión es una de las enfermedades más comunes a la que están sujetas las personas. La depresión puede ser un signo, síndrome o trastorno. Como signo la depresión se desarrolla en forma de aspecto triste (disforia) mientras que la depresión como síntoma es más intensa y prolongada e interfiere en la adaptación del individuo y algunos síntomas son el exceso en el dormir, el cambio en los hábitos alimenticios, incluso la conducta delictiva (como el hurto) pueden ser signos de depresión. Otro síntoma común de la depresión es una obsesión con la muerte, que puede tomar la forma ya sea de pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir (36).

ENFOQUES TEÓRICOS Y EXPLICATIVOS DE LA DEPRESIÓN.

A lo largo de la historia se han desarrollado tres modelos claves para explicar la depresión: Modelo psicodinámico, modelo cognitivo y modelo del procesamiento de información. A continuación, se describen brevemente estos modelos:

A. Modelo psicodinámico.

Los estudios sobre la depresión inician desde la antigua Grecia donde Hipócrates resaltó el concepto de melancolía y lo asoció con el individuo reprimido, años más tarde Freud en 1915, plantearía en la publicación "Duelo y Melancolía" las diferencias entre la pérdida consciente que es real y evidencia duelo, y la pérdida inconsciente relacionada con la melancolía. Estos conceptos básicos permiten saber en qué momento se está frente a un estado de depresión por una pérdida evidente y la persona entra en duelo natural, y en qué momento los signos de tristeza entre otros se basan en una disminución de amor propio que se transforma en melancolía (37).

Ávila (37) comenta que Freud esbozó los siguientes conceptos para explicar la dinámica de la Melancolía:

- *Ambivalencia*, la pérdida supone sentimientos de amor (desea continuar con la unión Libido de Objeto) y odio (desea la pérdida del Objeto, e incluso puede ser el causante de la pérdida, desligando Libido de Objeto). El Odio recae sobre su Yo (como sustitución de Objeto) "calumniándolo, humillándolo, haciéndolo sufrir" (37).
- *Identificación del YO con el objeto*, "El amor por el Objeto es sustituido por la Identificación, la predisposición a la melancolía dependerá en parte del predominio de una elección de objeto de tipo narcisista. Siendo así e daría la regresión de la carga de objeto a la fase oral de la libido. En conclusión, la melancolía resulta del cruce entre el proceso del duelo y el

proceso de la regresión de la elección de objeto narcisista al narcisismo” (37).

- *Retroceso a la fase sádica*, “Por influjo de la ambivalencia expresada el odio recae sobre el objeto sustitutivo (el Yo) haciéndolo sufrir y cifrando en ello el goce, goce referido a la venganza hacia el objeto amado, por el cual la melancolía se ofrece como refugio para que el paciente no tenga que exteriorizar su hostilidad. El intento de suicidio es en consecuencia explicable para Freud en el contexto del sadismo, como un retorno de la carga de objeto hacia sí, lo que le hace posible tratarse a sí mismo como objeto. El Yo queda entonces bajo el dominio del Objeto” (37).

Los propuesto por Freud fue utilizado por los psicoanalistas modernos y ellos planean hipótesis sobre la patología oral, patología del Súper-Yo, patología del narcisismo y baja autoestima como base de la depresión (37).

B. *Modelo cognitivo.*

Beck, se apoyó en el enfoque clínico y experimental que facilitaron el desarrollo del modelo y el estilo de la terapia, basándose en tres conceptos psicológicos que explican la depresión (38):

- *Concepto de triada cognitiva*: Son tres patrones que influyen en la percepción de sí mismo, la percepción del futuro y de la experiencia propia, haciendo que la visión sea pesimista y negativa.

- *Organización estructural del pensamiento depresivo*: Cada persona tiene patrones cognitivos estables para interpretar las situaciones que se presenten, en el caso de los depresivos se distorsiona los conceptos y crean esquemas inadecuados e incluso llegan a ser dominantes.
- *Errores en el procesamiento de información*: Los errores sistemáticos en el pensamiento del deprimido hacen que valide sus conceptos negativos.

C. Modelo de procesamiento de información.

Este enfoque toma parte del estilo cognitivo y en lugar de apoyar la dirección que le da Beck a la influencia de un concepto con el otro (como estímulo la cognición, y la respuesta como emoción); indica que la influencia va en doble sentido puesto que las emociones también pueden perturbar la cognición en la memoria, toma de decisiones, etc.

Ruíz y Gonzales en 1996, estudiaron la relación entre la depresión, memoria implícita y el procesamiento de información llegando a la aproximación de que existe menor congruencia entre el estado de ánimo y la memoria implícita, pues hay más tendencia a asociarse con la memoria explícita. Teniendo en cuenta que la memoria implícita es aquella que almacena información recopilada en un episodio específico y su manifestación no requiere que el sujeto se esfuerce por evocar o

recuperar lo aprendido, mientras que la memoria explícita es la que sí necesita recuperación consciente de experiencias aprendidas (39).

2.2.3.4. ADOLESCENCIA

La adolescencia es la etapa en la cual se experimentan cambios muy rápidos en cuanto al crecimiento físico, emocional, social e intelectual. Así mismo, se produce una variación en la manera como las personas se relacionan con el mundo que les rodea. Esta etapa que se inicia con la pubertad o comienzo de la edad fértil, en los cuales se reconoce el comienzo de la capacidad reproductiva (40).

Brooks, denomina adolescencia al periodo de la vida humana que se extiende aproximadamente entre los 12 o 13 años y los 20. Dice que es en el transcurso de esta época cuando las funciones reproductoras alcanzan la madurez y se presentan cambios físicos, mentales y morales los cuales se reproducen de forma simultánea (41).

En este sentido se ha tomado la definición de adolescencia como un periodo de transición a la edad adulta, es un fenómeno sumamente complejo, que está influido por factores biológicos, psicológicos que son propios de la edad del individuo, así como por factores sociales y culturales, ya que es el contexto comunitario donde cada individuo habrá de encontrarse a sí mismo (42).

TEORÍAS SOBRE LA ADOLESCENCIA.

G. Stanley Hall es considerado como el precursor del estudio científico de la adolescencia, a partir de la publicación, en 1904, de dos volúmenes titulados *Adolescence*. El factor principal del desarrollo para Hall residía en factores fisiológicos genéticamente determinados, siendo el ambiente un factor secundario. Sin embargo, reconocía que en la adolescencia los factores ambientales jugaban un papel mayor que en periodos anteriores y que era necesario contemplar dinámicamente la interacción entre la herencia y las influencias ambientales para determinar el curso del desarrollo de los jóvenes en este periodo (43).

La idea central de Hall fue la de identificar la adolescencia como un periodo turbulento dominado por los conflictos y los cambios anímicos (un periodo de "tormenta y estrés", expresión tomada de la literatura romántica alemana), claramente diferenciado de la infancia, y en que el adolescente experimenta como un nuevo nacimiento como ser biológico y social (43).

En la actualidad, las concepciones principales sobre la adolescencia se pueden resumir en tres tendencias dominantes: la perspectiva psicoanalítica, la cognitivo-evolutiva y la sociológica (44).

A. Perspectiva psicoanalítica

El psicoanálisis considera a la adolescencia como el resultado del brote pulsional que se produce por la pubertad

(etapa genital), que altera el equilibrio psíquico alcanzado durante la infancia (etapa de latencia).

Por tanto, el psicoanálisis acentúa la importancia de los factores internos en el curso adolescente, que desencadenan en mayor o menor medida conflictos de integración social (44).

B. Perspectiva cognitivo-evolutiva

Durante esta etapa los jóvenes acceden en un grado u otro a formas de razonamiento propias de lo que se denomina pensamiento formal. Estas nuevas capacidades cognitivas les capacita para el desarrollo de un pensamiento autónomo, crítico, que aplicará en su perspectiva sobre la sociedad y en la elaboración de proyectos de vida. Desde esta perspectiva la adolescencia se produce, pues, por una interacción entre factores individuales y sociales (44).

C. Perspectiva sociológica

Por último, desde la perspectiva sociológica, la adolescencia es el periodo en el que los jóvenes tienen que llevar a cabo los procesos de socialización a través de la incorporación de valores y creencias de la sociedad en la que viven y la adopción de determinados papeles o roles sociales. El sujeto tiene que realizar opciones en este proceso haciendo frente a las exigencias y expectativas adultas (44).

FASES DE LA ADOLESCENCIA

Parra (2007) considera que por tener diversos cambios a todo nivel la adolescencia no debe catalogarse como un periodo unitario y homogéneo, sino un conjunto de fases por las cuales la persona va formando identidad y personalidad. Por ello existen 3 fases a las que se hace frente: La adolescencia inicial, la adolescencia media y la adolescencia tardía. (45)

- a. **La adolescencia inicial**, desde la pubertad hasta los 13 o 14 años. Es la fase en la que se despierta la necesidad de interrelacionarse entre compañeros del mismo sexo y el sexo opuesto, con la finalidad de validar su autoconocimiento y valorarse (45).

Coleman y Hendy, indican que las mujeres son las más afectadas en esta primera etapa de adolescencia mostrando más irritabilidad, estados depresivos y menos satisfacción de su aspecto físico ya que el aumento de masa corporal que implica la madurez femenina, no está en relación con los patrones de belleza actuales; mientras que los varones mantiene un estado de ánimo positivo y mejor autoestima (45).

Shaffer comenta que es esta etapa en la cual el conflicto interno del adolescente consigo mismo ocasiona que aumenten las diferencias y problemas con los padres ya que ellos aún continúan brindándole protección y afecto para demostrarles que son aceptados por sus padres (46).

- b. **La adolescencia media**, se caracteriza por la curiosidad de experimentar sensaciones de índole sexual y al mismo tiempo empieza el deseo de ganar autonomía emocional.

En efecto los adolescentes en esta etapa intentan marcar su independencia para afrontar retos por sí mismos, pero aún necesitan depender emocionalmente de sus padres, así mismo los padres al ver que los jóvenes exigen igualdad en el trato, proponen soluciones más elaboradas y demandan “controlar sus vidas”, supervisan más el comportamiento, pero de forma indirecta para que evitar que se rebelen. Cuando las familias no realizan este control y exceden en el mismo se cae en malas relaciones con los hijos y ellos pueden adoptar conductas poco asertivas buscando apego y confianza con los amigos, y personas externas a la familia.

- c. **La adolescencia tardía**, es la etapa en la cual las relaciones interpersonales se tornan más profundas dado a que el adolescente ha evolucionado en el criterio para elegir con autonomía en base a valores y principios aprendidos. Es común ver que el deseo de independencia empieza primero en las mujeres. Definitivamente los cambios que debe afrontar el adolescente crea un ambiente tenso con los padres y al mismo tiempo una predisposición a problemas emocionales, pero si el clima familiar se torna negativo y conflictivo en lugar de reflejar aceptación y sensibilidad, los problemas se agudizan (47).

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

- **IDEACIÓN SUICIDA:** Conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Sinónimo de pensamiento suicida.
- **SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA:** Son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo presentan ansiedad y síntomas somáticos variados.
- **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:** Es la capacidad de la familia para enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.
- **ADOLESCENCIA:** Es el periodo entre la niñez y la etapa adulta que fluctúa entre los 12 y 17 años de edad. En esta etapa, varones y mujeres, atraviesan cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que tendrán trascendencia en su adaptación psicológica y social como adulto.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Es de enfoque cuantitativo porque parte de un problema que una vez delimitada, se establecen hipótesis y determinan variables; los cuales se miden en un determinado contexto utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones respecto de la o las hipótesis (48).

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según Hernández, Fernández y Baptista es correlacional porque tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más variables en una muestra o contexto en particular (48).

Es descriptiva porque en base a los datos obtenidos se busca diagnosticar una situación e interpretarlo objetivamente y de corte transversal ya que la recolección de datos se realiza en un determinado momento.

3.3 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método de investigación es del tipo deductivo ya que a partir una serie de premisas o principios se logra deducir conclusiones lógicas.

3.4 POBLACIÓN

La población estuvo constituida por 450 estudiantes (100%) entre varones y mujeres de 12 a 18 años de edad de 1° a 5° del nivel secundario de la I. E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa. Tacna, 2018.

3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Estudiantes de 12 a 18 años matriculados en el presente año académico.
- Estudiantes con consentimiento informado firmado
- Estudiantes mujeres y varones de la I.E. Gerardo Arias Copaja.
- Estudiantes presentes el día de la aplicación del instrumento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Estudiantes que no deseen participar en la investigación
- Estudiantes no matriculados en el presenta año académicos
- Estudiantes que no tengan el consentimiento informado firmado.
- Estudiantes ausentes el día de la aplicación del instrumento.

3.5 MUESTRA

3.5.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para definir el tamaño de muestra se utilizó la fórmula para poblaciones finitas, del método probabilístico aleatorio simple, con un grado de confianza del 95% (1,96) y probabilidad de error de 5%; dando como resultado 208 estudiantes, entre varones y mujeres que cursaban el nivel secundario de dicha institución. (Ver anexo N° 01)

3.5.2 MUESTREO O SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se utilizó el muestreo aleatorio simple ya que se eligió tantos sujetos como sea necesario para completar el tamaño de muestra requerido, seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión (48).

3.6 UNIDAD DE ANÁLISIS

Estudiantes varones y mujeres que cursan el nivel secundario de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín de la Provincia de Tacna.

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó a través de encuestas utilizando test y cuestionarios con escalas validadas y establecidas. Este instrumento está constituido de 56 preguntas, 3 preguntas abiertas (Edad, sexo y año de estudios) y 53 preguntas cerradas, separadas en tres secciones. (Ver anexo N° 02)

- **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:** Para medir esta variable se utilizó el "Test de funcionamiento familiar FF - SIL", es una prueba que consiste en la evaluación de la dinámica en las relaciones intrafamiliares. El cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), fue validado por Espejel y modificado por López Nicolás presentando una validez=3,82 y confiabilidad=0,93; esta prueba aporta información válida y confiable para medir los procesos relacionados con el funcionamiento familiar, selecciona siete procesos que implica cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad, adaptabilidad y son catorce afirmaciones que componen la prueba (49) (50).

La escala para los ítems es la siguiente:

- Casi nunca (1).
- Pocas veces (2).
- A veces (3)
- Muchas Veces (4)
- Casi Siempre (5).

Clasifica al funcionamiento familiar:

- Familia funcional (70 a 57 puntos).
 - Familia moderadamente funcional (56 a 43 puntos).
 - Familia disfuncional (42 a 28 puntos).
 - Familia severamente disfuncional (27 a 14 puntos)
- **SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA:** Para medir esta variable se aplicó la escala de Depresión de Birleson modificada para el Perú, que consta de 21 preguntas.

Su autor, Peter Birlson, lo diseñó para cuantificar la severidad de la sintomatología de los niños y adolescentes, es un instrumento autoaplicable tipo Likert, todos los puntajes se realizan de 0 a 2, siendo la máxima calificación de 42 puntos. El tiempo de respuesta del instrumento varía, dependiendo de cada persona, entre 5 y 10 min promedio.

Este instrumento es ampliamente usado para medir depresión en adolescentes. Fue validada por De la Peña et al. en adolescentes mexicanos, y en una población de adolescentes peruanos por Vivar et al. En el año 2005 se realizó el estudio de validación de la escala de Birlson para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos y obtuvieron como resultado la confiabilidad alta en el tiempo en los grupos de pacientes con depresión ($r=0,89$) y sanos ($r=0,78$). El punto de corte fue de 13 puntos (51).

La escala para los ítems es la siguiente:

- Los ítems 15, 16, 18, 21, 22, 23, 25, 27, 32, la puntuación va de 0 a 2, siendo: SIEMPRE= 0, A VECES= 1, NUNCA= 2.
- Los ítems 26, 28, 17, 19, 20, 24, 29, 30, 31, 33, 34, 35, la puntuación es de 2 a 0 siendo: SIEMPRE= 2, A VECES= 1, NUNCA= 0

Clasifica la sintomatología depresiva en:

- Adolescentes sin depresión (0 a 13 puntos).
- Adolescentes con síntomas depresivos (14 a 20 puntos).
- Adolescentes con depresión (21 a más puntos).

- **IDEACIÓN SUICIDA:** Se aplicará la escala de ideación suicida de Beck. Es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse.

Fue modificado por Huapaya (52) y Cachay para facilitar su comprensión en la población peruana, siendo aplicado en adolescentes escolares de nivel secundario; se compone de 18 preguntas con respuestas dicotómicas (Si-No) y tiene un puntaje mínimo de 18 y máximo de 36.

La escala para los ítems es el siguiente:

- La puntuación es: SI = 2, NO = 1 a excepción de los ítems 39, 44, 50, 51 la puntuación es de SI = 1, NO = 2

Los resultados finales se categorizan en:

- Nivel de ideación suicida bajo (18 – 23 puntos)
- Nivel de ideación suicida medio (24 – 29 puntos)
- Nivel de ideación suicida alto (30 – 36 puntos)

3.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

VALIDEZ

- **Validez por criterio:** La validación del instrumento se realizó mediante cinco expertos especializados en el tema de estudio, considerando los once indicadores de evaluación a juicio experto: claridad de la redacción, objetividad, pertinencia, organización, suficiencia,

intencionalidad, consistencia, coherencia interna, metodología, inducción a la respuesta y lenguaje. (Ver anexo N° 03).

La validación por criterio tuvo un valor de 0,90, siendo este un instrumento de buena validez y concordancia muy alta. (Ver anexo N° 04)

- **Validez por contenido:** La validación por contenido tuvo un resultado de $P=0,046$; por lo tanto, si $P<0,005$ la prueba binomial es de concordancia significativa. (Ver anexo N° 05)
- **Validez por constructo:** Se demostró el instrumento establece y especifica la relación teórica entre los conceptos, a su vez se correlacionan los conceptos y se analizan cuidadosamente, interpretándose con la evidencia empírica. El instrumento en general, según la prueba de KMO Y Bartlett, tuvo un valor de 0,806 por lo consiguiente, tiene buena adecuación muestral. (Ver anexo N° 06)

CONFIABILIDAD

Para reforzar la confiabilidad del instrumento fue sometido a prueba piloto con 25 estudiantes de la I.E. Simón Bolívar del Distrito Ciudad Nueva, presentando fiabilidad aceptable según el coeficiente α de Cronbach de 0,692. (Ver anexo N° 07).

3.9 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para procesar la recolección de datos de la población muestra para esta investigación se realizó una serie de pasos que se detallan a continuación:

Paso 1: Elaboración del consentimiento informado.

Paso 2: Se confeccionó y modificó los cuestionarios y test para la recolección de datos.

Paso 3: Se elaboró y entregó la carta de presentación dirigido al director de la Institución Educativa Gerardo Arias Copaja para realizar la ejecución.

Paso 4: Una vez obtenida la autorización por el director, se realizó las coordinaciones con los docentes responsables de cada sección a encuestar.

Paso 5: Se aplicó los cuestionarios a los estudiantes. Previo consentimiento informado.

Paso 6: Análisis de los datos estadísticos por el programa SPSS.

Paso 7: Recolección de los resultados, interpretación y discusión.

Paso 8: Redacción de conclusiones y recomendaciones.

3.10 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida de los instrumentos, fue sometida, codificada y vaciada en una base de datos en el programa Microsoft Excel Versión 2016, posteriormente se trasladó programa estadístico SPSS versión en español. Se calcularon frecuencias, tablas de contingencia, porcentajes estadísticos Chi Cuadrado con la metodología estadística siendo procesada utilizando software SPSS (The Pactage Sattistical For The Social Sciencies); que serán presentados en cuadros y gráficos estadísticos unidimensionales y bidimensionales en cifras absolutas y porcentuales.

3.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

3.11.1 PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

En este estudio de investigación se respetó el principio de autonomía siendo este la capacidad de autodeterminación, de actuar libremente y conscientemente, sin condiciones externos. Por tal motivo cada participante fue libre de decidir si contribuía con la investigación sin ejercer presión alguna.

3.11.2 PRINCIPIO DE BENEFICIENCIA

Este principio requiere que exista un análisis de los riesgos y los beneficios de los participantes de la investigación, por tal

motivo lo que se busco es no generar daños o acciones que perjudiquen la integridad del participante.

3.11.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado incluye la necesidad de respetar a las personas y las decisiones que éstas tomen. Es por ello que se contó con un formato de consentimiento en donde el sujeto de estudio manifiesta su voluntad de participar en el estudio y que los datos obtenidos sirvan para fines específicos del trabajo de investigación. (Ver anexo N°08)

3.11.4 PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Se dio a conocer a cada participante que la realización del cuestionario es completamente anónima, para proteger la identidad y respetar su privacidad en las respuestas marcadas. Teniendo en cuenta que los datos como, la edad, sexo y año de estudio y resultados obtenidos de los instrumentos solo serán manipuladas por el investigador siendo esto plasmado en un trabajo de investigación.

3.11.5 EVALUACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL ESTUDIO Y SUS DESTINATARIOS

La evaluación de los beneficios de esta investigación partió teniendo en cuenta a los sujetos de estudio ya que mediante los datos obtenidos se podrán diseñar nuevas estrategias para afrontar el problema de estudio y de esta manera beneficiarlos a ellos y a la sociedad en conjunto.

3.11.6 PROTECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES

En este estudio que tiene como población de estudio a adolescentes en su mayoría, procuró que al ser partícipes de este estudio no corran alguna condición de riesgo que les impida alterar su bienestar.

3.11.7 PRINCIPIO DE JUSTICIA

Este principio se refiere a la justicia distribuida a los sujetos de estudio, de tal manera que permita que los beneficios estén compartidos en forma equitativa. Es decir, los sujetos de estudio no fueron elegidos por estar disponibles o porque su situación los hacia más fácilmente reclutables,

3.11.8 LA SELECCIÓN DE SERES HUMANOS O SIN DISCRIMINACIÓN

La selección de los participantes en esta investigación fue de forma justa y equitativa bajo los criterios de inclusión, sin prejuicios personales.

3.11.9 LOS BENEFICIOS POTENCIALES SERÁN PARA LOS INDIVIDUOS (PERSONAS) Y LOS CONOCIMIENTOS PARA LA SOCIEDAD.

Con esta investigación se pretende que a partir de los resultados se puedan plantear nuevas investigaciones y estrategias que solucionen la problemática planteada, beneficiando a la población de estudio y que la sociedad fortalezca y/o mejore sus conocimientos con el tema.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS EN TABLAS Y DESCRIPCIÓN

A continuación, se presenta los resultados obtenidos tras aplicar los instrumentos de recolección de datos, los cuales son presentados tablas y gráficos respectivamente.

TABLA N° 01

**NIVEL DE IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA I.E.
GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA - 2018.**

NIVEL IDEACIÓN SUICIDA	N°	%
BAJO	162	77,9
MEDIO	32	15,4
ALTO	14	6,7
TOTAL	208	100,0

Fuente: Aplicación de cuestionario a estudiantes de secundaria de la I.E. "G. A. C".

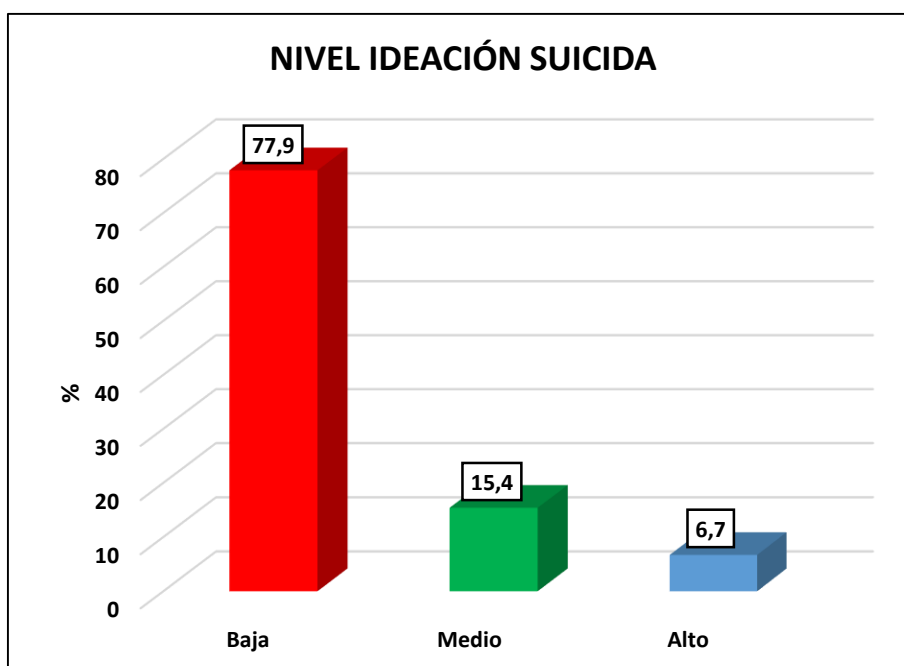
Elaborado por: Cachay, P. **Modificado por:** Bach. Alfaro, M.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 01 se observa que, de un total de 208 estudiantes del nivel secundario de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito del Gregorio Albarracín Lanchipa, un 77,9% presentó un bajo nivel de ideación suicida; el 15,4% presentó un nivel de ideación suicida medio y el 6,7% del total de estudiantes presento un nivel alto de ideación suicida.

GRÁFICO N° 01

NIVEL DE IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA - 2018.



Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 02

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA - 2018.

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	N°	%
Sin depresión	98	47,1
Con síntomas depresivos	84	40,4
Con depresión	26	12,5
TOTAL	208	100,0

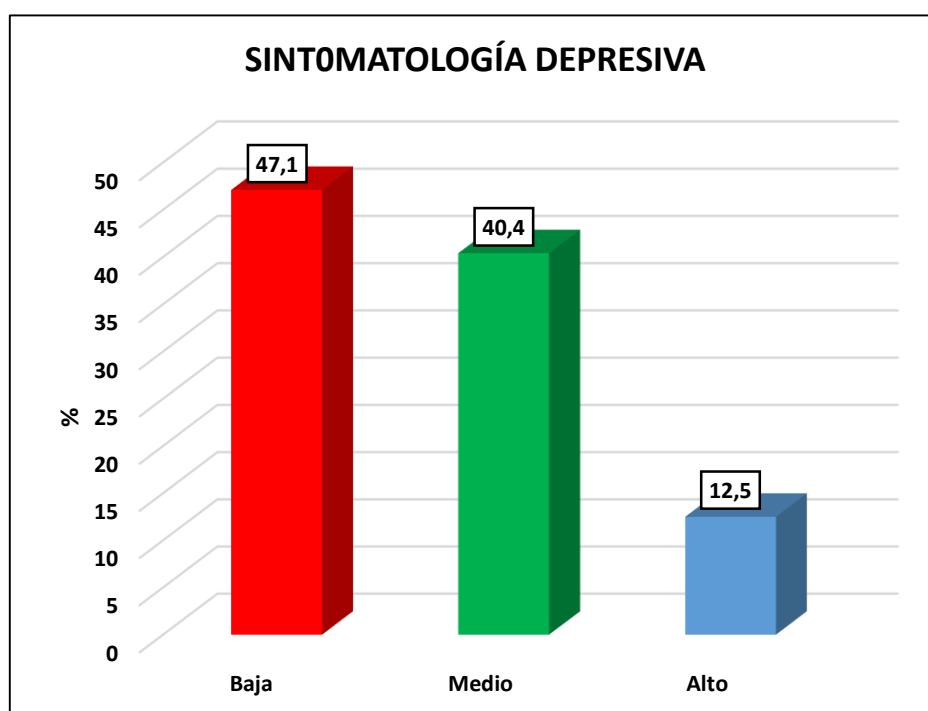
Fuente: Aplicación de cuestionario a estudiantes de secundaria de la I.E. "G. A. C".
Elaborado por: Cachay, P. **Modificado por:** Bach. Alfaro, M.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 02 se evidencia que, de un total de 208 estudiantes del nivel secundario de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito del Gregorio Albarracín Lanchipa, el 47,1% no tienen ningún tipo de sintomatología depresiva, mientras que el 40,4% presenta síntomas depresivos y los estudiantes con depresión representan el 12,5%.

GRÁFICO N° 02

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA - 2018.



Fuente: Tabla N° 02

TABLA N° 03

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE LA I.E.
GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA - 2018.**

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	N°	%
Severamente disfuncional	4	1,9
Disfuncional	46	22,1
Moderadamente funcional	120	57,7
Funcional	38	18,3
TOTAL	208	100,0

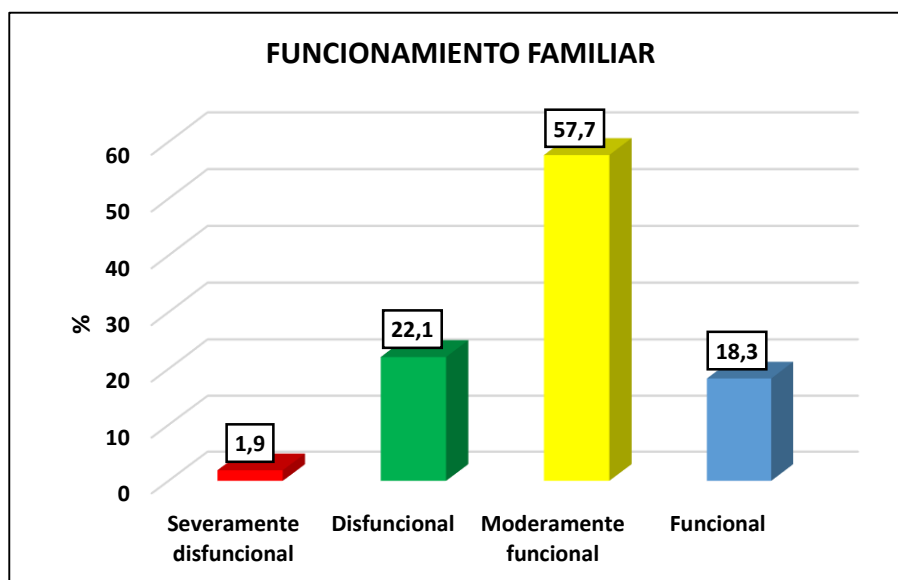
Fuente: Aplicación de cuestionario a estudiantes de secundaria de la I.E. "G. A. C".
Elaborado por: Cachay, P. **Modificado por:** Bach. Alfaro, M.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 03 se evidencia que, de un total de 208 estudiantes del nivel secundario de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito del Gregorio Albarracín Lanchipa, el 57,7% tienen un moderado funcionamiento familiar, mientras que 1,9% pertenecen a familias severamente disfuncionales.

GRÁFICO N° 03

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA - 2018.



Fuente: Tabla N° 03

TABLA N° 04

NIVEL DE IDEACIÓN SUICIDA SEGÚN SEXO EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA - 2018.

Ideación suicida	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N	%
	N°	%	N	%		
Bajo	73	35,1	89	42,8	162	77,9
Medio	26	12,5	6	2,9	32	15,4
Alto	9	4,3	5	2,4	14	6,7
Total	108	51,9	100	48,1	208	100,0

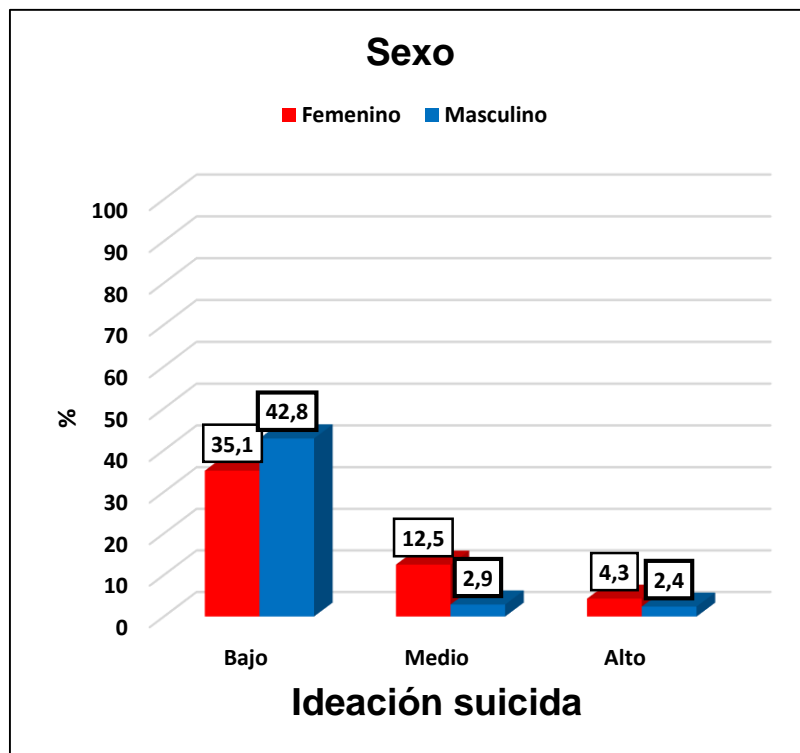
Fuente: Aplicación de cuestionario a estudiantes de secundaria de la I.E. "G. A. C".
Elaborado por: Cachay, P. Modificado por: Bach. Alfaro, M.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 04 se observa que, del 100% de encuestados, en cuanto al nivel de ideación suicida bajo, el sexo masculino presenta con un 42,8% frente a un 35,1% del sexo femenino. El nivel de ideación suicida medio, el sexo femenino predomina con un 12,5% frente a un 2,9% del sexo masculino. En el nivel de ideación suicida alto, el 4,3% son del sexo femenino mientras que el sexo masculino presenta 2,4%.

GRÁFICO N° 04

NIVEL DE IDEACIÓN SUICIDA SEGÚN SEXO EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA - 2018



Fuente: Tabla N° 04

TABLA N° 05

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGÚN SEXO EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA - 2018.

Funcionamiento familiar	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Severamente disfuncional	1	0,5	3	1,4	4	1,9
Disfuncional	23	11,1	23	11,1	46	22,1
Moderadamente funcional	61	29,3	59	28,4	120	57,7
Funcional	23	11,1	15	7,2	38	18,3
Total	108	51,9	100	48,1	208	100,0

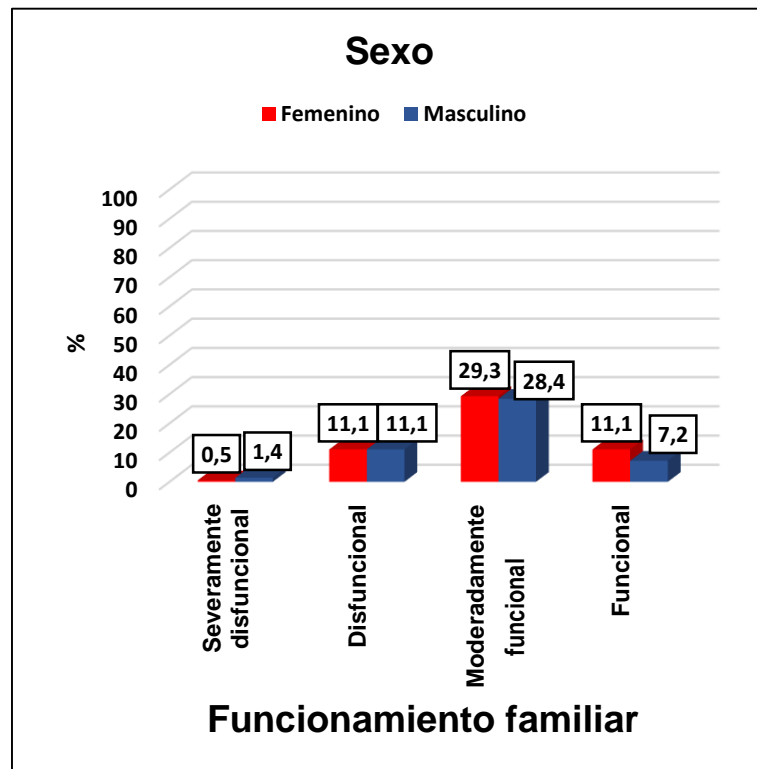
Fuente: Aplicación de cuestionario a estudiantes de secundaria de la I.E. "G. A. C".
Elaborado por: Cachay, P. Modificado por: Bach. Alfaro, M.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 05 sobre el funcionamiento familiar según sexo, se observa que, del 100% de los estudiantes encuestados, el 29,3% son del sexo femenino y de familias moderadamente funcionales.

GRÁFICO N° 05

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGÚN SEXO EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA - 2018.



Fuente: Tabla N° 05

TABLA N° 06

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA SEGÚN SEXO EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA - 2018.

Sintomatología Depresiva	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin depresión	45	21,6	53	25,5	98	47,1
Síntomas depresivos	48	23,1	36	17,3	84	40,4
Con depresión	15	7,2	11	5,3	26	12,5
Total	108	51,9	100	48,1	208	100,0

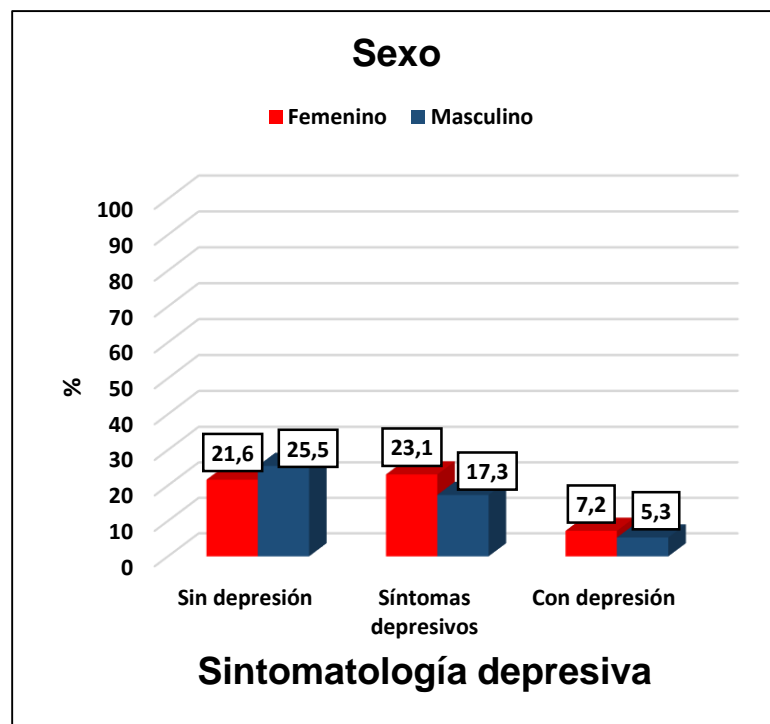
Fuente: Aplicación de cuestionario a estudiantes de secundaria de la I.E. "G. A. C".
Elaborado por: Cachay, P. Modificado por: Bach. Alfaro, M.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 06 sobre la sintomatología depresiva según el sexo, se observa que, del 100% de los encuestados, el 25,5% representa a los estudiantes del sexo masculino sin depresión frente al 5,3% de estudiantes del sexo masculino con depresión.

GRÁFICO N° 06

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA SEGÚN SEXO EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA - 2018.



Fuente: Tabla N° 06

TABLA N° 07

**IDEACIÓN SUICIDA RELACIONADA A SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO
ARIAS COPAJA DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA - 2018.**

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA		IDEACIÓN SUICIDA			TOTAL
		Bajo	Medio	Alto	
Sin depresión	N	94	03	1	98
	%	95,9	3,1	1,0	100,0
Con síntoma depresivos	N	60	21	3	84
	%	71,4	25,0	3,6	100,0
Con depresión	N	8	8	10	26
	%	30,8	30,8	38,5	100,0
TOTAL	N	162	32	14	208
	%	77,9	15,4	6,7	100,0

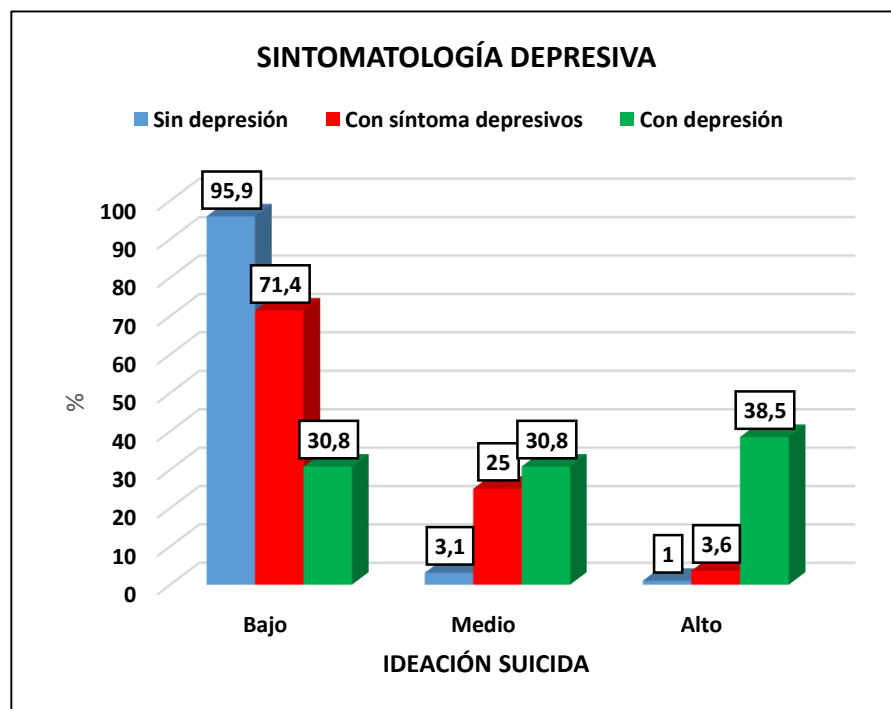
Fuente: Aplicación de cuestionario a estudiantes de secundaria de la I.E. "G. A. C".
Elaborado por: Cachay, P. Modificado por: Bach. Alfaro, M.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 07 se observa que, del 100% encuestados:
Sin depresión: el mayor porcentaje 95,9 % tiene un nivel de ideación suicida bajo, mientras el menor porcentaje 1% tiene un nivel alto. Con síntomas depresivos: el mayor porcentaje 71,4 % tiene un nivel de ideación suicida bajo, mientras el menor porcentaje 3,6% tiene un nivel alto. Con depresión: el mayor porcentaje, 38,5 % tiene un nivel de ideación suicida alto, mientras el menor porcentaje, 30,8% tiene bajo como también medio nivel de ideación suicida.

GRÁFICO N° 07

IDEACIÓN SUICIDA RELACIONADA A SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA - 2018.



Fuente: Tabla N° 07

TABLA N° 08

IDEACIÓN SUICIDA RELACIONADA A FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA - 2018.

IDEACIÓN SUICIDA	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR					TOTAL
	Severamente Disfuncional	Disfuncional	Moderadamente funcional	Funcional		
Bajo	N	0	27	103	32	162
	%	0,0	16,7	63,6	19,8	100,0
Medio	N	2	14	11	5	32
	%	6,3	43,8	34,4	15,6	100,0
Alto	N	2	5	6	1	14
	%	14,3	35,7	42,9	7,1	100,0
Total	N	4	46	120	38	208
	%	1,9	22,1	57,7	18,3	100,0

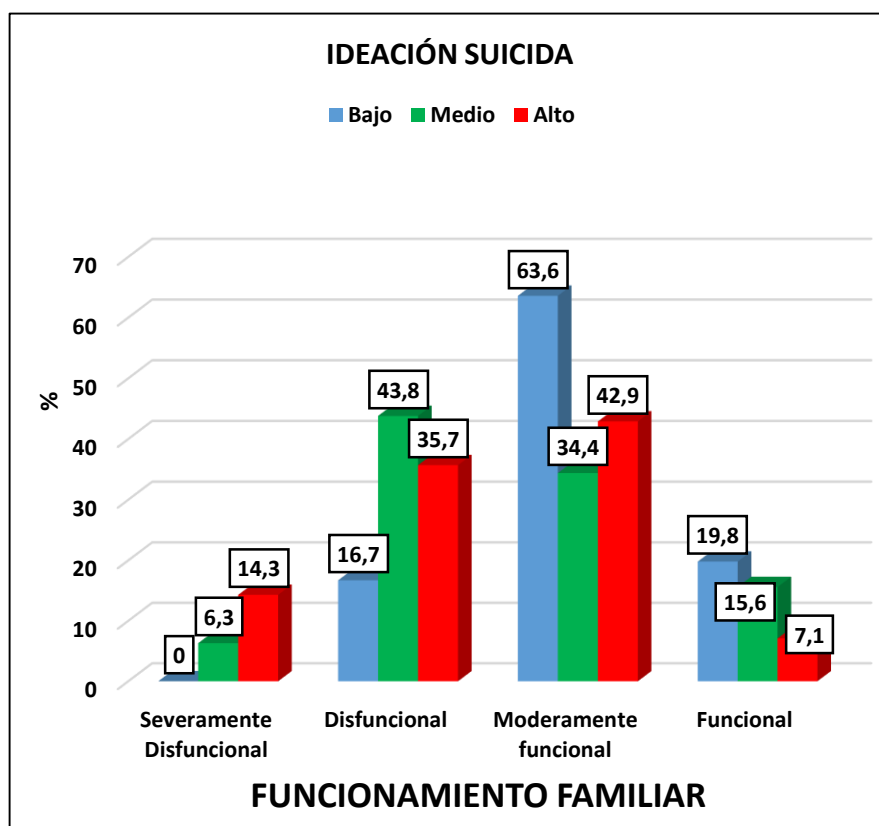
Fuente: Aplicación de cuestionario a estudiantes de secundaria de la I.E. "G. A. C".
Elaborado por: Cachay, P. **Modificado por:** Bach. Alfaro, M.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 08 se observa que, del 100% de ideación suicida: el mayor porcentaje del nivel bajo, 63,6 %, tiene un funcionamiento familiar moderado, mientras que el 16,7% es disfuncional. El nivel Medio: el mayor porcentaje, 43,8 % presenta disfunción familiar, mientras que el 6,3% son severamente disfuncionales. El nivel alto: el mayor porcentaje, 42,9 % tiene un funcionamiento familiar moderado, mientras el menor porcentaje 7,1% tiene un nivel familiar funcional.

GRÁFICO N° 08

IDEACIÓN SUICIDA RELACIONADA A FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA - 2018.



Fuente: Tabla N° 08

TABLA N° 09

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR RELACIONADA A LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA - 2018.

IDEACIÓN SUICIDA	DEPRESIÓN	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR				TOTAL	
		Severamente disfuncional	Disfuncional	Moderadamente funcional	Funcional		
BAJO	Sin depresión	N	0	10	57	27	94
		%	0,0	10,6	60,6	28,7	100,0
	Con síntomas depresivos	N	0	14	41	5	60
		%	0,0	23,3	68,3	8,3	100,0
	Con depresión	N	0	3	5	0	8
		%	0,0	37,5	62,5	0,0	100,0
MEDIO	Sin depresión	N	0	0	2	1	3
		%	0,0	0,0	66,7	33,3	100,0
	Con síntomas depresivos	N	2	9	6	4	21
		%	9,5	42,9	28,6	19,0	100,0
	Con depresión	N	0	5	3	0	8
		%	0,0	62,5	37,5	0,0	100,0
ALTO	Sin depresión	N	0	0	1	0	1
		%	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
	Con síntomas depresivos	N	0	1	2	0	3
		%	0,0	33,3	66,7	0,0	100,0
	Con depresión	N	2	4	3	1	10
		%	20,0	40,0	30,0	10,0	100,0
TOTAL		N	4	46	120	38	208
		%	1,9	22,1	57,7	18,3	100,0

Fuente: Aplicación de cuestionario a estudiantes de secundaria de la I.E. "G. A. C".

Elaborado por: Cachay, P. Modificado por: Bach. Alfaro, M.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 09 en cuanto a la relación del funcionamiento familiar y la sintomatología depresiva con la ideación suicida, se observa que, los que presentaron ideación suicida bajo, el 68,3% son de familias moderadamente funcionales con síntomas depresivos, el 37,5% presentan disfunción familiar y depresión y el 28,7% son de familias funcionales sin depresión.

En cuanto al nivel de ideación medio, el 66,7% son de familias moderadamente funcionales sin depresión, el 62,5% presenta depresión y disfunción familiar, el 33,3% son de familias funcionales sin depresión, solo el 9,5% presentan síntomas depresivos y son de familias severamente disfuncionales.

El nivel alto de ideación suicida presentó los siguientes resultados, el 100% que no presento depresión son de familias moderadamente funcionales, el 66,7% de los que presentaron síntomas depresivos tienen un moderado funcionamiento familiar y el 40% de los que presentaron depresión son de familias disfuncionales.

4.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS

A continuación, se presenta la contrastación de hipótesis para la investigación, el cual se plantea de la siguiente manera:

Hipótesis alterna

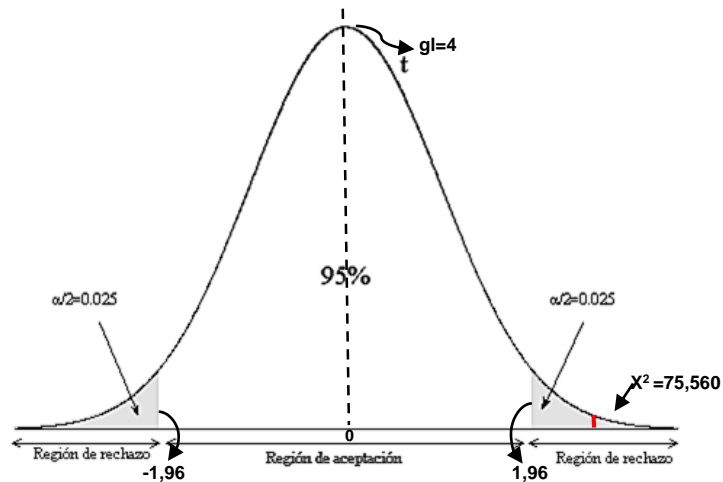
H₁: Los niveles de ideación está relacionada con la sintomatología depresiva en los estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna -2018.

Hipótesis nula

H₀: Los niveles de ideación suicida no están relacionada con la sintomatología depresiva en los estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna-2018.

- Nivel de significancia: $\alpha=0,05$
- Estadístico de Prueba
Pruebas de Chi-cuadrado: prueba de independencia

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	75,560 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	62,990	4	,000
Asociación lineal por lineal	56,619	1	,000
N de casos válidos	208		



- Decisión: La significancia es de $P=0,000 < \alpha= 0,05$ entonces se rechaza la hipótesis nula por lo consiguiente debe aceptarse la hipótesis alterna.
- Conclusión: Al nivel del 5% de significancia se concluye que, los niveles de ideación suicida están relacionada con la sintomatología depresiva 95% ; estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna -2018.

Hipótesis alterna

H_1 : Los niveles de ideación suicida está relacionada con el funcionamiento familiar en los estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018

Hipótesis nula

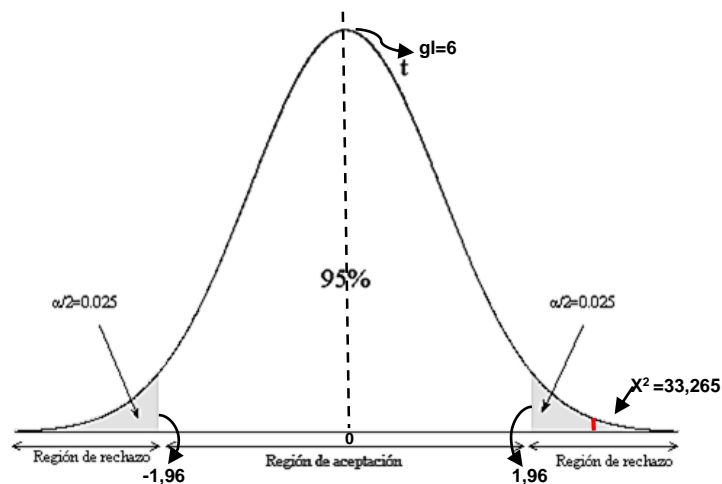
H_0 : Los niveles de ideación suicida no está relacionada con el funcionamiento familiar en los estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2018.

- Nivel de significancia: $\alpha=0,05$
- Estadístico de Prueba

Pruebas de Chi-cuadrado: prueba de independencia

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,265 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	27,973	6	,000
Asociación lineal por lineal	17,628	1	,000
N de casos válidos	208		



- **Decisión**
La significancia es igual a $P=0,000 < \alpha= 0,05$ entonces se rechaza la hipótesis nula en consecuencia se acepta la hipótesis alterna.
- **Conclusión**
Al nivel del 5% de significancia se concluye que el nivel de ideación suicidas está relacionado con el funcionamiento familiar en los estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna – 2018.

4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo a los objetivos trazados en esta investigación se discutió los resultados obtenidos y su relación con estudios similares, así mismo se realizó la confrontación con la literatura revisada.

En la tabla N° 01, al identificar el nivel de ideación suicida, se puede observar que, de un total de 208 estudiantes encuestados de 12 a 18 años de la I.E. Gerardo Arias Copaja, el 77,9% presentó un nivel de ideación suicida bajo; el 15,4% presentó un nivel de ideación suicida medio y el 6,7% del total de estudiantes presento un alto nivel de ideación suicida.

Estos resultados son similares al estudio realizado por Huapaya (52), en la ciudad de Lima, donde indagó sobre factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de tercer, cuarto y quinto año de secundaria de Instituciones Educativas Públicas del Cono Este de Lima, obteniendo que el 83,1% de adolescentes presentaron un nivel bajo de ideación suicida, además de un 14,3% de nivel medio y un 2,6% de nivel alto. En otro estudio realizado por Vega (13) encontramos que, en los estudiantes del Quinto año de educación secundaria del distrito de ciudad nueva, el 4,15% presentó alta ideación suicida; en un nivel Regular el 10,85%, y el 70,33% en un bajo nivel y los que no presentaron ideación suicida representaron el 14,67%.

Resultados que se acercan con lo encontrado en este estudio, sin embargo, los porcentajes obtenidos en esta muestra son menores en comparación a lo encontrado en esta investigación, haciendo que los datos mostrados sean de mayor relevancia, asimismo a nivel de riesgo, en comparación con la Ciudad de Lima, se puede decir que los adolescentes en Tacna se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad y riesgo, provocando la intromisión de pensamientos o deseos suicidas, sumado a una frustración constante, y actitud negativa de ver la vida, incluso de llegar a elaborar un proyecto de intento de suicidio.

Tal como sostiene Carvajal, se trata de un período de emociones fluctuantes, principalmente dirigidas hacia sí mismo donde la población adolescente encuentra dificultades para expresarse a nivel emocional. (53).

Cabe precisar que, a pesar de los resultados que muestran una ideación suicida baja, es preocupante que la mayoría de los adolescentes de este estudio manifiesten que han tenido pensamientos suicidas anteriormente y que piensan en formas de quitarse la vida, más no lo han intentado, es importante mencionar también que manifiestan perder las esperanzas cuando les pasa algo que no pueden lidiar teniendo bastante relación con lo mencionado anteriormente, mostrándonos así que a pesar de tener un valor estadístico bajo no está del todo salvo que pueda surgir la ideación suicida en estos estudiantes.

En la tabla N° 02, en cuanto a la existencia de la sintomatología depresiva, se identificó que, el 47,1% no tienen ningún tipo de sintomatología depresiva, mientras que el 40,4% presenta síntomas depresivos y el 12,5% presentan depresión.

Estos resultados difieren con los resultados presentados por Chipana (11), donde indagó los factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres de Tacna donde encontró un notorio predominio de escolares con depresión (86,03%) de ellos, el nivel leve fue mayor (67,60%) respecto al nivel moderado (18,44%) y no presencia depresiva (13,97%). Sin embargo, son discordantes con lo reportado por Iquiapaza (9) en su trabajo, Ideación suicida y su relación con algunos aspectos psicológicos y familiares en un grupo de adolescentes escolarizados de la I.E. Romeo Luna Victoria en Arequipa en donde no hubo depresión en 42,27% de casos, esta fue leve en 28,87%, moderada en 25,77% y grave en 3,09% de adolescentes.

Según algunos autores Los síntomas depresivos son frecuentes en la adolescencia, siendo una importante causa del absentismo y el fracaso escolar y un importante factor generador de comportamientos de riesgo (54) (55).

Si bien en nuestro estudio el resultado es ligeramente inferior a otros estudios. La presencia de síntomas depresivos encontrado no necesariamente nos indica un diagnóstico psiquiátrico, más bien

estos síntomas depresivos pueden ser respuestas normales a situaciones adversas, cuando se prolongan demasiado. Por lo general la presencia de estos síntomas están relacionadas a niveles bajos de autoestima y por ende a tener comportamientos de riesgo. Tomando en cuenta que la mayoría de estos estudiantes manifiestan, entre a veces y siempre, sentirse solos, tristes, aburridos y con ganas de llorar sin razón. La posibilidad de observar precozmente la existencia de síntomas indicadores de depresión nos permite como enfermeras tener una actuación preventiva y elaborar de programas de apoyo, considerando a la familia, a los amigos y compañeros de estudio de estos estudiantes.

En la tabla N° 03, con respecto al funcionamiento familiar, se evidenció que del total de 208 estudiantes del nivel secundario de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito del Gregorio Albarracín Lanchipa, el 57,7% tienen un moderado funcionamiento familiar, el 22,1% son disfuncionales, el 1,9% pertenecen a familias severamente disfuncionales y solo el 18,3% funcionales.

Los resultados obtenidos son ligeramente inferiores al trabajo realizado por Urtecho G. (10), donde indago la disfuncionalidad familiar relacionada a ideación suicida en los adolescentes de Trujillo, en el cual halló que el 37% tuvo disfuncionalidad leve, 28,1% disfuncionalidad moderada y 7,5% severa, mientras que solo el 27,4% de adolescentes perteneció a una familia funcional. También Grandez R., reportó que la disfunción leve estuvo presente en el 56,9% de los adolescentes.

La disfunción familiar es multifactorial y la presencia o no de disfunción familiar, o variabilidad en su frecuencia porcentual va a depender de factores como son: el nivel socioeconómico, presencia de pobreza extrema, trabajo eventual en los jefes de familia, ausencia de alguno de los padres o padres sustitutos. También existen factores protectores como el apoyo de familiares o redes sociales, viviendas adecuadas entre otros (56) (57).

Cabe precisar que el funcionamiento familiar nos muestra el grado de cohesión que existen entre los miembros, en nuestro estudio al presentar disfuncionalidad y disfuncionalidad severa, corren el riesgo de que el afecto y la interacción entre sus miembros esté ausente generando así que, los lazos afectivos entre las familias se debiliten quedando de lado los sentimientos y opiniones de sus miembros.

En la tabla N° 04, en cuanto al nivel de ideación suicida bajo, el sexo masculino presenta con un 42,8% frente a un 35,1% del sexo femenino, en relación a los niveles de ideación suicida medio y alto, el sexo femenino predomina con un 16,8% frente a un 5,3% del sexo masculino. A pesar de haber obtenido resultados inferiores al presentado por Flores C. (58), en el que resalta el nivel leve de ideación suicida, siendo en el sexo masculino 58,54% y el femenino 56,45%. Con relación a niveles moderados y altos presenta 41,47% para el sexo masculino y 43,55% para el femenino; que se relaciona con la investigación de Siabato E. et al. (7) que, al analizarlo por sexos, se encontró una Ideación suicida alta en el 37% de las mujeres y en el 20% de los hombres.

Sin embargo, como lo mencionan Miranda de la Torre, Cubillas, Román y Valdez, si bien el suicidio suele ser mucho más frecuente en los hombres, el intento de suicidio lo es en las mujeres (59).

El intento representa un paso en este proceso que empieza con la ideación. Esto nos da a entender que son las mujeres quienes llegan a tener con más frecuencia la tentativa de querer acabar con la vida mas no consumir la idea.

En la tabla N° 05, sobre el funcionamiento familiar según sexo, se observa que del 100% de los estudiantes encuestados, el 29,3% son del sexo femenino y de familias moderadamente funcionales. A pesar de tener estos resultados, se ha observado que la mayoría en relación a los ítems ha contestado entre a veces, pocas veces y nunca, que en sus familias no se expresan de forma clara y directa, sienten temor en conversaciones sobre temas diversos y que en situaciones difíciles no buscan ayudan en otras personas.

Como se mencionó anteriormente el funcionamiento familiar es el grado de cohesión que existe entre los miembros de una familia, donde se involucra el vínculo emocional y el grado de autonomía. Al obtener estos resultados podemos decir que a pesar de ser moderadamente funcionales y de continuar así, se corre el riesgo de que la familia se vuelva disfuncional, ya sea por el bajo apoyo de los progenitores afectando la autoestima, conduciendo a que el adolescente se encuentre en una situación de riesgo vulnerable a la ideación suicida.

En la tabla N° 06, sobre la sintomatología depresiva según el sexo, se observa que del 100% de los encuestados, el 25,5% que representa a los estudiantes del sexo masculino sin depresión frente al 21,6% para el femenino, con síntomas depresivos y depresión, el 30,3% son de sexo femenino frente al 22,6% para el masculino.

Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Aquino P; Argote W. (60) donde indagó la prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del centro del Perú del ciclo intensivo diciembre 2015, reportó que la prevalencia de depresión de acuerdo al sexo del estudiante fue de 47% (59 casos) en los hombres. En cuanto al sexo femenino la prevalencia fue 57% (98 casos). Cabe resaltar que los 6 casos de depresión grave que se encontró fueron del sexo femenino.

De acuerdo con algunos autores (Nolen-Hoeksema e Girgus, 1994), se debe a un mayor número de factores de riesgo en el sexo femenino en relación con el sexo masculino y que se vuelve más llamativo en la adolescencia (61).

En este contexto, la identificación precoz de adolescentes en riesgo potencial de desarrollar sintomatología depresiva, debe ser de interés no solo para el profesional de la salud sino también para los profesores, compañeros y padres, quien son los primeros en contactarse. Así mismo los primeros síntomas son claves, por lo que resulta importante un alto índice de sospecha.

En la tabla N° 07, con respecto al nivel de ideación suicida y la sintomatología depresiva, el 38,5 % de los participantes con depresión presentan un alto nivel de ideación suicida demostrándose la existencia de una relación significativa entre estas dos variables. Mediante la prueba de Chi cuadrado se obtuvo un resultado de $P=0,000 < \alpha= 0,05$, el cual confirma que la relación es significativa entre el nivel de ideación suicida y los síntomas depresivos en los estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja, lo que concuerda con otros estudios como el de Siabato et. Al. (7) que tuvo un resultado de $P<0,000$ y el de Iquiapaza (9).

Villalobos-Galvis, explica que la gravedad de los síntomas depresivos está moderada por el papel amortiguador de las variables de protección, como la autoestima, el apoyo social y la capacidad para la solución de problemas; sin embargo, "si los eventos vitales estresantes tienen un alto impacto, o si las variables de protección no tienen la fuerza requerida, la depresión puede llevar a las ideas suicidas de manera directa" (62).

Por lo tanto; al no generar alguna estrategia de afrontamiento a los problemas, como consecuencia el adolescente al querer ser aceptado por los demás optará por actitudes que degraden sus principios, valores, alterando sus capacidades, propósitos, así mismo afectará las relaciones interpersonales, criterios éticos y morales, llegando al extremo que el adolescente opte por conductas suicidas para dar solución al conflicto interno que enfrenta.

En la tabla N° 08, con respecto al nivel de ideación suicida y el funcionamiento familiar, se observa que de los que presentan ideación suicida medio el 43,8% son familias disfuncionales, el total de los que presentaron ideación suicida alto el 42,9% son de familia moderadamente funcional. Para comprobar la relación de estas dos variables de estudios, se llevó a cabo la prueba de Chi-cuadrado, en el cual se obtuvo como resultado un nivel de significancia de $P=0,000 < \alpha= 0,05$ por lo cual se rechazó la hipótesis nula y se afirma que existe una relación significativa entre el nivel de ideación suicida con el funcionamiento familiar.

Concuerda con el estudio realizado por Urtecho (10) en el cual, a diferencia de esta investigación, halló que existe una correlación positiva débil entre ambas variables con una $P=0,026$. Pérez P. también halló una relación significativa con un $r=303$ ($p<0,005$) (63).

Según Pérez I, et al. señala que dicha disfunción incrementa en más de dos veces el riesgo de ideación suicida (64).

Por lo tanto, es importante indicar que una mala relación y comunicación dentro de la familia puede incrementar la posibilidad de formarse la ideación suicida e incluso el tener una mala comunicación con los padres vulnera el equilibrio emocional del adolescente que constantemente se enfrenta con conflictos internos.

Por lo tanto, queda plenamente comprobada la hipótesis planteada en esta investigación, por lo que se puede afirmar que existe relación entre la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la Ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja.

En la tabla N° 9, con respecto a la relación de la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la ideación suicida, se observa que, el 42,9% del total de estudiantes que presentaron síntomas depresivos e ideación suicida medio provienen de familias disfuncionales.

Sin embargo, estos resultados se contraponen con el estudio de Eguiluz L, et. al. (65), acerca de la relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes, donde tras realizar la correlación de las variables el resultado fue negativo, por lo que refiere que entre mayor sea la ideación suicida o la depresión, menores serán los patrones de control de conducta que mantengan un funcionamiento familiar óptimo. Además, coincide con lo obtenido por Guibert W. y Torres N. (66), quienes encontraron una alta incidencia de inconsistencias en reglas, desorganización, riñas constantes y conflictos de poder en familias con adolescentes suicidas.

Si bien es cierto los resultados de esta investigación no concuerda con otras investigaciones en cuanto a la relación existente entre la sintomatología depresiva y el funcionamiento

familiar con la ideación suicida, queda claro que la familia y el mantener un equilibrio emocional, permite al adolescente crear barreras de protección que le permitan enfrentar diversos acontecimientos que trascorra durante su vida escolar en adelante, ya que al tener estrategias de afrontamiento fortalecerá su capacidad de resolver conflictos y no tener que pensar en la muerte como una forma de solución para lidiar los problemas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- La mayoría presentó un bajo nivel de ideación suicida (77,9%), y en menor porcentaje el nivel ideación suicida medio (15,4%) y alto (6,7%) del total de estudiantes.
- La mayoría de los estudiantes no presentaron síntomas depresivos (47,1%), sin embargo, se identificó la existencia de estudiantes con síntomas depresivos (40,4%) y con depresión (12,5%).
- El funcionamiento familiar en su mayoría es moderado (57,7%) y en su minoría pertenecen a familias severamente disfuncionales (1,9%).
- Se logra estimar según sexo que, el femenino presentan un alto y medio nivel de ideación suicida (16,8%), provenientes de familias moderadamente funcionales (29,3%), y quienes presentan síntomas depresivos y depresión (30,3%).
- Existe relación significativa positiva entre el nivel de ideación suicida con la sintomatología depresiva, así como la relación del funcionamiento familiar con el nivel de ideación suicida.

5.2 RECOMENDACIONES

- Fortalecer y emprender actividades preventivas promocionales en las instituciones educativas en coordinación con los establecimientos de salud, para el desarrollo de capacidades individuales y colectivas que contribuya a un desarrollo integral.
- Se recomienda a la gestión administrativa de la I. E. Gerardo Arias Copaja que persistan con el apoyo profesional de un Psicólogo para que imparta un programa de intervención, dado que el colegio es un ambiente donde se define el desarrollo de la personalidad, cognitivo y emocional de los adolescentes.
- La enfermera(o) deberá recalcar a las familias dentro de las visitas domiciliarias y consultas, la importancia de establecer reglas dentro del hogar y a su vez la comprensión y el dialogo entre padres e hijos.
- Emprender capacitaciones a los docentes por parte del Ministerio de Educación y Establecimientos de Salud para que puedan reconocer y enfrentar cuando un adolescente está en riesgo de cometer una conducta suicida.
- Se recomienda realizar investigaciones cualitativas a jóvenes con antecedentes de intento de suicidio, para profundizar el estudio de los posibles factores que pueden llegar a asociarse a la ideación suicida, pero desde la propia historia de vida de los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) OMS. Prevención del suicidio [internet]. Who.int: 2013. [consultado 3 mar 2018]. Disponible en:http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- (2) Región de Salud Tacna. Análisis de situación de Salud Región Tacna 2017. Dirección ejecutiva de epidemiología. 2017.
- (3) WEBMASTER. Cada Día Se Reporta Un Intento De Suicidio En Tacna. [Internet]. Noticiasiv.com:2017. [consultado 30 mar 2018]. Disponible en: <http://noticiasiv.com/2017/09/12/dia-se-reporta-intento-suicidio-tacna/>
- (4) MINSA. Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. 2017. 1a ed.- Ministerio de Salud - Lima: Ministerio de Salud, 2017.
- (5) Lee G, Ham O. Factores comportamentales y psicosociales asociados con la ideación suicida entre adolescentes. Nurs Health Sci. 2018. 2018 abril 10; 1(8). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29637679>
- (6) Chan YY, Lim KH, Teh CH, Kee CC, Ghazali SM. Prevalence and risk factors associated with suicidal ideation among adolescents in Malaysia. Int J Adolesc Med Health [internet]. 2016 [consultado 20 mar 2018]; 0(0), pp. Disponible en: <https://www.degruyter.com/view/ijamh.ahead-of-print/ijamh-2016-0053/ijamh-2016-0053.xml>
- (7) Siabato Macías F, Forero Mendoza I, Salamanca Camargo Y. Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. Pensamiento Psicológico [internet]. 2017 junio; 15(1): p. 51-61. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n1/v15n1a04.pdf>

- (8) Rios Pinto E. Funcionamiento familiar y riesgo suicida en estudiantes que acuden a clínica universitaria en la ciudad de Huancayo [tesis postgrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
- (9) Iquiapaza Fuentes R. Ideación suicida y su relación con algunos aspectos psicológicos y familiares en un grupo de adolescentes escolarizados de la I.E. Romeo Luna Victoria del Distrito de Cerro Color Arequipa, junio 2013. [tesis pregrado]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2013. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4060?show=full>
- (10) Urtecho Garcia AK. Disfuncionalidad familiar relacionado a ideación suicida en los adolescentes. [tesis pregrado]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2670>
- (11) Chipana Noa YM, Factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres, Tacna – 2011[tesis de pregrado]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2011.
- (12) Amones Ticona M. Factores psicosociales que se relacionan en la incidencia del intento suicida en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio del 2011 a junio del 2012 [tesis de 2da especialidad]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2015
- (13) Vega Pilco A. Factores personales, familiares y sociales asociados a la ideación suicida en los estudiantes del quinto año de secundaria del distrito Ciudad Nueva de Tacna, año 2013. [Tesis Pre-Grado]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2014.
- (14) Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 8° ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

- (15) Muñoz J, Pinto V, Callata H, Napa N, y Perales A. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años. *Revista Peruana de Medicina Experimenta*. 2005
- (16) Almonte, C. *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile. 2003
- (17) Eguiluz, L. Ideación suicida en los jóvenes: Prevención y asistencia. *Revista Perspectivas Sistémicas*, Año 15, No. 78, septiembre/octubre, pp. 3-6. 2003
- (18) Guevara, M. *Relación entre ideación suicida y apoyo social en pacientes con VIH*. [Tesis para Licenciatura]. Chiclayo: Universidad Particular Señor de Sipán; 2006.
- (19) Mosquera, A. *Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el hospital Hemilio Valdizán*. UNMSM. Lima, Perú. 2001
- (20) Castro, C., Maldonado, O., & Benguigui, Y. *La Niñez, la Familia y la comunidad*. Washington DC. USA. 2004
- (21) Beck, A. *Escala de Ideación Suicida*. Development of suicidal intent scale for suicide ideation. *J. Consult clin Psychol*. 1979
- (22) Pérez, B. S. *El suicidio, comportamiento y prevención*. *Revista cubana medicina general integral*, 15(2) 196- 217. 1999
- (23) Araiza, V. Hábitos de estudio, ambiente familiar y su relación con el consumo de drogas en estudiantes. *Psicología y Salud*, 19 (2): 237-245. Disponible en <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Vanessa-Araiza-Cardenas.pdf>

- (24) Saucedo García J, Maldonado Durán J. La familia su dinámica y tratamiento. 1st ed. EEUU: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
- (25) Saavedra Oviedo J. Familias: Tipos y modos. [internet]. 2007 [consultado 20 mar 2018]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml>
- (26) Cortez E. Docencia enfermería: Los roles Familiares. [Internet]; 2008 [consultado 20 mar 2017]. Disponible en: <http://docenciaenenfermeria.blogspot.com/2008/12/los-roles-familiares.html>
- (27) Fuentealba E. Funcionamiento familiar: su relación con la percepción de seguridad de los adolescentes, y el desarrollo de conductas de riesgo en salud. Valdivia-Chile. [Tesis Pre-Grado]. Escuela de Enfermería: Universidad Austral de Chile. 2007. Pág.18-23.
- (28) Sotil, A. y Quintana, A. Influencias del clima familiar, estrategias de aprendizaje e inteligencia emocional en el rendimiento académico. Revista de Investigación en Psicología. Lima: UNMSM. 6(2), 53-69.
- (29) Olson, D. Family adaptability and cohesion evaluation scales (FACES III). Minnesota: Ed. Family Social Science. 1985.
- (30) Arranz, E. Familia y desarrollo psicológico. Chile: Editorial Pearson Prentice hall. 2004
- (31) Larocca, F. La familia disfuncional, la dinámica de grupos y sus aplicaciones prácticas. [Web]. 2006. [consultado 30 mar 2018]. Disponible en web: <http://www.monografias.com/trabajos48/familiadisfuncionalfamiliadisfuncional12.shtml>.

- (32) Femanda, M. Familia funcional y familia disfuncional. [Web] 2006 [consultado 30 mar 2018] Disponible en: http://www.wikileaming.com/apuntes/familia_funcional_y_familia_disfuncional-la-familia-funcional/16297-4
- (33) Louro B. et. al. "Manual para la intervención en la salud familiar". Editorial Ciencias Médicas. La Habana:Cuba. 2002. Pág. 26.
- (34) Organización Mundial de la Salud. La depresión, nota descriptiva N° 369, octubre del 2015". Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
- (35) Irarrázabal N; Evaluación de sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile. [Tesis]. Chile: Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales; 2012.
- (36) Novoa, P. Estudio exploratorio de nivel de depresión en niños y adolescentes de 8 a 16 años con maltrato infantil en Lima sur. Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. 7;115-144; 2002
- (37) Ávila, A. Psicodinámica de la depresión. Revista Anales de Psicología de la Universidad de Murcia, España 6(1), 37-58. 1990. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/search/results>
- (38) Mendoza B. Impacto de la violencia Familiar en la salud Mental de Población de Zona de frontera Norte. Tesis [tesis postgrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2001
- (39) Ruíz, J. y Gonzales, P. Depresión, memoria implícita y procesamiento de información emocional. Revista de Psicología general Aplicada, de la Federación Española de

Asociaciones de Psicología 49(1), 103 - 110. 1996. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2358127>

- (40) Hurlock, E. Psicología de la adolescencia. España: Paidós; 1994.
- (41) Brooks, F. Psicología de la Adolescencia. Argentina: Kapelusz; 1959
- (42) Monroy de V. A., Morales, M.N., Velasco, M.L. Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones. Cuaderno técnico No. 42. Estados Unidos; 1998.
- (43) Hall, G. Adolescence. New York. Appleton and Company; 1904.
- (44) Delval, J. El desarrollo humano. Madrid. Siglo XXI; 1996
- (45) Parra A. Un análisis longitudinal de la comunicación entre madres y adolescentes. Revista Apuntes de Psicología 25(3), 267 - 284. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2484716>
- (46) Shaffer, D. Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia. Madrid: Ed. Thomson, 2000.
- (47) Camacho, S. Relación entre la percepción del tipo de familia y los valores interpersonales en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria de Lima-Cercado. [tesis postgrado]. lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2002.
- (48) Hernández R, et al. Metodología de la investigación. 6° ed. México: McGraw-Hill; 2014.
- (49) Mendoza A. "Relación entre funcionamiento familiar y conductas sexuales de riesgo en estudiantes adolescentes de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Chachapoyas – 2013 [tesis

pregrado]. Amazonas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza; 2014. Pag 38. Disponible en: http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/238/FE_160.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- (50) López N. Cuestionario de Funcionamiento Familiar [internet]. SCRIB; 2007. [consultado 20 mar 2018]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/156157/CUESTIONARIO-SOBRE-EL-COMPORTAMIENTO-FAMILIAR>
- (51) Vivar R, Pacheco Z, et. Al. Validación de la escala de Birlenson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos. RPP [Internet] 2005 [consultado 20 mar 2018]; 58(3):24-30. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rpp/v58n3/pdf/a04.pdf>
- (52) Huapaya D. Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima. [Tesis profesional para optar el Título de Medicina Humana] Lima; Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
- (53) Carvajal. G., & Caro. C. (2011). Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009. *Revista Colombia Médica*. Vol. 42(2), pp. 45-56, disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc11039>
- (54) Oliveira-Brochado F, Oliveira-Brochado A. Estudo da presença de sintomatologia depressiva na adolescência. *Rev Port Saúde Pública*. 2008;26(2):27-36.
- (55) Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *J Pediatría*. 2002;78(5):359-66.
- (56) Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad: Documento técnico/ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Secretaría

Técnica Comisión de Renovación del MAIS-BFC -- Lima: Ministerio de Salud; 2011

- (57) Castejón J. Navas L. Aprendizaje, desarrollo y disfunciones: implicaciones. Alicante. España, Editorial Club Universitario. 2009. pp 337- 367.
- (58) Flores C. Ideación suicida y alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las instituciones educativas de viñani, Tacna 2016. [Tesis Pre-Grado] Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2016.
- (59) Miranda de la Torre, I., Cubillas, M., Román, R. y Valdez, E. Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. Salud mental, 32(6), 495-502. 2009. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000600007&lng=es&tlng=es
- (60) Aquino P, Argote W. Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Nacional del Centro del Perú del ciclo intensivo diciembre, 2015-marzo. [Tesis Pregrado] Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2016.
- (61) Nolen-Hoeksame S, Girsus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. Psychological Bull. 1994; 3:424-43.
- (62) Villalobos-Galvis, F. H. Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. [Tesis doctoral no publicada]. España: Universidad de Granada; 2009. Disponible en: [de http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf](http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf)

- (63) Pérez P. Funcionamiento familiar e ideación suicida en alumnos de 5to año de educación secundaria del distrito de San Juan de Miraflores. *Psique Mag* 2016;4(1): 81-94 60
- (64) Pérez I, Téllez D, Vélez A, Ibáñez M. Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2012; 41(1): 26-42
- (65) Eguiluz R, Ayala M. Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes [Internet]2014[consultado 1 dic 2018] *Psicología Iberoamericana.* 22(2): 72-80. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133938134009.pdf>
- (66) Guibert W, Torres N. Intento suicida y funcionamiento familiar. 2001. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 452-460.

ANEXOS

- MUESTRA
- INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
- FORMATOS DE VALIDACION
- VALIDEZ
- CONFIABILIDAD
- CONSENTIMIENTO INFORMADO
- MATRIZ DE CONSISTENCIA
- PERMISOS RESPECTIVOS O SOLICITUD DE PERMISO INSTITUCIONAL
- OTROS

ANEXO Nº 1

TAMAÑO DE MUESTRA

La muestra de estudio corresponderá a la denominada muestra aleatoria simple, para lo cual se estableció el tamaño de la muestra con la siguiente fórmula:

Dónde:

n= Muestra

Total de la población (N)= 450 estudiantes

Z: coeficiente de confiabilidad para el 95% de nivel de confianza.

P y q: son las probabilidades de éxito y fracaso que tiene cada integrante de la población. (0,50)

E: es el error seleccionado de 0,05

FÓRMULA

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 (N - 1) + Z^2 p \cdot q}$$
$$n = \frac{(1,96^2)(0,5)(0,5)(450)}{(0,05)^2 (450 - 1) + (1,96)^2(0,5)(0,5)}$$

$$n = 208 \text{ estudiantes (valor redondeado)}$$

Por lo tanto; el tamaño de la muestra de la presente investigación será 208 estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Gerardo Arias Copaja.

ANEXO N° 02: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO

Edad: _____

Sexo: M () F ()

Año de Estudio: _____

FINALIDAD: Obtener datos que permita evaluar el funcionamiento familiar, la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes de la Institución Educativa. Esta encuesta es ANÓNIMA, por favor responda con sinceridad. Se agradece su participación.

I. TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

A continuación, se presenta un grupo de situaciones que, durante los últimos 3 meses hasta la actualidad, pudieron ocurrir o no, en su familia y vida diaria. MARQUE con una "X" según la frecuencia en que la situación se presente.

	CASI NUNCA (1)	POCAS VECES (2)	A VECES (3)	MUCHAS VECES (4)	CASI SIEMPRE (5)
1. Toman decisiones en familia para cosas importantes.					
2. En su familia predomina la armonía.					
3. En su familia, cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana de su familia.					
5. En mi familia, nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. En mi familia, aceptamos los defectos de los demás y sobrellevamos.					
7. En mi familia, tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8. Cuando alguien de mi familia tiene un problema, los demás ayudamos.					
9. En mi familia, distribuimos las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. En mi familia, podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada quien son respetados por el núcleo familiar.					
14. En mi familia, nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

II. ESCALA DE BIRLENSON

En las siguientes preguntas, por favor responda honestamente como te has sentido en las últimas dos semanas. MARQUE con una "X" según la frecuencia en que la situación se presente.

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
15. Las cosas me gustan, me interesan como antes.			
16. Duermo muy bien			
17. Me dan ganas de llorar sin razón.			
18. Me gusta salir con mis amigos.			
19. Me gustaría escapar. Salir corriendo.			
20. Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo.			
21. Tengo ganas para hacer las cosas.			
22. Disfruto la comida.			
23. Puedo defenderme por mí mismo.			

24.	Pienso que no vale la pena vivir.		
25.	Soy bueno para las cosas que hago.		
26.	Me molesto y me irrito por cualquier cosa.		
27.	Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.		
28.	Me he vuelto olvidadizo(a) y/o distraído(a).		
29.	Tengo sueños horribles.		
30.	Pienso que haga lo que haga no lograré conseguir lo que deseo o que las cosas no van a cambiar.		
31.	Me siento solo(a).		
32.	Puedo alegrarme fácilmente.		
33.	Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarme.		
34.	Me siento muy aburrido(a).		
35.	Pienso muy en serio en la muerte o en matarme.		
III. ESCALA DE BECK			
Marca con un aspa (x) la alternativa que creas conveniente.			
		SI	NO
36.	¿Tiene deseos de morir?		
37.	¿Tiene razones para querer morir?		
38.	¿Siente que su vida ha perdido sentido?		
39.	¿Se siente útil en esta vida?		
40.	¿Cree que la muerte trae alivio a los sufrimientos?		
41.	¿Ha tenido pensamientos de terminar con su vida?		
42.	¿Ha tenido deseos de acabar con su vida?		
43.	¿Tiene pensamientos de la forma de cómo quitarse la vida?		
44.	¿Logra resistir a esos pensamientos?		
45.	¿Ha pensado en una forma para quitarse la vida?		
46.	¿La forma de quitarse la vida es accesible a ti?		
47.	¿Ha comentado con alguien sobre alguna forma para quitarse la vida?		
48.	¿Ha realizado una forma para quitarse la vida?		
49.	¿Pensaría en llevar a cabo una forma para quitarse la vida?		
50.	¿Tiene posibilidades para ser feliz en el futuro?		
51.	¿Siente que tiene control sobre su vida?		
52.	¿Pierde las esperanzas cuando le pasa algo?		
53.	¿Piensa que su familia rara vez le toma en cuenta?		

FUENTE: ítems extraídos de los siguientes instrumentos: Test de percepción del funcionamiento familiar, Escala de Birleson modificada para el Perú, Escala de Ideación Suicida de Beck modificada. Modificada por: Bach. Alfaro, M.

¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

ANEXO N° 03

FORMATOS DE VALIDACIÓN

VALIDACIÓN DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO..... EDAD.....
- 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA/CARGO.....
- 1.3. TÍTULO PROFESIONAL.....
- 1.4. GRADO ACADÉMICO..... MENCIÓN EN.....
- 1.5. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.....

ASPECTOS DE VALIDACION:

N°	INDICADOR	CRITERIOS	DEFICIENTE 0-20%	BAJA 21- 40%	REGULAR 41-60%	BUENA 61-80%	MUY BUENA 81-100%
1	CLARIDAD DE LA REDACCIÓN	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible.					
2	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.					
3	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.					
4	ORGANIZACIÓN	Hay una secuencia lógica en las preguntas.					
5	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas					
6	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, la finalidad, organización, tipo de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.					
7	CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia en estudio de la investigación.					
8	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación.					
9	METODOLOGÍA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método Científico (proceso de la investigación)					
10	INDUCCIÓN A LA RESPUESTA	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.					
11	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.					

1. OPINION DE APLICABILIDAD: a)Deficiente..... b)Baja..... c)Regular..... d)Buena..... e)Muy Buena.....
2. PROMEDIO DE VALORACION: FECHA Y LUGAR.....
3. OBSERVACIONES: General (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique).....

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI:

VALIDACIÓN DE JUICIO EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS

Por favor marque con una (x) o (✓) la opción que considere, debe aplicarse en cada ítems y realice si es necesario, sus observaciones.

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
I. TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR				
1. Toman decisiones en familia para cosas importantes.				
2. En su familia predomina la armonía.				
3. En su familia, cada uno cumple sus responsabilidades.				
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana de su familia.				
5. En mi familia, nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.				
6. En mi familia, aceptamos los defectos de los demás y sobrellevamos.				
7. En mi familia, tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.				
8. Cuando alguien de mi familia tiene un problema, los demás ayudamos.				
9. En mi familia, distribuimos las tareas de forma que nadie este sobrecargado.				
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.				
11. En mi familia, podemos conversar diversos temas sin temor.				
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.				
13. Los intereses y necesidades de cada quien son respetados por el núcleo familiar.				
14. En mi familia, nos demostramos el cariño que nos tenemos.				
II. ESCALA DE BIRLESON PARA LA DEPRESION				
15. Las cosas me gustan, me interesan como antes.				
16. Duermo muy bien				
17. Me dan ganas de llorar sin razón.				
18. Me gusta salir con mis amigos.				
19. Me gustaría escapar. Salir corriendo.				
20. Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo.				
21. Tengo ganas para hacer las cosas.				
22. Disfruto la comida.				
23. Puedo defenderme por mi mismo.				
24. Pienso que no vale la pena vivir.				
25. Soy bueno para las cosas que hago.				
26. Me molesto y me irrito por cualquier cosa.				
27. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.				

28.	Me he vuelto olvidadizo(a) y/o distraído(a).				
29.	Tengo sueños horribles.				
30.	Pienso que haga lo que haga no lograré conseguir lo que deseo o que las cosas no van a cambiar.				
31.	Me siento solo(a).				
32.	Puedo alegrarme fácilmente.				
33.	Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarme.				
34.	Me siento muy aburrido(a).				
III. ESCALA DE IDEACION SUICIDA DE BECK					
35.	Pienso muy en serio en la muerte o en matarme.				
36.	¿Tiene deseos de morir?				
37.	¿Tiene razones para querer morir?				
38.	¿Siente que su vida ha perdido sentido?				
39.	¿Se siente útil en esta vida?				
40.	¿Cree que la muerte trae alivio a los sufrimientos?				
41.	¿Ha tenido pensamientos de terminar con su vida?				
42.	¿Ha tenido deseos de acabar con su vida?				
43.	¿Tiene pensamientos suicidas con frecuencia?				
44.	¿Logra resistir a esos pensamientos?				
45.	¿Ha pensado en algún método específico?				
46.	¿El método es accesible a ti?				
47.	¿Ha comentado con alguien sobre algún método de suicidio?				
48.	¿Ha realizado algún intento de suicidio?				
49.	¿Pensaría en llevar a cabo algún intento de suicidio?				
50.	¿Tiene posibilidades para ser feliz en el futuro?				
51.	¿Siente que tiene control sobre su vida?				

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE : _____
- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE : _____
- DNI : _____
- FECHA : _____

FIRMA DEL EXPERTO
DNI:

VALIDACIONES POR EXPERTOS

EXPERTO N° 01

VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

DATOS GENERALES:

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: Guzmán Olvera, Wilson Raúl EDAD: 42a
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA/CARGO: GOBIERNO REGIONAL DE TRENTA
 1.3. TITULO PROFESIONAL: Psicólogo
 1.4. GRADO ACADEMICO: Magister en Psicología MENCION EN: Investigación
 1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION: "RELACION DE LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y LA DISFUNCION FAMILIAR CON LA IDEACION SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA - 2018."

ASPECTOS DE VALIDACION:

N°	INDICADOR	CRITERIOS	DEFICIENTE 0-20%	BAJA 21-40%	REGULAR 41-60%	BUENA 61-80%	MUY BUENA 81-100%
1	CLARIDAD DE LA REDACCION	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible.					100%
2	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.					100%
3	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.					100%
4	ORGANIZACION	Hay una secuencia lógica en las preguntas.					100%
5	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas					100%
6	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, la finalidad, organización, tipo de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.					100%
7	CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia en estudio de la investigación.					100%
8	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación.					100%
9	METODOLOGIA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método Científico (proceso de la investigación)					100%
10	INDUCCION A LA RESPUESTA	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.					100%
11	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.					100%

1. OPINION DE APLICABILIDAD: a) Deficiente..... b) Baja..... c) Regular..... d) Buena..... e) Muy Buena.....
 2. PROMEDIO DE VALORACION: 100% FECHA Y LUGAR: Tacna, 04 de agosto de 2018
 3. OBSERVACIONES: General (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique):
Se sugiere cambiar el nombre del ítem 100
Se sugiere modificar el nombre del ítem 100
no modificar el ítem 100

GOBIERNO REGIONAL DE TRENTA
 HOSPITAL HIPOLITO UANUQUE DE TACNA
 Wilson Guzmán Olvera
 MEDICO PSICUATRA
 C.M.P. 38155 R.N.E. 30332

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI: 00796168

VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS

Por favor marque con una (x) o (✓) la opción que considere, debe aplicarse en cada ítems y realice si es necesario, sus observaciones.

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
I. TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR				
1. Toman decisiones en familia para cosas importantes.	p			
2. En su familia predomina la armonía.	p			
3. En su familia, cada uno cumple sus responsabilidades.	p			
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana de su familia.	p			
5. En mi familia, nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	p			
6. En mi familia, aceptamos los defectos de los demás y sobrellevamos.	p			
7. En mi familia, tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.	p			
8. Cuando alguien de mi familia tiene un problema, los demás ayudamos.	p			
9. En mi familia, distribuimos las tareas de forma que nadie este sobrecargado.	p			
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	p			
11. En mi familia, podemos conversar diversos temas sin temor.	p			
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	p			
13. Los intereses y necesidades de cada quien son respetados por el núcleo familiar.	p			
14. En mi familia, nos demostramos el cariño que nos tenemos.	p			
II. ESCALA DE BIRLENSON PARA LA DEPRESION				
15. Las cosas me gustan, me interesan como antes.	p			
16. Duermo muy bien	p			
17. Me dan ganas de llorar sin razón.	p			
18. Me gusta salir con mis amigos.	p			
19. Me gustaría escapar. Salir corriendo.	p			
20. Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo.	p			
21. Tengo ganas para hacer las cosas.	p			
22. Disfruto la comida.	p			
23. Puedo defenderme por mi mismo.	p			
24. Pienso que no vale la pena vivir.	p			
25. Soy bueno para las cosas que hago.	p			
26. Me molesto y me irrito por cualquier cosa.	p			
27. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.	p			
28. Me he vuelto olvidadizo(a) y/o distraído(a).	p			
29. Tengo sueños horribles.	p			
30. Pienso que haga lo que haga no lograré conseguir lo que deseo o que las cosas no van a cambiar.	p			
31. Me siento solo(a).	p			
32. Puedo alegrarme fácilmente.	p			
33. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarme.	p			

34. Me siento muy aburrido(a).	P			
III. ESCALA DE IDEACION SUICIDA DE BECK				
35. Pienso muy en serio en la muerte o en matarme.	P			
36. ¿Tiene deseos de morir?	P			
37. ¿Tiene razones para querer morir?	P			
38. ¿Siente que su vida ha perdido sentido?	P			
39. ¿Se siente útil en esta vida?	P			
40. ¿Cree que la muerte trae alivio a los sufrimientos?	P			
41. ¿Ha tenido pensamientos de terminar con su vida?	P			
42. ¿Ha tenido deseos de acabar con su vida?	P			
43. ¿Tiene pensamientos suicidas con frecuencia?	P			
44. ¿Logra resistir a esos pensamientos?	P			
45. ¿Ha pensado en algún método específico?	P			
46. ¿El método es accesible a ti?	P			
47. ¿Ha comentado con alguien sobre algún método de suicidio?	P			
48. ¿Ha realizado algún intento de suicidio?	P			
49. ¿Pensaría en llevar a cabo algún intento de suicidio?	P			
50. ¿Tiene posibilidades para ser feliz en el futuro?	P			
51. ¿Siente que tiene control sobre su vida?	P			

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE : Guzmán Olivera, Wilson Raul
- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE : Médico Cirujano especialista en Psiquiatría
- DNI : 09726163
- FECHA : 09.08.18

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
HOSPITAL HIPOLITO URANUE DE TACNA

[Firma]

Wilson Guzmán Olivera
MÉDICO PSIQUIATRA

FIRMA DEL EXPERTO
DNI: 09726163

EXPERTO Nº 02

VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: Alfonso de la Cruz G. A. EDAD: 62
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA/CARGO: Docente P.N. de E.S.P.N. / F.A.S.
 1.3. TITULO PROFESIONAL: Psicólogo
 1.4. GRADO ACADEMICO: Doctor MENCION EN: Psiquiatría
 1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION: "RELACION DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y LA DISFUNCION FAMILIAR CON LA IDEACION SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA - 2018."

ASPECTOS DE VALIDACION:

Nº	INDICADOR	CRITERIOS	DEFICIENTE 0-20%	BAJA 21-40%	REGULAR 41-60%	BUENA 61-80%	MUY BUENA 81-100%
1	CLARIDAD DE LA REDACCION	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible.				80%	
2	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.				80%	
3	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.				80%	
4	ORGANIZACION	Hay una secuencia lógica en las preguntas.				80%	
5	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas				80%	
6	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, la finalidad, organización, tipo de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.				80%	
7	CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia en estudio de la investigación.				80%	
8	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación.				80%	
9	METODOLOGIA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método Científico (proceso de la investigación)				80%	
10	INDUCCION A LA RESPUESTA	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.				80%	
11	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.				80%	

1. OPINION DE APLICABILIDAD: a) Deficiente..... b) Baja..... c) Regular..... d) Buena..... e) Muy Buena.....
 2. PROMEDIO DE VALORACION: 80% FECHA Y LUGAR: 10.8.18 UNSB, ES EN
 3. OBSERVACIONES: General (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique).....
Mejorar redacción de los ítems 43, 45, 46, 47



FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI: 00420322

VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS

Por favor marque con una (x) o (✓) la opción que considere, debe aplicarse en cada ítems y realice si es necesario, sus observaciones.

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
I. TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR				
1. Toman decisiones en familia para cosas importantes.	✓			
2. En su familia predomina la armonía.	/			
3. En su familia, cada uno cumple sus responsabilidades.	/			
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana de su familia.	/			
5. En mi familia, nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	✓			
6. En mi familia, aceptamos los defectos de los demás y sobrelevamos.	✓			
7. En mi familia, tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.	/			
8. Cuando alguien de mi familia tiene un problema, los demás ayudamos.	✓			
9. En mi familia, distribuimos las tareas de forma que nadie este sobrecargado.	✓			
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	✓			
11. En mi familia, podemos conversar diversos temas sin temor.	✓			
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	✓			
13. Los intereses y necesidades de cada quien son respetados por el núcleo familiar.	/			
14. En mi familia, nos demostramos el cariño que nos tenemos.	/			
II. ESCALA DE BIRLENSON PARA LA DEPRESION				
15. Las cosas me gustan, me interesan como antes.	✓			
16. Duermo muy bien	✓			
17. Me dan ganas de llorar sin razón.	/			
18. Me gusta salir con mis amigos.	✓			
19. Me gustaría escapar. Salir corriendo.	/			
20. Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo.	✓			
21. Tengo ganas para hacer las cosas.	✓			
22. Disfruto la comida.	✓			
23. Puedo defendeme por mí mismo.	✓			
24. Pienso que no vale la pena vivir.	✓			
25. Soy bueno para las cosas que hago.	✓			
26. Me molesto y me irrito por cualquier cosa.	✓			
27. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.	✓			
28. Me he vuelto olvidadizo(a) y/o distraído(a).	✓			
29. Tengo sueños horribles.	/			
30. Pienso que haga lo que haga no lograré conseguir lo que deseo o que las cosas no van a cambiar.	✓			
31. Me siento solo(a).	✓			
32. Puedo alegrarme fácilmente.	✓			
33. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarme.	✓			

34. Me siento muy aburrido(a).	✓			
III. ESCALA DE IDEACION SUICIDA DE BECK				
35. Pienso muy en serio en la muerte o en matarme.	✓			
36. ¿Tiene deseos de morir?	✓			
37. ¿Tiene razones para querer morir?	✓			
38. ¿Siente que su vida ha perdido sentido?	✓			
39. ¿Se siente útil en esta vida?	✓			
40. ¿Cree que la muerte trae alivio a los sufrimientos?	✓			
41. ¿Ha tenido pensamientos de terminar con su vida?	/			
42. ¿Ha tenido deseos de acabar con su vida?	✓			
43. ¿Tiene pensamientos suicidas con frecuencia?		✓		
44. ¿Logra resistir a esos pensamientos?	✓			
45. ¿Ha pensado en algún método específico?	✓	✓		
46. ¿El método es accesible a ti?	✓	✓		
47. ¿Ha comentado con alguien sobre algún método de suicidio?	✓			
48. ¿Ha realizado algún intento de suicidio?		✓		
49. ¿Pensaría en llevar a cabo algún intento de suicidio?		✓		
50. ¿Tiene posibilidades para ser feliz en el futuro?	✓			
51. ¿Siente que tiene control sobre su vida?	✓			

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE : Heldoneo de Legarra E/ra A.
- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE : Dra. en enfermería.
- DNI : 00478327
- FECHA : 10.8.18


 FIRMA DEL EXPERTO
 DNI: 00478327

EXPERTO Nº 03

VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

DATOS GENERALES:

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: LÓPEZ PUYCAN LUIS ASUNCIÓN EDAD 57
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA/CARGO: U.N.T.B.
 1.3. TITULO PROFESIONAL: LIC. EN ESTADÍSTICA
 1.4. GRADO ACADÉMICO: DOCTOR MENCIÓN EN: CIENCIAS AMBIENTALES
 1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION: RELACION DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y LA DISFUNCIÓN FAMILIAR CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA - 2018.

ASPECTOS DE VALIDACION:

Nº	INDICADOR	CRITERIOS	DEFICIENTE 0-20%	BAJA 21-40%	REGULAR 41-60%	BUENA 61-80%	MUY BUENA 81-100%
1	CLARIDAD DE LA REDACCION	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible.				80%	
2	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.					90%
3	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.				80%	
4	ORGANIZACION	Hay una secuencia lógica en las preguntas.				80%	
5	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas				80%	
6	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, la finalidad, organización, tipo de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.				80%	
7	CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia en estudio de la investigación.					90%
8	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación.				80%	
9	METODOLOGIA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método Científico (proceso de la investigación)					90%
10	INDUCCION A LA RESPUESTA	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.				80%	
11	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.					90%

1. OPINION DE APLICABILIDAD: a) Deficiente..... b) Baja..... c) Regular..... d) Buena..... e) Muy Buena...
 2. PROMEDIO DE VALORACION: 84%..... FECHA Y LUGAR: 20-03-18 TACNA
 3. OBSERVACIONES: General (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique).....



López Puycan Luis Asunción

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI: 32738782

VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS

Por favor marque con una (x) o (✓) la opción que considere, debe aplicarse en cada ítem y realice si es necesario, sus observaciones.

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
I. TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR				
1. Toman decisiones en familia para cosas importantes.	X			
2. En su familia predomina la armonía.	X			
3. En su familia, cada uno cumple sus responsabilidades.	X			
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana de su familia.	X			
5. En mi familia, nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	X			
6. En mi familia, aceptamos los defectos de los demás y sobrellevamos.	X			
7. En mi familia, tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.	X			
8. Cuando alguien de mi familia tiene un problema, los demás ayudamos.	X			
9. En mi familia, distribuimos las tareas de forma que nadie este sobrecargado.	X			
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	X			
11. En mi familia, podemos conversar diversos temas sin temor.	X			
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	X			
13. Los intereses y necesidades de cada quien son respetados por el núcleo familiar.	X			
14. En mi familia, nos demostramos el cariño que nos tenemos.	X			
II. ESCALA DE BIRLENSON PARA LA DEPRESION				
15. Las cosas me gustan, me interesan como antes.	X			
16. Duermo muy bien	X			
17. Me dan ganas de llorar sin razón.	X			
18. Me gusta salir con mis amigos.	X			
19. Me gustaría escapar. Salir corriendo.	X			
20. Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo.	X			
21. Tengo ganas para hacer las cosas.	X			
22. Disfruto la comida.	X			
23. Puedo defenderme por mi mismo.	X			
24. Pienso que no vale la pena vivir.	X			
25. Soy bueno para las cosas que hago.	X			
26. Me molesto y me irrito por cualquier cosa.	X			
27. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.	X			
28. Me he vuelto olvidadizo(a) y/o distraído(a).	X			
29. Tengo sueños horribles.	X			
30. Pienso que haga lo que haga no lograré conseguir lo que deseo o que las cosas no van a cambiar.	X			
31. Me siento solo(a).	X			
32. Puedo alegrarme fácilmente.	X			
33. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarme.	X			

34. Me siento muy aburrido(a).	X			
III. ESCALA DE IDEACION SUICIDA DE BECK				
35. Pienso muy en serio en la muerte o en matarme.	X			
36. ¿Tiene deseos de morir?	X			
37. ¿Tiene razones para querer morir?	X			
38. ¿Siente que su vida ha perdido sentido?	X			
39. ¿Se siente útil en esta vida?	X			
40. ¿Cree que la muerte trae alivio a los sufrimientos?	X			
41. ¿Ha tenido pensamientos de terminar con su vida?	X			
42. ¿Ha tenido deseos de acabar con su vida?	X			
43. ¿Tiene pensamientos suicidas con frecuencia?	X			
44. ¿Logra resistir a esos pensamientos?	X			
45. ¿Ha pensado en algún método específico?	X			
46. ¿El método es accesible a ti?	.		X	
47. ¿Ha comentado con alguien sobre algún método de suicidio?	X			
48. ¿Ha realizado algún intento de suicidio?	X			
49. ¿Pensaría en llevar a cabo algún intento de suicidio?	X			
50. ¿Tiene posibilidades para ser feliz en el futuro?	X			
51. ¿Siente que tiene control sobre su vida?	X			

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE : LÓPEZ PUYCAN LUIS ASUNCION
- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE : LIC. EN ESTADISTICA
- DNI : 32738182
- FECHA : 20-08-18



López

FIRMA DEL EXPERTO
DNI: 32.738.182

EXPERTO Nº 04

VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO... MURDANDA SANCASARE FLORES DE HARDO..... EDAD 65
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA/CARGO... UNIVERSIDAD GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO DE TACNA
 1.3. TITULO PROFESIONAL... INGENIERO EN ELECTRICIDAD
 1.4. GRADO ACADEMICO... B.A. S. I. E. R...... MENCIÓN EN... ING. EN ELECTRICIDAD
 1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION: "RELACION DE LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y LA DISFUNCION FAMILIAR CON LA IDEACION SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA - 2018."

ASPECTOS DE VALIDACION:

Nº	INDICADOR	CRITERIOS	DEFICIENTE 0-20%	BAJA 21-40%	REGULAR 41-60%	BUENA 61-80%	MUY BUENA 81-100%
1	CLARIDAD DE LA REDACCION	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible.					85%
2	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.					90%
3	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.					95%
4	ORGANIZACION	Hay una secuencia lógica en las preguntas.					90%
5	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas					90%
6	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, la finalidad, organización, tipo de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.					90%
7	CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia en estudio de la investigación.					90%
8	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación.					90%
9	METODOLOGIA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método Científico (proceso de la investigación)					90%
10	INDUCCION A LA RESPUESTA	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.					85%
11	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.					95%

1. OPINION DE APLICABILIDAD: a)Deficiente..... b)Baja..... c)Regular..... d)Buena..... e)Muy Buena X
 2. PROMEDIO DE VALORACION: FECHA Y LUGAR... 22/3/15
 3. OBSERVACIONES: General (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique).....


 EXPERTO Nº 04

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI: 00472815.....

VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS

Por favor marque con una (x) o (✓) la opción que considere, debe aplicarse en cada ítem y realice si es necesario, sus observaciones.

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
I. TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR				
1. Toman decisiones en familia para cosas importantes.	✓			
2. En su familia predomina la armonía.				
3. En su familia, cada uno cumple sus responsabilidades.	✓			
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana de su familia.	✓			
5. En mi familia, nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.				
6. En mi familia, aceptamos los defectos de los demás y sobrellevamos.	x			
7. En mi familia, tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.	✓			
8. Cuando alguien de mi familia tiene un problema, los demás ayudamos.	✓			
9. En mi familia, distribuimos las tareas de forma que nadie este sobrecargado.				
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	✓			
11. En mi familia, podemos conversar diversos temas sin temor.	✓			
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	✓			
13. Los intereses y necesidades de cada quien son respetados por el núcleo familiar.	✓			
14. En mi familia, nos demostramos el cariño que nos tenemos.	✓			
II. ESCALA DE BIRLENSON PARA LA DEPRESION				
15. Las cosas me gustan, me interesan como antes.	x			
16. Duermo muy bien	✓			
17. Me dan ganas de llorar sin razón.	x			
18. Me gusta salir con mis amigos.	✓			
19. Me gustaría escapar. Salir corriendo.				
20. Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo.	✓			
21. Tengo ganas para hacer las cosas.	✓			
22. Disfruto la comida.	✓			
23. Puedo defenderme por mi mismo.	✓			
24. Pienso que no vale la pena vivir.	x			
25. Soy bueno para las cosas que hago.	x			
26. Me molesto y me irrito por cualquier cosa.	✓			
27. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.	✓			
28. Me he vuelto olvidadizo(a) y/o distraído(a).	✓			
29. Tengo sueños horribles.	✓			
30. Pienso que haga lo que haga no lograré conseguir lo que deseo o que las cosas no van a cambiar.	x			
31. Me siento solo(a).	✓			
32. Puedo alegrarme fácilmente.	✓			
33. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarme.	✓			

34. Me siento muy aburrido(a).	X			
III. ESCALA DE IDEACION SUICIDA DE BECK				
35. Pienso muy en serio en la muerte o en matarme.	X			
36. ¿Tiene deseos de morir?	X			
37. ¿Tiene razones para querer morir?				
38. ¿Siente que su vida ha perdido sentido?	X			
39. ¿Se siente útil en esta vida?	X			
40. ¿Cree que la muerte trae alivio a los sufrimientos?	X			
41. ¿Ha tenido pensamientos de terminar con su vida?	X			
42. ¿Ha tenido deseos de acabar con su vida?	X			
43. ¿Tiene pensamientos suicidas con frecuencia?	X			
44. ¿Logra resistir a esos pensamientos?	X			
45. ¿Ha pensado en algún método específico?				
46. ¿El método es accesible a ti?				
47. ¿Ha comentado con alguien sobre algún método de suicidio?	X			
48. ¿Ha realizado algún intento de suicidio?	X			
49. ¿Pensaría en llevar a cabo algún intento de suicidio?	X			
50. ¿Tiene posibilidades para ser feliz en el futuro?	X			
51. ¿Siente que tiene control sobre su vida?	X			

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE: Miguel Sicaire Urdinola
- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE: Psic. Salud Pública
- DNI: 0042315
- FECHA: 23/08/16

FIRMA DEL EXPERTO
DNI: 0042315...

EXPERTO Nº 5

VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: Mendoza Rosado Senny Concepción..... EDAD: 57a.
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA/CARGO: ESPE/FAA
 1.3. TITULO PROFESIONAL: Abogada en Enfermería
 1.4. GRADO ACADEMICO: bachiller..... MENCION EN: Ingeniería
 1.5. TITULO DE LA INVESTIGACION: "RELACION DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y LA DISFUNCION FAMILIAR CON LA IDEACION SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA - 2018.

ASPECTOS DE VALIDACION:

Nº	INDICADOR	CRITERIOS	DEFICIENTE 0-20%	BAJA 21-40%	REGULAR 41-60%	BUENA 61-80%	MUY BUENA 81-100%
1	CLARIDAD DE LA REDACCION	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible.					95%
2	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.					95%
3	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.					95%
4	ORGANIZACION	Hay una secuencia lógica en las preguntas.					95%
5	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas					95%
6	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: registrar, estructurar las funciones, la finalidad, organización, tipo de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.					95%
7	CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia en estudio de la investigación.					95%
8	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación.					95%
9	METODOLOGIA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método Científico (proceso de la investigación)					95%
10	INDUCCION A LA RESPUESTA	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.					95%
11	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.					95%

1. OPINION DE APLICABILIDAD: a)Deficiente..... b)Baja..... c)Regular..... d)Buena..... e)Muy Buena. X
 2. PROMEDIO DE VALORACION: 95%..... FECHA Y LUGAR: 02 de Agosto, 2018
 3. OBSERVACIONES: General (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique).....


 FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI: 00472257.....

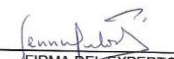
VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS

Por favor marque con una (x) o (✓) la opción que considere, debe aplicarse en cada ítems y realice si es necesario, sus observaciones.

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
1. Toman decisiones en familia para cosas importantes.	X			
2. En su familia predomina la armonía.	X			
3. En su familia, cada uno cumple sus responsabilidades.	X			
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana de su familia.	X			
5. En mi familia, nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	X			
6. En mi familia, aceptamos los defectos de los demás y sobrellevamos.	X			
7. En mi familia, tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.	X			
8. Cuando alguien de mi familia tiene un problema, los demás ayudamos.	X			
9. En mi familia, distribuimos las tareas de forma que nadie este sobrecargado.	X			
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	X			
11. En mi familia, podemos conversar diversos temas sin temor.	X			
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	X			
13. Los intereses y necesidades de cada quien son respetados por el núcleo familiar.	X			
14. En mi familia, nos demostramos el cariño que nos tenemos.	X			
15. Las cosas me gustan, me interesan como antes.	X			
16. Duermo muy bien	X			
17. Me dan ganas de llorar sin razón.	X			
18. Me gusta salir con mis amigos.	X			
19. Me gustaría escapar. Salir corriendo.	X			
20. Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo.	X			
21. Tengo ganas para hacer las cosas.	X			
22. Disfruto la comida.	X			
23. Puedo defenderme por mi mismo.	X			
24. Pienso que no vale la pena vivir.	X			
25. Soy bueno para las cosas que hago.	X			
26. Me molesto y me irrito por cualquier cosa.	X			
27. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.	X			
28. Me he vuelto olvidadizo(a) y/o distraído(a).	X			
29. Tengo sueños horribles.	X			
30. Pienso que haga lo que haga no lograré conseguir lo que deseo o que las cosas no van a cambiar.	X			
31. Me siento solo(a).	X			
32. Puedo alegrarme fácilmente.	X			
33. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarme.	X			
34. Me siento muy aburrido(a).	X			
35. Pienso muy en serio en la muerte o en malarme.	X			

36. ¿Tiene deseos de morir?	X			
37. ¿Tiene razones para querer morir?	X			
38. ¿Siente que su vida ha perdido sentido?	X			
39. ¿Se siente útil en esta vida?	X			
40. ¿Cree que la muerte trae alivio a los sufrimientos?	X			
41. ¿Ha tenido pensamientos de terminar con su vida?	X			
42. ¿Ha tenido deseos de acabar con su vida?	X			
43. ¿Tiene pensamientos suicidas con frecuencia?	X			
44. ¿Logra resistir a esos pensamientos?	X			
45. ¿Ha pensado en algún método específico?	X			
46. ¿El método es accesible a ti?	X			
47. ¿Ha comentado con alguien sobre algún método de suicidio?	X			
48. ¿Ha realizado algún intento de suicidio?	X			
49. ¿Pensaría en llevar a cabo algún intento de suicidio?	X			
50. ¿Tiene posibilidades para ser feliz en el futuro?	X			
51. ¿Siente que tiene control sobre su vida?	X			

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE : Mendoza Rosado Jenny Concepción
- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE: Bachiller en Enfermería
- DNI : 00472257
- FECHA : 02 de Agosto del 2018


 FIRMA DEL EXPERTO
 DNI: 00472257...

ANEXO N° 04
VALIDEZ POR CRITERIO

criterio	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Promedio	
1	80	85	100	95	80	88	0,88
2	90	90	100	95	80	91	0,91
3	80	95	100	95	80	90	0,9
4	80	90	100	95	80	89	0,89
5	80	90	100	95	80	89	0,89
6	80	90	100	95	80	89	0,89
7	90	90	100	95	80	91	0,91
8	80	90	100	95	80	89	0,89
9	90	90	100	95	80	91	0,91
10	80	85	100	95	80	88	0,88
11	90	95	100	95	80	92	0,92
TOTAL							9,87

CPR=	<u>9,87/11</u>	= 0,90	significa que es un instrumento de buena validez y concordancia muy alta.
PRI= Proporción de rangos de cada ítem i. Es el promedio de rango de cada ítems dividido entre el puntaje máximo de la escala evaluativo de los ítems			

$$CPR = \frac{\sum PRI / J}{K}$$

Donde:
 CPR = Coeficiente de proporción de rango.
 \sum PRI = sumatoria del promedio de rango.
 J = N° de expertos o jueces.
 K = N° de ítems.

< 0,40	Validez y concordancia baja
0,40 - 0,60	Validez y concordancia moderada
0,60-0,80	Validez y concordancia alta
> 0,80	Validez y concordancia muy alta

ANEXO N° 05

VALIDEZ POR CONTENIDO

Contenido	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	probabilidades
1	1	1	1	1	1	0,03125
2	1	1	1	1	1	0,03125
3	1	1	1	1	1	0,03125
4	1	1	1	1	1	0,03125
5	1	1	1	1	1	0,03125
6	1	1	1	1	1	0,03125
7	1	1	1	1	1	0,03125
8	1	1	1	1	1	0,03125
9	1	1	1	1	1	0,03125
10	1	1	1	1	1	0,03125
11	1	1	1	1	1	0,03125
12	1	1	1	1	1	0,03125
13	1	1	1	1	1	0,03125
14	1	1	1	1	1	0,03125
15	1	1	1	1	1	0,03125
16	1	1	1	1	1	0,03125
17	1	1	1	1	1	0,03125
18	1	1	1	1	1	0,03125
19	1	1	1	1	1	0,03125
20	1	1	1	1	1	0,03125
21	1	1	1	1	1	0,03125
22	1	1	1	1	1	0,03125
23	1	1	1	1	1	0,03125
24	1	1	1	1	1	0,03125
25	1	1	1	1	1	0,03125
26	1	1	1	1	1	0,03125
27	1	1	1	1	1	0,03125
28	1	1	1	1	1	0,03125
29	1	1	1	1	1	0,03125
30	1	1	1	1	1	0,03125
31	1	1	1	1	1	0,03125
32	1	1	1	1	1	0,03125
33	1	1	1	1	1	0,03125

34	1	1	1	1	1	0,03125
35	1	1	1	1	1	0,03125
36	1	1	1	1	1	0,03125
37	1	1	1	1	1	0,03125
38	1	1	1	1	1	0,03125
39	1	1	1	1	1	0,03125
40	1	1	1	1	1	0,03125
41	1	1	1	1	1	0,03125
42	1	1	1	1	1	0,03125
43	1	1	1	1	0	0,15625
44	1	1	1	1	1	0,03125
45	1	1	1	1	0	0,15625
46	0	1	1	1	0	0,3125
47	1	1	1	1	1	0,03125
48	1	1	1	1	0	0,15625
49	1	1	1	1	0	0,15625
50	1	1	1	1	1	0,03125
51	1	1	1	1	1	0,03125
52	1	1	1	1	1	0,03125
53	1	1	1	1	1	0,03125
						2,4375

P=	$\frac{2,4375}{53}$	0,046
----	---------------------	--------------

El valor de P es 0,046. Por lo tanto, si $P < 0,05$ entonces la prueba binomial es significativa.

ANEXO N° 06

VALIDEZ POR CONSTRUCTO

KMO y Prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,807
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	3998,387
	gl	1378
	Sig.	,000

Criterio para decidir sobre la adecuación del análisis factorial de un conjunto de datos:

$0,9 \leq KMO \leq 1,0$ = Excelente adecuación muestral.

$0,8 \leq KMO \leq 0,9$ = Buena adecuación muestral.

$0,7 \leq KMO \leq 0,8$ = Aceptable adecuación muestral.

$0,6 \leq KMO \leq 0,7$ = Regular adecuación muestral.

$0,5 \leq KMO \leq 0,6$ = Mala adecuación muestral.

$0,0 \leq KMO \leq 0,5$ = Adecuación muestral inaceptable

El valor del KMO para el instrumento en general es 0,807, por lo que se considera de buena adecuación muestral.

KMO y Prueba de Bartlett para el Test de Funcionamiento Familiar

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,873
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	803,470
	gl	91
	Sig.	,000

KMO y Prueba de Bartlett para la Escala de depresión de Birleson modificada para el Perú

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,790
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	769,251
	gl	210
	Sig.	,000

KMO y Prueba de Bartlett para la Escala de ideación suicida de Beck.

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,880
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado	1179,8
	aproximado	60
	gl	153
	Sig.	,000

ANEXO N° 07

CONFIABILIDAD

ALFA DE CRONBACH

Para medir la confiabilidad del instrumento utilizaremos el alfa de Cronbach que se trata de un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 y 1 y que sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa y por tanto nos llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes.

Su interpretación será que, cuanto más se acerque el índice al extremo 1, mejor es la fiabilidad.

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa $>,9$ es excelente
- Coeficiente alfa $>,8$ es bueno
- Coeficiente alfa $>,7$ es aceptable
- Coeficiente alfa $>,6$ es cuestionable
- Coeficiente alfa $>,5$ es pobre

Estadísticas de fiabilidad del instrumento en general

Alfa de Cronbach	N de elementos
,692	53

Entonces tenemos que, el alfa de Cronbach es de 0,7 (valor redondeado), por lo que se considera una fiabilidad aceptable

Alfa de Cronbach de test de funcionamiento

Alfa de Cronbach	N de elementos
,882	14

Entonces tenemos que, el alfa de Cronbach es de 0,882, por lo que se considera una fiabilidad buena.

Alfa de Cronbach de Escala de depresión de Birleson modificada para el Perú

Alfa de Cronbach	N de elementos
,786	21

Entonces tenemos que, el alfa de Cronbach es de 0,882, por lo que se considera una fiabilidad aceptable.

Alfa de Cronbach de la Escala de ideación suicida de Beck

Alfa de Cronbach	N de elementos
,760	18

Entonces tenemos que, el alfa de Cronbach es de 0,882, por lo que se considera una fiabilidad aceptable.

ANEXO N° 8
CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.P. ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr (a)., estamos realizando una investigación sobre “**Relación de la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa - Tacna, 2018**” con el objetivo de determinar la relación entre la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la ideación suicida. Para ello deseáramos poder contar con su colaboración. A continuación, detallamos las actividades a realizar.

Los participantes responderán unas preguntas y/o ítems del instrumento que se anexa en un tiempo promedio de 15 minutos en total.

Toda la información obtenida se tratará de forma **totalmente confidencial**. Sólo el personal investigador tendrá acceso a los datos que se tomen y en ningún caso conocerán su identidad.

___ Si autorizo que se realice la aplicación del cuestionario.

___ No autorizo la aplicación del cuestionario. Asumiendo la consecuencia de que mi no contribución no aportara al avance de esta investigación.

Agradecemos su inestimable colaboración, pues esta información ayudará en el futuro a la mejor formación profesional del estudiante de enfermería.

Tacna,..... de..... del año 2018

Firma del apoderado (a)

ANEXO Nº 9: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DE PROYECTO DE TESIS: RELACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y LA DISFUNCIÓN FAMILIAR CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA - 2018.										
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACIÓN						METODOLOGÍA	
			VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	ESCALA VALORATIVA	ESCALA DE MEDICION	ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN: Cuantitativo
¿ Tiene relación la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa-Tacna-2018?	OBJETIVO GENERAL Determinar la relación de la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa-Tacna, 2018. OBJETIVOS ESPECIFICOS Identificar el nivel de ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias	HIPÓTESIS ALTERNA Existe relación entre la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa-Tacna 2018.	DEPENDIENTE IDEACION SUICIDA	La ideación suicida se refiere a pensamientos persistentes que tiene el adolescente acerca del deseo de matarse o morirse.	Actitud hacia la vida/ muerte	<ul style="list-style-type: none"> • Deseo de vivir/ morir • Razones para vivir/morir • Sentirse útil/ inútil 	36 37, 38 39, 40	Ordinal	Nivel de ideación suicida bajo: 18-23 puntos Nivel de ideación suicida medio: 24-29 puntos Nivel de ideación suicida alto: 30-36 puntos	ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN: Cuantitativo TIPO DE INVESTIGACION: Observacional METODO: Analítico POBLACIÓN La población está constituida por 450 estudiantes aprox. entre varones y mujeres de 12 a 18 años del nivel secundario de la I. E. Gerardo Arias Copaja. CRITERIOS DE INCLUSION: - Estudiantes adolescentes de 12 a 18 años matriculados en el presente año académico. - Estudiantes con el consentimiento informado firmado. - Estudiantes mujeres y varones de la I.E. Gerardo Arias Copaja.
					Pensamientos/ ideas suicidas	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de ideas suicidas • Deseos de suicidio • Control sobre deseo de suicidio 	43 41, 42 44			
					Proyecto de intento suicida	<ul style="list-style-type: none"> • Método del intento suicida • Sensación de "capacidad" • Expectativa de un intento real 	45,46 47 48, 49			
					Desesperanza	<ul style="list-style-type: none"> • Futuro con/ sin esperanza • Control de la vida • Influencia de los padres 	50 51, 52 53			

<p>Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa-Tacna, 2018.</p> <p>Identificar existencia de la sintomatología depresiva en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa-Tacna, 2018.</p> <p>Identificar la existencia del funcionamiento familiar en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa-Tacna, 2018.</p> <p>Estimar según sexo el nivel de ideación suicida, funcionamiento familiar y sintomatología depresiva en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja.</p>	<p>HIPÓTESIS NULA No existe relación entre la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la Ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa-Tacna 2018.</p>	<p>INDEPENDIENTE: SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</p>	<p>SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA : Trastorno del estado anímico donde los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período.</p>	<p>DEPRESION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interés por las cosas como antes 15 • Dormir bien 16 • Salir con amigos 18 • Ganas de hacer las cosas 21 • Disfrutar la comida 22 • Defenderse por sí mismo 23 • Bueno en las cosas que hace 25 • Disfrutar lo que hace 27 • Alegrarse con facilidad 32 • Molestarse e irritarse por cualquier cosa. 26 • Olvidarse y/o distraerse. 28 • Ganas de llorar sin razón aparente 17 • Escapar, salir corriendo 19 • Dolor de estómago, cabeza y otros sitios del cuerpo 20 • Desinterés por vivir 24 • Sueños horribles 29 • Pesimismo por las cosas realizadas 30 • Sensación de soledad 31 • Tristeza insoportable 33 • Aburrimiento 34 • Pensamiento serio sobre la muerte. 35 	<p>Adolescent es sin depresión: 0 – 13 puntos</p> <p>Adolescent es con síntomas depresivos: 14 – 20 puntos</p> <p>Adolescent es con depresión: 21 – 42 puntos</p>	<p>Nominal</p>	<p>- Estudiantes presentes el día de la aplicación del instrumento</p> <p>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estudiantes que no deseen participar en la investigación - Estudiantes no matriculados en el presenta año académico - Estudiantes que no tengan el consentimiento informado firmado. - Estudiantes ausentes el día de la aplicación del instrumento <p>UNIDAD DE ANALISIS: Estudiantes del nivel secundario de la I.E. Gerardo Arias Copaja.</p> <p>MUESTRA: 208 estudiantes de la I. E. Gerardo Arias Copaja.</p> <p>MUESTREO: Probabilístico</p> <p>CONSIDERACIONES ETICAS: consentimiento informado</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Técnica: Encuesta Instrumentos: - Test de percepción de disfunción familiar.</p>
			<p>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR; dinámica interna de</p>	<p>Cohesión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Decisiones para cosas importantes de la familia. 1 • Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan. 8 	<p>Funcional: de 70 a 57 puntos</p>		

Establecer la relación de la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con la ideación suicida en estudiantes de la I.E. Gerardo Arias Copaja del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa-Tacna, 2018	las relaciones de los miembros. La cohesión, comunicación, adaptabilidad, afectividad, permeabilidad y claridad de roles son indicadores del funcionamiento familiar	Armonía	<ul style="list-style-type: none"> En la casa, predomina la armonía. Intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar. 	2 13	Moderadamente funcional: de 56 a 43 puntos Disfuncional: de 42 a 28 puntos Severamente disfuncional de 27 a 14 puntos.	<ul style="list-style-type: none"> - Escala modificada de Beck - Escala de Birleson TÉCNICA PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS: SPSS 21 TÉCNICAS PARA LA PRESENTACIÓN, EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS: Tablas de contingencia, gráficos TECNICAS PARA INFORME FINAL: de acuerdo al protocolo de la ESEN
		Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> Expresiones sin insinuaciones, de forma clara y directa. Conversaciones de diversos temas sin temor. 	5 11		
		Permeabilidad	<ul style="list-style-type: none"> Toma en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. Ante una situación familiar difícil, son capaces de buscar ayuda en otras personas. 	7 12		
		Afectividad	<ul style="list-style-type: none"> Manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana Demostración de cariño que se tienen. 	4 14		
		Roles	<ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento de sus responsabilidades Distribución de las tareas de forma que nadie este sobrecargado. 	3 9		
		Adaptabilidad	<ul style="list-style-type: none"> Aceptación de defectos de los demás y sobrellevarlos. Costumbre familiares modificables ante determinadas situaciones. 	6 10		

ANEXO Nº 10

PERMISOS RESPECTIVOS

RESOLUCIÓN DE FACULTAD PARA LA EJECUCIÓN DE TESIS

	UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	18 3 JUL 2018
Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología, Farmacia y Bioquímica		
RESOLUCIÓN DE FACULTAD Nº 8513-2018-FACS-UNJBG Tacna, 18 de julio del 2018		
VISTO:		
El Oficio Nº 320-2018-ESEN/FACS, recibido el 16.07.18, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicitando designación de Asesor para el proyecto de tesis, y autorización para ejecución presentado por la Egr. MARICIELO ALFARO TICONA, y		
CONSIDERANDO:		
Que, la Egr. MARICIELO ALFARO TICONA, alumna de la Escuela Profesional de Enfermería, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;		
Que, mediante el Oficio Nº 320-2018-ESEN/FACS, recibido el 16.07.18, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicitando designación de Asesor para el proyecto de tesis titulado: RELACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y LA DISFUNCIÓN FAMILIAR CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA – 2018, y autorización para ejecución presentado por la Egr. MARICIELO ALFARO TICONA, de la Facultad de Ciencias de la Salud, designando como Asesora a la Mgr. Yolanda Páulina Torres Chávez;		
Que, teniendo opinión favorable de su Asesora se procede a dar continuidad de trámite;		
De conformidad con el Art. 70º numeral 70.2 de la Ley Universitaria Nº 30220, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;		
SE RESUELVE:		
ART. 1º:	Oficializar la Designación como Asesora a la Mgr. Yolanda Páulina Torres Chávez, para el Proyecto de Tesis titulado: RELACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y LA DISFUNCIÓN FAMILIAR CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA – 2018, presentado por la Egr. MARICIELO ALFARO TICONA, de la Escuela Profesional de Enfermería.	
ART. 2º:	Autorizar la ejecución de Proyecto de Tesis presentado por la Egr. MARICIELO ALFARO TICONA, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud.	
Regístrese, comuníquese y archívese.		
 Dr. María Delia Salas de Cornejo DECANA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD TACNA DISTR. ESEN, INTERESADO., arch.	 Secretaría Académica Administrativa Mgr. Verónica Del Carmen Berrios Espejo SECRETARIA ACADEMICA ADMINISTRATIVA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	
YDCBE/rr.-		
Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria – Central Telefónica 583000 Anexo 2226 Casilla Postal 316.		

SOLICITUD DE CARTA DE PRESENTACIÓN PARA PRUEBA PILOTO

SOLICITO: CARTA DE PRESENTACION PARA PRUEBA PILOTO

SRA.
VICTORIA NORA VELA DE CORDOVA
DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



Yo, MARICIELO ALFARO TICONA identificada con D.N.I 75716205, Bachiller de la Escuela Profesional de Enfermería, de la prestigiosa Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Ante Ud. Con el debido respeto me presento y expongo:

Le saludo cordialmente y le manifiesto que encontrándome en la etapa de ejecución de mi proyecto de tesis titulado: "RELACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y LA DISFUNCIÓN FAMILIAR CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA - 2018.", con la autorización de la Resolución de Facultad N° 8513. Y siendo requisito indispensable obtener la Carta de presentación para poder realizar mi prueba piloto en el lapso de tiempo del 21 de agosto al 22 de agosto del 2018, a estudiantes del nivel secundario del turno de la mañana; se sirva a expedir una carta de Presentación, dirigida al Director de la I.E. Simón Bolívar, Prof. Oscar Valle Zavala. Dicha institución se encuentra en el Distrito de Ciudad Nueva de la Provincia de Tacna.

POR LO EXPUESTO:

Seguro de contar con vuestra amable atención y comprensión, pido acceder mi petición por ser de justicia.

Tacna, 15 de agosto del 2018.

Atentamente,

Maricielo Alfaro Ticona
COD: 2013-38704

CARTA DE PRESENTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN

 Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA 	
<i>"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"</i>	
<u>OFICIO N° 442-2018-ESEN/FACS</u> Tacna, 2018 Setiembre 07	CARGO
Señor: Prof. Eric André Colque Obitas DIRECTOR DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA <u>Presente.-</u>	
ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO	
De mi consideración:	
<p>Por el presente me dirijo a Ud., con la finalidad de saludarlo y, a la vez hacer de su conocimiento que la Egr. Maricelo Alfaro Ticona, viene ejecutando su proyecto de tesis titulado: "RELACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y LA DISFUNCIÓN FAMILIAR CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA, TACNA – 2018, según R.F. N° 8513-2018-FACS-UNJBG, , por lo que agradeceré se sirva AUTORIZAR, la Aplicación de su Instrumento mediante cuestionarios dirigido a los estudiantes del nivel secundario de su prestigiosa Institución que está a su cargo, brindándole las facilidades que sean necesarias para la respectiva ejecución de su mencionado proyecto.</p>	
<p>Agradeciéndole por anticipado la atención que merezca el presente, reitero a Ud. mis saludos y estima personal.</p>	
Atentamente,	
  Dra. Victoria Nora Vela de Córdova DIRECTORA E.P. ENFERMERÍA	
Adj.: Lo indicado	
Cch.	
<hr/> Teléfono: 583000 Anexo 2227 e-mail: esen@unibg.edu.pe Ciudad Universitaria Av. Cosco esquina con Av. Miraflores s/n Tacna - Perú	

RESOLUCIÓN DE FACULTAD DE MODIFICACIÓN DE TITULO DE TESIS



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

20 DIC 2018

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,
Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 8877-2018-FACS-UNJBG

Tacna, 20 de diciembre del 2018

VISTO:

El Oficio N° 651-2018-ESEN/FACS, recibido el 18.12.18, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicitando la MODIFICACIÓN del título del proyecto de tesis, y presentado por la Bach. MARICIELO ALFARO TICONA, y

CONSIDERANDO:

Que, mediante R.F. N° 8513-2018-FACS, de fecha 18.07.18, se designa como asesor a la Mgr. Yolanda Paulina Torres Chávez, para el proyecto de tesis titulado: RELACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y LA DISFUNCIÓN FAMILIAR CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA - 2018, presentado por la Bach. MARICIELO ALFARO TICONA;

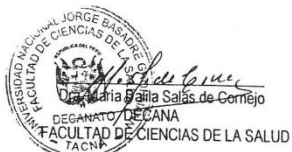
Que, a través del Oficio N° 651-2018-ESEN/FACS, recibido el 18.12.18, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicita la MODIFICACIÓN del título del Informe Final presentado por la Bach. MARICIELO ALFARO TICONA, debiendo ser en adelante: RELACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA - 2018, a sugerencia de su Asesora la Mgr. Yolanda Paulina Torres Chávez;

De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N° 30220, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

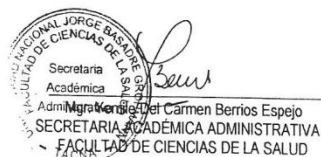
SE RESUELVE:

ART. UNICO: MODIFICAR el Título del Proyecto de Tesis, presentado por la Bach. MARICIELO ALFARO TICONA, debiendo ser en adelante: RELACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA - 2018, a sugerencia de su Asesora la Mgr. Yolanda Paulina Torres Chávez,.

Regístrese, comuníquese y archívese.



DISTR. ESEN., INTERESADO., arch.



ANEXO N° 11

TABLAS ESTÁNDARES

TABLA N° 10

Distribución de los estudiantes por edades de la I.E. Gerardo Arias Copaja del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna -2018

Edad	Frecuencia	Porcentaje
12	11	5,3
13	51	24,5
14	34	16,3
15	51	24,5
16	44	21,2
17	14	6,7
18	3	1,4
Total	208	100,0

Fuente: Aplicación de cuestionario a estudiantes del nivel secundario de la I.E. Gerardo Arias Copaja, Tacna – 2018.

TABLA N° 11

Distribución de los estudiantes según sexo de la I.E. Gerardo Arias Copaja del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna -2018

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	108	51,9
Masculino	100	48,1
Total	208	100,0

Fuente: Aplicación de cuestionario a estudiantes de secundaria de la I.E. Gerardo Arias Copaja, Tacna – 2018.

TABLA N° 12

**Distribución por año de estudios de los estudiantes de la I.E.
Gerardo Arias Copaja del Distrito de Gregorio Albarracín
Lanchipa, Tacna -2018**

AÑO DE ESTUDIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primero	41	19,7
Segundo	42	20,2
Tercero	41	19,7
Cuarto	41	19,7
Quinto	43	20,7
Total	208	100,0

Fuente: Aplicación de cuestionario a estudiantes de secundaria de la I.E. Gerardo Arias Copaja, Tacna – 2018.

TABLAS N° 13

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTUAL DEL TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR ITEMS APLICADO A LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA, TACNA-2018

ITEMS	Casi nunca		Pocas veces		A veces		Muchas veces		Casi siempre		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Toman decisiones en familia para cosas importantes.	19	9,1	40	19,2	68	32,7	49	23,6	32	15,4	208	100
En su familia predomina la armonía.	4	1,9	22	10,6	53	25,5	91	43,8	38	18,3	208	100
En su familia, cada uno cumple sus responsabilidades.	7	3,4	20	9,6	71	34,1	64	30,8	46	22,1	208	100
Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana de su familia.	8	3,8	24	11,5	55	26,4	80	38,5	41	19,7	208	100
En mi familia, nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	4	1,9	28	13,5	76	36,5	68	32,7	32	15,4	208	100
En mi familia, aceptamos los defectos de los demás y sobrellevarnos.	3	1,4	16	7,7	53	25,5	75	36,1	61	29,3	208	100
En mi familia, tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.	18	8,7	36	17,3	58	27,9	66	31,7	30	14,4	208	100
Cuando alguien de mi familia tiene un problema, los demás ayudamos.	6	2,9	12	5,8	38	18,3	93	44,7	59	28,4	208	100
En mi familia, distribuimos las tareas de forma que nadie este sobrecargado.	8	3,8	33	15,9	57	27,4	84	40,4	26	12,5	208	100
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	15	7,2	28	13,5	96	46,2	48	23,1	21	10,1	208	100
En mi familia, podemos conversar diversos temas sin temor.	18	8,7	33	15,9	58	27,9	65	31,3	34	16,3	208	100
Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	22	10,6	55	26,4	73	35,1	43	20,7	15	7,2	208	100
Los intereses y necesidades de cada quien son respetados por el núcleo familiar.	5	2,4	17	8,2	66	31,7	92	44,2	28	13,5	208	100
En mi familia, nos demostramos el cariño que nos tenemos.	5	2,4	17	8,2	66	31,7	92	44,2	28	13,5	208	100

Fuente: Aplicación de cuestionario a estudiantes de secundaria de la I.E. Gerardo Arias Copaja, Tacna – 2018.

TABLAS N° 14

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTUAL DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN POR ITEMS APLICADO A LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA, TACNA-2018

ITEMS	Siempre		A veces		Nunca		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Las cosas me gustan, me interesan como antes.	54	26,0	148	71,2	6	2,9	208	100
Duermo muy bien	80	38,5	120	57,7	8	3,8	208	100
Me dan ganas de llorar sin razón.	24	11,5	107	51,4	77	37,0	208	100
Me gusta salir con mis amigos.	68	32,7	117	56,3	23	11,1	208	100
Me gustaría escapar. Salir corriendo.	17	8,2	72	34,6	119	57,2	208	100
Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo.	23	11,1	119	57,2	66	31,7	208	100
Tengo ganas para hacer las cosas.	54	26,0	146	70,2	8	3,8	208	100
Disfruto la comida.	144	69,2	62	29,8	2	1,0	208	100
Puedo defenderme por mí mismo.	112	53,8	93	44,7	3	1,4	208	100
Pienso que no vale la pena vivir.	15	7,2	49	23,6	144	69,2	208	100
Soy bueno para las cosas que hago.	68	32,7	138	66,3	2	1,0	208	100
Me molesto y me irrito por cualquier cosa.	21	10,1	127	61,1	60	28,8	208	100
Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.	74	35,6	125	60,1	9	4,3	208	100
Me he vuelto olvidadizo(a) y/o distraído(a).	37	17,8	142	68,3	29	13,9	208	100
Tengo sueños horribles.	14	6,7	99	47,6	95	45,7	208	100
Pienso que haga lo que haga no lograré conseguir lo que deseo o que las cosas no van a cambiar.	25	12,0	92	44,2	91	43,8	208	100
Me siento solo(a).	23	11,1	105	50,5	80	38,5	208	100
Puedo alegrarme fácilmente.	100	48,1	95	45,7	13	6,3	208	100
Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarme.	15	7,2	97	46,6	96	46,2	208	100
Me siento muy aburrido(a).	39	18,8	141	67,8	28	13,5	208	100
Pienso muy en serio en la muerte o en matarme.	24	11,5	45	21,6	139	66,8	208	100

Fuente: Aplicación de cuestionario a estudiantes de secundaria de la I.E. Gerardo Arias Copaja, Tacna – 2018.

TABLAS N° 15

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTUAL DE LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA POR ITEMS APLICADO A LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. GERARDO ARIAS COPAJA, TACNA-2018

ITEMS	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
¿Tiene deseos de morir?	28	13,5	180	86,5	208	100
¿Tiene razones para querer morir?	41	19,7	167	80,3	208	100
¿Siente que su vida ha perdido sentido?	55	26,4	153	73,6	208	100
¿Se siente útil en esta vida?	146	70,2	62	29,8	208	100
¿Cree que la muerte trae alivio a los sufrimientos?	36	17,3	172	82,7	208	100
¿Ha tenido pensamientos de terminar con su vida?	152	73,1	56	26,9	208	100
¿Ha tenido deseos de acabar con su vida?	166	79,8	42	20,2	208	100
¿Tiene pensamientos de la forma de cómo quitarse la vida?	34	16,3	174	83,7	208	100
¿Logra resistir a esos pensamientos?	135	64,9	73	35,1	208	100
¿Ha pensado en una forma para quitarse la vida?	39	18,8	169	81,3	208	100
¿La forma de quitarse la vida es accesible a ti?	34	16,3	174	83,7	208	100
¿Ha comentado con alguien sobre alguna forma para quitarse la vida?	23	11,1	185	88,9	208	100
¿Ha realizado una forma para quitarse la vida?	20	9,6	188	90,4	208	100
¿Pensaría en llevar a cabo una forma para quitarse la vida?	187	89,9	21	10,1	208	100
¿Tiene posibilidades para ser feliz en el futuro?	180	86,5	28	13,5	208	100
¿Siente que tiene control sobre su vida?	142	68,3	66	31,7	208	100
¿Pierde las esperanzas cuando le pasa algo?	84	40,4	124	59,6	208	100
¿Piensa que su familia rara vez le toma en cuenta?	80	38,5	128	61,5	208	100

Fuente: Aplicación de cuestionario a estudiantes de secundaria de la I.E. Gerardo Arias Copaja, Tacna – 2018.