

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS AL INTENTO
DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO
DON JOSÉ DE SAN MARTÍN TACNA - 2018

TESIS

Presentada por:

Bach. Carla Paola Pinto Cutipa

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS AL INTENTO DE
SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO

DON JOSÉ DE SAN MARTÍN

TACNA- 2018

TESIS

Presentada por:

BACH. CARLA PAOLA PINTO CUTIPA

Para optar por el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA


Aprobado por LINANIMIDAD ante el siguiente jurado:




Dra. Victoria Nora Vela de Córdoba
PRESIDENTA



Dra. Carla Patricia Mori Fuentes
SECRETARIA



Dra. Elva A. Maldonado de Zegarra
VOCAL



Dra. María Soledad Porras Roque
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios por su amor infinito por guiarme y acompañarme en el largo camino de la vida.

A mis padres por su apoyo y confianza incondicional Carmen y Edilbertho, gracias por ser ejemplo de amor perseverancia y sobre todo mucha fortaleza.

A mis hijas y esposo quienes fueron mi inspiración para seguir adelante y cumplir mis metas.

BACH. Pinto Cutipa, Carla Paola

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por ser parte esencial en mi formación profesional.

A la Escuela de Enfermería y a todos los docentes quienes fueron piezas importantes en las enseñanzas académicas profesionales.

A la Doctora María Soledad Porras Roque por su asesoría, tutoría y apoyo en la elaboración de esta investigación.

Al Colegio Don José de San Martín por la predisposición de apoyo y facilidad para realizar este trabajo de investigación.

BACH. Pinto Cutipa, Carla Paola

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción del problema	1
1.2. Delimitación del problema.....	2
1.3. Formulación del problema	5
1.4. Objetivos.....	6
1.4.1. Objetivo general:	6
1.4.2. Objetivos específicos:	6
1.5. Justificación	7
1.6. Hipótesis	9
1.7. Variables de Estudio:.....	10
1.7.1. Variable Dependiente: Intento de Suicidio	10
1.7.2. Variable Independiente: Factores Psicosociales	10
1.8. Operacionalización de variables	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1. Antecedentes del problema	13
2.2. Bases teóricas	21
2.2.1. Modelo de Adaptación de Sor Callista	21

	Pág.
2.3. Variables De Estudio	28
2.4. Definición Conceptual.....	69
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	71
3.1. Enfoque de la investigación	71
3.2. Tipo de investigación	71
3.3. Método de investigación	72
3.4. Población	72
3.4.1. Criterios de inclusión.....	72
3.4.2. Criterio de exclusión.....	72
3.5. Muestra	73
3.5.1 Tamaño de Muestra.....	73
3.5.2 Muestreo o selección de la muestra.....	73
3.6. Unidad de análisis	73
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	73
3.8. Validez y Confiabilidades.....	77
3.8.1 Validez.....	78
3.8.2 Confiabilidad.....	80
3.9 Procedimiento de recolección de datos.....	80
3.10. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	81
3.11. Consideraciones Éticas	82
3.11.1. Principio de autonomía.....	82
3.11.2. Consentimiento informado	82
3.11.3. Confidencialidad de los datos	82

	Pág.
3.11.4. Principio de beneficencia y no maleficencia	83
3.11.5. Evaluación de los beneficios y sus destinatarios.....	83
3.11.6. Protección de grupos vulnerables	83
3.11.7.Principio de justicia.....	83
3.11.8 Selección de los seres humanos sin discriminación	83
3.11.9 Los beneficios potenciales serán para los individuos y los conocimientos para la sociedad.....	84
 CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS	
4.1 Presentación de los resultados y Descripción.....	85
4.2 Prueba de Hipótesis.....	106
4.3 Discusión de los resultados.....	107
 CAPÍTULO V :CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1CONCLUSIONES.....	121
5.2 RECOMENDACIONES	123
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
ANEXOS.....	134

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA N° 01	Distribución de la Población de adolescentes según edad y género del Colegio Don José de San Martín Tacna -2018	86
TABLA N°02	Frecuencia de idea suicida según género y edad de adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Don José de San Martín Tacna-2018.	88
TABLA N°03	Escala de riesgo suicida según género y edad de los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Don José de San Martín Tacna-2018.	91
TABLA N°04	Factores Psicológicos: depresión relacionada con Intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Don José de San Martín Tacna-2018.	94
TABLA N°05	Factores Psicológicos: Depresión relacionada con intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Don José de San Martín Tacna -2018.	97
TABLA N° 06	Factores sociales relacionados con intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años del colegio Don José de San Martín Tacna- 2018	100

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N°01	87
Distribución de la Población de Adolescentes según edad y género del Colegio Don José de San Martín Tacna- 2018.	
GRÁFICO N°02	90
Frecuencia de Idea suicida según género y edad de los Adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Don José de San Martín Tacna- 2018.	
GRÁFICO N°03	93
Escala de riesgo suicida según género y edad de los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio don José de San Martín Tacna -2018.	
GRÁFICO N°04	96
Factores Psicológicos: Depresión relacionada con intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Don José de San Martín Tacna -2018.	
GRÁFICO N°05	99
Factores Psicológicos: Autoestima relacionada con intento de suicidio en los Adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Don José de san Martín Tacna -2018.	
GRÁFICO N° 06	103
Factores sociales relacionados con intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años del colegio Don José de San Martín Tacna- 2018	

RESUMEN

La presente investigación tiene como *Objetivo* determinar los factores Psicosociales que se relacionan con intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años del colegio Don José de San Martín Tacna -2018. *Metodología* enfoque cuantitativo, tipo de investigación es analítica, transversal, observacional y prospectivo. Muestra 350 estudiantes adolescentes varones y mujeres (12-18 años). *Resultados:* 24,19% pensó en suicidarse, predominando el sexo masculino (60,78%). Con riesgo suicida moderado 18,85% y alto 1,17%. 36,86% presenta depresión leve, depresión moderada 33,33% con riesgo alto de suicidio. ($p < 0,05$). 44,29% presenta autoestima baja con nivel de riesgo de suicidio alto ($p < 0,05$). 52,29% presentan disfunción familiar, 42,57% ausencia, 8,86% moderado y 0,86% alto nivel de riesgo. *Conclusiones:* Existe relación estadísticamente significativa entre los factores psicosociales y el intento de suicidio.

Palabras clave: Intento de suicidio, riesgo suicida, autoestima, depresión

ABSTRACT

To suicide attempt in adolescents from 12 to 18 years of Don José de San Martín Tacna school -2018. Methods qualitative approach, analytical, cross-sectional, observational and prospective type. It shows 350 male and female adolescent students (12-18 years old). Results: 24,19% thought of committing suicide, predominantly male (60,78%). With moderate suicide risk 18,85% and high 1,17%. 36,86% have mild depression, moderate depression 33,33% with high risk of suicide. ($p < 0,05$). 44,29% have low self-esteem with a high risk of suicide ($p < 0,05$). 52,29% presented family dysfunction, 42,57% absence, 8,86% moderate and 0,86% high level of risk. Conclusions: There is a statistically significant relationship between psychosocial factors and suicide attempts.

Keywords: Suicide attempt, suicidal risk, self-esteem, depression

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación tiene como objetivo determinar los factores Psicosociales que se relacionan con intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Don José de San Martín Tacna -2018.

Entendiendo que el intento suicida se da inicio desde la idea suicida, los antecedentes y la búsqueda teórica nos brinda una visión de la magnitud del problema, en la búsqueda bibliográfica realizada nos indica que a pesar de su relevancia, aún no se exploró directamente en población de elevado riesgo como los adolescentes, desconocemos realmente cuantos tienen la idea suicida, o han intentado suicidarse al menos una vez en su vida, pero más allá de dicha prevalencia, estamos hablando de muchos hombres y mujeres adolescentes que continúan en riesgo.

Dentro de los factores psicológicos, las manifestaciones depresivas son las son frecuentes. A menudo, enmascaradas o

camufladas bajo apariencia de trastornos somáticos. Otras veces acompañadas de espectaculares crisis de ansiedad o de abiertos cuadros de episodio depresivo mayor. La depresión, es un tema de especial cuidado con los adolescentes que ya presentan tendencia depresiva en sus antecedentes y si se les añade otros factores sociales es una peligrosa combinación que puede terminar en suicidio.

Para ello el presente estudio está estructurado en CAPÍTULO I: descripción del Problema, formulación del Problema, objetivos, justificación, hipótesis y Operacionalización de variables; CAPÍTULO II: antecedentes de la investigación, base teórica, definición de términos básicos; CAPÍTULO III: tipo y diseño de la investigación, población, muestra y muestreo, técnicas e instrumento de recolección de datos, procedimiento, plan de procesamiento y análisis, en el CAPÍTULO IV: resultados y discusión; finalmente conclusiones y recomendaciones.

A partir de esta investigación el propósito es concretar un aporte, infiriendo criterios que debiesen ser considerados en un modelo de Intervención en Crisis, en nuestro rol como enfermeras de atención integral en esta etapa de vida .

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Adolescencia es una etapa de la vida significativa donde se experimentan muchos cambios fisiológicos, psicológicos e interpersonales. Es una época de identidad sexual y relaciones sociales y existe la necesidad de independencia que a menudo está en conflicto con las reglas y expectativas que la sociedad establece. Cambios que hacen al adolescente vulnerable provocando una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos. Esta crisis favorece la presencia de malestar emocional en el adolescente que conlleva a una conducta de riesgo suicida.

El suicidio de adolescentes y jóvenes es una problemática psicosocial grave que se ha incrementado en las últimas décadas en todo el mundo.

Según la Organización Mundial de La Salud (OMS) en 2017 anualmente cerca de 800.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo, aproximadamente una muerte cada 40 segundos.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La depresión en la adolescencia es una de las patologías mentales más graves ,la depresión es la principal causa del suicidio.

Al respecto Alcántara E. califica a la adolescencia como una etapa trascendental y crítica para el desarrollo humano, debido a la serie de cambios fisiológicos y psicológicos, e interpersonales. Dichos cambios hacen al adolescente vulnerable, pues surge una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares, y de la sociedad, produciéndoles gran ansiedad, rabia y confusión. Sentimientos que, en ocasiones, el adolescente no puede afrontar, debido a diferentes factores, entre ellos, sus características de personalidad, el estrés cotidiano y la ausencia de redes de apoyo sociales y familiares. Dichos factores favorecen la presencia de malestar emocional en el adolescente, el cual puede desembocar en

conductas de riesgo, como son: consumo de drogas e intento de suicidio, que comprometen su integridad física y psicológica (2).

En Perú, el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao en el año 2002 realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, en lo referente a la prevalencia de pensamiento suicida es de 30,3% con predominio del sexo femenino. La prevalencia de vida de conductas suicidas con referencia al intento es 5,2% con predominio del sexo femenino.

Macher E. Precisa que la causa principal de suicidios en menores de edad en el Perú es el maltrato en cualquiera de sus formas (físico, psicológico, sexual), provocado casi siempre por padres, maestros o familiares cercanos. Al respecto a Nivel Regional en Tacna el Ministerio de la Mujer y desarrollo social (MINDES 2011) informa que el 50,9% de casos atendidos corresponde a víctimas de violencia psicológica, el 40,7% a víctimas de violencia física y un restante 8,4% a víctimas de violencia sexual (4).

La violencia en cualquiera de sus formas altera la salud de la persona ocasionando daños irreversibles para el crecimiento y desarrollo integral del mismo.

La Dirección de Salud de Tacna informó que el 22,35% corresponde al grupo de 10 a 19 años, el 92% se concentra en la provincia de Tacna, el 77,65% de adolescentes se queda sin atención integral de salud y por lo tanto en riesgo. Asimismo, reporta que del total de atenciones el 26,57% son adolescentes, la primera causa es por violencia familiar con un 40,88%, seguida por trastornos depresivos, y en tercer lugar por abuso del consumo de alcohol.

Como se muestra, el impacto generado por la problemática suicida y su tendencia al incremento en los adolescentes, ha ocasionado que dicho fenómeno sea considerado un problema de salud pública, y por tanto corresponde a los profesionales de la salud investigar y enfatizar los factores que en él participan, para así poder identificar grupos de riesgo, planear estrategias de prevención que conduzcan a frenar el aumento en las tasas del suicidio (4).

El Estado peruano mediante el Ministerio de Salud tiene poder para brindar, dirigir y ejecutar programas, estrategias que ayuden a contrarrestar e identificar los riesgos suicidas y dar mayor interés a la familia, los niños y los adolescentes quienes son el futuro de nuestro País.

Dada la importancia de la problemática, la presente tesis, ha adoptado el enfoque epidemiológico como marco de referencia, debido a que permite obtener la incidencia del intento de suicidio, desde la idea suicida, así como identificar los factores psicosociales que se asocian con esta conducta.

Con ello se logró establecer bases para la planeación e implementación de medidas de intervención y prevención en la compleja conducta suicida que se encuentra afectando a nuestra población adolescente estudiantil, del Colegio Don José de San Martín de Tacna.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Ante la situación planteada, se formula la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores psicosociales relacionados a intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Don José de San Martín Tacna -2018?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general:

Determinar los factores Psicosociales que se relacionan con intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Don José de San Martín Tacna -2018.

1.4.2. Objetivos específicos:

- Identificar la frecuencia de idea suicida en los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Don José de San Martín .
- Precisar si los Factores Psicológicos: depresión, autoestima, están relacionados a intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Don José de San Martín .
- Precisar si los factores sociales: historia de trastorno psicológico familiar, influencia negativa de amistades, disfunción familiar, alcoholismo, enfermedad física, problemas de pareja están relacionados al intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Don José de San Martín .

1.5. JUSTIFICACIÓN

Las conductas suicidas son percibidos como perturbadores o amenazantes por el propio individuo, la familia u otros elementos sociales, de modo que se busca una solicitud de atención psiquiátrica urgente” (5). En este sentido, determinar los factores Psicosociales que se relacionan con intento de suicidio en los adolescentes del Colegio Don José de San Martín es muy importante porque permitirá conocer fuerzas que conllevan a intentar suicidarse y como enfermeras desarrollar estrategias de prevención oportunas para optimizar el resultado y minimizar el riesgo ,como profesionales de la salud estamos comprometidos a profundizar el tema , esclarecer las lagunas que se presentan en el abordaje de dicha problemática .

La prevención del suicidio es una función importante y está encuadrada en el campo de la salud pública, por lo que en ella desempeñan sus funciones los profesionales de la salud en enfermería y las fuerzas activas de la comunidad ,para realizar esta tarea con calidad y eficiencia es necesario el aprendizaje de conocimientos básicos sobre el suicidio y de habilidades para su detección y enfrentamiento.

La prevalencia de intento suicida que reportan los antecedentes descritos en párrafos anteriores, sólo nos brinda una visión de la magnitud del problema, en la búsqueda bibliográfica realizada nos indica que a pesar de su relevancia. Es importante este estudio porque exploró directamente a la población de elevado riesgo como los adolescentes , se desconocen realmente cuantos tienen la idea suicida, o han intentado suicidarse al menos una vez en su vida, pero más allá de dicha prevalencia, estamos hablando de muchos hombres y mujeres adolescentes que continúan en riesgo, pues quien lo intenta una vez puede volver a intentarlo .Esta investigación va a servir para tener datos de incidencia de censos que ocurren en la ciudad de Tacna.

De acuerdo a la norma o atención integral de enfermería tiene las funciones de revalorar el sentido de la persona y su vida humana concreta, desde una perspectiva integral: biológica, psicológica y social, enfatizando el eje social dadas las particularidades impuestas por el contexto nacional.

Es importante para enfermería identificar, las manifestaciones depresivas, enmascaradas o camufladas bajo apariencia de trastornos somáticos, NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP cuya finalidad es contribuir a mejorar la salud mental y la calidad de vida

de su población asignada y en particular de las personas con trastornos mentales y/o problemas psicosociales, sus familias y su comunidad. Facilitándoles el acceso a los servicios de salud y a las acciones sanitarias de salud mental en el país.

A partir de esta revisión se busca concretar un aporte, infiriendo criterios que debiesen ser considerados en un modelo de Intervención en los adolescentes con problemas conductuales del colegio Don José de San Martín.

1.6. HIPÓTESIS

1.6.1. Hipótesis Nula

No existe relación entre los factores psicosociales con el intento de suicidio en los adolescentes del Colegio Don José de San Martín de Tacna- 2018.

1.6.2. Hipótesis Alterna

Existe relación entre los factores psicosociales con el intento de suicidio en los adolescentes del Colegio Don José de San Martín Tacna- 2018.

1.7. Variables de Estudio:

1.7.1. Variable Dependiente: Intento de Suicidio

1.7.2. Variable Independiente: Factores Psicosociales

1.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala valorativa	Escalas de medición
Variables independientes Factores Psicosociales:	La presencia de una condición y que se encuentran presentes en una situación, tiene la capacidad de afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social).(6)	Factores Psicológicas	Depresión	(+) 1,3, 5, 7, 13, 16, 18,20. (-) 2,4,6,8,9,10, 11,12, 14,17	No depresión < 32 p. Depresión leve: 33 - 47 p. Depresión moderada-severa: 48 - 60 p.	Ordinal
			Autoestima: Cognitiva Afectiva Conductual	1,2 ,3, 4,5 ,6,7 ,8, 9, 10 ,11 ,12 ,13 ,14 ,15 ,16 ,17 ,18 ,19 ,20 ,21 ,22 ,23 ,24	Elevada autoestima 57-80 p. Norma: 38,57 p. Baja autoestima: 0 – 37 p.	Ordinal
		Factores Sociales	Historia de trastorno psicológico familiar	Instrumento 1.3: ítems 1, 2, 3, 4	Siempre =4 Casi siempre = 3 Casi nunca = 2 Nunca = 1	Ordinal
			Influencia negativa de amistades	ítems 5,6,7,8		
			Disfuncionalidad familiar	Ítems 9, 10, 11, 12		
			Padece de alcoholismo	Ítems 13, 14, 15, 16		
			Padece de enfermedad física	Ítems 17, 18, 19, 20		
			Problemas de pareja	Ítems 21, 22, 23, 24		

Variable Dependiente Intento de suicidio	Es el trayecto que consiste en un inicio la frustración, se produce la idea suicida, crisis y el paso al acto, y en los adolescentes este proceso puede ser muy corto y es más corto aun en los segundos intentos de suicidio.(7)	Proceso suicida	Corto Idea suicida Crisis Paso al acto Muy corto: Idea suicida Paso al acto	1,2,3,4,5,6,7,8 10,11,12,13,15.	Ausencia: 1 a 3 p. Riesgo leve: 4 - 7 puntos Riesgo moderado a grave: 8 -15 puntos	Nominal
---	---	-----------------	---	--	---	---------

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Mediante la revisión de investigaciones y estudios realizados a nivel internacional, nacional y local relacionados con el problema y/o variables de estudio se encontraron los siguientes trabajos:

González T. (8), en su estudio titulado *“Factores de riesgo psicológicos y familiares que influyen en el intento de suicidio en adolescentes”*, de 2015. Objetivo, fue determinar la presencia de algunos factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes del Instituto Politécnico Urbano “Revolución de Octubre” del municipio de Alquizar. Metodología, se realizó una investigación observacional de tipo caso - control pareado en el mes de febrero del año 2011. Resultados, la población del estudio fueron los 157 adolescentes del décimo grado. Se obtuvo una muestra de sujetos tipo intencional con criterios que quedó constituida por 53 adolescentes: grupo estudio y grupo control. Se aplicaron métodos estadísticos descriptivos e inferencial no paramétrica. Se utilizó el coeficiente de correlación Phi y

después la chi – cuadrado según Mc Nemar. Conclusión, Existe una relación entre factores de riesgo psicológico y familiar que influyen en el intento de suicidio en adolescentes, tales como disfunción familiar, negligencia, problemas con la autoridad,

Pérez B. (9), en su estudio titulado “*Factores de riesgo psicosociales en la conducta suicida de los adolescentes en Maturín, Estado Monagas, 2010*”: Objetivo, fue Determinar los Factores de Riesgo Psicosociales en la Conducta Suicida de Adolescentes en la Institución Educativa “Escuela Técnica Industrial Bolivariana”, en Maturín. En la Metodología, se diseñó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, aplicado a 140 alumnos del 9no grado al 2do del Ciclo, en edades entre 14 y 19 años. En la recolección de datos se diseñó una encuesta de variable sociales y epidemiológicas, Cuestionario de Riesgo de Guibert y escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Resultados, se obtuvo que el 7,14% manifestó intento suicida previo, prevaleciendo el sexo femenino con 40,0% a los 14 años (30,0%), a predominio de la Institución Privada (60,0%). La Escala de Riesgo Suicida de Plutchik demostró que el 16,4% tiene alto riesgo suicida. Conclusión, la detección precoz de factores de riesgo en las Instituciones Educativas es primordial para evitar el incremento de las conductas suicidas.

Muñoz B. (10), en su estudio titulado "*Factores de riesgo familiares y personales que pueden generar depresión en los adolescentes chilenos*" de 2015. Objetivo ,determinar los factores de riesgo familiares y personales que puedan generar depresión en los adolescentes chilenos. Metodología,fue un Modelo explicativo y predictivo de la Depresión en los jóvenes chilenos que estuvo compuesto por las variables familiares como fue el clima de socialización familiar de las madres. Resultados , las madres coercitivas/impositivas tendían a tener hijos que presentaban mayor Depresión, como también la percepción del funcionamiento familiar del joven, dado que quienes percibían a sus familias como poco cohesionadas tendían a presentar mayor Depresión. Conclusión, las variables personales, presentar una baja Autoestima explicó fuertemente la Depresión como también la baja percepción de Autoeficacia personal.

Pérez C. (11), en la investigación "*Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana*" 2015. Objetivo, fue Identificar prevalencias y factores asociados a la ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes de México. Metodología, una población de 12424 adolescentes de escuelas públicas, aplicando como instrumento el cuestionario. Resultados, el 47% reportó al menos un síntoma de ideación; 9% refirieron antecedente de intento. Los factores asociados a la conducta

suicida fueron: abuso sexual (RM=1,92, RM=1,57), sintomatología depresiva (RM=5,36, RM=1,51), consumo de tabaco (RM=1,30, RM=2,57), alcohol (RM=1,60, RM=1,31) y, para las mujeres, haber tenido relaciones sexuales (RM=1,28, RM=1,65). Conclusión, casi la mitad de los(as) estudiantes del nivel medio superior presentaron al menos un síntoma de ideación. Para disminuir esta problemática se deben considerar factores asociados: género, antecedentes de abuso sexual y depresión.

Sánchez C. (12), en su estudio "*Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes universitarios*", de 2014. Objetivo, fue examinar las diferencias en algunas variables psicológicas asociadas a estudiantes universitarios (21-34 años) de Psicopedagogía con magisterio y con alta ideación suicida (BOI >10). Metodología, la muestra estaba constituida por 40 estudiantes universitarios con titulación. Se valoró la existencia de ideación suicida en estos estudiantes (n=40, 70% mujeres, edad media de 23,9 años y DT= 3,003) en relación con el control de impulsos, la depresión y la desesperanza. Los Resultados mostraron que los estudiantes con alta desesperanza son más propensos a presentar ideación suicida, siendo el nivel de control de impulsos el que evita el tránsito de la ideación a otras fases más graves del suicidio. Conclusión, la identificación de los factores psicológicos asociados con la ideación suicida

en universitarios, puede ayudar a evitar el tránsito de la idea de suicidio a la primera tentativa suicida.

García H. (13), en la investigación "*Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad*", de 2010, en México. Objetivo, el propósito del estudio fue Identificar los factores de riesgo más frecuentes asociados a intento de suicidio para determinar si existen diferencias entre los factores de riesgo presentes en pacientes con tentativa de baja letalidad y los de alta letalidad. Metodología, se entrevistaron 106 pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de intento de suicidio. Los Resultados, más elevados se presentaron, en la mayoría de los casos en el grupo de tentativa de alta letalidad, pero sólo en dos factores se encontró diferencia estadística significativa: "vivir solo" e "intoxicación etílica previa". Del total de ambos grupos, el 77,4% eran menores de 39 años, 69 % eran femeninos y 31% masculinos. Conclusión, el hecho de vivir sólo, e intoxicación alcohólica previa, mostraron diferencia estadística significativa, en el resto de los factores estudiados no hubo diferencia significativa.

Prado S, Fernando A, Córdova D. et.al. (14), en su estudio titulado "*Ideación suicida y clima social familiar en estudiantes de una Institución Educativa Estatal de Chiclayo*" en el 2011. Objetivo ,fue conocer la relación

que existe entre Ideación Suicida y Clima Social Familiar en estudiantes de cuarto y quinto grado de Educación Secundaria de Chiclayo. Metodología, se trabajó con 281 estudiantes del sexo femenino, con edades comprendidas entre 14 y 17 años, mediante la Escala de Ideación Suicida de Beck (confiabilidad de 0,81). Resultados, que Sí existe correlación entre Ideación Suicida y Clima Social Familiar (-0,874) en estudiantes de cuarto y quinto grado de secundaria, siendo esta inversa y con un nivel de significancia de 0,01. Sí existe relación entre Ideación Suicida y la Dimensión de Desarrollo del Clima Social Familiar (-0,810), siendo esta inversa y con un nivel de significancia de 0,01. Conclusión, existe relación entre Ideación Suicida y la Dimensión de Estabilidad del Clima Social Familiar (-0.671), siendo esta inversa y con un nivel de significancia de 0,01.

Palomino V. (15), en su estudio titulado *“Factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales asociados a los intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013”*. Objetivo, determinar los factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales asociados a intentos de suicidio. Metodología, la investigación analítica tuvo diseño de caso-control sobre una muestra de 120 adolescentes entre 12 y 19 distribuidos en 60 casos y 60 controles de una población de 2140 (100%) adolescentes atendidos en este nosocomio entre

enero y diciembre de 2013. Resultado, se determinaron que a medida que incrementa la exposición a un mayor número de factores de riesgo asciende la propensión al intento suicida ($r_5: 0,643; p < 0,01$). Conclusión, la depresión (OR: 16,44; IC95%: 5,99; 47,50), la disfunción familiar (OR: 17,67; IC95%: 6.25; 53.60) y la percepción del suicidio (OR: 6,71; IC95%: 2,79; 16,49) fueron los principales factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales asociados a los intentos de suicidio.

Muñoz L. (16), en su tesis *“Relación entre autoestima y variables personales vinculadas a la escuela en estudiantes de nivel socio-económico bajo”*, de 2011. Objetivo, indagar sobre el rol que cumple la autoestima en el ámbito escolar, particularmente en niños y niñas de 2º básico de nivel socio-económico bajo. Metodología, se aplicaron dos subtest del WISC-R, dos escalas del Test de Auto concepto Escolar y la prueba gráfica HTP a 471 niños/as . Resultados, un 44% de niños/as presenta autoestima baja, un 36% autoestima baja-sobre compensada, un 5% autoestima sobrevalorada y sólo un 15% autoestima adecuada. Los niños/as con autoestima adecuada presentaron, altos niveles de creatividad, mayor autonomía, menor impulsividad y mejor rendimiento académico. En niños y niñas con autoestima adecuada no se observa correlación entre habilidad cognitiva y rendimiento académico. Conclusión, la relevancia de la autoestima para la experiencia escolar, al estar ésta

vinculada al rendimiento académico y al desenvolvimiento conductual .

Alfárez M. (17), en su tesis “*Desintegración familiar y su influencia en el desarrollo de la autoestima escolar de los niños del CEI Corazón de Jesús N°228 de la ciudad de Tacna*”, de 2010. Objetivo, es demostrar la influencia de la desintegración familiar en el desarrollo de la autoestima escolar del niño. Metodología, se usó el instrumento escala de Lickert . Resultado, los niños presentan una autoestima baja, caracterizada por sus actos de inseguridad, problemas para relacionarse y emprender actividades por sí solos, además muestran un descontento con ellos mismos dando lugar a una autoimagen pobre. Conclusión, ha demostrado que la mayoría de las familias, se encuentra en condición de divorciados dando lugar a una inestabilidad de la relación conyugal, no permitiendo un ambiente favorable para la integración del núcleo familiar, también los continuos conflictos internos dentro de la familia producen un resquebrajamiento de las relaciones interpersonales en la familia.

Gutiérrez R. (18), en su tesis “*Factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida en estudiantes de primer año de la Escuela de Enfermería UNMSM 2016*”. Objetivo, es determinar los factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida en estudiantes de primer año de la Escuela Profesional de Enfermería

UNMSM 2016. Metodología, la población conformada por 74 estudiantes. Se usó la técnica la encuesta y como instrumento la escala Lickert. Resultado, los factores psicológicos más relevantes asociados a la ideación suicida son: en primer lugar, el Estrés Académico 52%, en segundo lugar, la Baja Autoestima 50%, y el Abuso sexual en tercer lugar 32%, asimismo, los factores sociales más relevantes son la Influencia negativa de amistades 24%, los Problemas en la relación de parejas 24 % e Historia de trastorno psicológico familiar 22. Conclusión, que los factores psicosociales asociados a la ideación suicida son: Estrés Académico, Baja Autoestima, Influencia Negativa de amistades y Problemas en la relación de parejas.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Modelo de Adaptación de Sor Callista

El modelo de Sor Callista Roy es una meta teoría ya que utilizó otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizó fueron: La teoría general de sistemas de Rapoport A. que consideraba a la persona como un sistema adaptativo y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse (19).

En este modelo de adaptación se considera al hombre un ser bio-psico-social en relación constante con el entorno que considera cambiante. El hombre es un complejo sistema biológico que trata de adaptarse a los cuatro aspectos de la vida:

- **Las necesidades fisiológicas básicas:** Estas referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- **La autoimagen:** El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
- **El dominio de un rol o papel:** Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
- **Interdependencia:** La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno (19).

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

- **Paciente:** lo define como la persona que recibe los cuidados.
- **Meta:** que el paciente se adapte al cambio.
- **Salud:** proceso de llegar a ser una persona integrada y total.
- **Entorno:** Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.
- **Dirección de las actividades:** la facilitación a la adaptación.

Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo:

- **Focales:** son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.
- **Contextuales:** son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.
- **Residuales:** corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados (19).

Meta paradigmas desarrolladas en la Teoría:

ADAPATACIÓN

Se refiere "al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la

capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno". Se trata de que cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas no se pueden separar de su entorno (20).

ENFERMERÍA

Roy define la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno. La enfermera actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación.

C. Roy establece que las enfermeras, para cumplir su objetivo de promover la adaptación del individuo en las cuatro áreas enunciadas anteriormente, deben realizar dos tipos de acciones:

- La valoración, cuyo fin es definir la situación del paciente en la salud-enfermedad.
- La intervención directa sobre el paciente, ayudándole a responder adecuadamente (20).

Estas acciones se realizan dentro de un proceso de cuidados que comprende las fases de:

- Valoración.
- Planificación
- Actuación
- Evaluación.

Callista Roy, hace una diferenciación entre enfermería como ciencia y enfermería práctica, significando que la segunda se enfoca con el propósito de ofrecer a los individuos un servicio que fomente positivamente su salud (20).

PERSONA

Roy define la persona como sistemas holísticos y adaptables. "Como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito concreto". Las personas y el mundo tienen en común los modelos, y comparten relaciones y significado. La persona es el foco principal de la enfermería; el receptor de la asistencia; un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos y que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los cuatro modos de vida (el fisiológico, la autoestima, la función del rol y la interdependencia) (20).

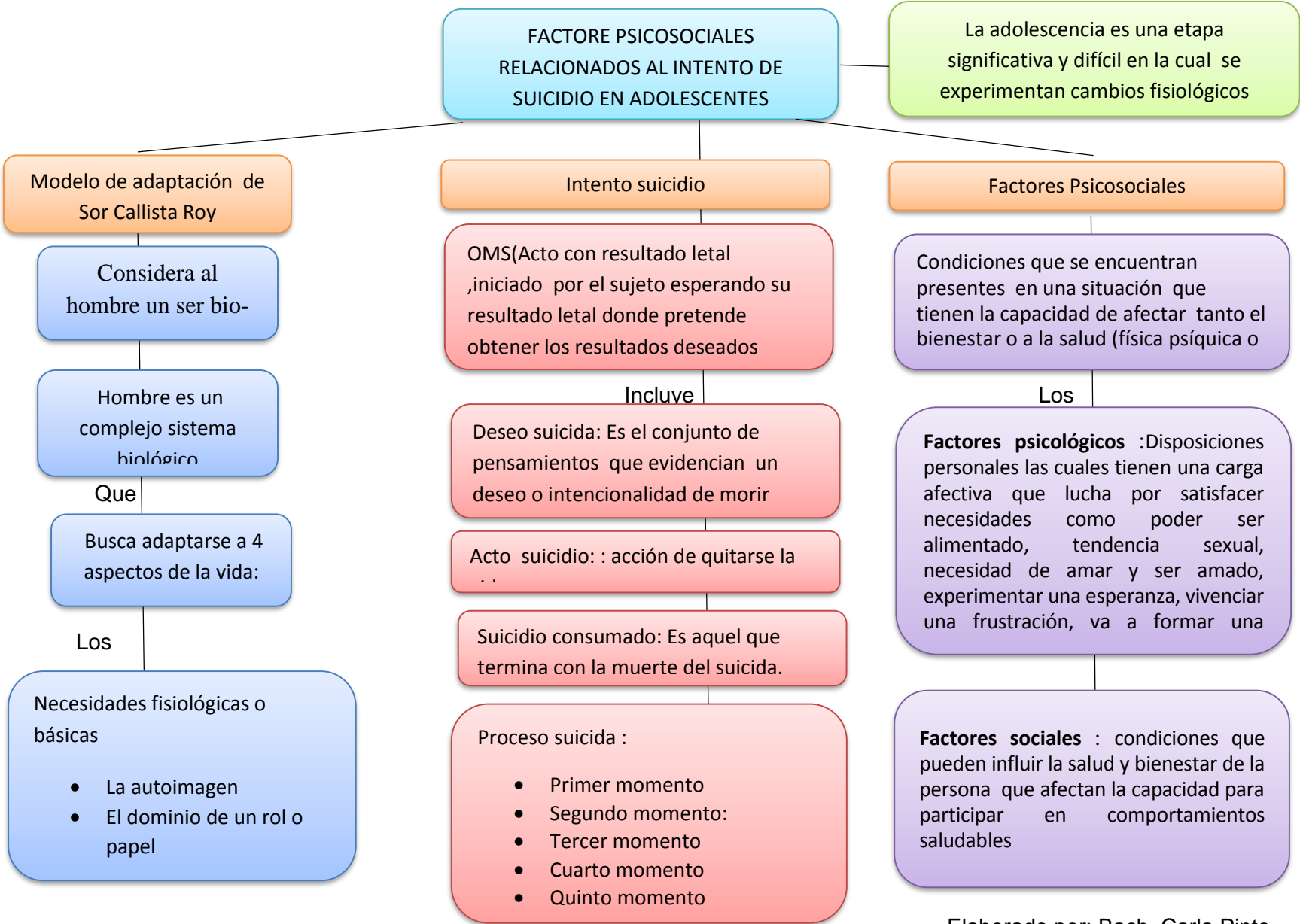
SALUD

Es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y complejo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno. La salud y la enfermedad forman una dimensión inevitable y coexistente basada en toda la experiencia de la vida que tiene la persona. La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatirlos del mejor modo posible (20).

ENTORNO

Es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse (20).

MA PA CONCEPTUAL: MODELO DE ADAPTACIÓN DE SOR CALLIXTA ROY



2.3. VARIABLES DE ESTUDIO

FACTORES PSICOSOCIALES

El concepto de factores psicosociales hace referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación, y que tienen la capacidad de afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del estudiante como al desarrollo del estudio (21).

- **Factores Psicológicos**

A nivel de factores psicológicos, la alta incidencia de trastornos de Salud Mental se considera como factor predisponente de la ideación suicida infanto-juvenil. Al respecto, en la pre adolescencia los estudios relacionan la ideación suicida con mayor sintomatología depresiva y menor autoestima (21).

Depresión

Los estudios corroboran la relación entre ideación suicida y la depresión en preadolescentes. En un estudio realizado en Francia que evaluó ideación suicida en niños/as de 6-13 años, midieron la

depresión con el Inventario de Depresión Infantil (CDI) y encontraron que los niños/as con tendencias suicidas tenían significativamente mayor puntuación total en el cuestionario. Concluyeron que la gravedad de los síntomas depresivos se confirma como un indicador importante del riesgo de suicidio y subrayan, la importancia del contexto emocional y social de los niños/as en estos casos (22).

Por su parte, en un estudio con escolares de 10-13 años en México, encontraron mayores estados depresivos (68%) en aquellos niños/as que presentaban ideación suicida en comparación al grupo sin ideación. De éstos, un 27,3% presentaba depresión severa (22).

Asimismo, se evidencia que, si bien la ideación suicida es uno de los síntomas de la depresión, muchos niños/as que cumplen con los criterios diagnósticos de una depresión, no manifiestan ideación suicida. En una muestra clínica de 407 niños/as de entre 7 y 14 años, que presentaban un trastorno depresivo mayor en Hungría, un 33% de éstos no presentaba conducta suicida; y el 67% restante si manifestaba dicha conducta: pensamientos recurrentes de muerte (20%), ideación suicida (18%) y un plan suicida (18%).

Del mismo modo, no todos los niños/as con ideación suicida sufren de una depresión. Al respecto, un alto porcentaje de ideación suicida en preadolescentes escolarizados, así como, el grupo con ideación suicida presentó mayores estados depresivos (68%) en comparación con el grupo sin ideación, mostrando una diferencia estadísticamente significativa. En este estudio, los escolares que presentaron depresión tienen un riesgo 8,8 veces mayor de tener ideación suicida cuando se les compara con el grupo de niños/as sin ideación suicida (23).

Del mismo modo, Viñas, et. al. (40), encontraron que los niños/as entre 8 y 12 años con ideación e intencionalidad suicida presentaron mayor sintomatología depresiva, no obstante, a pesar de la relación estadísticamente significativa, identificaron escolares que presentaron ideación suicida con ausencia de sintomatología depresiva. Estos autores resaltan que si bien, la depresión es un importante factor de riesgo, no es imprescindible su presencia para que se desarrolle la ideación suicida.

Canon (24), de la revisión realizada, destaca a la depresión como un factor de riesgo significativo asociado a la conducta suicida en niños/as y adolescentes. Según la autora, “La depresión conlleva a

tener una visión distorsionada del mundo, pensamientos negativos sobre sí mismo, sobre-generalización, excesiva autocrítica, baja tolerancia a la frustración, situaciones que hacen que los jóvenes sean más vulnerables para generar pensamientos y conductas suicidas” (24).

La depresión explica mejor la presencia de ideación suicida en mujeres a diferencia de los hombres, pues en ellos la dimensión social del auto concepto, es el factor determinante (25).

En investigaciones que abordan el intento suicida en preadolescentes, también se evidencian altos niveles de depresión. Al respecto, estudios realizados en Chile muestran que los rasgos depresivos representan un factor presente en la mitad de los casos y se relacionan significativamente con esta conducta suicida. Un 53,5% y un 50,9%, de niños/as y adolescentes que manifestaban síntomas depresivos y presentaron una tentativa de suicidio.

Auto concepto (Autoestima)

En la literatura se observa un uso indistinto del término auto concepto y autoestima, si bien, en el primero prepondera lo cognitivo

y en el segundo, lo valorativo. Se plantea que el auto concepto tiene tanto un aspecto descriptivo como evaluativo y valorativo.(26).

Existe evidencia que el bajo auto concepto aparece como predisponente de ideación suicida en preadolescentes Al respecto, en la investigación con escolares de 10 a 13 años, encontraron que el grupo con ideación suicida presenta una autoestima más baja en comparación con el grupo sin ideación. Al respecto, la autoestima se correlaciona más alto que la ansiedad con la ideación suicida preadolescente.

Ambos sexos con ideación suicida se ubican en niveles bajos y medios de autoestima, mientras que los que no tienen ideación se ubican en autoestima alta. Los escolares en este estudio que presentan nivel bajo de autoestima tiene un riesgo 3,7 veces mayor, de presentar ideación suicida (27).

Las visiones negativas sobre la propia competencia, la pobre auto-estima, un sentido de responsabilidad por eventos negativos, y la inmutabilidad de estas atribuciones distorsionadas pueden contribuir a la desesperanza que se ha relacionado repetidamente con la suicidalidad (27).

Sánchez (28) de los estudios revisados, visualizan entre los factores de riesgo psicológicos, que la autoestima es una variable particularmente importante para explicar la ideación suicida, sin embargo, los resultados de su estudio no concordaron con estos antecedentes y plantean que la relación entre autoestima e ideación suicida es controvertida.

OTROS FACTORES PSICOLÓGICOS

Tal como se ha señalado, existe consenso acerca de que la ideación suicida presenta trastornos psiquiátricos a la base, siendo clara y documentada la asociación con la depresión. Sin embargo, se observa variabilidad acerca de la relación con otras patologías.

Se encuentran antecedentes que implican riesgo asociado a conducta suicida con trastorno de conducta disruptiva y esquizofrenia, conducta alimentaria de riesgo, agresividad y ataques de pánico (25).

Vianchá, Bahamón y Alarcón. De la revisión realizada identifican los estados ansiosos y la comunicación deficiente como variables intervinientes en el fenómeno del suicidio. Al respecto, “La

ansiedad, agregada a un cuadro clínico de ideación suicida, cumple más bien, un rol amplificador en el desarrollo y/o la mantención de la ideación suicida” (25).

En un estudio realizado en Cuba con adolescentes de 10 a 19 años, se evidencia que existe una relación entre factores de riesgo personales, como son los deseos de hacerse daño, sentimientos de desesperanza y elaboración de planes suicidas, para cometer intento de suicidio (29).

- **Factores sociales**

Los factores sociales relacionados a la ideación suicida, son aquellos contextos sociales de interacción de la persona, que hacen referencia a todo aquello que ocurre en una sociedad, que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.

Los factores en cada persona interactúan unos con otros esos factores pueden ser negativos o positivos. Los negativos pueden ser malas compañías que te lleven a cometer algún episodio desagradable en tu vida diaria como, bullying, anorexia, entre otros. Y los positivos son fuerzas para

superarte , reforzamiento de valores como el apoyo de los padres en el núcleo familiar (30).

Los factores sociales que conllevan a incrementar la idea suicida, se consideran los siguientes:

Historia familiar de trastorno del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo son un conjunto de trastornos definidos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR) cuya principal característica subyacente sería una alteración del estado de ánimo del individuo (31).

La CIE 10, clasifica estos trastornos bajo el apartado denominado «Trastornos del humor (afectivos)». Suelen diferenciarse dos grupos de trastornos del estado de ánimo, en función de si incluyen o no la presencia de episodios de manía o hipomanía: los trastornos depresivos y los trastornos bipolares. De los trastornos depresivos, el más conocido es el trastorno depresivo mayor, habitualmente conocido como «depresión clínica» o «depresión mayor». Por su parte, los trastornos bipolares, anteriormente conocidos como «psicosis maníaco-depresiva», se caracterizan por la presencia intermitente de episodios de manía o

hipomanía, entremezclados con episodios depresivos. No obstante, también existen formas menos graves de ambos grupos. La forma leve de los trastornos depresivos se denomina trastorno distímico y la de los trastornos bipolares trastorno ciclotímico (32).

- **Trastornos depresivos**

Trastorno depresivo mayor, también denominado «depresión mayor», «depresión unipolar» o «depresión clínica». Se da en aquellos casos en los que el paciente ha sufrido uno o más episodios depresivos mayores. Cuando solamente se ha experimentado un episodio depresivo mayor, el diagnóstico es de «trastorno depresivo mayor, episodio único». Cuando el número de episodios depresivos mayores sufridos es superior a uno, el diagnóstico es de trastorno depresivo mayor recurrente.

Los casos de depresión en los que no se presentan episodios de manía se denominan en ocasiones como «depresión unipolar», dado que el estado de ánimo se mantiene en un único "polo" o extremo emocional. Las personas que sufren un episodio depresivo mayor o un trastorno depresivo mayor presentan un riesgo de suicidio más elevado, que puede reducirse considerablemente mediante la búsqueda de ayuda y tratamiento por parte de profesionales de la salud. Existen estudios

que demuestran que el hecho de preguntar a un amigo o familiar si ha experimentado ideaciones suicidas es una manera eficaz de identificar a las personas en situación de riesgo, y que en ningún caso este tipo de preguntas contribuyen a implantar en el paciente la idea suicida, ni a incrementar el riesgo de que tengan lugar los comportamientos autolíticos (32).

- **Trastornos bipolares**

El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de periodos de un estado de ánimo anormalmente elevado (manía) alternados con otros de periodos de estado de ánimo anormalmente bajo (depresión). En algunos casos, la alternancia entre ambos estados se produce en ciclos rápidos; también pueden darse episodios mixtos, y en ocasiones, síntomas psicóticos. Existen diferentes subtipos: (30).

Bipolar I: Se caracteriza por la presencia de un historial de uno o más episodios maníacos, hayan tenido lugar o no episodios depresivos. No se requiere la existencia de un historial de episodios depresivos para el diagnóstico de un trastorno bipolar I; basta con que haya tenido lugar la aparición de un episodio maníaco, dado que la experiencia clínica demuestra que tarde o temprano, el episodio depresivo terminará apareciendo durante el transcurso de la enfermedad.

Bipolar II: Se caracteriza por la presencia de una serie de episodios recurrentes de hipomanía, acompañados de uno o más episodios depresivos o mixtos.

Ciclotimia: Presencia de episodios recurrentes de tipo hipomaniaco y distímico, sin que hayan tenido lugar episodios depresivos mayores o episodios maniacos (30).

- **Trastornos del estado del ánimo inducidos por sustancias**

Se puede hablar de un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias en aquellos casos en los que la sintomatología puede atribuirse a los efectos fisiológicos directos de una droga psicoactiva u otras sustancias químicas, o si el desarrollo del trastorno del estado de ánimo tiene lugar concurrentemente con una intoxicación por sustancias o con un síndrome de abstinencia. Además, puede darse el caso de que una persona presente simultáneamente un trastorno del estado de ánimo y un trastorno de abuso de sustancias. Los trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias pueden adoptar la forma de un episodio depresivo, maniaco, hipomaniaco o mixto. La mayor parte de las sustancias pueden provocar diversos trastornos del estado de ánimo. Por ejemplo, los estimulantes como la anfetamina, la metanfetamina y la

cocaína pueden provocar episodios maníacos, hipomaníacos o depresivos (32).

- **Inducidos por el alcohol**

Se dan elevadas tasas de incidencia del trastorno depresivo mayor en alcohólicos y bebedores habituales. Ha existido una cierta controversia al respecto de si el consumo de alcohol en estas personas pudiera deberse a una forma de automedicación ante una depresión preexistente. No obstante, algunas investigaciones recientes han concluido que, aunque esto podría ser cierto en algunos casos, el abuso de alcohol es un factor causante del desarrollo de una depresión en un número significativo de grandes bebedores. En un estudio al respecto se evaluó a una serie de personas durante la presencia de sucesos estresantes de sus vidas, registrando sus puntuaciones obtenidas en respuesta a una escala de sentimientos negativos. Del mismo modo, se evaluó su relación con otros factores como el desempleo, actos criminales y relaciones con compañeros con comportamientos problemáticos (uso de sustancias, etc.). También se hallaron altas tasas de suicidio entre aquellas personas con problemas relacionados con el consumo de alcohol (32).

Tenencia de amistades

Es una relación afectiva entre dos o más personas. La amistad es una de las relaciones interpersonales más comunes que la mayoría de las personas tienen en la vida. La amistad se da en distintas etapas de la vida y en diferentes grados de importancia y trascendencia. La amistad nace cuando las personas encuentran inquietudes y sentimientos comunes. Hay amistades que nacen a los pocos minutos de relacionarse y otras que tardan años en hacerlo. Es una relación afectiva que se puede establecer entre dos o más individuos, a la cual están asociados valores como la lealtad, la solidaridad, la incondicionalidad, el amor, la sinceridad, el compromiso, entre otros, y que se cultiva con el trato asiduo y el interés recíproco a lo largo del tiempo (32).

Puede surgir entre hombres y mujeres, novios, esposos, familiares con cualquier clase de vínculo, personas de distintas edades, religiones, ideologías, culturas, extracción social, etc. Incluso, una amistad se puede establecer entre un ser humano y un animal; no por nada el perro es el mejor amigo del hombre.

Relaciones de amistad pueden nacer en los más diversos contextos y situaciones: el lugar donde vivimos, el sitio donde trabajamos, la escuela,

la universidad, fiestas, reuniones, el café que frecuentamos, a través de otros amigos, redes sociales, etc (32).

Las amistades, no obstante, tienen diferentes grados de compenetración. Desde los amigos con quienes sentimos relaciones más lejanas, hasta aquellos con quienes el trato es tan estrecho que los consideramos “mejores amigos”, otorgándole a la amistad un grado de superioridad sobre las otras. La amistad no solamente surge con quienes tenemos más afinidades en cuanto a gustos e intereses, o con quienes tenemos más parecido, sino que puede aparecer entre personas muy dispares. De hecho, a veces ese es un factor que fortalece la amistad, pues una buena amistad complementa y enriquece a la persona, no solo en el intercambio de ideas, información y sentimientos, sino también en el hecho de compartir los buenos y malos momentos de la vida. La amistad es un valor universal. Está claro que difícilmente podemos sobrevivir en la soledad y el aislamiento, por eso necesitamos y disfrutamos de los amigos. Encuentra aquí los principios para una duradera y recta amistad. Necesitamos a alguien en quien confiar, a quién llamar cuando las cosas se ponen difíciles, y también con quien compartir una buena película (32).

Así como la amistad sana es un valor esencial para nuestras vidas, el tener una amistad con la persona equivocada puede ser la fuente de

muchos dolores de cabeza. Problemas de droga, delincuencia, baja en el desempeño profesional, problemas familiares son unos cuantos efectos de las malas amistades. La amistad es compartir, pero no es complicidad. También es importante recordar que somos personas individuales, con una conciencia individual. El hecho de que tal o cual amistad “lo haga”, no significa que nosotros debemos hacerlo. Tampoco podemos esconder nuestra conciencia individual en una conciencia “compartida”. Es el caso típico de alguien que se mete en problemas serios porque salió con los amigos y se perdió el control. “Más vale solo que mal acompañado” es un adagio que, de haber sido practicado a tiempo, podría haber evitado muchos problemas.

La amistad es tan importante para el desarrollo humano, su estabilidad y el mejoramiento de la sociedad que es un verdadero valor, que debemos cuidar y fomentar (32).

Funcionamiento familiar

El funcionamiento familiar se define de acuerdo a las diversas pautas de interrelación que se establecen entre los miembros del grupo familiar. Estas 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. De acuerdo con ello, la familia es funcional cuando contiene un nivel de adaptabilidad a determinados cambios, crisis o conflictos y puede adecuar sus roles, normas y actitudes para encontrar soluciones viables a la situación problemática.

La familia funcional se caracteriza por la capacidad de afrontar los diferentes cambios generados, bien por la etapa del ciclo vital en el que se encuentren o por las determinadas situaciones capaces de producir tensión. Crowell (2008) consideran que son numerosos los estudios que se han centrado en el contexto familiar como uno de los factores de riesgo ambientales que contribuyen a la ideación suicida de los adolescentes. Así, en una investigación de 557 estudiantes de la universidad de Hong Kong, obtuvieron correlaciones significativas entre funcionamiento familiar e ideación suicida. Esto apoyaría aquellas teorías que postula que los factores familiares contribuyen al desarrollo de labilidad emocional y el riesgo asociado a la psicopatología entre individuos vulnerables.

Las víctimas de suicidio también son más probables de experimentar estresores familiares, donde se incluye el conflicto padre-hijo, el abuso físico y el divorcio. La literatura describe la desorganización familiar y los conflictos con los familiares como factores de importancia para el desarrollo de individuos con conductas autodestructivas. La ausencia, principalmente

de la figura paterna, en virtud de una separación conyugal, puede estar asociada al comportamiento suicida. Los jóvenes con dificultades en su ambiente familiar tienden a interiorizar sus problemas, manifestándolos a través de conductas agresivas y delictivas además del comportamiento suicida (32).

Alcoholismo

Es un padecimiento que genera una fuerte necesidad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestándose a través de determinados síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta. El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo, el cual va en aumento a medida que se desarrolla tolerancia a esta droga. Se considera como una enfermedad incurable, progresiva y mortal por la Asociación de Médicos de los EE.UU. (American Medical Association) La Organización Mundial de la Salud, lo determina como: "toda forma de embriaguez que excede el consumo alimenticio tradicional y corriente o que sobrepasa los linderos de costumbres sociales" (33).

La dependencia al alcohol puede resultar de una predisposición genética, una enfermedad mental, el consumo de alcohol abundante, sostenido y abusivo o una combinación de estos factores. Esta enfermedad

no solo afecta al adicto sino también la vida de todo aquel que se encuentra a su alrededor. Actualmente no existe una posible cura para esta enfermedad, sin embargo, muchos alcohólicos se mantienen sobrios por periodos de tiempo prolongados de acuerdo a su voluntad y compromiso para vencer esta enfermedad. Pero es innegable que para que un adicto al alcohol pueda recibir tratamiento y llegar a una posible recuperación, primero tiene que aceptar su condición de dependencia al licor (33).

Tipos de alcoholismo:

Tipo I: es característico de personas adultas, las cuales pueden tener una etapa de grandes ingestas puntuales separadas por tiempos de abstinencia pero que sin embargo van siendo más pequeños hasta poder alcanzar una gran dependencia, acompañada progresivamente por el desarrollo de enfermedades hepáticas.

Tipo II: se desarrolla en personas durante la adolescencia y está asociado a menudo a un historial violento y arresto policial. No se caracteriza por un aumento progresivo del consumo de alcohol. Algunos estudios han determinado una menor expresión de la enzima monoamino oxidasa en este grupo, lo que se ha correlacionado con una menor producción de

serotonina (relajación y activación del sistema nervioso simpático) en el sistema nervioso central.

Las personas que sufren de alcoholismo o de abuso de alcohol con frecuencia: (33).

- Siguen bebiendo, a pesar de que ven afectada la salud, el trabajo o la familia.
- Beben solos/as.
- Se vuelven violentos/as cuando beben.
- Se vuelven hostiles cuando se les pregunta por la bebida.
- No son capaces de controlar la bebida: son incapaces de suspender o reducir el consumo de alcohol.
- Dejan de lado el trabajo o los estudios por beber.

Los signos de la dependencia del alcohol abarcan:

- Lapsus de memoria (lagunas) después de beber compulsivamente.
- Una necesidad creciente de más y más alcohol para sentirse embriagado.
- Síntomas de abstinencia alcohólica cuando no se ha tomado un trago por un tiempo.

- Enfermedades relacionadas con el alcohol, como hepatopatía alcohólica.
- Infartos.

Enfermedad física

En muchas ocasiones la enfermedad física es el resultado de un desequilibrio emocional que persiste a través del tiempo. Por supuesto, existen diferencias individuales en el modo de enfermar, tanto a nivel psíquico como a nivel físico. Por ejemplo, en algunas personas cuya salud física ha sido muy buena durante toda su vida, el trastorno emocional puede persistir durante mucho tiempo sin llegar a manifestarse de forma clara a nivel físico, aunque su organismo sí estará debilitado, de manera que tendrá mayor facilidad para contraer enfermedades comunes, como la gripe, menor vitalidad, síntomas leves como dolores de cabeza, problemas digestivos u otros, cansancio crónico, etc. Otras personas, en cambio, manifiestan sus alteraciones emocionales a nivel físico muy rápidamente, de forma que es posible que ni siquiera sean conscientes de lo que están sintiendo (33).

La medicina moderna tiende a centrarse casi exclusivamente en el tratamiento de los síntomas, olvidando la verdadera causa de la

enfermedad e ignorando, en muchas ocasiones, el hecho de que los síntomas son los intentos que hace el organismo de lograr la propia curación. Por ejemplo, la fiebre contribuye a combatir a los agentes invasores, como virus o bacterias, mediante un aumento de la temperatura. La inflamación atrae hacia el lugar afectado una serie de células y sustancias que combatirán al agente infeccioso. Al mismo tiempo, concentra dicho agente en el lugar inflamado, impidiendo que se extienda al resto del organismo (33).

Sin embargo, a veces estas defensas fallan. Puede ser que estas reacciones sean tan intensas que acaben haciendo más mal que bien y no sean capaces de curar, o puede ser que el cuerpo apenas reaccione o que lo haga de forma inapropiada, o que aparezca un síntoma que persiste durante meses sin evolucionar en ningún sentido, ocasionando una molestia crónica que vamos soportando cómo podemos. Y esto puede suceder ante agentes infecciosos comunes que muchas personas vencen sin demasiada dificultad, o incluso en ausencia de una causa médica conocida.

Todos estamos sometidos a acontecimientos estresantes a lo largo de nuestra vida. Una persona puede sentir, por ejemplo, ansiedad ante uno de estos acontecimientos. La ansiedad conlleva una serie de síntomas

físicos, como palpitaciones y liberación de las llamadas hormonas del estrés. Cuando la ansiedad se produce muy a menudo no es extraño, pues, que pueda acabar produciendo enfermedades físicas o alteración del funcionamiento de determinados órganos. Es decir, nuestros estados emocionales influyen en nuestro cuerpo (por ejemplo, se ha visto que en las personas deprimidas también suele darse un debilitamiento del sistema inmunitario).

Muchas personas con enfermedades físicas crónicas presentan un riesgo muy elevado de sufrir problemas de ansiedad y depresión, lo que puede complicar gravemente los resultados del tratamiento, empeorar la evolución de la enfermedad física y reducir su calidad de vida (33).

Habitualmente las personas con enfermedades físicas de larga duración tienen dificultades de acceso a los recursos de ayuda en salud mental y no se tiene en cuenta su sufrimiento psicológico. Los médicos y especialistas que les atienden suelen centrarse en los síntomas físicos, obviando la carga psicológica que supone para estas personas enfrentar una situación de enfermedad crónica (33).

Relación de pareja

Puede ser una de las más importantes en nuestra vida. No sólo por el tiempo e intimidad que se comparten en ella, sino porque nos ayuda a crecer y está con nosotros, en muchos de nuestros mejores y peores momentos, por lo que nuestra pareja puede ser quien mejor nos conoce y más influencia tenga en nuestra vida (34).

Una pareja puede tener conflictos que surjan de la relación en sí, como, por ejemplo, problemas de comunicación, sexuales, de infidelidad, manejo de poder, etc. o puede tener conflictos que surgen fuera de la relación, pero que repercuten en ésta, como, por ejemplo. La menopausia en la mujer, la jubilación, frustraciones personales, aumento de responsabilidades u horarios de trabajo de uno de los miembros de la pareja, problemas o enfermedades en la familia de origen o en la política, etc. Aunque no nos damos cuenta, hombres y mujeres buscamos algo distinto en una relación, y por desconocimiento y con la mejor voluntad damos a nuestra pareja lo que nosotros deseamos recibir de ella, no lo que ella necesita, y ella a su vez nos da también lo que desea. Ambos queremos que nos quieran en todos los aspectos del amor, pero tenemos unas prioridades diferentes que, si no son satisfechas no somos capaces de saber apreciar las otras menos prioritarias. El hombre desea recibir

confianza, aceptación, aprecio, aprobación, ánimo, admiración. La mujer desea recibir cariño, comprensión, respeto, valoración, seguridad, devoción (34).

El enamoramiento es una emoción y tiene un fuerte componente de pasión, afecto, ternura, sexo. Por eso uno de los principales objetivos de la pareja hoy es hacerse la vida agradable. Pero una emoción es pasajera, porque está sometida a la ley de la habituación. Todos sabemos que el enamoramiento se pasa y muchas parejas, basadas solamente en esa emoción se disuelven, "se pierde la ilusión"; "no se siente lo mismo". Sin embargo, el amor apasionado de los comienzos es una vía inmejorable para conseguir mantener la pareja. Para ello es preciso desarrollar la intimidad y la validación. Intimidad supone abrirse y contar cosas que, en otras circunstancias, podrían usarse en contra nuestra y recibir aceptación por parte del otro. Cuando estamos enamorados nos ponemos completamente en manos de nuestra pareja y de esta forma construimos la intimidad (34).

En la actualidad los jóvenes son más susceptibles a confundir el Amor con la Atracción, ya que, se confunde con la sensación de explosiva de "enamorarse", y por el súbito derrumbe de barreras que existían en el momento entre dos personas desconocidas. Tal experiencia de repentina

intimidad es, por su misma naturaleza de corta duración”. ¿Por qué pasa esto? porque conocemos a la persona tan bien que no hay más barreras que superar y de cierto modo la relación se vuelve monótona y cansada, a pesar de tratar de renovar la relación a diario. Muchas veces para tratar de sentirnos más cercanos a la persona que “amamos”, compartimos nuestros sueños, deseos, anhelos y también mostrando nuestro lado infantil, para así crear un tipo de intimidad con la otra persona y un grado de confianza, se consideran formas de salvar la relación, pero, también esto puede traer como consecuencia lo contrario, y puede provocar la sensación de lejanía hacia esa persona o viceversa, y todo esto con el propósito de no sentir esa separación con esa persona, y encontrar la exclusividad del amor (34).

También es común encontrar actualmente parejas que están “enamorado” entre ellos y que no aman a nadie más si no que solo ellos mismos, su amor es, en realidad, un egoísmo, lo que quiere decir, es que son dos seres que se identifican el uno con el otro, y que entre ellos resuelven su problema de separabilidad convirtiéndose al individuo aislado en dos (34).

En resumen que están enajenados del resto del mundo. Actualmente no se toma mucho en cuenta la premisa de que si hay amor, hay que amar desde la esencia del ser y vivenciar a la otra persona en la esencia de su

ser, y que el amor debe ser un acto de voluntad en el que decidimos nuestras decisiones como a quien deberíamos dedicar toda nuestra vida, y esa decisión se afirma con el matrimonio. En Conclusión, si tomamos en cuenta en cuenta los puntos de vista recientes, cabe decir que todo está relacionado exclusivamente con el acto de voluntad y compromiso, y que cada uno somos parte de una situación y que somos una entidad única e irrepetible, y que poseemos ciertos elementos que nos hace específicos, y que las decisiones que tomemos a futuro, sean definitivas y no de experimentación, y que la relación no pueda disolverse en el tiempo (34).

INTENTO DE SUICIDIO

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el para suicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico” (21), “es comprendido como una trastorno mental multidimensional, resultado de una interacción compleja de diversos

factores; biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales” (35).

Nizama, lo concibe como el acto auto infligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto proceso suicida: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí. Por otro lado, se entiende como “conducta suicida” a toda acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad, del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo (36).

EPIDEMIOLOGÍA

Según la OMS (2017) más de 800.000 personas se suicidan cada año y el 75% de ellas en países de ingresos medios y bajos. Muchas más intentan hacerlo provocando una gran tragedia que afecta en primer lugar a los familiares generando en ellos efectos duraderos, así como a sus comunidades y países. Ésta advierte de que una persona se suicida cada 40 segundos. Estos datos pertenecen a agosto del 2015 (37).

Martínez , afirma que en el mundo hay 800.000 suicidios por año, y corresponden al 1.6 % de todas las muertes. Hay muchos más suicidios, pero no son registrados por cuestiones culturales, religiosas u otras, y muchos otros son computados como accidentes. En muchos países el suicidio es una de las principales causas de muerte. En Argentina habría entre 6 y 12 suicidios consumados cada 100.000 habitantes por año. Además, de cada 100.000 personas que viven en la Ciudad de Buenos Aires, 11 se suicidan cada año. Por otro lado, se considera que hay 23 intentos suicidas por cada suicidio consumado (tasa de intentos suicidas: 100 a 300 cada 100.000 habitantes por año)(37).

Haciendo una comparación entre sexos y guiándose por los datos estadísticos prestados por la OMS, en general, se suicidan más hombres que las mujeres. Por otro lado, en los países de ingresos medios y bajos, los adultos jóvenes y las mujeres ancianas registran tasas de suicidio más altas que en los países de ingresos altos. Las mujeres mayores de 70 años tienen más del doble de probabilidades de suicidarse que las mujeres de 15 a 29 años (38).

CLASIFICACIÓN:

Los criterios de clasificación de la conducta suicida de Diekstra (38), diferencian entre suicidio, intento de suicidio y para suicidio, en función de

si el resultado de la conducta es mortal o no y de la gravedad de dicha conducta. Por su parte, O`Carroll (39), plantearon una nomenclatura de los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio, adoptada por el National Institute of Mental Health (NIMH) de EE.UU. y considerada como una de las más operativas.

En ella se diferencia entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado.

En 2007, Silverman propusieron una revisión de la nomenclatura de O`Carroll , en la que intentaron incluir aquellos aspectos clave de diferentes definiciones propuestas con anterioridad, como: el resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta (40). En esta nueva propuesta se añadió una categoría denominada comunicación suicida, que incluye la amenaza y el plan suicida, y además, el término conducta instrumental se cambió por el de amenaza suicida(41).

EL PROCESO SUICIDA

Bouchard G. plantea que el proceso suicida es el período que comprende el momento en que se produce la crisis y el paso al acto, y

aclara que en los adolescentes este proceso puede ser muy corto, inclusive de horas, y es más corto aun en los segundos intentos de suicidio (42), Bouchard divide este proceso en cinco momentos:

- **El primer momento:** Es la búsqueda de soluciones, que es una etapa normal en cualquier crisis. La persona hace una especie de inventario de las posibles soluciones a sus problemas juzgando la posibilidad de que se produzca un cambio y, por lo tanto, se disminuya el dolor. Algunas personas podrán tener varias soluciones e identificar estrategias para resolver la crisis; otras, por el contrario, no encontrarán soluciones que puedan responder a sus necesidades presentes. En este momento, la idea de suicidio no se toma como una posible solución (42).

- **El segundo momento:** Es la ideación suicida. En la búsqueda de soluciones, una imagen súbita, breve y pasajera de muerte aparece como una posible solución. Las soluciones que encuentra son ineficaces para reducir la intensidad de la crisis, y por lo tanto son rechazadas. La idea del suicidio comienza a aparecer más frecuentemente, muchas veces encubierta por la idea de que algo pasara para morir, como, por ejemplo, una enfermedad grave o un accidente, pero cada vez más se piensa en el suicidio y se empieza a elaborar escenarios posibles (42).

- **El tercer momento:** Es la Rumiación, la inconformidad es cada vez mayor y más difícil de soportar, el deseo de escapar a la angustia es cada vez más apremiante. La imposibilidad de resolver la crisis y el sentimiento de haber agotado todas las posibilidades provoca un aumento de la angustia. La idea del suicidio se vuelve constante y regular, lo que genera aún más angustia y aviva el sufrimiento y el dolor.
- **El cuarto momento:** Es la cristalización, en el cual la persona se encuentra totalmente desesperanzada. El suicidio es ya considerado como la solución a todos los sufrimientos. Es el momento en el que se elabora un plan preciso: el día, la hora, el medio, el lugar. El adolescente puede sentirse aliviado y dar signos de estar mejor, ya que el suicidio representa la solución definitiva, y él posee el medio para poner fin a su sufrimiento. Con frecuencia, en este momento el adolescente hace una ruptura emotiva de los que lo rodean y un sentimiento de aislamiento está presente. Sólo hará falta el evento que lleve el paso al acto.
- **El último momento:** Es el elemento desencadenante. Después de la etapa de cristalización, el paso al acto se vuelve inminente. Un evento desencadenante está ligado al acto suicida, sin importar muchas veces la intensidad o trascendencia manifiesta del evento, pero es un evento que

para el adolescente se agrega a la serie de pérdidas significativas que ha sentido en su vida (42).

Lo importante de este proceso es tener en cuenta que se puede intervenir en cualquier momento; hay que recordar que la ambivalencia y el miedo de pasar al acto siempre van a estar presentes, inclusive hasta el último momento, y que una intervención adecuada puede interrumpir el proceso en cualquier momento.

FACTOR DE RIESGO

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido (43).

Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio - culturales, económicos, etc.) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos, produciendo un fenómeno de interacción.

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta (44). El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros (45).

La estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos (46).

Los factores de riesgo pueden clasificarse en modificables e inmodificables. Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente. Los factores inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico (46).

La ideación suicida y la presencia de planificación aumentan considerablemente el riesgo de suicidio. Los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida (46).

Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces. La población con mayor riesgo de suicidio consumado por tentativas previas son los ancianos, debido a la mayor intencionalidad, métodos más letales y menor probabilidad de sobrevivir a las secuelas físicas del intento (46).

GENERALIDADES SOBRE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un período de la vida de cada individuo que ha sido estudiada y definida históricamente, por lo cual existen diferentes enfoques sobre la misma, que van desde una concepción de una etapa de constante crisis y pérdida de valores, hasta visiones más integrales que la conceptualizan como un período de crecimiento y desarrollo que le permite al ser humano elaborar su propia identidad. La Organización

Mundial de la Salud la define como el período en el cual el individuo progresa desde la aparición de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual (47).

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Esta etapa se divide en tres fases, las cuales son:

- **Adolescencia temprana:** comprende entre los 10 y los 13 años, y se caracteriza por cambios de hábitos y modos de conducta. Cobra importancia singular el grupo de pares.
- **Adolescencia media:** comprende entre los 13 y 17 años, se caracteriza por un aumento en el alcance e intensidad de los sentimientos y el crecimiento de la importancia del grupo de pares y el rol de grupos.
- **Adolescencia tardía:** comprende entre los 17 y 19 años y 11 meses, se caracteriza por el crecimiento de su interés por sus padres y su familia. Existe más tranquilidad en cuanto a su imagen física y los valores de grupo se vuelven menos importantes y se inclinan por la búsqueda de una relación con una persona (47).

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA ADOLESCENCIA

Campos C. durante la etapa de la adolescencia se presentan 8 características principales:

1. Proyecto de Vida: El o la adolescente organiza su vida en función de sus sueños, y comienza a elaborar su estrategia para lograrlos; aunque muchas ideas y pensamientos iniciales surgieron desde su infancia (47).

Este proyecto de vida será mediatizado por las posibilidades que el medio externo familiar y social ofrezca y del esfuerzo del propio adolescente.

2. Sexualidad: Es parte del proceso iniciado en las etapas anteriores de la vida, hay más necesidad de establecer una relación afectiva con otras personas, y como consecuencia de la maduración sexual se da la manifestación genital de la sexualidad. (Aparición de las primeras eyaculaciones y menstruaciones) (47).

3. Crecimiento y Desarrollo: Este es una continuación del proceso que comenzó en el momento de la fecundación. En esta etapa la velocidad de crecimiento es muy grande y el proceso de desarrollo adquiere características especiales, como lo son un incremento acelerado en la estatura y el peso y cambios en los tejidos y proporciones del cuerpo (47).

4. Búsqueda de Identidad: La búsqueda del ser YO, se da un marcado e imprevisto reconocimiento de sus propias habilidades, por lo que lucha por adquirir mayor independencia y autonomía. Se da cuenta de que pertenece a una sociedad, a una cultura y a una familia y por lo tanto incorpora en su personalidad algunos de los valores manifiestos en estas (47).

5. Creatividad: El o la adolescente posee una gran energía que debe ser encaminada a realizar actividades que le permitan explotar y estimular su gran capacidad creativa con el fin de que logre mejorar su autopercepción.

6. Autoestima: El adolescente necesita fundamentalmente saber que los otros piensan bien de él, y que él se siente bien como persona con su cuerpo, sus afectos y sus ideas. En este aspecto es muy importante la relación que entablen con el grupo de pares (47).

7. Juicio Crítico: En la adolescencia se produce una expansión de la capacidad de analizar críticamente el mundo que lo rodea, desarrollar una identidad más amplia y un fundamento más sólido de sus valores, sus pensamientos y sus efectos (47).

8. Proceso Educativo: Este proceso inicia en la etapa intrauterina, prosigue durante la infancia con la educación informal realizada dentro de la familia y el entorno social y de la educación formal del período escolar, colegial y universitario (47).

Todo esto se convierte en un importante insumo para desarrollar la capacidad de buscar nuevas posibilidades culturales y experimentar diversas fuentes de estimulación sensorial, que le faciliten "integrarse" a la

vida y descubrir su propio "yo". De esta forma, desarrolla nuevas formas de pensamiento que posibilitan · una comprensión, más amplia e integradora, de los acontecimientos.

Una vez analizados los aspectos básicos de la adolescencia y sus características, se observa que la misma es un periodo de cambios constantes, por lo que se constituye en una población vulnerable para enfrentar situaciones difíciles. Por lo anterior se considera que recibir información adecuada sobre temas de interés podría beneficiar a personas en riesgo (47).

Al abordar el tema del suicidio, es primordial tener claro que toda persona que piense suicidarse emite una serie de señales de angustia que pueden ser detectadas por las personas que le rodean o por profesionales entrenados. Esta detección a tiempo puede significar la diferencia entre la vida y la muerte y es el fundamento principal de este proyecto, que trata de desarrollar, a través de diferentes estrategias, un método para lograr descubrir personas en situaciones de riesgo, para brindarles ayuda lo más pronto posible y así evitar un primer o nuevo intento de autoeliminación (47).

FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES

Según antecedentes la conducta suicida viene ligada a una serie de factores de riesgo como la depresión, abuso sexual, disfunción familiar, situaciones que no siempre son fáciles de identificar debido a que un niño o adolescente, no ha desarrollado aun mecanismos para manejar la frustración y tener una adecuada resolución de conflictos, es así como el ambiente familiar resulta decisivo en la formación de pensamientos e ideas suicidas y en que se lleven a cabo, aunque sea como un intento que no se concrete. Hay situaciones en las cuales esta población utiliza la amenaza de suicidio como manipulación, pero finalmente se termina poniendo en riesgo su vida.(47).

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidarán se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran:

- Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional
- Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz.

- Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva.
- Mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales (47).

ADOLESCENCIA Y CONDUCTA SUICIDA

La problemática del suicidio y del intento de suicidio en la población adolescente no es tampoco ajena a la crisis que acompaña, de manera indefectible, a este período de la vida de todo sujeto. Esta crisis debe entenderse bajo dos aspectos (48).

1. La crisis del adolescente comporta el momento en el que habrá de decidir su futuro, y ello en diversas áreas de la vida: labora, formativa, afectiva, etc.
2. La crisis de la adolescencia supone el momento en el que la neurosis más o menos latente del sujeto se declara con cierta violencia o cierta urgencia, esto, además, puede complicarse en aquellos sujetos con una estructura psicótica que puede haber permanecido silenciosa durante la infancia, pero mostrarse con toda crudeza a partir de la pubertad (48).

Momento de elegir, momento de urgencia, ambas circunstancias colocan al adolescente ante una nueva situación que le obligan a poner en marcha todo un conjunto de mecanismos defensivos. Sin embargo, esos mecanismos no siempre se dan o bien resultan insuficientes para resolver la crisis de manera satisfactoria.

El suicidio y el intento de suicidio constituyen las manifestaciones dramáticas del fracaso del sujeto adolescente al enfrentarse con ese nuevo mundo. En otras ocasiones, el momento de la adolescencia comporta la puesta en marcha, el inicio de un trastorno mental grave, por ejemplo, una psicosis esquizofrénica (48).

Así, se ha señalado por parte de algunos autores que cierto número de esquizofrenias son la culminación de crisis de la adolescencia que han sido impedidas, no resueltas. Sin embargo, nos equivocáramos si pensáramos que ambos fenómenos, el suicidio y la tentativa de suicidio, por un lado; y los trastornos mentales, por otro, se pueden tratar de manera independiente, como si no tuvieran ninguna relación entre sí (48).

Nada más lejos de la realidad, el suicidio y tentativa de suicidio no son diagnósticos psiquiátricos, sino son síntomas psiquiátricos, elementos sígnicos de trastornos mentales. Suicidio y tentativa de suicidio que pueden

formar parte de diversos trastornos mentales, es lo que ocurre en casos de depresión mayor y de psicosis esquizofrénica, entre otros.

Los estilos de crianza más afectuosos aumentan las conductas pro-sociales de los niños y adolescentes, y parecen proteger de la depresión y del comportamiento anti-social. Considerando la dependencia del niño o adolescente a su familia y otros adultos, es recomendable intervenir tanto al niño o al adolescente como a su núcleo familiar, siendo este elemento clave en el tratamiento (48).

El abordaje de la problemática suicida en la población estudiantil es relativamente reciente y se evidencia que este problema amerita el cuidado en los diferentes niveles de atención primaria (antes de que surjan factores que ponen en riesgo el estado emocional), secundaria (cuando existen factores que potencian el riesgo suicida) y terciaria (cuando ocurre alguna conducta suicida)

2.4. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

- **FACTOR DE RIESGO:** Característica que condesciende a un individuo un estado voluble de susceptibilidad para contraer determinada enfermedad o alteración de la salud (49).

- **CONDUCTA SUICIDA:** Término colectivo que incluye los pensamientos e ideación suicidas, el intento de suicidio y el suicidio (49).

- **RIESGO SUICIDA:** Nivel de probabilidad relacionada a un individuo en cometer un acto suicida independientemente de los resultados (49).

- **SUICIDA:** Término con diversos significados, donde se considera a un individuo que ha realizado intentos de suicidio graves poniendo en riesgo su vida y el que ha terminado su vida por suicidio (49).

- **SUICIDIO:** Acto premeditado, intencional de quitarse la vida (49).

- **ADOLESCENCIA:** Es una etapa de transición de la niñez a adultez mediante cambios a nivel biológico, psicológico, sexual y social (49).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque

El enfoque de la investigación es cuantitativo.

3.2. Tipo de investigación

Según las características de la investigación, la manipulación de variables es observacional porque el investigador se limita a observar y medir, es un estudio de relación no causal. Y es según el tiempo en que ocurren los hechos. Es Prospectivo porque el investigador administra sus propias mediciones (datos primarios), la información recolectada posee el control del sesgo de medición. Y según la secuencia temporal es de estudio Transversal porque las variables son medidas en una sola ocasión; el tiempo que ello tome es indiferente, las comparaciones son entre grupos (muestras independientes).

Es analítico por que el análisis estadístico es bivariado; aquí se plantean y ponen a prueba hipótesis, su nivel más básico propone la asociación entre factores (50).

3.3. Método

La presente investigación es de método inductivo.

3.4. Población

La población de estudio estuvo constituida por un total de 824 alumnos de educación secundaria, distribuidas en 20 secciones de primero a quinto año de secundaria, adolescentes entre varones y mujeres de 12 a 18 años de edad.

3.4.1. Criterios de inclusión

Serán incluidos en el presente trabajo:

- Adolescentes que cumplan las edades de 12 a 18 años
- Adolescentes que acepten participar en el estudio y en forma voluntaria llenen los instrumentos

3.4.2. Criterio de exclusión

- Adolescentes que no acudieron ese día a clases, por diferentes motivos

- Adolescentes cuya encuesta aplicada no haya cumplido con el llenado de todos los ítems.

3.5. Muestra

3.5.1 Tamaño de la muestra

La muestra está constituida por 350 adolescentes de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión (ver anexo 01).

3.5.2 Muestreo o selección de la muestra

El tipo muestreo es no probabilístico por conveniencia.(ver anexo N° 01), aplicando a los adolescentes que cumplían el criterio de inclusión y acudieron ese día, siendo un total de 350 alumnos.

3.6. Unidad de análisis

Representada por el adolescente que asiste a clases en forma regular.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la Técnica de la encuesta, a fin de determinar los factores psicosociales relacionados al intento de suicidio en adolescentes.

Variable independiente

Para medir los factores psicosociales se utilizaron dos instrumentos que medirán el nivel de depresión y autoestima respectivamente.

- **Instrumento Nro 1**

TEST DE DEPRESIÓN: SEGÚN ZUNG-CONDE, auto aplicamos 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems, para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos síntomas Psicomotores. El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre)

La escala de Likert de cada ítems puntúa de 1 a 4 para los del sentido negativo ó de 4 a 1 para los del sentido positivo, el rango de puntuación es de 20 a-80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima

puntuación posible). Oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100. En la bibliografía anglosajona 1,4-5 se utilizó la puntuación normalizada, con los siguientes puntos de corte:

- No depresión 50(40 puntos)
- Depresión leve 51-59(41-47 puntos)
- Depresión moderada 60 -69(48-55 puntos)
- Depresión grave >69(>55 puntos). (ver Anexo N° 02)

En nuestro medio se utilizan de forma indistinta ambos sistemas el de puntuación normalizada 6-7 y el de puntuación total 2,8-10, con diferentes propuestas en lo que respecta a los puntos de corte. Conde y Cols2 proponen los siguientes puntos de corte:

- No depresión <35(<28 puntos)
- Depresión leve 36-51 (28-41 puntos)
- Depresión moderada 52-67(42-53 puntos)
- Depresión grave >68(>53 puntos)

- **Instrumento Nro 2**

TEST AUTOESTIMA: SEGÚN COOPERSMITH, este instrumento consta de 24 frases: no hay respuestas correctas, ni incorrectas, solo se desea saber si está de acuerdo o en desacuerdo

- Muy de Acuerdo (MA)
- Algo de Acuerdo(AD)
- Algo en desacuerdo(AD)
- Muy en desacuerdo(MD)

Categorizando la variable del siguiente modo

- Elevada autoestima : 57-80 p.
- Normal : 38,57 p.
- Baja autoestima : 0 – 37 p. (ver Anexo N° 03)

- **Instrumento Nro 3**

Para medir los factores sociales se utilizó un instrumento que midió el trastorno familiar, influencia negativa de amistades, disfunción familiar, alcoholismo, enfermedad física y problemas de pareja.

Test de factores sociales de Gutiérrez, este instrumento es una escala Likert de 24 preguntas cerradas, en donde no existen respuestas correctas ni incorrectas, puntuando de la siguiente manera:

- Siempre 4
- Casi siempre 3
- Casi nunca 2
- Nunca 1

Lo que nos permitió categorizar la variable de la siguiente manera:

-Altamente relevante	5-+
-Medianamente relevante	3-4
-Poco relevante	0-2 (ver Anexo N° 04)

Variable dependiente

Para medir la variable Intento de suicidio se utilizó un instrumento.

- **Instrumento Nro 4**

ESCALA DE RIESGO SUICIDA PLUTCHIK: Conformada por 15 ítems donde la respuesta esta detallada con un SI ó No, Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto. Cada respuesta Negativa evalúa 0 Puntos. La puntuación total oscila entre 0 y 15. (ver Anexo N°05)

3.8 Validez y Confiabilidad

3.8.1 Validez

Validez de contenido: Los instrumentos miden adecuadamente las principales dimensiones de la variable en cuestión, mostrando un dominio específico del contenido que precede.

Para la validez de los instrumentos se sometió a juicio de expertos donde participaron 1 Psicólogos, 1 Médico Psiquiatra ,2 enfermeras con especialidad en salud mental y 1 estadístico; cuyas opiniones, recomendaciones y sugerencias, contribuyeron en la mejora de los instrumentos.

En los “Encuestas para identificar los factores psicosociales relacionados al intento de suicidio en adolescentes del colegio Don José de San Martín” se puede apreciar que según el juicio de los cinco expertos estadísticamente nos indica que la prueba binomial es significativa (0.87), indicando que los instrumentos son válidos para su aplicación. (Ver Anexo N° 06)

Validez de criterio: Establece la validez de un alto grado de ambos instrumentos de medición al compararlas con un criterio externo que pretende medir lo mismo, con una puntuación cercanamente.

En el caso de los “Encuesta para identificar los factores psicosociales relacionados al intento de suicidio en adolescentes del colegio Don José de San Martín”, se puede deducir que ambos son instrumentos de buena validez y concordancia muy alta, ya que fue aplicado por los items necesarios para cualificar el nivel de criterio que presentaba demostraron ser buenos puntajes. Los cuestionarios son aplicables y de significancia de acuerdo con el coeficiente V de Aisken Calculo para criterio de jueces (Ver Anexo N° 06)

Validez de constructo: Los instrumentos establecen y especifican la relación teórica entre los conceptos, a su vez se correlacionan los conceptos y se analizan cuidadosamente, interpretándose con la evidencia empírica. Aplicando la prueba de KMO Y Bartlett .
(Ver Anexo N° 06)

3.8.2. Confiabilidad:

Se realizó a través del cálculo del coeficiente de confiabilidad del alfa de Cronbach, donde se obtuvo resultados 0,85 lo que indica que si existe un nivel elevado de confiabilidad por lo tanto el instrumento es aplicable en la presente aplicación..

(Ver Anexo N°07)

3.9 Procedimientos de recolección de datos

Para la recolección de los datos se procedió de la siguiente manera:

- Se solicitó una autorización de Ejecución a la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann para presentar a la Institución educativa Correspondiente
- Se presentó una solicitud al Director de la Institución Educativa Don José de San Martín para obtener la autorización para aplicar los instrumentos a los alumnos de primero a quinto de secundaria.
- Luego se coordinó con cada uno de los docentes para las facilidades en la Hora de Orientación y Bienestar Estudiantil (OBE), para la aplicación de los instrumentos a todos los alumnos que cumplieron con los criterios de inclusión.

- Luego de obtener los diferentes horarios y previa coordinación con cada docente, se procedió a ingresar a cada salón dando a conocer a los alumnos el objetivo del trabajo de investigación y se les entregó el consentimiento informado, explicándoles que su participación en el estudio es de forma voluntaria y anónima.
- Los horarios de ingreso (de 1:00 pm a 6:30) de lunes a viernes, fueron distribuidos según los días de la semana por las tardes, según disposición de docente , de tal manera que se llevó a cabo en una semana el llenado de encuestas (ver anexo 5.1).

3.10 Técnicas de procesamientos y análisis de datos

Una vez concluida la recolección de datos se realizó la revisión de las encuestas para verificar su completo llenado.

Luego se tabularon los datos para su posterior codificación, guardando el anonimato de la identidad de los encuestados, y vaciaron a una base de datos en programa Excel de Microsoft Windows 10; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informativo Statical Package for the Social Sciences (SPSS) V. 22.0.

Para el análisis estadístico descriptivo se utilizaron las frecuencias absolutas y frecuencias relativas simples, para el análisis de la relación de

los factores de riesgo psicosocial e intento de suicidio, se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado.

Para la presentación de los resultados se generaron tablas de contingencia y gráficos según corresponda a los objetivos planteados.

3.11 Consideraciones Éticas

3.11.1 Principio de autonomía

Durante la aplicación de las encuestas se cumplió en la condición de decidir libremente su participación en el estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción.

3.11.2 Consentimiento informado

Para garantizar la participación del adolescente se informó verbalmente sobre los objetivos del estudio y se les hizo llegar el consentimiento informado. (Véase anexo N° 08)

3.11.3 Confidencialidad de datos

En el ámbito de la investigación se respetó la confidencialidad de los participantes de este estudio.

3.11.4 Principio de beneficencia y no maleficencia

Durante el desarrollo de la investigación y aplicación de la encuesta no se dio ni ofreció ningún premio, obsequio para su colaboración.

3.11.5 Evaluación de los beneficios del estudio y sus destinatarios

Se aseguró el bienestar de las personas que participaron en la investigación. En ese sentido, la conducta del investigador respondió a las siguientes reglas generales: no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios.

3.11.6 Protección de grupos vulnerables

En el ámbito de la investigación se ha trabajado con personas, se respetó la dignidad humana, la identidad, la diversidad, sus derechos fundamentales.

3.11.7 Principio de justicia

Todos los adolescentes tuvieron la misma oportunidad de participar en la encuesta, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

3.11.8 Selección de seres humanos sin discriminación

Para esta investigación se tomó una muestra de los estudiantes del

total de 350 estudiantes del nivel secundario del colegio Don José de San Martín.

3.11.9 Los beneficios potenciales serán para los individuos y los conocimientos para la sociedad

La presente investigación brindó resultados que dieron a relucir la realidad de los estudiantes del colegio don José de San Martín respecto a los factores psicosociales relacionados al intento de suicidio

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE DATOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DESCRIPCIÓN

En este capítulo se presentan las tablas, análisis y gráficos estadísticos elaborados a partir de la información obtenida durante la investigación que fueron procesados en el programa SPSS23.

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteadas.

TABLA N° 01

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN
EDAD Y GÉNERO DEL COLEGIO DON JOSÉ
DE SAN MARTÍN TACNA- 2018**

ADOLESCENCIA	GÉNERO				Total	
	MASCULINO		FEMENINO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
TEMPRANA	90	46,63	56	35,67	146	41,71
MEDIA	98	50,78	97	61,78	195	55,71
TARDIA	5	2,59	4	2,55	9	2,57
Total	193	100,00	157	100,00	350	100,00

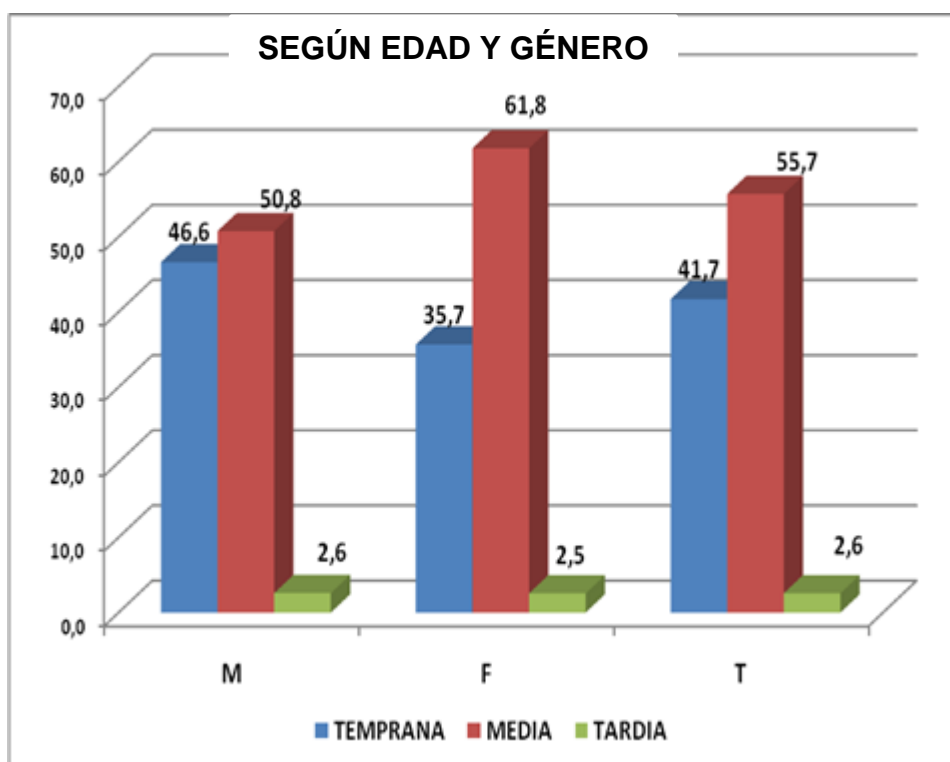
Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de 12 a 18 años, del Colegio Don José de San Martín Tacna-2018.
Elaborada por Bach. .Pinto C.

DESCRIPCIÓN:

En la presente tabla encontramos que, del total de población encuestada, el 55,71% se ubica dentro del grupo de adolescentes medios, en segundo lugar se ubican los adolescentes tempranos. Y según género, predomina el género masculino con 193 alumnos con (55,1%). Asimismo, observamos que en la adolescencia media el género femenino tiene mayor predominancia con 61,78%.

GRÁFICO N° 01

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES SEGÚN EDAD Y GÉNERO DEL COLEGIO DON JOSÉ DE SAN MARTÍN TACNA- 2018



Fuente: Tabla N°1

TABLA N° 02
FRECUENCIA DE IDEA SUICIDA SEGÚN GÉNERO Y EDAD
DE ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS DEL COLEGIO
DON JOSÉ DE SAN MARTÍN TACNA- 2018

		PENSO ALGUNA VEZ SUICIDARSE				Total	
		SI		NO		N°	%
		N°	%	N°	%		
GÉNERO	M	62	60,78	131	52,82	193	55,14
	F	40	39,22	117	47,18	157	44,86
	Total	102	100,00	248	100,00	350	100,00
		P valor; 0.17		P >0,05			
ADOLESCENCIA	TEMPRANA	31	30,39	115	46,37	146	41,71
	MEDIA	69	67,65	126	50,81	195	55,71
	TARDIA	2	1,96	7	2,82	9	2,57
	Total	102	100,00	248	100,00	350	100,00
		P valor; 0,005		P < 0,05			

Fuente: Encuesta aplicada alumnos de 12 a 18 años, del Colegio Don José de San Martín Tacna- -2018.
Elaborada por Plutchik S. **Modificado** por Bach. .Pinto C.

DESCRIPCIÓN:

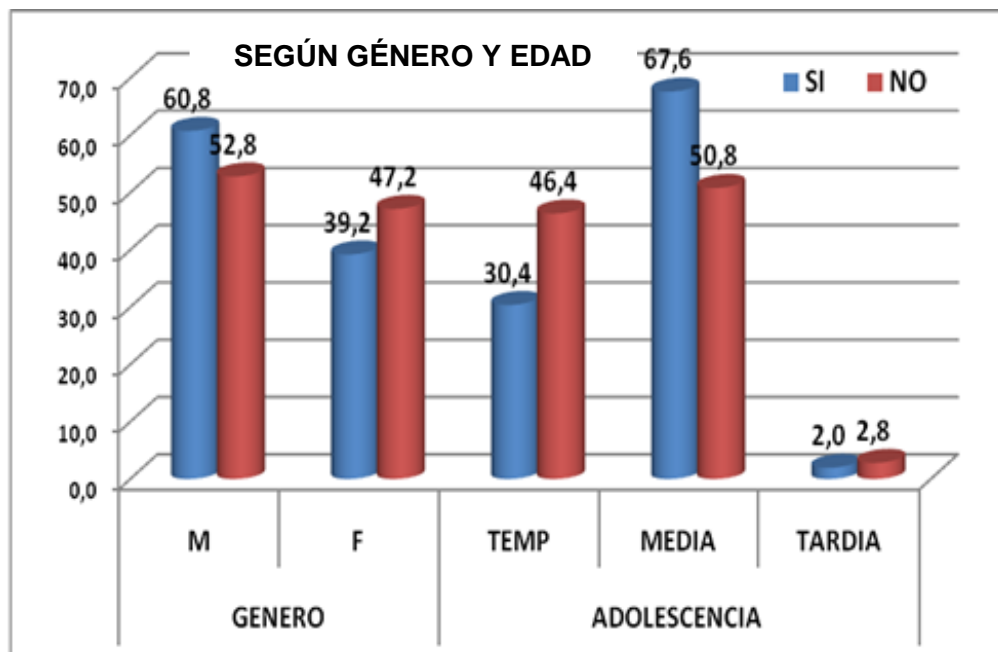
Ante la pregunta si alguna vez pensó en suicidarse se encontró que 102 alumnos respondieron afirmativamente lo que representa el 29,14% del total de encuestados. Respecto al género se observa, que predomina con 60,78% el género masculino frente a un 39,22% del género femenino.

En el grupo idea suicida y edad del adolescente encontramos elevada predominancia en el grupo de adolescencia media el 67,65 % seguida de un 30,39% en adolescencia temprana.

El estadístico aplicado R de Pearson muestra que la edad del adolescente tiene una relación estadísticamente significativa con idea suicida ($p < 0,05$).

GRÁFICO N° 02

FRECUENCIA DE IDEA SUICIDA SEGÚN GÉNERO Y EDAD DE ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS DEL COLEGIO DON JOSÉ DE SAN MARTÍN TACNA- 2018



Fuente:Tabla N°02

TABLA N° 03

**ESCALA DE RIESGO SUICIDA SEGÚN GÉNERO Y EDAD EN
ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS DEL COLEGIO
DON JOSÉ DE SAN MARTÍN TACNA-2018**

		NIVEL DE RIESGO						Total	
		AUSENCIA		MODERADO		ALTO		Nº	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GÉNERO	M	155	55,76	36	54,55	2	33,33	193	55,14
	F	123	44,24	30	45,45	4	66,67	157	44,86
	Total	278	100,00	66	100,00	6	100,00	350	100,00
		P valor; 0,65			P > 0,05				
ADO LESCENCIA	TEMPRAN	131	47,12	15	22,73	0	0,00	146	41,71
	MEDIA	140	50,36	50	75,76	5	83,33	195	55,71
	TARDIA	7	2,52	1	1,52	1	16,67	9	2,57
	Total	278	100,00	66	100,00	6	100,00	350	100,00
		P valor; 0,001			P < 0,05				

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de 12 a 18 años, del Colegio Don José de San Martín Tacna-2018
Elaborado por Plutchik S. **Modificada** Bach.Pinto C.

DESCRIPCIÓN:

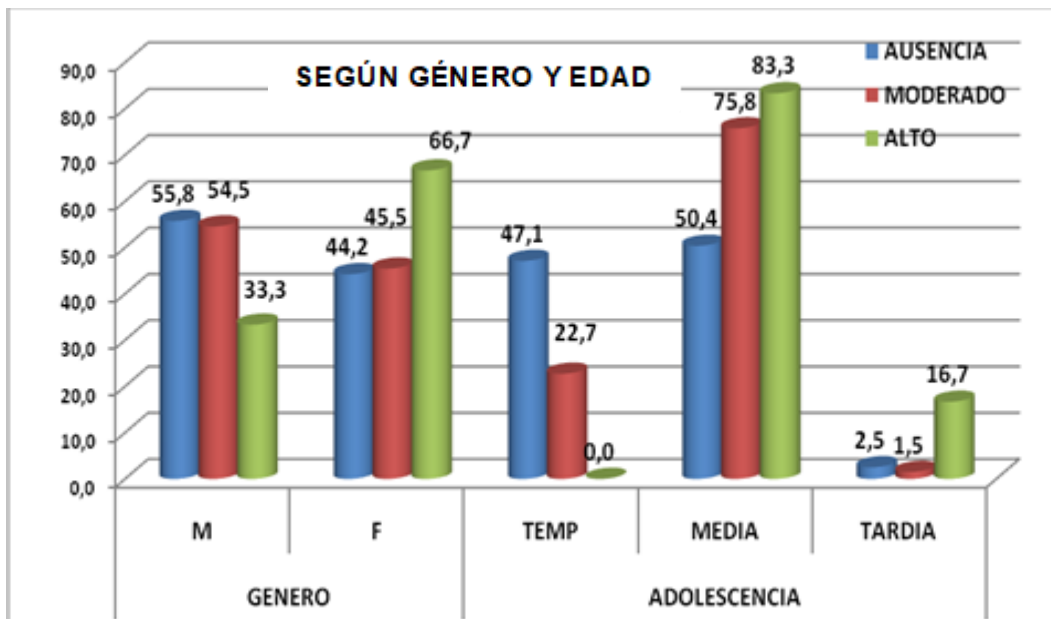
En la presente tabla se encontró que, 66 alumnos tienen riesgo suicida moderado (18,85%) y 6 adolescentes presentan riesgo alto de suicidio (1,71%) y 278 (79,4%) sin riesgo de intento de suicidio. Respecto al género se observa que tanto para los hombres como mujeres los porcentajes son similares

Para edad del adolescente y riesgo suicida, encontramos que tanto para riesgo moderado como alto con 75,76% y 83,33% respectivamente predomina en el grupo de adolescencia media.

El estadístico aplicado R de Pearson muestra que la edad del adolescente tiene una relación estadísticamente significativa con riesgo de intento de suicidio ($p < 0,05$).

GRÁFICO N° 03

ESCALA DE RIESGO SUICIDA SEGÚN GÉNERO Y EDAD DE ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS DEL COLEGIO DON JOSÉ DE SAN MARTÍN TACNA-2018



Fuente :Tabla N°03

TABLA N° 04

**FACTORES PSICOLÓGICOS: DEPRESIÓN RELACIONADA CON
INTENTO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES
DE 12 A 18 AÑOS DEL COLEGIO DON JOSÉ
DE SAN MARTÍN TACNA- 2018**

DEPRESIÓN	NIVEL DE RIESGO						Total	
	AUSENCIA		MODERADO		ALTO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
AUSENCIA	167	60,08	34	51,51	1	16,67	202	57,71
LEVE	102	36,69	24	36,36	3	50,00	129	36,86
MODERADA	9	3,24	8	12,12	2	33,33	19	5,43
Total	278	100,00	66	100,00	6	100,00	350	100,00

Chi2: 32,044, P Valor: 0,0001 P<0,05

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de 12 a 18 años, del colegio Don José de San Martín Tacna-2018
Elaborada por Zung C. **Modificada** por Bach.Pinto C.

DESCRIPCIÓN:

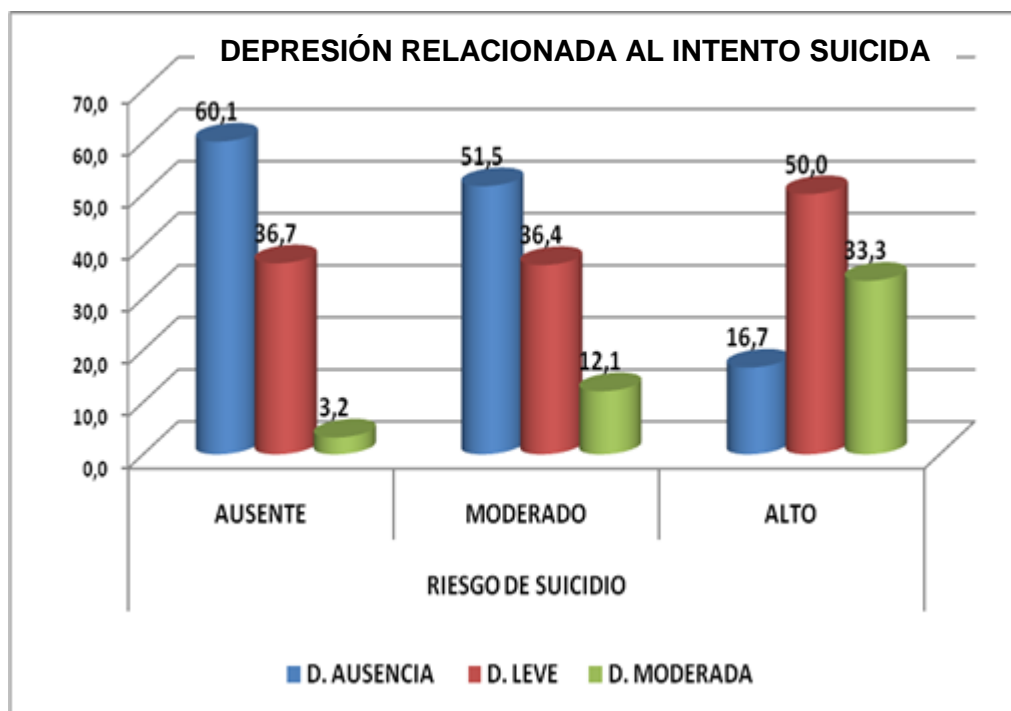
En la presente tabla observamos que, la depresión leve predomina en el 36,86% de adolescentes encuestados, con un nivel de riesgo alto 50% en depresión leve.

Asimismo, en la depresión moderada destaca que existe un nivel de riesgo alto con 33,33%. Vale reportar que el 57,71% de los adolescentes no presentan depresión.

El estadístico aplicado R de Pearson muestra que la depresión tiene una relación estadísticamente significativa con riesgo de intento de suicidio ($p < 0,05$)

GRÁFICO N° 04

FACTORES PSICOLÓGICOS: DEPRESIÓN RELACIONADA CON INTENTO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS DEL COLEGIO DON JOSÉ DE SAN MARTÍN TACNA- 2018



Fuente: Tabla N°4

TABLA N° 05
FACTORES PSICOLÓGICOS: AUTOESTIMA RELACIONADA
CON INTENTO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES
DE 12 A 18 AÑOS DEL COLEGIO DON JOSÉ
DE SAN MARTÍN TACNA- 2018

AUTOESTIMA	NIVEL DE RIESGO						Total	
	AUSENCIA		MODERADO		ALTO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
ALTA	89	32,01	0	0,00	0	0,00	89	25,43
NORMAL	86	30,94	20	30,30	0	0,00	106	30,29
BAJA	10s3	37,05	46	69,70	6	100,00	155	44,29
Total	278	100,00	66	100,00	6	100,00	350	100,00

P valor; 0,0001

P valor< 0,05

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de 12 a 18 años, del colegio. Don José de San Martín Tacna-2018
Elaborado por Coopersmith A. **Modificada** por Bach. .Pinto C.

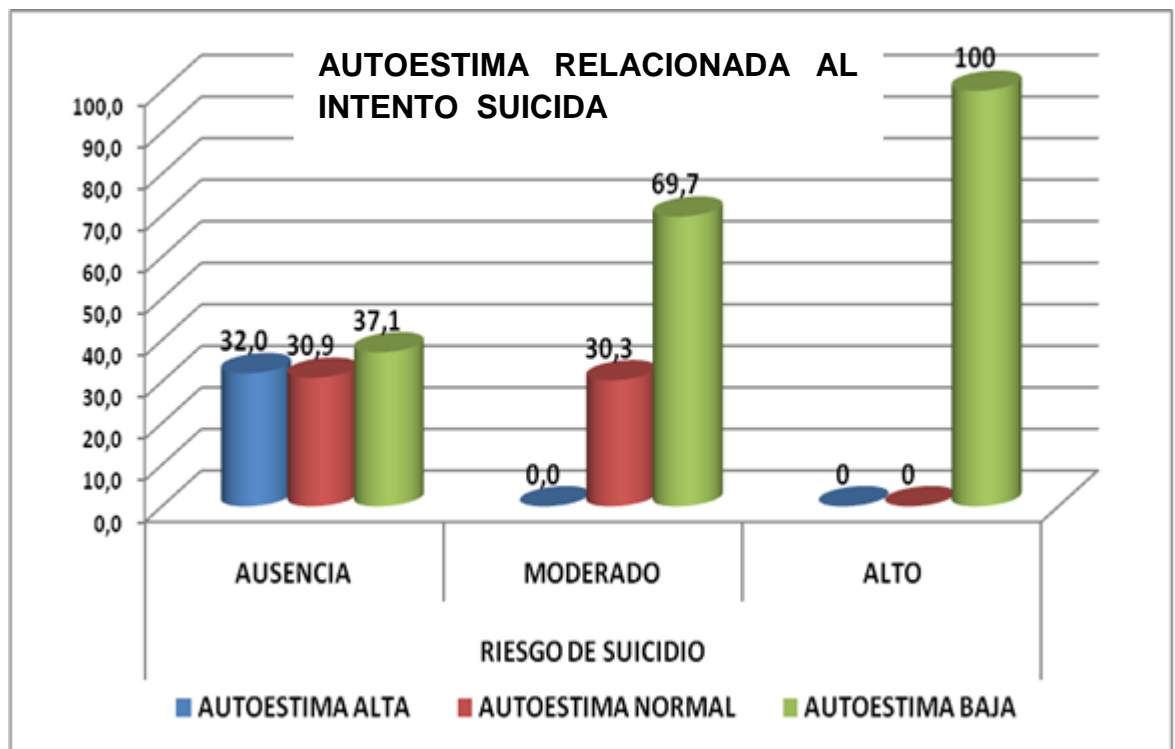
DESCRIPCIÓN:

Observamos que, la autoestima baja se encuentra en el 44,29% de los adolescentes encuestados, de los cuales se encuentra un nivel de riesgo de suicidio alto 100% (/n=6), lo contrario se observa en los adolescentes cuyo nivel de autoestima alta implica un bajo riesgo de intento de suicidio con 32,01%.

El estadístico aplicado R de Pearson muestra que la autoestima tiene una relación estadísticamente significativa con riesgo de intento de suicidio ($p < 0,05$)

GRÁFICO N° 05

FACTORES PSICOLÓGICOS: AUTOESTIMA RELACIONADA CON INTENTO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS DEL COLEGIO DON JOSÉ DE SAN MARTÍN TACNA-2018



Fuente: Tabla N°5

TABLA N° 06

**FACTORES SOCIALES RELACIONADOS CON INTENTO DE SUICIDIO
EN LOS ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS DEL COLEGIO DON
JOSÉ DE SAN MARTÍN TACNA- 2018**

FACTORES SOCIALES	NIVEL DE RIESGO						Total	
	AUSENCIA		MODERADO		ALTO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Historia de trastorno psicológico familiar	45	12,86	6	1,71	1	0,29	52	14,86
Influencia negativa de amistades	51	14,57	23	6,57	1	0,29	75	21,43
Disfunción familiar	149	42,57	31	8,86	3	0,86	183	52,29
Padece de alcoholismo	2	0,57	1	0,29	1	0,29	4	1,14
Padece de enfermedad física	3	0,86	2	0,57	0	0,00	5	1,43
Problemas de pareja	28	8,00	3	0,86	0	0,00	31	8,86
Total	278	79,43	66	18,86	6	1,71	350	100,00

P valor; 0,0021

P valor< 0,05

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de 12 a 18 años, del Colegio Don José de San Martín Tacna-2018
Elaborado por Gutiérrez A. **Modificada** por Bach. Pinto C.

DESCRIPCIÓN:

En la presenta tabla visualizamos:

Que, el 14,86% de los adolescentes presenta algún tipo de historia de transtorno psicológico familiar, de estos adolescentes el 12,86%

ausencia de algún riesgo de intento suicida, el 1,71% presenta un riesgo moderado de intento de suicidio y solo el 0,29% un alto nivel de riesgo de intento de suicidio.

Que, el 21,43% del total de los adolescentes presenta alguna influencia negativa de amistades, de estos adolescentes el 14,57% no presenta niveles de riesgo de suicidio, el 6,67% presenta un nivel moderado de riesgo de intento de suicidio y el 0,29% presenta un alto nivel de riesgo de suicidio.

Que, el 52,29% de los adolescentes presenta algún tipo de disfunción familiar, de estos el 42,57% no refiere ningún tipo de riesgo, el 8,86% presenta un nivel de riesgo moderado y un 0,86% presenta un nivel alto de riesgo de suicidio.

Que, un 1,14% del total de los adolescentes padece de alcoholismo, el 0,57% del total no presenta ningún tipo de riesgo de intento de suicidio, el 0,29% presenta un moderado nivel de riesgo y el 0,29% presenta un nivel alto de riesgo de intento de suicidio.

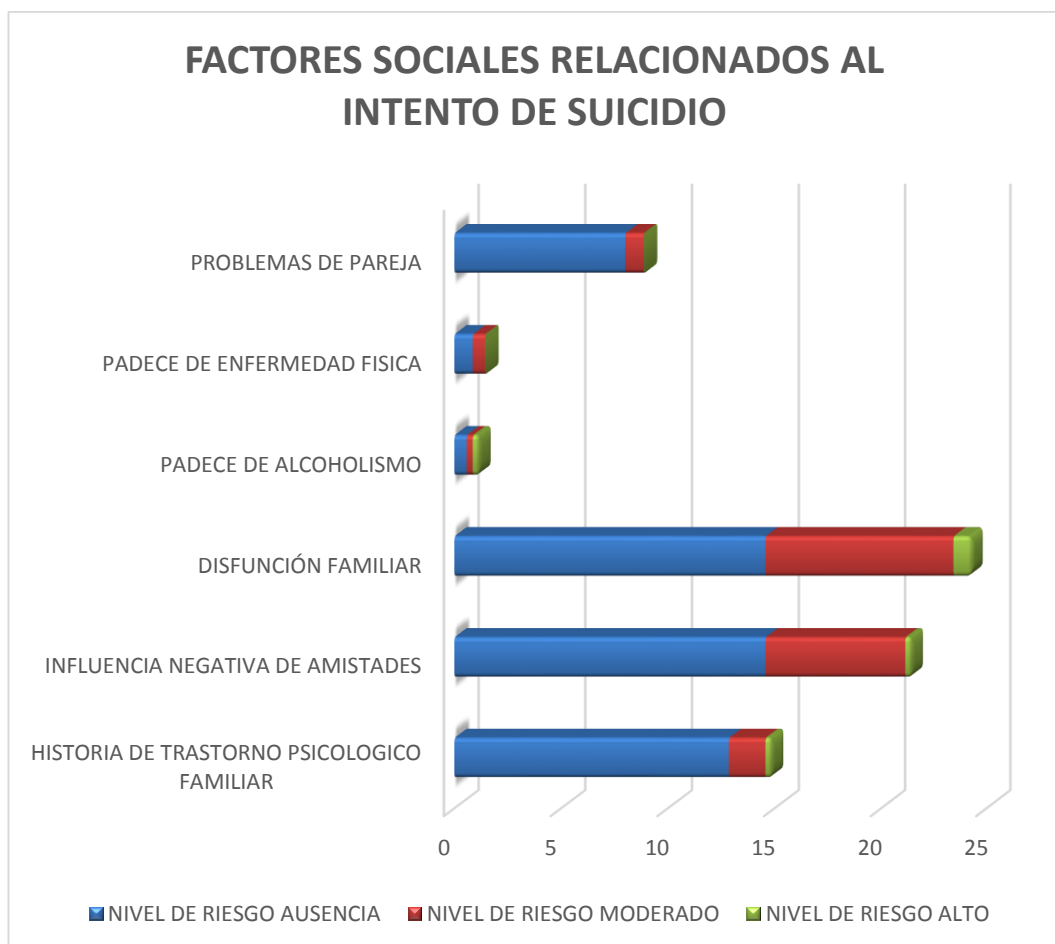
Que, el 1,43% de los adolescentes padece de algún tipo de enfermedad física, el 0,86% no presenta nivel de riesgo de suicidio, el 0,57% presenta un moderado nivel de riesgo de suicidio y el 0,29% presenta un alto nivel de riesgo de intento de suicidio.

Que, un 8,86% del total de los adolescentes tiene problemas de pareja, el 8,00% de los adolescentes no presenta riesgo de intento de suicidio, el 0,86% presenta un moderado nivel de riesgo y ningún adolescente presenta un alto nivel de riesgo de intento de suicidio.

Que, al aplicar la prueba estadística R de Pearson se demuestra que los factores sociales: historia de trastorno psicológico familiar, influencia negativa de amistades, disfunción familiar, alcoholismo, enfermedad física y problemas de pareja ($p=0,0021$) influyen significativamente en el intento de suicidio de los adolescentes del colegio Don José de San Martín.

GRÁFICO N° 06

FACTORES SOCIALES RELACIONADOS CON INTENTO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS DEL COLEGIO DON JOSÉ DE SAN MARTÍN TACNA- 2018



Fuente: Tabla N°06

4.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Paso 1: Planteamiento de la hipótesis;

Hipótesis nula (H1):

No existe relación entre los factores psicosociales con el intento de suicidio en adolescentes del Colegio Don José de San Martín Tacna 2018

Hipótesis alternativa (H0)

Existe relación entre los factores psicosociales con el intento de suicidio en adolescentes del Colegio Don José de San Martín Tacna 2018

Paso 2: Elección del estadístico;

Para el presente análisis, se consideró variables cuantitativas, como muestras relacionadas es necesario aplicar la prueba ANOVA

Paso 3: Aplicación del estadístico:

Tabla de ANOVA

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Riesgo * Autoestima baja	Inter-grupos	(Combinadas)	5,590	2	12,795	14,071	0,018
	Intra-grupos		159,969	233	0,687		
	Total		165,559	235			
Riesgo * Depresión	Inter-grupos	(Combinadas)	0,704	2	28,352	32,842	0,000
	Intra-grupos		97,431	233	0,418		
	Total		98,136	235			
Riesgo * Factores sociales	Inter-grupos	(Combinadas)	0,652	2	1,493	1,642	0,0021
	Intra-grupos		18,663	233	0,080		
	Total		19,315	235			

Prueba estadística: Chi cuadrado

- 1) HA: $P < 90\% \exists$
 H0: $P \neq 90\% \nexists$

2) Nivel de Significancia $\alpha = 0,018$

3) Estadística de Prueba:

La variable aleatoria P tiene media igual a: p, varianza igual a: np(1-p) y si n es suficientemente grande ($n \geq 30$),

$$\bar{P} = \frac{X}{n} = \frac{350}{840} = 0,018$$

Entonces, la estadística:

$$Z = \frac{\bar{P} - P_0}{\sqrt{\frac{P_0(1-P_0)}{n}}} \sim N|0,1|$$

$$Z_K = \frac{0,50 - 0,90}{\sqrt{\frac{0,90(1-0,90)}{197}}} = -10,4$$

4) Prueba bilateral:

Si la prueba es de $H_A: P < P_0$ contra $H_0: P \neq P_0$; la región crítica o de rechazo de H_0 en los valores de Z es el intervalo:

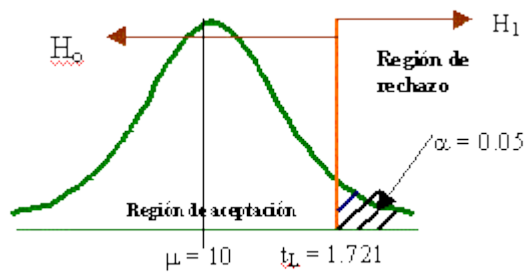
$$R.C. = \{Z < -Z_{1-\alpha/2} \text{ ó } Z > Z_{1-\alpha/2}\}$$

$$R.C. = \{Z_K < -Z_{0,975} \text{ ó } Z_K > -Z_{0,975}\}$$

$1 - \alpha = 0,95$ $\alpha = 0,05$ $\frac{\alpha}{2} = 0,025$ $1 - \frac{\alpha}{2} = 0,975$
--

$$R.C. = \{Z_K < -Z_{0,975}\}$$

$$R.C. = \{-10,4 < -1,96\} = \text{Se rechaza } H_0$$



Paso 4: Conclusión;

En concreto, podemos observar que en la relación de ambas variables independientes con la variable dependiente, existe relación estadísticamente significativa entre las mismas con una valor F mayor a 1 y significancia $<0,05$. Rechazando la hipótesis nula y no rechazando la hipótesis alterna.

4.3 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El presente trabajo de investigación ha realizado un análisis de un problema que en las últimas décadas presenta un ascenso en el número de intentos de suicidio en la población adolescente, sin una explicación clara, lo que constituye un grave problema de Salud Pública en todas las culturas y en el que están implicados múltiples factores de riesgo (psicológicos, socioeconómicos y culturales, etc.).

En la Tabla 01. El 55,71% se ubica dentro del grupo de adolescentes medios, en segundo lugar, se ubican los adolescentes tempranos. Y según género, predomina el género masculino con 193 alumnos (55,1%).

Alcántara M. (2), califica a la adolescencia como una etapa trascendental y crítica para el desarrollo humano, debido a la serie de cambios fisiológicos y psicológicos, e interpersonales que conlleva, haciéndolo vulnerable, pues surge una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares, y de la sociedad, produciéndoles gran ansiedad, rabia y confusión. Sentimientos que, en ocasiones, el adolescente no puede afrontar, debido a diferentes factores, entre ellos, sus características de personalidad, el estrés cotidiano y la ausencia de

redes de apoyo sociales y familiares. Dichos factores favorecen la presencia de malestar emocional en el adolescente, el cual puede desembocar en conductas de riesgo, como son: consumo de drogas e intento de suicidio, que comprometen su integridad física y psicológica.

Estos resultados difieren con el estudio de Pérez B. (9), en su estudio obtuvo que el 7,14% manifestó intento suicida previo, prevaleciendo el sexo femenino con 40,0% a los 14 años (30,0%), a predominio de la Institución Privada (60,0%).

Para el presente trabajo comprobamos que más del 80% son adolescentes masculinos en edad temprana y media los que predominan en este trabajo de investigación adolescentes que se encuentran en proceso de cambios que requieren atención prioritaria para prevenir en adelante eventos como intentos de suicidio.

En la Tabla 02. El 29,14% de los adolescentes tuvo idea suicida, según género predomina con 60,78% el género masculino. La idea suicida y edad del adolescente elevada predominancia en el grupo de adolescencia media el 67,65 % seguida de un 30,39% de adolescencia temprana ($p < 0,05$).

El Trabajo de investigación de Miranda T.(51), en México el 2009, El (68%) de niños/as presentaban ideación suicida en comparación al grupo

sin ideación. De éstos, un 27,3% presentaba depresión severa. Asimismo, se evidencia que, si bien la ideación suicida es uno de los síntomas de la depresión, muchos niños/as que cumplen con los criterios diagnósticos de una depresión, no manifiestan ideación suicida.

En el presente trabajo de investigación solo el 29,14% de la población encuestada si pensó alguna vez suicidarse predominado el sexo masculino y la edad media, en la adolescencia se incrementa la carga de presiones o responsabilidades individuales, que unido a la inexperiencia e inmadurez generan tropiezos que pueden traducirse en momentos de angustia, soledad y frustración, que propician factores de riesgo para cometer un acto o conducta suicida.

Pérez A. (46), determinó que el 47% reportó al menos un síntoma de ideación; 9% refirieron antecedente de intento. Concluyendo que casi la mitad de los(as) estudiantes del nivel medio superior presentaron al menos un síntoma de ideación. Para disminuir esta problemática se deben considerar los factores asociados: el consumo de sustancias adictivas, género, antecedentes de abuso sexual y depresión. Este resultado de investigación del autor no se asemeja a los resultados obtenidos respecto de ideación suicida en adolescentes de nuestra Institución educativa ya que los resultados son menores (29,14%) coincidiendo en que son los

estudiantes adolescentes de la edad media superior que presentaron al menos un síntoma de ideación suicida.

Sánchez D. (12), muestra que los estudiantes con alta desesperanza son más propensos a presentar ideación suicida, siendo el nivel de control de impulsos el que evita el tránsito de la ideación a otras fases más graves del suicidio. La identificación de los factores psicológicos asociados con la ideación suicida en universitarios, puede ayudar a evitar el tránsito de la idea de suicidio a la primera tentativa suicida.

El presente Trabajo difiere con la investigación de Miranda T. (51), realizado en México el 2009, ya que los adolescentes con ideación suicida son menores en porcentaje y son edad adolescente media, lo que en el estudio que se realizó en la ciudad de México es mayor siendo la adolescencia en edad temprana la que prevalece.

Los resultados de trabajos y estadísticas comparados con nuestros resultados pareciesen mostrar que en nuestra Institución Educativa se presenta una menor frecuencia de ideación suicida, pero las sumas de otros factores podrían ser detonantes de importancia para que los adolescentes que alguna vez lo pensaron tomen la decisión de hacerlo sin que se pueda hacer nada para remediar esa decisión drástica. Por ello la

importancia del presente trabajo en la identificación temprana de adolescentes que requieren apoyo especializado.

En la Tabla 03. El 18,85% tienen riesgo suicida moderado y el 1,71% de los adolescentes presentan riesgo alto de suicidio, la edad del adolescente y riesgo suicida, encontramos riesgo moderado (76,76%) y alto (83,33%) Siendo el grupo de adolescencia media el que predomina ($p < 0,05$).

Estos resultados nos indican que 19 de cada 100 adolescentes están en riesgo de intento de suicidio, donde predomina el adolescente en edad media categorizado con un alto riesgo suicida

Al respecto, el investigador Pérez M. (9), en su trabajo reporta que, existe depresión Mayor (35,0%) e Impulsividad (30,6%). La Escala de Riesgo Suicida de Plutchik demostró que el 16,4% tiene alto riesgo suicida se concluyó que la detección precoz de los factores de riesgo en las Instituciones Educativas es primordial con el fin de evitar el incremento de las conductas suicidas. Los resultados muestran que un 18,85% presentan riesgo moderado de intento de suicidio, cifras menores a los encontrados en otros antecedentes referidos, pero cabe resaltar que en el grupo de adolescencia media se observa porcentajes de importancia tanto para

riesgo moderado como alto con 76,76% y 83,33%, ello significa que los adolescentes presentan ideación suicida con ausencia de sintomatología depresiva. Estos autores resaltan que si bien, la depresión es un importante factor de riesgo, no es imprescindible su presencia para que se desarrolle la ideación suicida.

La estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico de un profesional, en el presente estudio se realizó un tamizaje, donde se valora los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos. Considerando que la adolescencia media, se caracteriza por un aumento en el alcance e intensidad de los sentimientos y el crecimiento de la importancia del grupo de pares y el rol de grupos (12). (13). (17).

La adolescencia es esencialmente una época de cambios en la que ocurren el proceso de transformación del niño en adulto, tiene características peculiares, y es una etapa además de descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica, identidad sexual) así como de la autonomía individual. Existen rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer un acto suicida como lo es la poca tolerancia a la frustración, actitudes hiperperfeccionistas, son críticos, rígidos intelectualmente, que no toleran

el más mínimo fracaso, y a veces están convencidos de su propia maldad y no se sienten queridos. Las dificultades escolares son predictores de ideaciones y conductas suicidas en esta etapa de vida. Son muchas las razones por tanto hay que tomar medidas urgentes de apoyo emocional y trabajo con las familias dentro de un plan de estrategias de control de esta problemática.

En la Tabla 04. La depresión leve predomina en el 36,86% de adolescentes encuestados, con un nivel de riesgo alto 50% en depresión leve. En la depresión moderada destaca que existe un nivel de riesgo de suicidio alto con 33,33%. ($p < 0,05$). En este trabajo de investigación el 36,86% de adolescente encuestados muestra tener depresión leve con un alto riesgo suicida. Las dificultades escolares son predictoras de ideaciones y conductas suicidas en esta etapa de la vida. En otros casos la vulnerabilidad al percibir ciertos eventos de la vida como una amenaza directa a su autoimagen o a su dignidad; la separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias pueden conllevar al adolescente a entrar en depresión y aumentar el riesgo suicida.

Estos resultados concuerdan con el estudio de Pérez C. (11), quien en su estudio refiere que los factores asociados a la conducta suicida fueron: poca confianza en la comunicación hacia los padres ($RM=1,30$,

RM=1,54); abuso sexual (RM=1,92, RM=1,57), sintomatología depresiva (RM=5,36, RM=1.51), consumo de tabaco (RM=1,30, RM=2,57), alcohol (RM=1,60, RM=1.31).

De igual modo concuerdan con el estudio de García H. (13), en su estudio con escolares de 10-13 años en México, encontraron mayores estados depresivos (68%) en aquellos niños/as que presentaban ideación suicida en comparación al grupo sin ideación. De éstos, un 27,3% presentaba depresión severa.

De otro lado los resultados difieren con el estudio de Gonzales T. (8), quien describe que existe una relación entre factores de riesgo psicológico y familiar que influyen en el intento de suicidio en adolescentes, tales como disfunción familiar, negligencia, problemas con la autoridad, además de fluctuaciones y conflictos emocionales propios de la edad, factores externos asociados al grupo de pares, crecer en un entorno hostil, consumo de sustancias y eventos estresores.

Canon C. (24), Considera que más del 50% de los adolescentes que se suicidan, sufren depresión mayor, de estos, un 25% hace un intento de suicidio en algún momento de su vida y 15% finalmente se suicida. Estudio realizado con estudiantes de bachillerato en la Universidad de Guanajuato

en el 2003, demostró que la mitad de encuestados (51%) reportaron haberse sentido deprimidos al menos una vez en la semana anterior y 40% dijo haberse sentido solo.

El presente trabajo de investigación coincide con Canon C. (24), ya que destaca a la depresión como un factor de riesgo significativo asociado a la conducta suicida en niños/as y adolescentes. Según la autora, “La depresión conlleva a tener una visión distorsionada del mundo, pensamientos negativos sobre sí mismo, sobre-generalización, excesiva autocrítica, baja tolerancia a la frustración, situaciones que hacen que los jóvenes sean más vulnerables para generar pensamientos y conductas suicidas.

En síntesis, se concluye que la depresión y los intentos de suicidio se asocian significativamente ($p < 0,001$). En consecuencia, la presencia de manifestaciones clínicas de depresión incrementa en muchas veces más veces el riesgo de intento de suicidio.

Concluimos que tanto la ansiedad como la depresión son consideradas como trastornos afectivos de mayor frecuencia en el ámbito psicológico y psiquiátrico. La ansiedad está relacionada con sensaciones angustiosas y la depresión con sentimientos de tristeza.

En la Tabla 05. La autoestima baja se encuentra en el 44,29% de los adolescentes con un nivel de riesgo de suicidio alto ($p < 0,05$). Se entiende que el comportamiento suicida es un fenómeno multifactorial en el que interaccionan factores psicológicos, socioeconómicos y culturales, muchos de los cuales no han sido considerados en el presente estudio (pero no menos importantes). Ante la imposibilidad de pretender abarcarlos en su integridad, se decidió enfocar solo las variables seleccionadas. De lo que concluye que, entre el número de factores de riesgo y los intentos de suicidio existe una correlación positiva considerable, es decir a medida que incrementa la exposición a un mayor número de factores de riesgo incrementa la propensión a la tentativa suicida.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por Miranda T. (51). En la investigación con escolares de 10 a 13 años, encontraron que el grupo con ideación suicida presenta una autoestima más baja en comparación con el grupo sin ideación. Al respecto, la autoestima se correlaciona más alto que la ansiedad con la ideación suicida preadolescente. Ambos sexos con ideación suicida se ubican en niveles bajos y medios de autoestima, mientras que los que no tienen ideación se ubican en autoestima alta. Los escolares en este estudio que presentan nivel bajo de autoestima tiene un riesgo 3.7 veces mayor, de presentar ideación suicida.

Del mismo modo los resultados coinciden con Sánchez D. (12), quien en su estudio refiere que entre los factores de riesgo psicológicos, la autoestima es una variable particularmente importante para explicar la ideación suicida.

Finalmente podríamos concluir que se comprueba la hipótesis planteada en el presente trabajo que la depresión y la baja autoestima están relacionadas estadísticamente al intento de suicidio, los hallazgos de esta investigación confirman la relevancia de la autoestima para la experiencia escolar.

En la tabla N° 06, nos permite contrastar el tercer objetivo específico, consiguiendo precisar si los factores sociales: historia de trastorno psicológico familiar, influencia negativa de amistades, disfunción familiar, alcoholismo, enfermedad física y problemas de pareja están relacionados al intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Don José de San Martín Tacna -2018. Con esta premisa observamos:

En primer lugar, encontramos al factor social disfunción familiar en donde más de la mitad (52,29%) de los adolescentes, en los cuales el mayor porcentaje (42,57%) presenta ausencia del riesgo de suicidio, en

menor porcentaje (8,86%) un moderado nivel de riesgo de suicidio y en un porcentaje aún más minúsculo (0,86) un alto nivel de riesgo de suicidio.

El factor social: influencia negativa de amistades el cual es apreciado en un porcentaje significativo (21,43%), adolescentes que a su vez presentan en mayor proporción (14,57%) una ausencia del nivel de riesgo suicida, en menor proporción aún (6,57%) un moderado nivel de riesgo y solamente un mínimo porcentaje (0,29%) presenta un alto nivel de riesgo de suicidio.

El factor social: historia de trastorno psicológico familiar con un porcentaje considerable (14,86%) que también representa un porcentaje considerable (12,86%) con ausencia de nivel de riesgo suicida, un porcentaje considerablemente disminuido (1,71%) presenta un moderado nivel de riesgo y un mínimo porcentaje (0,29%) un alto nivel de riesgo de suicidio.

Disminuido notablemente el porcentaje (8,86%) se encuentra el factor social: problemas de pareja, en el cual apreciamos que la mayor inclinación porcentual (8,00%) se encuentra en la ausencia del riesgo suicida, en un porcentaje más disminuido (0,86%) encontramos adolescente con moderado nivel de riesgo de suicidio.

En mínimos porcentaje encontramos a los factores sociales: enfermedades físicas (1,43%) y finalmente al alcoholismo (1,14%), en ambos resultados la predominancia es en la ausencia de riesgo suicida.

Estos resultados difieren con el estudio de Gutiérrez (18), quien refiere que “Entre los factores sociales más relevantes asociados a la ideación suicida en la totalidad de los estudiantes de 1 año están presentes los factores Influencia negativa de amistades y Problemas en relación de parejas con 24% ocupando el primer lugar de relevancia, y el factor Historia de trastorno psicológico familiar con 22%, el segundo lugar.”

Pero concuerdan con los estudios de López C. Rodríguez J. quienes refieren que “se encontró significancia estadística entre el riesgo de presentar algún intento suicida y el grado de severidad del intento suicida en las diferentes etapas del desarrollo. Específicamente: en la primera etapa pérdidas como muerte de un miembro de la familia ($p=0,004$), encarcelamiento de algún miembro de la familia ($p= 0,029$) y abuso físico ($p =0,003$), segunda etapa: problemas relacionados con las figuras de autoridad y cambios en la situación de pareja, cambio de escuela o tipo de escuela ($p=0,008$), terminación de una relación ($p=0,019$), separación de los hijos por custodia ($p=0,001$), y en la etapa III toda situación que rompa

con el equilibrio, y/o sensación de no pertenencia: cambio de situación de vida ($p= 0,030$), salud mental de algún miembro de la familia ($p=0,029$), separación de los hijos por pelea de custodia ($p= 0,001$). Cambio de residencia ($p=0,021$).”

Encontramos que finalmente, y debido al carácter trasversal y correlacional del estudio, cabe aclarar que las relaciones expresadas no son de tipo causal, por lo que los resultados obtenidos en este trabajo deben interpretarse con circunspección. Pese a estas limitaciones, creemos que los hallazgos aquí expuestos pueden orientar futuras investigaciones que además de replicar las relaciones aquí analizadas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio de investigación podemos concluir:

Del total de alumnos encuestados la frecuencia según edad (55,71%) se ubica los adolescentes medios y en segundo lugar se ubican los adolescentes tempranos. Y Según género predomina el género masculino (55,1%). En la frecuencia de ideación suicida (29,14%) de los adolescentes pensaron en suicidarse, según género predomina con (60,78%) el género masculino. La idea suicida y edad del adolescente tienen elevada predominancia en el grupo de adolescencia media (67,65 %) seguida de (30,39%) adolescencia temprana ($p < 0,05$).

En relación al intento suicida (18,85%) tienen riesgo suicida moderado y (1,71%) adolescentes presentan riesgo alto de suicidio, respectivamente predomina en el grupo de adolescencia media ($p < 0,05$).

La depresión leve predomina en (36,86%) adolescentes encuestados, con un nivel de riesgo alto. En la depresión moderada destaca que existe un nivel de riesgo de suicidio alto con (33,33%). ($p < 0,05$)

La autoestima baja se encuentra en (44,29%) los adolescentes con un alto nivel de riesgo de suicidio ($p < 0,05$).

Estadísticamente existe relación significativa entre los factores sociales: disfunción familiar (52,29%), influencia negativa de amistades (21,43%), historia de trastorno psicológico familiar (14,86%), problemas de pareja (8,86%), enfermedades físicas (1,43%) y alcoholismo (1,14%) y la ausencia (79,43%), el moderado (18,86%) y el alto (1,71%) nivel de riesgo de suicidio ($p < 0,05$).

5.2 RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados del trabajo podemos recomendar;

A las autoridades locales como representantes de la Municipalidad y Gobierno Regional, la conducta suicida en adolescentes es de origen multifactorial por lo que requiere ser abordado por todos en especial los sectores de salud y educación, dar a conocer los resultados a los niveles respectivos para su involucramiento y convocar acciones de identificación precoz de la idea suicida en los adolescentes de 12 a 18 años de edad, garantizando un tratamiento y rehabilitación de los casos de riesgo de centros educativos.

Al ministerio de salud y educación urge un trabajo multisectorial para plantear estrategias de impacto en la problemática ya identificada como Escuela de padres por familia o la identificación temprana de factores de riesgo de baja autoestima y depresión, implementar como norma e indicador de cobertura la aplicación de tamizajes sobre depresión, autoestima e intento de suicidio dirigidos a los adolescente del nivel secundario con el objetivo de lograr la identificación precoz de factores de riesgo y realizar intervenciones oportunas de seguimiento, monitoreo de los casos de riesgo.

A las autoridades del colegio Don José de San Martín, Implementar un consultorio de Enfermería, orientado a la atención integral y sobre todo a la detección de factores sociales del entorno y de salud mental con aplicación de instrumentos de tamizaje para su detección y derivación a especialistas según necesidad, fomentando la promoción de la no violencia ni vulnerabilidad de los derechos de cada adolescente mujeres y varones suscitando el uso de habilidades sociales que permitan un mejor desarrollo del adolescente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Informe. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud; 2000.
- 2) Alcántara M. Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología División de estudios profesionales.; 2002.
- 3) Delgado H, Noguchi H. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana. Ed. Especial de Anales de Salud Mental. Lima;; 2002.
- 4) DGE Tacna- DIRESA Tacna. Análisis de la situación de Salud. ASIS 2016. Tacna: DGE Tacna- DIRESA Tacna; 2016.

- 5) Baader T, Urra E, Millán R, Yáñez L. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. Rev. Med. Clin. Condes. 2011; 22: p. 303-309.
- 6) Jiménez B, Báez C. Factores y Riesgos Psicosociales, formas, consecuencias. Informe. INSHT; s.f.
- 7) Yabur O. Descripción de conducta e ideación suicida en jóvenes del departamento de santander 2015. Tesis. Bucamaranga: Universidad Cooperativa de Colombia; 2016.
- 8) González T. Factores de riesgo psicológicos y familiares que influyen en el intento de suicidio en adolescentes; 2015.
- 9) Pérez M. Factores de riesgo psicosociales en la conducta suicida de los adolescentes. en Maturín. Estado Monagas; 2010.
- 10) Muñoz M. Factores de riesgo familiares y personales que pueden generar depresión en los adolescentes chilenos. Chile; 2015.
- 11) Pérez B. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. Rev. Salud Pública Méx. 2010;(52).

- 12) Sánchez D. Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2014; 14.
- 13) García H. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Rev. Salud pública*. 2010; 12.
- 14) Prado F. Ideación suicida y clima social familiar en estudiantes de una institución educativa estatal de Chiclayo en el 2011. Chiclayo; 2011.
- 15) Palomino M. Factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales asociados a los intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho. Tesis. Ayacucho; 2013.
- 16) Muñoz L. Relación entre autoestima y variables personales vinculadas a la escuela en estudiantes de nivel socio-económico bajo. Tesis de Maestría; 2011.
- 17) Alférez M. Desintegración familiar y su influencia en el desarrollo de la autoestima escolar de los niños del CEI Corazón de Jesús N°228

de la ciudad de Tacna. Tesis. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.

- 18) Gutiérrez, R. Factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida en estudiantes de primer año de la Escuela Profesional de Enfermería UNMSM 2016, [tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
- 19) Phillips, K. (2007). Sor Callista Roy: Modelo de adaptación. En Marriner, A y Raile, M., Modelos y teorías en enfermería. [base de datos de internet], desarrollo enfermería; 2013 [citado el 14 nov. 2018], disponible en: <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.com/2013/06/modelo-de-adpatacion.html>.
- 20) Naranjo Y, Hernández JN, González L. Análisis de algunas teorías de Enfermería y su vigencia de aplicación en Cuba. AMC. 2018 Abril; 22(2).
- 21) Organización Mundial de la Salud. Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio. Informe. Organización Mundial de la Salud.; 2014.

- 22) Bourdet-Loubère S, Raynaud J. Suicidal Ideation and Attempts during Middle Childhood. Associations with Subjective Quality of Life and Depression. *Journal of Medical Psychology*. 2013.
- 23) Viñas F, BM&DE. Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años. *Psicothema*. 2000; 12.
- 24) Canon C. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*. Colombia: Universidad de Manizales ; 2011.
- 25) Vianchá M, BM&AL. Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Revista Tesis Psicológica*. 2013; 8.
- 26) Villardón L. El pensamiento de suicidio en la adolescencia. Universidad de Deusto; 1993.
- 27) Schaffer D, Pfeffer C. Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con comportamiento suicida. *Revista de psiquiatría del Uruguay*. 2001; 65.
- 28) J..S, Villareal M, Musitu G, Martínez B. Ideación suicida en adolescentes: Un análisis psicosocial. *Intervención psicosocial*. 2010; 19.

- 29) Cortés A, Aguilar J, Suárez R, Rodríguez E, Durán J. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de medicina Integral*. 2011; 27.
- 30) Villalobos-Galvis, F. (2007). Aplicación del modelo procesual de estrés a la conducta suicida. *Universidad y Salud*, 8, 126-141.
- 31) Organización Mundial de la Salud; Resporte de suicidios en el mundo [base de datos de internet], Ginebra [citado el 24 agos. 2018] disponible en:
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ (salud mental)
- 32) Villalobos-Galvis, F. (2009). Ideación suicida en jóvenes: Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de secundaria y superior. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Granada, España.
- 33) Riesgo de suicidio asociado con enfermedades físicas, [base de datos de internet] publicado: 13 Mayo 2015. [citado el 24 agos. 2018] disponible en: <http://www.eutox.com/index.php/noticias/>-

- 34) Factores asociados a la violencia en el noviazgo entre adolescentes: una revisión crítica. Anuario de Psicología Jurídica, Volume 25, Issue 1, Pag. 47- 56 Fernando Rubio-Garay, Miguel Ángel Carrasco, Pedro Javier Amor, María Ángeles López-González.
- 35) Martínez H. Evaluación del Riesgo de Suicidio. Informe. PSI; 2016.
- 36) Nizama M. Suicidio. Revista Peruana de Epidemiología. 2011.
- 37) Martínez H. Evaluación del Riesgo de Suicidio. Informe. PSI; 2016.
- 38) Diekstra R. The epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr Scand; 1993.
- 39) O'Carroll P, Berman A, Maris R, Moscicki E, Tanney B, Silverman M. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. Suicide Life Threat Behav. Informe; 1996.
- 40) Silverman M, Berman A, Sanddal M, O'Carroll P, Joiner T. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. Suicide Life Threat Behav. Informe; 2007.

- 41) De Leo D, Bertolote J, Lester D. Self-directed violence. World Report on violence and health. Geneva. World Health Organization; 2002.
- 42) Bouchard G. Le Suicide a l'adolescence..
- 43) Larraguibel Q, Gonzales M, Cols P. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev. Chilena de pediatria. 2000 Mayo;(71).
- 44) American Psychiatric Association. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors: American Psychiatric Association. Informe. American Psychiatric Association; 2003.
- 45) Organización Mundial de Salud. World report on violence and health. Ginebra: Organización Mundial de Salud; 2018.
- 46) Pérez S, Mosquera D. El suicidio: prevención y manejo. Memorias de un curso necesario. Madrid: Pléyades; 2006.
- 47) Orillo A. Psicología del desarrollo. Informe. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2008.
- 48) Campos M. Prevención del suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes en adolescentes. Costa Rica; 2004.

- 49)Pérez A. Glosario de Términos Suicidológicos. [Online].; 2018 [cited 2018 Marzo 21. Available from: <https://www.psicologia-online.com/glosario-de-terminos-suicidologicos-704.html>.
- 50)Supo, J. Seminarios de Investigación Científica: Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. ISBN, Arequipa:2012.
- 51)Miranda T. Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. Rev. Salud Ment vol.32 no.6 México nov./dic. 2009.

ANEXOS

ANEXO N°01
DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

FORMULA FINITA PARA HALLAR MUESTRA	MUESTRA
$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2(N-1) + Z^2 pq}$	350,2=350

(Según Murray y Larry 2005)

Donde:

n	Tamaño de la muestra	
e	Margen de error	0,075
p	Proporción de casos de la población que tienen las características que se desea estudiar:	50%=0,5
q = 1-p	Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés:	50%=0,5
N	Tamaño de la población	824
Z	Si la seguridad es del 95%	1,96

ANEXO N°02

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO DON JOSE DE SAN MARTIN TACNA 2018

Descripción: el presente instrumento fue elaborado con la finalidad de obtener información para determinar los factores psicosociales relacionados al intento de suicidio.

INSTRUMENTO N°1

TEST SEGÚN ZUNG-CONDE

NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA: "Don José De San Martín"

AÑO: _____ SECCIÓN: _____ EDAD: _____

FECHA: _____ / _____ / _____

SEXO: masculino femenino

INSTRUCCIONES:

- La encuesta es totalmente **ANÓNIMA**, lee detenidamente y responde con sinceridad.
- Marca con una "x", en solo una de las cuatro alternativas

Siempre (4) Casi siempre (3) A veces (2) Nunca (1)

	4	3	2	1
1. Me siento abatido y melancólico.				
2. Por las tardes es cuando me siento mejor.				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormir en la noche.				
5. Consumo mis alimentos con normalidad				
6. Siento que he iniciado y/o mantengo mi deseo e interés sexual				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de estreñimiento.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso, aunque no haga nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				

12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.				

ANEXO N°03

INSTRUMENTO N° 2

ESCALA DE MEDICIÓN (SEGÚN COOPERSMITH)

INSTRUCCIONES

- La encuesta es totalmente **ANÓNIMA**, lee detenidamente y responde con sinceridad.
- Indica tu opinión personal marcando con una “**X**” en solo una de las cuatro alternativas de la derecha.
- Estas alternativas significan lo siguiente:
-

MA :	MUY DE ACUERDO
AA :	ALGO DE ACUERDO
AD :	ALGO EN DESACUERDO
MD :	MUY EN DESACUERDO

		MA	AA	AD	MD
1	En la mayoría de veces pienso que todo lo que hago está mal.				
2	Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo.				
3	Siento que no soy popular entre mis compañeros de clase.				
4	Pienso que soy un(a) chico(a) listo(a).				
5	Opino que soy importante para mis padres.				
6	Estoy seguro(a) que tengo buenas cualidades.				
7	Me inclino a pensar que soy un fracasado(a)				
8	A veces creo que no soy buena persona				
9	Por lo general hago muchas cosas mal.				
10	Generalmente los problemas me afectan muy poco.				
11	Estoy convencido(a) de que tengo buenas cualidades.				
12	Por lo general estoy satisfecho de mi mismo(a).				
13	En mi casa me enoja fácilmente.				
14	Con frecuencia me desanimo en lo que hago				
15	Me pongo nervioso(a) cuando tengo que resolver pruebas escritas.				
16	Se me hace difícil tener amigos.				
17	Siento que los demás no me respetan.				

ANEXO N°04

INSTRUMENTO N° 3

ESCALA LIKERT DE GUTIÉRREZ

INSTRUCCIONES:

A continuación, se les presentará una serie de afirmaciones, que se relacionan con lo que a veces se piensa. Cuando contesten traten de hacerlo con mucha sinceridad y respondan todas las preguntas, los datos son muy confidenciales.

Siempre (4) Casi siempre (3) A veces (2) Nunca (1)

	4	3	2	1
En alguna ocasión habido episodios de suicidio dentro de la familia.				
Mi Madre sufre de algún trastorno en el estado de ánimo (depresión, bipolaridad, entre otros).				
Mi Padre sufre de algún trastorno en el estado de ánimo (depresión, bipolaridad, entre otros).				
Hay miembros de mi familia que toman medicamentos para estar bien es sus estados de ánimo.				
Lo más importante en mi vida son mis amigos.				
Siento que sin mis amigos no valgo nada.				
Cuando tengo problemas no acudo a mi familia, solo a mis mejores amigos.				
Me siento sola(o) y desprotegida(o) cuando no veo, ni converso con mis amigos.				
Cuando tengo problemas acudo a mi familia.				
Cuando llego a mi casa están mis padres.				
Siento que mis padres no me demuestran cariño.				
Siento que cada vez que tengo problemas, mis padres me ignoran y nunca están para mí.				
Creo que la mejor manera de enfrentar los problemas es bebiendo.				
Estoy convencida(o) de que resisto bebiendo licor más que la mayoría de las personas.				
Bebiendo licor podemos expresar mejor lo que pensamos y sentimos.				
Bebo licor todas las semanas.				
Siento que a veces prefiero morir antes de seguir con la enfermedad que llevo de años, me limita en varias cosas.				
Mi enfermedad me hace sentir inseguro(a) quisiera que este sufrimiento se acabara.				
Estoy cansada(o) de ocultar mi enfermedad que padezco de años.				
Mi enfermedad crónica influye en mis estudios.				
Mi pareja es todo, sin el (ella) no existo.				
Si mi pareja me maltratara, lo(a) perdonaría, porque lo(a) amo.				
Soy dependiente emocional.				
Si mi pareja me dejara, sentiría que nada tiene sentido.				

ANEXO N°05

INSTRUMENTO N°4

ESCALA DE PLUTCHICK

INSTRUCCIONES:

- La encuesta es totalmente **ANÓNIMA**, lee detenidamente y responde con sinceridad.
- Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Usted ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un “**SI**” o “**NO**”.

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿ Siento decepción de mi futuro?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿ Siento que no tengo futuro?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido(a) ahora?		
10. ¿Tiene usted enamorada (o)?		
11. ¿ Algún integrante de mi familia intento suicidarse?		
12. ¿Alguna vez me he sentido tan enfadado(a) que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿He pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le he comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿He intentado alguna vez quitarme la vida?		

ANEXO N°05-1

CRONOGRAMA DE TRABAJO – ENCUESTA DE ESTUDIANTES

NIVEL SECUNDARIO - AÑO	SECCI ON	JULIO 2018				
		20	23	24	25	26
1	A	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
	B	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
	C	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
	D	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
2	A	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
	B	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
	C	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
	D	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
3	A	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
	B	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
	C	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
	D	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
4	A	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
	B	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
	C	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
	D	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
5	A	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
	B	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
	C	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00
	D	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00	13:00-18:00

ANEXO N°06

VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

INSTRUMENTO N° 1

FACTORES PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO DON JOSE DE SAN MARTIN TACNA 2018

VALIDACION EXTERNA JUICIO DE EXPERTO DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO TEST DE DEPRESIÓN SEGÚN ZUNG CONDE

Modelo de Lawshe para la verificación cuantitativa de validez de contenido.

La validez externa: Al validar el cuestionario se calcula la razón de validez de contenido para cada reactivo, el valor mínimo de CVR para un número de 8 expertos es 0.75 y según la tabla de Lawshe para 5 expertos tiene un valor de 0.99.

De acuerdo a dicho autor, si más de la mitad de los expertos indica que una pregunta es esencial, esa pregunta tiene al menos una validez de contenido.

Formula:
$$CVR = \frac{n - N / 2}{N / 2}$$

n= número de expertos que indican “esencial”

N= Número total de expertos

Al validar el cuestionario se calcula la razón de validez de contenido para cada reactivo.

Calculando CVR:
$$5 - \frac{5}{2} \quad CVR = 1$$
$$\frac{5}{2}$$

Calculo del coeficiente de validez total

Coeficiente de validez total: $\frac{\sum CVR_t}{\text{Total de reactivos}}$

Total de reactivos

Coeficiente de validez total= $17/20 = 0,85$

Todos los jueces indicaron que el ítem es PERTINENTE, como se observa en el cuadro siguiente.

VALIDACIÓN POR CONTENIDO

	EXPERTO 1	EXPERTO 2	EXPERTO 3	EXPERTO 4	EXPERTO 5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	5
2	1	0	1	1	1	4
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	0	1	1	1	1	4
6	1	1	1	1	1	5
7	1	1	1	1	1	5
8	1	1	1	1	1	5
9	1	1	1	1	1	5
10	1	0	1	1	1	4
11	1	1	1	1	1	5
12	1	1	1	1	1	5
13	1	1	1	1	1	5
14	1	1	1	1	1	5
15	1	1	1	1	1	5
16	1	1	1	1	1	5
17	1	1	1	1	1	5
18	1	1	1	1	1	5
19	1	1	1	1	1	5
20	1	1	1	1	1	5
						0,85

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Siendo el resultado cercano a 1, (0,85) es que se considera el instrumento válido para su aplicación.

VALIDEZ INTERNA

FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO DON JOSE DE SAN MARTIN TACNA 2018

VALIDES POR CRITERIO

VALIDEZ INTERNA DE CRITERIO DEL INSTRUMENTO

TEST DE DEPRESIÓN SEGÚN ZUNG CONDE

CRITERIOS	Nº DE JUECES	ACUERDOS	V. DE AIKEN	DESCRIPTIVO
CLARIDAD	5	5	1.00	APLICABLE
OBJETIVIDAD	5	5	1.00	APLICABLE
PERTINENCIA	5	4	0,80	APLICABLE
ORGANIZACIÓN	5	5	1.00	APLICABLE
SUFICIENCIA	5	4	0,80	APLICABLE
INTENCIONALIDAD	5	5	1,00	APLICABLE
CONSISTENCIA	5	5	1,00	APLICABLE
COHERENCIA EXTERNA	5	4	0,80	APLICABLE
METODOLOGIA	5	5	1,00	APLICABLE
INDUCCION A LA RESPUESTA	5	5	1,00	APLICABLE
LENGUAJE	5	5	1,00	APLICABLE

VALIDACION DE CONSTRUCTO DEL INSTRUMENTO

Matriz de correlaciones inter-elementos

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p3	p3
p2	1,000	0,577	0,522	0,816	0,816	0,522	0,522	0,577	0,577	0,522	0,522
p3	0,577	1,000	0,905	0,707	0,707	0,905	0,905	1,000	1,000	0,905	0,905
p4	0,522	0,905	1,000	0,853	0,853	1,000	0,636	0,905	0,905	1,000	1,000
p5	0,816	0,707	0,853	1,000	1,000	0,853	0,426	0,707	0,707	0,853	0,853
p6	0,816	0,707	0,853	1,000	1,000	0,853	0,426	0,707	0,707	0,853	0,853
p7	0,522	0,905	1,000	0,853	0,853	1,000	0,636	0,905	0,905	1,000	1,000
p8	0,522	0,905	0,636	0,426	0,426	0,636	1,000	0,905	0,905	0,636	0,636
p9	0,577	1,000	0,905	0,707	0,707	0,905	0,905	1,000	1,000	0,905	0,905
p9	0,577	1,000	0,905	0,707	0,707	0,905	0,905	1,000	1,000	0,905	0,905

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Crombach si se elimina el elemento
DEPRESION	82,20	85,51	-,454	0,064	.(a)
	127,60	52,734	-,324	0,086	.(a)

Siendo el valor de la correlación mayor de 0,20 las preguntas son VALIDAS..

CONSTRUCTO:

- | | |
|-------------------|-----------------------------------|
| 0,9 <= KMO <= 1,0 | = Excelente adecuación muestral |
| 0,8 <= KMO <= 0,9 | = Buena adecuación muestral |
| 0,7 <= KMO <= 0,8 | = Aceptable adecuación muestral |
| 0,6 <= KMO <= 0,7 | = Regular adecuación muestral |
| 0,5 <= KMO <= 0,6 | = Mala adecuación muestral |
| 0,0 <= KMO <= 0,5 | = Inaceptable adecuación muestral |

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y PORCENTUAL DE SINTOMAS
DEPRESIVOS TEST DE ZUNG CONDE EN ADOLESCENTES
DE 12 A 18 AÑOS DE LA I.E. DON JOSÉ DE SAN
MARTIN DEL DISTRITO ALTO
DE ALIANZA TACNA 2018.**

TEST DE ZUNG	NUNCA		ALGUNAS VECES		FRECUENTE MENTE		SIEMPRE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
D1	56	16,00	188	53,71	60	17,14	46	13,14	350	100
D2	88	25,14	175	50,00	55	15,71	32	9,14	350	100
D3	113	32,29	134	38,29	58	16,57	45	12,86	350	100
D4	34	13,60	195	78,00	11	4,40	10	4,00	250	100
D5	34	9,71	33	9,43	89	25,43	194	55,43	350	100
D6	289	82,57	49	14,00	10	2,86	2	0,57	350	100
D7	266	76,00	16	4,57	40	11,43	28	8,00	350	100
D8	274	78,29	21	6,00	32	9,14	23	6,57	350	100
D9	341	97,43	2	0,57	3	0,86	4	1,14	350	100
D10	310	88,57	23	6,57	11	3,14	6	1,71	350	100
D11	12	3,43	25	7,14	189	54,00	124	35,43	350	100
D12	34	9,71	67	19,14	48	13,71	201	57,43	350	100
D13	14	4,00	78	22,29	189	54,00	69	19,71	350	100
D14	11	3,14	32	9,14	86	24,57	221	63,14	350	100
D15	295	84,29	13	3,71	20	5,71	22	6,29	350	100
D16	12	3,43	48	13,71	89	25,43	201	57,43	350	100
D17	16	4,57	25	7,14	70	20,00	239	68,29	350	100
D18	18	5,14	26	7,43	63	18,00	243	69,43	350	100
D19	199	56,86	45	12,86	94	26,86	12	3,43	350	100
D20	9	2,57	12	3,43	263	75,14	66	18,86	350	100

**VALIDACION POR CONSTRUCTO; ESCALA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS DE ZUNG, TEST DE ZUNG-
CONDE (ESD-Z)**

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,851
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	82,823
	gl	10
	Sig.	0,005

INSTRUMENTO N° 2

VALIDACION EXTERNA JUICIO DE EXPERTO DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO ESCALA DE MEDICION DE AUTOESTIMA PARA ESTUDIANTES SEGÚN COOPERSMITH

Modelo de Lawshe para la verificación cuantitativa de validez de contenido.

La validez externa: Al validar el cuestionario se calcula la razón de validez de contenido para cada reactivo, el valor mínimo de CVR para un número de 8 expertos es 0.75 y según la tabla de Lawshe para 5 expertos tiene un valor de 0.99.

De acuerdo a dicho autor, si más de la mitad de los expertos indica que una pregunta es esencial, esa pregunta tiene al menos una validez de contenido.

Formula:
$$CVR = \frac{n - N / 2}{N / 2}$$

n= número de expertos que indican “esencial”

N= Número total de expertos

Al validar el cuestionario se calcula la razón de validez de contenido para cada reactivo.

Calculando CVR:
$$\frac{5 - 5 / 2}{5 / 2} \quad CVR = 1$$

Calculo del coeficiente de validez total

Coeficiente de validez total: $\frac{\sum CVR_t}{\text{Total de reactivos}}$

Total de reactivos

Coeficiente de validez total= $22/23 = 0,95$

Todos los jueces indicaron que el ítem es PERTINENTE, como se observa en el cuadro siguiente.

VALIDEZ POR CONTENIDO

	EXPERTO1	EXPERTO2	EXPERTO 3	EXPERTO 4	EXPERTO 5	
1	1	1	1	1	1	5
2	1	1	1	1	1	5
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	1	1	1	1	1	5
6	1	0	1	1	1	4
7	1	1	1	1	1	5
8	1	1	1	1	1	5
9	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5
11	1	1	1	1	1	5
12	1	1	1	1	1	5
13	1	1	1	1	1	5
14	1	1	1	1	1	5
15	1	1	1	1	1	5
16	1	1	1	1	1	5
17	1	1	1	1	1	5
18	1	1	1	1	1	5
19	1	1	1	1	1	5
20	1	1	1	1	1	5
21	1	1	1	1	1	5
22	1	1	1	1	1	5
23	1	1	1	1	1	5
						095

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Siendo el resultado cercano a 1, (0,95) es que se considera el instrumento válido para su aplicación.

VALIDEZ INTERNA DE CRITERIO DEL INSTRUMENTO
ESCALA DE MEDICION DE AUTOESTIMA PARA
ESTUDIANTES SEGÚN COOPERSMITH

CRITERIOS	Nº DE JUECES	ACUERDOS	V. DE AIKEN	DESCRIPTIVO
CLARIDAD	5	5	1,00	APLICABLE
OBJETIVIDAD	5	5	1,00	APLICABLE
PERTINENCIA	5	5	1,00	APLICABLE
ORGANIZACIÓN	5	5	1.00	APLICABLE
SUFICIENCIA	5	5	1,00	APLICABLE
INTENCIONALIDAD	5	5	1,00	APLICABLE
CONSISTENCIA	5	5	1,00	APLICABLE
COHERENCIA EXTERNA	5	4	1,00	APLICABLE
METODOLOGIA	5	5	1,00	APLICABLE
INDUCCION A LA RESPUESTA	5	4	0,80	APLICABLE
LENGUAJE	5	5	1,00	APLICABLE

VALIDACION DE CONSTRUCTO DEL INSTRUMENTO
ESCALA DE MEDICION DE AUTOESTIMA PARA
ESTUDIANTES SEGÚN COOPERSMITH

Matriz de correlaciones inter-elementos

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9
p1	1,000	0,577	0,522	0,816	,816	0,522	0,522	0,577	0,577
p2	0,577	1,000	0,905	0,707	0,707	0,905	0,905	1,000	1,000
p3	0,522	0,905	1,000	0,853	0,853	1,000	0,636	0,905	0,905
p4	0,816	0,707	0,853	1,000	1,000	0,853	0,426	0,707	0,707
p5	0,816	0,707	0,853	1,000	1,000	0,853	0,426	0,707	0,707
p6	0,522	0,905	1,000	0,853	0,853	1,000	0,636	0,905	0,905
p7	0,522	0,905	0,636	0,426	0,426	0,636	1,000	0,905	0,905
p8	0,577	1,000	0,905	0,707	0,707	0,905	0,905	1,000	1,000
p9	0,678	1,000	0,905	0,707	0,707	0,905	0,905	1,000	1,000
P10	0,656	1,000	0,905	0,707	0,707	0,905	0,905	1,000	1,000
P11	0,632	0,905	1,000	0,853	0,853	1,000	0,636	0,905	0,905
P12	0,717	0,707	0,853	1,000	1,000	0,853	0,426	0,707	0,707
P13	0,916	0,707	0,853	1,000	1,000	0,853	0,426	0,808	0,808
P14	0,646	0,905	1,000	0,853	0,853	1,000	0,636	0,805	0,805
P15	0,489	0,905	0,636	0,426	0,426	0,636	1,000	0,805	0,805

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

INSTRUMENTO N° 3
ESCALA LIKERT DE GUTIERREZ

**VALIDACION EXTERNA JUICIO DE EXPERTO DE CONTENIDO DEL
INSTRUMENTO ESCALA LIKERT SOBRE FACTORES
SOCIALES DE GUTIERREZ**

**Modelo de Lawshe para la verificación cuantitativa
de validez de contenido.**

La validez externa: Al validar el cuestionario se calcula la razón de validez de contenido para cada reactivo, el valor mínimo de CVR para un número de 8 expertos es 0.75 y según la tabla de Lawshe para 5 expertos tiene un valor de 0.99.

De acuerdo a dicho autor, si más de la mitad de los expertos indica que una pregunta es esencial, esa pregunta tiene al menos una validez de contenido.

Formula:
$$CVR = \frac{n - N / 2}{N / 2}$$

n = número de expertos que indican "esencial"

N = Número total de expertos

Al validar el cuestionario se calcula la razón de validez de contenido para cada reactivo.

Calculando CVR:
$$CVR = \frac{5 - 5 / 2}{5 / 2} = 1$$

Calculo del coeficiente de validez total

Coeficiente de validez total: $\frac{\sum CVR_t}{\text{Total de reactivos}}$

Total de reactivos

Coeficiente de validez total = $22/24 = 0,92$

Todos los jueces indicaron que el ítem es PERTINENTE, como se observa en el cuadro siguiente.

VALIDACIÓN POR CONTENIDO

	EXPERTO 1	EXPERTO 2	EXPERTO 3	EXPERTO 4	EXPERTO 5	
1	1	1	1	1	1	5
2	1	1	1	1	1	5
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	1	1	1	1	1	5
6	1	0	1	1	1	4
7	1	1	0	0	1	3
8	1	1	1	1	1	5
9	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5
11	1	1	1	1	1	5
12	1	1	1	1	1	5
13	1	1	1	1	1	5
14	1	1	1	1	1	5
15	1	1	1	1	1	5
16	1	1	1	1	1	5
17	1	0	1	1	1	4
18	1	1	1	1	1	5
19	1	1	1	1	1	5
20	1	1	1	1	1	5
21	1	1	1	1	1	5
22	1	1	1	1	1	5
23	1	1	1	1	1	5
24	1	1	1	1	0	4
						0,92

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Siendo el resultado cercano a 1, (0,92) es que se considera el instrumento válido para su aplicación.

VALIDEZ INTERNA DE CRITERIO DEL INSTRUMENTO
ESCALA DE MEDICION DE AUTOESTIMA PARA
ESTUDIANTES SEGÚN COOPERSMITH

CRITERIOS	Nº DE JUECES	ACUERDOS	V. DE AIKEN	DESCRIPTIVO
CLARIDAD	5	5	1,00	APLICABLE
OBJETIVIDAD	5	5	1,00	APLICABLE
PERTINENCIA	5	5	1,00	APLICABLE
ORGANIZACIÓN	5	5	1,00	APLICABLE
SUFICIENCIA	5	5	1,00	APLICABLE
INTENCIONALIDAD	5	5	1,00	APLICABLE
CONSISTENCIA	5	5	1,00	APLICABLE
COHERENCIA EXTERNA	5	4	1,00	APLICABLE
METODOLOGIA	5	5	1,00	APLICABLE
INDUCCION A LA RESPUESTA	5	4	0,80	APLICABLE
LENGUAJE	5	5	1,00	APLICABLE

VALIDACION DE CONSTRUCTO DEL INSTRUMENTO
ESCALA DE MEDICION DE AUTOESTIMA PARA
ESTUDIANTES SEGÚN COOPERSMITH

Matriz de correlaciones inter-elementos

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9
p1	1,000	0,577	0,522	0,816	0,816	0,522	0,522	0,577	0,577
p2	0,577	1,000	0,905	0,707	0,707	0,905	0,905	1,000	1,000
p3	0,522	0,905	1,000	0,853	0,853	1,000	0,636	0,905	0,905
p4	0,816	0,707	0,853	1,000	1,000	0,853	0,426	0,707	0,707
p5	0,816	0,707	0,853	1,000	1,000	0,853	0,426	0,707	0,707
p6	0,522	0,905	1,000	0,853	0,853	1,000	0,636	0,905	0,905
p7	0,522	0,905	0,636	0,426	0,426	0,636	1,000	0,905	0,905
p8	0,577	1,000	0,905	0,707	0,707	0,905	0,905	1,000	1,000
p9	0,678	1,000	0,905	0,707	0,707	0,905	0,905	1,000	1,000
P10	0,656	1,000	0,905	0,707	0,707	,0905	0,905	1,000	1,000
P11	0,632	0,905	1,000	0,853	0,853	1,000	0,636	0,905	0,905
P12	0,717	0,707	0,853	1,000	1,000	0,853	0,426	0,707	0,707
P13	0,916	0,707	0,853	1,000	1,000	0,853	0,426	0,808	0,808
P14	0,646	0,905	1,000	0,853	0,853	1,000	0,636	0,805	0,805
P15	0,489	0,905	0,636	0,426	0,426	0,636	1,000	0,805	0,805
P16	0,636	0,426	0,426	0,522	0,905	1,000	0,853	0,853	1,000
P17	0,905	0,707	0,707	0,816	0,707	0,853	1,000	1,000	0,853
P18	0,816	0,646	0,905	0,816	0,707	0,853	1,000	1,000	0,853
P19	0,816	0,489	0,905	0,522	0,905	1,000	0,853	0,853	1,000
P20	0,522	1,000	0,853	0,522	0,905	0,636	0,426	0,426	0,636
P21	0,522	0,636	0,426	1,000	0,577	0,522	0,816	0,816	0,522
P22	0,577	0,905	0,707	0,577	1,000	0,905	0,707	0,707	0,905
P23	0,905	0,707	0,707	0,905	0,905	1,000	1,000	0,646	0,905
P24	1,000	0,853	0,853	1,000	0,636	,0905	,0905	0,489	0,905

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

INSTRUMENTO N° 4

VALIDACION EXTERNA JUICIO DE EXPERTO DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO RIESGO SUICIDA SEGÚN PLUTCHIK

Modelo de Lawshe para la verificación cuantitativa de validez de contenido.

La validez externa: Al validar el cuestionario se calcula la razón de validez de contenido para cada reactivo, el valor mínimo de CVR para un número de 8 expertos es 0.75 y según la tabla de Lawshe para 5 expertos tiene un valor de 0.99.

De acuerdo a dicho autor, si más de la mitad de los expertos indica que una pregunta es esencial, esa pregunta tiene al menos una validez de contenido.

Formula:
$$CVR = \frac{n - N / 2}{N / 2}$$

n= número de expertos que indican “esencial”

N= Número total de expertos

Al validar el cuestionario se calcula la razón de validez de contenido para cada reactivo.

Calculando CVR:
$$5 - \frac{5}{2} \quad CVR = 1$$
$$\frac{5}{2}$$

Calculo del coeficiente de validez total

Coeficiente de validez total: $\frac{\sum CVR_t}{\text{Total de reactivos}}$

Total de reactivos

Coeficiente de validez total= $13/15 = 0,87$

Todos los jueces indicaron que el ítem es PERTINENTE, como se observa en el cuadro siguiente.

VALIDACIÓN POR CONTENIDO

ITEMS	EXPERT O 1	EXPERT O 2	EXPERT O 3	EXPERT O 4	EXPERT O 5	TOTA L
1	1	1	1	1	1	5
2	1	1	1	1	1	5
3	0	1	1	1	1	4
4	1	1	1	1	1	5
5	0	1	1	1	1	4
6	1	1	1	1	1	5
7	1	1	1	1	1	5
8	1	1	1	1	1	5
9	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5
11	1	1	1	1	1	5
12	1	1	1	1	1	5
13	1	1	1	1	1	5
14	1	1	1	1	1	5
15	1	1	1	1	1	5
						0,87

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Siendo el resultado cercano a 1, (0,87) es que se considera el instrumento válido para su aplicación.

**INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO DON
JOSE DE SAN MARTIN TACNA 2018**

**VALIDEZ INTERNA DE CRITERIO DEL INSTRUMENTO RIESGO
SUICIDA SEGÚN PLUTCHIK**

CRITERIOS	Nº DE JUECES	ACUERDOS	V. DE AIKEN	DESCRIPTIVO
CLARIDAD	5	5	1,00	APLICABLE
OBJETIVIDAD	5	5	1,00	APLICABLE
PERTINENCIA	5	4	0,80	APLICABLE
ORGANIZACIÓN	5	5	1,00	APLICABLE
SUFICIENCIA	5	4	0,80	APLICABLE
INTENCIONALIDAD	5	5	1,00	APLICABLE
CONSISTENCIA	5	5	1,00	APLICABLE
COHERENCIA EXTERNA	5	5	1,00	APLICABLE
METODOLOGIA	5	5	1,00	APLICABLE
INDUCCION A LA RESPUESTA	5	5	1,00	APLICABLE
LENGUAJE	5	5	1,00	APLICABLE

Resumiendo los datos obtenidos en cuanto a la validez de criterio, 10 de los 11 ítems que componen la escala de respuesta, resultan ser aplicables y significativos de acuerdo con el coeficiente V de Aiken calculado para el criterio de jueces.

VALIDACION DE CONSTRUCTO DEL INSTRUMENTO

RIESGO SUICIDA SEGÚN PLUTCHIK

Matriz de correlaciones inter-elementos

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9
p1	1,000	0,577	0,522	0,816	0,816	0,522	0,522	,577	,577
p2	0,577	1,000	0,905	0,707	0,707	0,905	0,905	1,000	1,000
p3	0,522	0,905	1,000	0,853	0,853	1,000	0,636	0,905	0,905
p4	0,816	0,707	0,853	1,000	1,000	0,853	0,426	0,707	0,707
p5	0,816	0,707	0,853	1,000	1,000	0,853	0,426	0,707	0,707
p6	0,522	0,905	1,000	,853	0,853	1,000	0,636	0,905	0,905
p7	0,522	0,905	0,636	0,426	0,426	0,636	1,000	0,905	0,905
p8	0,577	1,000	0,905	0,707	0,707	0,905	0,905	1,000	1,000
p9	0,577	1,000	0,905	0,707	0,707	0,905	0,905	1,000	1,000
P10	0,577	1,000	0,905	0,707	0,707	0,905	0,905	1,000	1,000
P11	0,522	0,905	1,000	0,853	0,853	1,000	0,636	0,905	0,905
P12	0,816	0,707	0,853	1,000	1,000	0,853	0,426	0,707	0,707
P13	0,816	0,707	0,853	1,000	1,000	0,853	0,426	0,707	0,707
P14	0,522	0,905	1,000	0,853	0,853	1,000	0,636	0,905	0,905
P15	0,522	0,905	0,636	0,426	0,426	0,636	1,000	0,905	0,905

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

VALIDACION POR CONSTRUCTO; ESCALA DE RIESGO SUICIDA

PLUTCHIK

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,972
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	101,823
	Gl	15
	Sig.	0,00105

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS

ESCALA DE MEDICIÓN DE AUTOESTIMA PARA ESTUDIANTES (SEGÚN COOPERSMITH)

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

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE:

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
1. En la mayoría de veces pienso que todo lo que hago está mal.	✓			
2. Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo.	✓			
3. Creo que no soy popular entre mis compañeros de clase.	✓	X		Siento....
4. Pienso que soy un(a) chico(a) listo(a).	✓			
5. Opino que soy importante para mis padres.	✓			
6. Estoy convencido(a) que tengo cualidades buenas.	✓			
7. Me inclino a pensar que soy un fracasado(a)	✓			
8. A veces creo que no soy buena persona	✓			
9. Por lo general hago muchas cosas mal.	✓			
10. Generalmente los problemas me afectan muy poco.	✓			
11. Estoy convencido(a) de que tengo buenas cualidades.	✓			
12. Por lo general estoy satisfecho de mi mismo(a).	✓			
13. Con frecuencia me desanimo en lo que hago	✓			
14. Me pongo nervioso(a) cuando tengo que resolver pruebas escritas.	✓			
15. Se me hace difícil tener amigos.	✓			
16. Siento que los demás no me respetan.	✓			
17. A veces tengo ganas de decir lisuras o palabrotas.	✓			
18. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	✓			
19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.	✓			
20. Generalmente hago lo que pienso.	✓			
21. Generalmente estoy muy en desacuerdo con las opiniones de mis compañeros de aula.	✓			
22. Me cuesta tomar una decisión.	✓			
23. Me doy por vencido(a) con facilidad ante los retos o desafíos.	✓			

- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE: *Especialista en Epidemiología*
- DNI: *90436475*
- FECHA: *12-07-18*



 FIRMA DEL EXPERTO

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS

TEST DE DEPRESIÓN: SEGÚN ZUNG-CONDE;

Por favor marque con una (x) o (✓) la opinión 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. Me siento abatido y melancólico.	✓			
2. En la mañana es cuando me siento mejor.	✓			
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	✓			
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	✓			
5. Como igual que antes.	✓			
6. Siento que he iniciado y/o mantengo mi deseo e interés sexual.		✓		Inicio de R-S. ??
7. Noto que estoy perdiendo peso.	✓			
8. Tengo molestias de estreñimiento.	✓			
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.	✓			
10. Me canso aunque no haga nada.	✓			
11. Tengo la mente tan clara como antes.	✓			
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.	✓			
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	✓			
14. Tengo esperanza en el futuro.	✓			
15. Estoy más irritable de lo usual.	✓			
16. Me resulta fácil tomar decisiones.	✓			
17. Siento que soy útil y necesario.	✓			
18. Mi vida tiene bastante interés.	✓			
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	✓			
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.	✓			

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

Castell Brz Guadalupe.



.....
FIRMA DEL EXPERTO:

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS

RIESGO SUICIDA (SEGÚN PLUTCHIK)

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

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	✓			
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	✓			
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		✓		A veces nota q' pierde el control.
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	✓			
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		✓		Ve su futuro o pesimismo -
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible ?	✓			
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	✓			
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	✓			
9. ¿Está deprimido/a ahora?	✓			
10. ¿Tiene usted enamorada (o)?	✓			
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	✓			
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	✓			
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	✓			
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	✓			
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	✓			

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE: *Guadalupe Carillo Loza*
- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE: *Especialista en Epidemiología*
- DNI: *00436475*
- FECHA: *12-07-18*



 FIRMA DEL EXPERTO:

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

VALIDACIÓN DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

DATOS GENERALES:

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO Guadalupe Castillo Lora EDAD.....
 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA/CARGO H.H.UU. TACNA.....
 1.3. TITULO PROFESIONAL.....
 1.4. GRADO ACADEMICO..... MENCION EN.....
 1.5. TITULACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN " FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS
AL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES EN COLEGIO DON JOSE DE SAN MARTIN, TACNA-2018.

ASPECTOS DE VALIDACIÓN

N°	INDICADOR	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJO	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
			0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1.	CLARIDAD DE LA REDACCIÓN	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible.					95%
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.					
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.					90%
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.	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.					90%

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

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE
 DNI: 00436475

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS

ESCALA DE MEDICIÓN DE AUTOESTIMA PARA ESTUDIANTES (SEGÚN COOPERSMITH)

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

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE:

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
1. En la mayoría de veces pienso que todo lo que hago está mal.	✓			
2. Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo.	✓			
3. Creo que no soy popular entre mis compañeros de clase.	✓			
4. Pienso que soy un(a) chico(a) listo(a).	✓			
5. Opino que soy importante para mis padres.	✓			
6. Estoy convencido(a) que tengo cualidades buenas.	✓			
7. Me inclino a pensar que soy un fracasado(a)	✓			
8. A veces creo que no soy buena persona	✓			
9. Por lo general hago muchas cosas mal.	✓			
10. Generalmente los problemas me afectan muy poco.	✓			
11. Estoy convencido(a) de que tengo buenas cualidades.	✓			
12. Por lo general estoy satisfecho de mí mismo(a).	✓			
13. Con frecuencia me desanimo en lo que hago	✓			
14. Me pongo nervioso(a) cuando tengo que resolver pruebas escritas.	✓			
15. Se me hace difícil tener amigos.	✓			
16. Siento que los demás no me respetan.	✓			
17. A veces tengo ganas de decir lisuras o palabrotas.	✓			
18. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	✓			
19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.	✓			
20. Generalmente hago lo que pienso.	✓			
21. Generalmente estoy muy en desacuerdo con las opiniones de mis compañeros de aula.	✓			
22. Me cuesta tomar una decisión.	✓			
23. Me doy por vencido(a) con facilidad ante los retos o desafíos.	✓			

- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE: *Espec. en Psiquiatría y Salud Mental*
- DNI: *80472288*
- FECHA: *06-julio 2018*


Dora Portugal Paniagua
 Lic. Enfermería
 Jefe de Enf. del Serv. de Psiquiatría
 Hospital Hipólito Unzué de Tacuá
 C.E.N. 7007 - N. Esp. 708

FIRMA DEL EXPERTO

**VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR
ITEMS**

RIESGO SUICIDA (SEGÚN PLUTCHIK)

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

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	✓			
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	✓			
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	✓			
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	✓			
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	✓			
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	✓			
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	✓			
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	✓			
9. ¿Está deprimido/a ahora?	✓			
10. ¿Tiene usted enamorada (o)?	✓			
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	✓			
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	✓			
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	✓			
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	✓			
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	✓			

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE: *Dora Portugal Paniagua*
- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE: *Espec. en Psiquiatría y Salud Mental*
- DNI: *00472288*
- FECHA: *06- Julio 2018*

Gobierno Regional de Tacna
Hospital Hipólito Umanu de Tacna

Dora Portugal Paniagua
Lic. en Psicología
Jefe de UMI del Hospital Hipólito Umanu de Tacna

FIRMA DEL EXPERTO:

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR
ITEMS

TEST DE DEPRESIÓN: SEGÚN ZUNG-CONDE:

Por favor marque con una (x) o (✓) la opinión 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. Me siento abatido y melancólico.	✓			
2. En la mañana es cuando me siento mejor.	✓			
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	✓			
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	✓			
5. Como igual que antes.	✓			
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.	✓			
7. Noto que estoy perdiendo peso.	✓			
8. Tengo molestias de estreñimiento.	✓			
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.	✓			
10. Me canso aunque no haga nada.	✓			
11. Tengo la mente tan clara como antes.	✓			
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.	✓			
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	✓			
14. Tengo esperanza en el futuro.	✓			
15. Estoy más irritable de lo usual.	✓			
16. Me resulta fácil tomar decisiones.	✓			
17. Siento que soy útil y necesario.	✓			
18. Mi vida tiene bastante interés.	✓			
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	✓			
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.	✓			

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE: *Dora Portugal Panigada*
- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE: *Espec. en Psic y Salud Mental*
- DNI: *00472288*
- FECHA: *06 - julio 2018*

Gobierno Regional de Tarma
Hospital Hipólito Unzué de Yacuja
Dora Portugal Panigada
Espec. en Psicología
Jefe de Clínica de Psicología
C.E.H. 1007 - Tarma - Perú

FIRMA DEL EXPERTO:

**VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR
ITEMS**

RIESGO SUICIDA (SEGÚN PLUTCHIK)

Por favor marque con una (x) o (✓) la opinión 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. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?				
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?				
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?				
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?				
5. ¿Siento decepción de mi futuro?	X			
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?				
7. ¿Siento que no tengo futuro?	X			
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?				
9. ¿Está deprimido/a ahora?				
10. ¿Tiene usted enamorada (o)?				
11. ¿algún integrante de mi familia intento suicidarse?	X			
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?				
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?				
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?				
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?				

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE: *Picoón Luis*
- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE:
- DNI:
- FECHA:



[Handwritten signature]

FIRMA DEL EXPERTO:

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS

ESCALA DE MEDICIÓN DE AUTOESTIMA PARA ESTUDIANTES (SEGÚN COOPERSMITH)

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

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE:

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
1. En la mayoría de veces pienso que todo lo que hago está mal.	X			
2. Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo.	X			
3. Creo que no soy popular entre mis compañeros de clase.			X	
4. Pienso que soy un(a) chico(a) listo(a).	X			
5. Opino que soy importante para mis padres.	X			
6. Estoy convencido(a) que tengo cualidades buenas. <i>Porque soy un chico bueno y seguro para ser amigo</i>			X	
7. Me inclino a pensar que soy un fracasado(a)	X			
8. A veces creo que no soy buena persona	X			
9. Por lo general hago muchas cosas mal.	X			
10. Generalmente los problemas me afectan muy poco.	X			
11. Estoy convencido(a) de que tengo buenas cualidades.	X			
12. Por lo general estoy satisfecho de mi mismo(a).	X			
13. Con frecuencia me desanimo en lo que hago	X			
14. Me pongo nervioso(a) cuando tengo que resolver pruebas escritas.	X			
15. Se me hace difícil tener amigos.	X			
16. Siento que los demás no me respetan.	X			
17. A veces tengo ganas de decir lisuras o palabrotas.	X			
18. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	X			
19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.	X			
20. Generalmente hago lo que pienso.	X			
21. Generalmente estoy muy en desacuerdo con las opiniones de mis compañeros de aula.	X			
22. Me cuesta tomar una decisión.	X			
23. Me doy por vencido(a) con facilidad ante los retos o desafíos.	X			

- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE: *Licenciado en Estadística*
- DNI:
- FECHA:



[Handwritten Signature]

FIRMA DEL EXPERTO

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS

TEST DE DEPRESIÓN: SEGÚN ZUNG-CONDE;

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

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
1. Me siento abatido y melancólico.	X			
2. En la mañana es cuando me siento mejor.			X	
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	X			
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	X			
5. Como igual que antes.			X	
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.	X			
7. Noto que estoy perdiendo peso.	X			
8. Tengo molestias de estreñimiento.			X	
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.	X			
10. Me canso aunque no haga nada.	X			
11. Tengo la mente tan clara como antes.	X			
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.	X			
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	X			
14. Tengo esperanza en el futuro.	X			
15. Estoy más irritable de lo usual.	X			
16. Me resulta fácil tomar decisiones.	X			
17. Siento que soy útil y necesario.	X			
18. Mi vida tiene bastante interés.	X			
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	X			
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.	X			

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



FIRMA DEL EXPERTO:

**VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR
ITEMS**

RIESGO SUICIDA(SEGÚN PLUTCHIK)

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

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	X			
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	X			
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	X			
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	X			
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?			X	
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	X			
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?			X	
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	X			
9. ¿Está deprimido/a ahora?	X			
10. ¿Tiene usted enamorada (o)?	X			
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?			X	
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	X			
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	X			
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	X			
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	X			

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE: *Puleón Luis*
- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE:
- DNI: *32738192*
- FECHA:



[Handwritten signature]

FIRMA DEL EXPERTO:

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

VALIDACIÓN DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO... *Puican J.P.S.* EDAD.....
 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA/CARGO... *UNJBB*
 1.3. TÍTULO PROFESIONAL... *Relacionado en Estadística*
 1.4. GRADO ACADÉMICO..... MENCIÓN EN.....
 1.5. TITULACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN *... *Estadística: Procesos de relaciones de afectividad de Suicido en el Colegio Don Jose de San Esteban Pava-2018*

ASPECTOS DE VALIDACIÓN

N°	INDICADOR	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJO	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
			0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1.	CLARIDAD DE LA REDACCIÓN	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible.				70	
2.	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.					85
3.	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.				80	
4.	ORGANIZACION	Hay una secuencia lógica en las preguntas.			60		
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.	INDUCCIÓN A LA RESPUESTA	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.				70	
11.	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.				80	

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



Jorge Puican
 FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE
 DNI: *3.273.818*

**VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR
ITEMS**

ESCALA DE MEDICIÓN DE AUTOESTIMA PARA ESTUDIANTES (SEGÚN COOPERSMITH)

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

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE:

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
1. En la mayoría de veces pienso que todo lo que hago está mal.	✓			
2. Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo.	✓			
3. Creo que no soy popular entre mis compañeros de clase.	✓			
4. Pienso que soy un(a) chico(a) listo(a).	✓			
5. Opino que soy importante para mis padres.	✓			
6. Estoy convencido(a) que tengo cualidades buenas.		✓		
7. Me inclino a pensar que soy un fracasado(a)	✓			
8. A veces creo que no soy buena persona	✓			
9. Por lo general hago muchas cosas mal.	✓			
10. Generalmente los problemas me afectan muy poco.	✓			
11. Estoy convencido(a) de que tengo buenas cualidades.	✓			
12. Por lo general estoy satisfecho de mi mismo(a).	✓			
13. Con frecuencia me desanimo en lo que hago	✓			
14. Me pongo nervioso(a) cuando tengo que resolver pruebas escritas.	✓			
15. Se me hace difícil tener amigos.	✓			
16. Siento que los demás no me respetan.	✓			
17. A veces tengo ganas de decir lisuras o palabrotas.	✓			
18. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	✓			
19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.	✓			
20. Generalmente hago lo que pienso.	✓			
21. Generalmente estoy muy en desacuerdo con las opiniones de mis compañeros de aula.	✓			
22. Me cuesta tomar una decisión.	✓			
23. Me doy por vencido(a) con facilidad ante los retos o desafíos.	✓			

- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE: *Médico Psiquiatra*
- DNI:
- FECHA:


 Dr. Jose Abella Urquiza
 M.D. PSICHIATRA
 C.M.P. 19943 - INNE 2738
 FIRMA DEL EXPERTO

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS

TEST DE DEPRESIÓN: SEGÚN ZUNG-CONDE:

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

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
1. Me siento abatido y melancólico.	✓			
2. En la mañana es cuando me siento mejor.		✓		
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	✓			
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	✓			
5. Como igual que antes.	✓			
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.	✓			
7. Noto que estoy perdiendo peso.	✓			
8. Tengo molestias de estreñimiento.	✓			
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.	✓			
10. Me canso aunque no haga nada.	✓	✓		
11. Tengo la mente tan clara como antes.	✓			
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.	✓			
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	✓			
14. Tengo esperanza en el futuro.	✓			
15. Estoy más irritable de lo usual.	✓			
16. Me resulta fácil tomar decisiones.	✓			
17. Siento que soy útil y necesario.	✓			
18. Mi vida tiene bastante interés.	✓			
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	✓			
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.	✓			

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE: *Revilla Urquiza José Alberto.*
- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE:
- DNI: *29219833*
- FECHA:

Dr. José A. Revilla Urquiza
 MÉDICO PSIQUIATRA
 C.M.F. 14837 - 2758

FIRMA DEL EXPERTO:

INSTRUMENTO PARA MEDIR RIESGO SUICIDA

Nombre de la I.E. _____
 Año _____ Sección _____
 Edad: _____ años
 Fecha: _____
 Sexo: masculino femenino

ESCALA DE RIESGO DE PLUTCHICK

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Vd. ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	/	
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	/	
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	/	
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	/	
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	/	
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	/	
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	/	
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	/	
9. ¿Está deprimido/a ahora?	/	
10. ¿Está Vd. separado/a, divorciado/a o viudo/a?	/	/
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	/	
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	/	
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	/	
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	/	
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	/	
PUNTUACIÓN TOTAL		

PUNTUACIÓN

Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto. Cada respuesta negativa evalúa 0 puntos. La puntuación total oscila entre 0 y 15

INTERPRETACIÓN

A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

**VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR
ITEMS**

RIESGO SUICIDA (SEGÚN PLUTCHIK)

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

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	✓			
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	✓			
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	✓			
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	✓			
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	✓			
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	✓			
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	✓			
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	✓			
9. ¿Está deprimido/a ahora?	✓			
10. ¿Tiene usted enamorada (o)?	✓			
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	✓			
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	✓			
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	✓			
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	✓			
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	✓			

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE: *Rovella Urquiza José Alberto*
- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE: *Psiquiatra*
- DNI: *29219833*
- FECHA:

Dr. José A. Rovella Urquiza
MÉDICO PSICUÍATRA
C.M.P. 19043 - R.N.E. 02758

FIRMA DEL EXPERTO:

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

VALIDACIÓN DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

DATOS GENERALES:

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO Panella Inquis José Alberto EDAD 64 a.
 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA/CARGO UPEL
 1.3. TÍTULO PROFESIONAL Médico Geriatra
 1.4. GRADO ACADEMICO MENCION EN
 1.5. TITULACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN "....."

ASPECTOS DE VALIDACIÓN

N°	INDICADOR	CRITERIOS	DEFICIENTE 0-20%	BAJO 21-40%	REGULAR 41-60%	BUENA 61-80%	MUY BUENA 81-100%
1.	CLARIDAD DE LA REDACCIÓN	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible.				70	
2.	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.			60		
3.	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.			60		
4.	ORGANIZACION	Hay una secuencia lógica en las preguntas.			60		
5.	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado y tiene calidad en la transmisión de las mismas				70	
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.				70	
8.	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación.				70	
9.	METODOLOGIA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método Científico (Proceso de la investigación).					85
10.	INDUCCIÓN A LA RESPUESTA	Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta.				70	
11.	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado.					85

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

Dr. José A. Revilla Inquiso
 PSICÓLOGO PSIQUIATRA
 C.M.P. 40433 - R.N.E. 2758
 FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE
 DNI: 2.9.2.1.9.8.73

VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR ITEMS

ESCALA DE MEDICIÓN DE AUTOESTIMA PARA ESTUDIANTES (SEGÚN COOPERSMITH)

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

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE:

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
1. En la mayoría de veces pienso que todo lo que hago está mal.	✓			
2. Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo.	✓			
3. Creo que no soy popular entre mis compañeros de clase.	✓			
4. Pienso que soy un(a) chico(a) listo(a).	✓			
5. Opino que soy importante para mis padres.	✓			
6. Estoy convencido(a) que tengo cualidades buenas.	✓			
7. Me inclino a pensar que soy un fracasado(a)	✓			
8. A veces creo que no soy buena persona	✓			
9. Por lo general hago muchas cosas mal.	✓			
10. Generalmente los problemas me afectan muy poco.	✓			
11. Estoy convencido(a) de que tengo buenas cualidades.	✓			
12. Por lo general estoy satisfecho de mí mismo(a).	✓			
13. Con frecuencia me desanimo en lo que hago	✓			
14. Me pongo nervioso(a) cuando tengo que resolver pruebas escritas.	✓			
15. Se me hace difícil tener amigos.	✓			
16. Siento que los demás no me respetan.	✓			
17. A veces tengo ganas de decir lisuras o palabrotas.	✓			
18. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	✓			
19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.	✓			
20. Generalmente hago lo que pienso.	✓			
21. Generalmente estoy muy en desacuerdo con las opiniones de mis compañeros de aula.	✓			
22. Me cuesta tomar una decisión.	✓			
23. Me doy por vencido(a) con facilidad ante los retos o desafíos.	✓			

- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE: *Magister*
- DNI: *29640778*
- FECHA: *09-07-18*


 Mgr. Pilar E. Coaguila-Chambo...
 Psicóloga
 FIRMA DEL EXPERTO

**VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR
ITEMS**

TEST DE DEPRESIÓN: SEGÚN ZUNG-CONDE;

Por favor marque con una (x) o (✓) la opinión 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. Me siento abatido y melancólico.	✓			
2. En la mañana es cuando me siento mejor.	/			
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	/			
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	/			
5. Como igual que antes.	/			
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.	✓			
7. Noto que estoy perdiendo peso.	/			
8. Tengo molestias de estreñimiento.	/			
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.	/			
10. Me canso aunque no haga nada.	✓			
11. Tengo la mente tan clara como antes.	/			
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.	✓			
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	/			
14. Tengo esperanza en el futuro.	/			
15. Estoy más irritable de lo usual.	/			
16. Me resulta fácil tomar decisiones.	/			
17. Siento que soy útil y necesario.	/			
18. Mi vida tiene bastante interés.	/			
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	/			
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.	/			

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE: *Pilar Edith Coaguira Chambi*
- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE: *Magister*
- DNI: *29640778*
- FECHA: *09/07/18*



Md. Pilar E. Coaguira Chambi
 FIRMA DEL EXPERTO:
 C. Ps. P.: 13328

**VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR
ITEMS**

RIESGO SUICIDA (SEGÚN PLUTCHIK)

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

ITEMS	ESCALA			OBSERVACIONES
	APLICABLE 1	CORREGIR 2	NO APLICABLE 3	
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	✓			
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	✓			
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	✓			
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	✓			
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	✓			
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	✓			
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	✓			
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	✓			
9. ¿Está deprimido/a ahora?	✓			
10. ¿Tiene usted enamorada (o)?	✓			
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	✓			
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	✓			
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	✓			
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	✓			
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	✓			

- APELLIDOS Y NOMBRES DEL VALIDANTE: *Pilar Edith Coaquira Chambi*
- GRADO O ESPECIALIDAD DEL VALIDANTE: *Magister*
- DNI: *29640778*
- FECHA: *09-07-18*



 Mg. Pilar E. Coaquira Chambi
 psicóloga
 C. Ps. P. 13528
 FIRMA DEL EXPERTO:

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

VALIDACIÓN DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

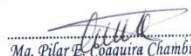
DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO Pilar Edith Coaquira Chambi EDAD 42
 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA/CARGO C.S. Pacolloay / Psicóloga
 1.3. TÍTULO PROFESIONAL Psicóloga
 1.4. GRADO ACADÉMICO Magister MENCIÓN EN Psicología Educativa
 1.5. TITULACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN "....."

ASPECTOS DE VALIDACIÓN

N°	INDICADOR	CRITERIOS	DEFICIENTE 0-20%	BAJO 21-40%	REGULAR 41-60%	BUENA 61-80%	MUY BUENA 81-100%
1.	CLARIDAD DE LA REDACCIÓN	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible.					90%
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.				80%	
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					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.					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.	INDUCCIÓN 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.					95%

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


 Mg. Pilar Edith Coaquira Chambi
 FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE
 DNI: 7 920 338

ANEXO N°07

CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO N°1

TEST SEGÚN ZUNG CONDE

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,748	0,702	15

Siendo el Alfa de Cronbach mayor a 0,70 se considera que el instrumento es excelente.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO N°2
ESCALA DE MEDICIÓN DE COOPER SMITH

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,823	0,066	15

Existe un 82% de confiabilidad en la aplicación del instrumento de escala de medición de autoestima para estudiantes según Coopersmith

VALIDACION POR CONSTRUCTO; INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH VERSIÓN ESCOLAR EN ADOLESCENTES.

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	0,935
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado 152,823
	gl 10
	Sig. 0,0001

0,9 ≤ KM ≤ 1.0 = EXCELENTE ADECUACION MUESTRAL

0,8 ≤ KM ≤ 0,9 = BUENA ADECUACION MUESTRAL

0,7 ≤ KM ≤ 0,8 = ACEPTABLE ADECUACION MUESTRAL

0,6 ≤ KM ≤ 0,7 = REGULAR ADECUACION MUESTRAL

0,5 ≤ KM ≤ 0,6 = MALA ADECUACION MUESTRAL

0,0 ≤ KM ≤ 0,5 = ADECUACION MUESTRAL INACEPTABLE

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y PORCENTUAL DE
 AUTOESTIMA (COOPERSMITH,) EN ADOLESCENTES DE 12 A 18
 AÑOS DE LA I.E. DON JOSÉ DE SAN MARTIN
 DEL DISTRITO ALTO DE
 ALIANZA TACNA 2018.**

AUTOESTIMA	MUY DE ACUERDO		ALGO DE ACUERDO		ALGO EN DESACUERDO		MUY EN DESACUERDO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AU1	55	15,71	34	9,71	29	8,29	232	66,29	350	100
AU2	66	18,86	45	12,86	30	8,57	209	59,71	350	100
AU3	78	22,29	67	19,14	25	7,14	180	51,43	350	100
AU4	189	54,00	90	25,71	50	14,29	21	6,00	350	100
AU5	179	51,14	79	22,57	25	7,14	67	19,14	350	100
AU6	191	54,57	110	31,43	23	6,57	26	7,43	350	100
AU7	23	6,57	56	16,00	37	10,57	234	66,86	350	100
AU8	35	10,00	48	13,71	28	8,00	239	68,29	350	100
AU9	67	19,14	45	12,86	23	6,57	215	61,43	350	100
AU10	88	25,14	85	24,29	67	19,14	110	31,43	350	100
AU11	199	56,86	67	19,14	45	12,86	39	11,14	350	100
AU12	204	58,29	67	19,14	25	7,14	54	15,43	350	100
AU13	189	54,00	89	25,43	40	11,43	32	9,14	350	100
AU14	81	23,14	70	20,00	120	34,29	79	22,57	350	100
AU15	99	28,29	81	23,14	85	24,29	85	24,29	350	100
AU16	86	24,57	66	18,86	78	22,29	120	34,29	350	100
AU17	51	14,57	32	9,14	76	21,71	191	54,57	350	100
AU18	76	21,71	45	12,86	127	36,29	102	29,14	350	100
AU19	138	39,43	70	20,00	41	11,71	101	28,86	350	100
AU20	186	53,14	56	16,00	45	12,86	63	18,00	350	100
AU21	118	33,71	42	12,00	66	18,86	124	35,43	350	100
AU22	80	22,86	79	22,57	80	22,86	111	31,71	350	100
AU23	67	19,14	110	31,43	74	21,14	99	28,29	350	100
AU24	65	18,57	98	28,00	96	27,43	91	26,00	350	100

DISTRIBUCIÓN DE VARIANZAS Y ALFA DE CRIMBACH POR ELEMENTO

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
HISTORIA DE TRASTORNO PSICOLOGICO FAMILIAR				
En alguna ocasión habido episodios de suicidio dentro de la familia.	47,15	228,641	0,409	0,895
Mi Madre sufre de algún trastorno en el estado de ánimo (depresión, bipolaridad, entre otros).	47,46	226,436	0,446	0,894
Mi Padre sufre de algún trastorno en el estado de ánimo (depresión, bipolaridad, entre otros).	46,54	241,436	0,000	0,898
Hay miembros de mi familia que toman medicamentos para estar bien es sus estados de ánimo.	47,62	228,590	0,375	0,895
INFLUENCIA NEGATIVA DE AMISTADES				
Lo más importante en mi vida son mis amigos.	47,15	224,641	0,551	0,892
Siento que sin mis amigos no valgo nada.	47,62	228,256	0,386	0,895
Cuando tengo problemas no acudo a mi familia, solo a mis mejores amigos.	47,15	225,974	0,503	0,893
Me siento sola(o) y desprotegida(o) cuando no veo, ni converso con mis amigos.	47,77	232,026	0,272	0,897
DISFUNCION ALIDAD FAMILIAR				
Cuando tengo problemas acudo a mi familia.	47,77	225,359	0,495	0,893
Cuando llego a mi casa están mis padres.	48,08	233,410	0,271	0,897
Siento que mis padres no me demuestran cariño.	47,92	227,744	0,440	0,894
Siento que cada vez que tengo problemas, mis padres me ignoran ynunca están para mí.	48,08	222,410	0,698	0,890
PADECE DE ALCOHOLISMO				
Creo que la mejor manera de enfrentar los problemas es bebiendo.	47,92	231,744	0,300	0,896
Estoy convencida(o) de que resisto bebiendo licor más que la mayoría de las personas.	47,92	225,744	0,512	0,893
Bebiendo licor podemos expresar mejor lo que pensamos y sentimos.	47,62	225,923	0,463	0,894
Bebo licor todas las semanas.	47,62	226,923	0,430	0,894
PADECE DE ENFERMEDA D FISICA				
Siento que a veces prefiero morir antes de seguir con la enfermedad que llevo de años, me limita en varias cosas.	46,85	240,308	0,024	0,900
Mi enfermedad me hace sentir inseguro(a) quisiera que este sufrimiento se acabara.	47,62	229,923	0,332	0,896
Estoy cansada(o) de ocultar mi enfermedad que padezco de años.	47,46	236,436	0,123	0,900
Mi enfermedad crónica influye en mis estudios.	47,92	231,077	0,323	0,896
PROBLEMAS DE PAREJA				
Mi pareja es todo, sin el(ella) no existo.	46,31	227,897	0,511	0,893
Si mi pareja me maltratará, lo(a) perdonaría, porque lo(a) amo.	46,31	224,564	0,576	0,892
Soy dependiente emocional.	45,92	227,244	0,702	0,891
Si mi pareja me dejara, sentiría que nada tiene sentido.	46,62	225,923	0,570	0,892

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO N°4
ESCALA DE PLUT CHICK

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,852	0,030	10

Existe un 85% de confiabilidad en la aplicación del instrumento de riesgo suicida según Plutichik.

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y PORCENTUAL DE RIESGO
SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 12 A 18 AÑOS DE LA I.E. DON
JOSÉ DE SAN MARTIN DEL DISTRITO
ALTO DE ALIANZA
TACNA 2018.**

ESCALA DE RIESGO SUICIDA PLUTCHIK	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
P1	6	1,71	344	98,29	350	100
P2	2	0,57	348	99,43	350	100
P3	5	1,43	345	98,57	350	100
P4	12	3,33	348	96,67	360	100
P5	6	1,71	344	98,29	350	100
P6	8	2,29	342	97,71	350	100
P7	19	5,43	331	94,57	350	100
P8	6	1,71	344	98,29	350	100
P9	12	3,43	338	96,57	350	100
P10	43	12,29	307	87,71	350	100
P11	24	6,86	326	93,14	350	100
P12	39	11,14	311	88,86	350	100
P13	102	29,14	248	70,86	350	100
P14	29	8,29	321	91,71	350	100
P15	3	0,86	347	9,14	350	100

ANEXO N°08

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

Acepto participar en el estudio de Investigación; Factores psicosociales relacionados al intento de suicidio en adolescentes del Colegio Don José de San Martín Tacna -2018. Para lo cual ME COMPROMETO A COLABORAR en el llenado de las encuestas y dar la información necesaria.

Mi participación en el estudio es voluntaria, en fé de los cual firmo

.....

FIRMA



ANEXO N°09
CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Paso 1: Planteamiento de la hipótesis;

Hipótesis nula (H1):

No existe relación entre los factores psicosociales con el intento de suicidio en adolescentes del Colegio Don José de San Martín Tacna- 2018

Hipótesis alternativa (H0)

Existe relación entre los factores psicosociales con el intento de suicidio en adolescentes del Colegio Don José de San Martín Tacna- 2018

Paso 2: Elección del estadístico;

Para el presente análisis, se consideró variables cualitativas, como muestras relacionadas es necesario aplicar la prueba ANOVA

Paso 3: Aplicación del estadístico:

Tabla de ANOVA

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Riesgo * Autoestima baja	Inter- grupos	(Combinadas)	5,590	2	12,795	14,071	,018
	Intra-grupos		159,969	233	0,687		
	Total		165,559	235			
Riesgo * Depresión	Inter- grupos	(Combinadas)	0,704	2	28,352	32,842	0,000
	Intra-grupos		97,431	233	0,418		
	Total		98,136	235			
Riesgo * Factores sociales	Inter- grupos	(Combinadas)	0,652	2	1,493	1,642	0,0021
	Intra-grupos		18,663	233	0,080		
	Total		19,315	235			

Prueba estadística: Chi cuadrado

- 1) HA: $P < 90\%$ \exists
 H0: $P \neq 90\%$ \nexists

2) Nivel de Significancia $\alpha = 0,018$

3) Estadística de Prueba:

La variable aleatoria P tiene media igual a: p, varianza igual a: np(1-p) y si n es suficientemente grande ($n \geq 30$),

$$\bar{P} = \frac{X}{n} = \frac{350}{198407} = 0,018$$

Entonces, la estadística:

$$Z = \frac{\bar{P} - P_0}{\sqrt{\frac{P_0(1-P_0)}{n}}} \sim N|0,1|$$

$$Z_K = \frac{0,50 - 0,90}{\sqrt{\frac{0,90(1-0,90)}{197}}} = -10,4$$

4) Prueba bilateral:

Si la prueba es de $H_A: P < P_0$ contra $H_0: P \neq P_0$; la región crítica o de rechazo de H_0 en los valores de Z es el intervalo:

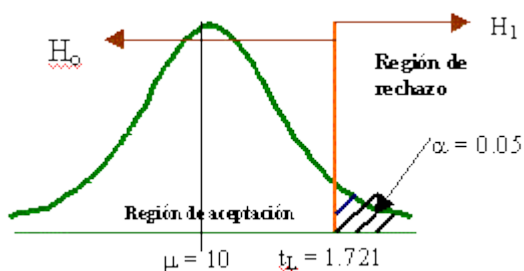
$$R.C. = \{Z < -Z_{1-\alpha/2} \text{ ó } Z > Z_{1-\alpha/2}\}$$

$$R.C. = \{Z_K < -Z_{0,975} \text{ ó } Z_K > -Z_{0,975}\}$$

$1 - \alpha = 0,95$ $\alpha = 0,05$ $\frac{\alpha}{2} = 0,025$ $1 - \frac{\alpha}{2} = 0,975$
--

$$R.C. = \{Z_K < -Z_{0,975}\}$$

$$R.C. = \{-10,4 < -1,96\} = \text{Se rechaza } H_0$$



Paso 4: Conclusión;

En concreto, podemos observar que en la relación de ambas variables independientes con la variable dependiente, existe relación estadísticamente significativa entre las mismas con una valor F mayor a 1 y significancia $<0,05$. Rechazando la hipótesis nula y no rechazando la hipótesis alterna.

**ANEXO N° 10
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

Problema	Objetivos	Hipótesis	Operacionalización							METODOLOGIA
			Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala valorativa	Escala de medición	
¿Cuáles factores Psicosociales se relacionan con intento de suicidio en adolescentes de 12 a 18 años de la I.E. Don José de San Martín del Distrito Alto de la Alianza -2018?	Determinar los factores Psicosociales que se relacionan con intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Don José de San Martín Tacna - 2018.	Existe una relación estadísticamente significativa entre los factores Psicosociales con intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años de la I.E. Don José de San Martín del Distrito Alto de la Alianza -2018.	Variables independientes Factores Psicosociales:	La presencia de una condición y que se encuentran presentes en una situación, tiene la capacidad de afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social). (6)	Factores Psicológicas	Depresión	(+) 1,3, 5, 7, 13, 16, 18,20. (-) 2,4,6,8,9,10, 11,12, 14,17	No depresión < 32 p. Depresión leve: 33 - 47 p. Depresión moderada-severa: 48 - 60 p.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN: Cuantitativo prospectivo y retrospectivo y transversal ➤ TIPO DE INVESTIGACIÓN: Cuantitativo prospectivo y retrospectivo y transversal, con un diseño no experimental ➤ MÉTODO: Inductivo ➤ POBLACIÓN: Constituida por los 840 estudiantes del Colegio Don José de San Martín ➤ CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Todos los estudiantes Adolescentes del nivel secundario del Colegio Don José DE San Martín -2018. ➤ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Estudiantes Adolescentes del nivel secundario del Colegio Don José DE San Martín -2018.que hayan faltado los días del llenado de encuesta y los que no cumplieron con el llenado de los ítems. ➤ UNIDAD DE ANÁLISIS: Todos los estudiantes Adolescentes del nivel secundario del Colegio Don José DE San Martín -2018. ➤ MUESTRA: Se utilizó una muestra de 350 Estudiantes adolescentes del Inivel secundario del colegio Don José de San Martín ➤ MUESTREO: No Probabilístico, por conveniencia. ➤ CONSIDERACIONES ÉTICOS: para la aplicación de los instrumentos se aplicó respectivamente su consentimiento informado. ➤ TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Aplicación de los dos instrumentos: encuesta, para recolectar información respecto a los Factores Psicosociales relacionados al
						Autoestima: Cognitiva Afectiva Conductual	1,2,3, 4,5,6,7,8, 9, 10, 11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24	Elevada autoestima 57-80 p. Norma: 38,57 p. Baja autoestima: 0 – 37 p.	Ordinal	
	Objetivos específicos Identificar la frecuencia de idea suicida en los adolescentes de 12 a 18 años	Hipótesis específica: H1 Existe relación entre los factores Psicosociales con el intento de	Variable Dependiente	Es el trayecto que	Proceso suicida	Corto Idea suicida	1,2,3,4,5,6,7,8	Ausencia: 1 a 3 p.	Nominal	
					Factores Sociales	Historia de trastorno psicologico familiar	Instrumento 1.3: ítems 1, 2, 3, 4	Siempre =4 Casi siempre = 3 Casi nunca = 2 Nunca = 1	Ordinal	
						Influencia negativa de amistades	5,6,7,8			
						Disfunción familiar	9, 10, 11, 12			
						Padece de alcoholismo	13, 14, 15, 16			
						Padece de enfermedad física	17, 18, 19, 20			
						Problemas de pareja	21, 22, 23, 24			

	<p>del Colegio Don José de San Martín de Tacna-2018. Precisar si los Factores Psicológicos: depresión, autoestima, están relacionados a intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Don José de San Martín de Tacna -2018. Precisar si los factores sociales: historia de trastorno psicológico familiar, influencia negativa de amistades, disfunción familiar, padece de alcoholismo, padece de enfermedad física, problemas de pareja están relacionados al intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años del Colegio Don José de San Martín Tacna - 2018.</p>	<p>suicidio en los adolescentes del colegio Don José de San Martín de Tacna-2018. H0: No existe relación entre factores Psicosociales con el intento de suicidio en adolescentes del colegio Don José de San Martín de Tacna-2018.</p>	<p>Intento de suicidio</p>	<p>de</p>	<p>consiste en un inicio la frustración, se produce la idea suicida, crisis y el paso al acto, y en los adolescentes este proceso puede ser muy corto y es más corto aun en los segundos intentos de suicidio. (7)</p>	<p>Crisis Paso al acto</p> <p>Muy corto: Idea suicida Paso al acto</p>	<p>9,10,11,12,13,15.</p>	<p>Riesgo leve: 4 - 7 puntos Riesgo moderado a grave: 8 -15 puntos</p>		<p>intento de suicidio en los adolescentes del colegio Don José de San Martín Tacna - 2018. ➤ TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS: La información recopilada fue revisada, ordenada, codificada y vaciada en la base de datos elaborado en el programa y posteriormente procesado estadísticamente. ➤ TÉCNICAS PARA LA PRESENTACIÓN, EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS: En el análisis bivariado, se utilizó la prueba estadística Ji Cuadrado para medir la relación. Los resultados se presentaron en tablas de contingencia con sus respectivos gráficos ➤ TÉCNICAS PARA INFORME FINAL: Se elaboraron tablas estadísticas donde se distribuyó la información de acuerdo a las variables de estudio, luego de los cuales se procedió a la descripción, interpretación, discusión y conclusiones respectivas. Se cumplió con el Protocolo de ESEN.</p>
--	---	--	----------------------------	-----------	--	--	--------------------------	--	--	--

ANEXO N°11

DOCUMENTOS INSTITUCIONALES DE PERMISO RESPECTIVO



10-7 JUN 2018

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

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 8398-2018-FACS-UNJBG

Tacna, 23 de mayo del 2018

VISTO:

El Oficio N° 179-2018-ESEN/FACS, remitido el 22.05.18, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicitando designación de Asesor para el proyecto de tesis, y autorización para ejecución presentado por la Bach. CARLA PAOLA PINTO CUTIPA, y

CONSIDERANDO:

Que, la Bach. CARLA PAOLA PINTO CUTIPA, alumna de la Escuela Profesional de Enfermería, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Oficio N° 179-2018-ESEN/FACS, remitido el 22.05.18, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicitando designación de Asesor para el proyecto de tesis titulado: FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO DON JOSE DE SAN MARTÍN TACNA 2018, y autorización para ejecución presentado por la Bach. CARLA PAOLA PINTO CUTIPA, de la Facultad de Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Dra. María Soledad Porras Roque;

Que, teniendo opinión favorable de sus Asesores se procede a dar continuidad de trámite;

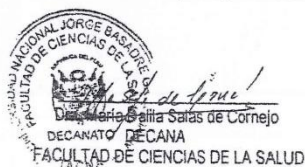
De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N° 30220, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

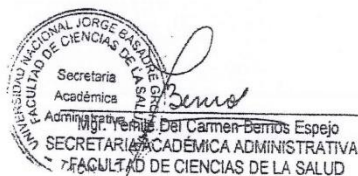
ART. 1°: Oficializar la Designación como Asesora a la Dra. María Soledad Porras Roque, del Proyecto de Tesis titulado: FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO DON JOSE DE SAN MARTÍN TACNA 2018, presentado por la Bach. CARLA PAOLA PINTO CUTIPA, de la Escuela Profesional de Enfermería.

ART. 2°: Autorizar la ejecución de Proyecto de Tesis presentado por la Bach. CARLA PAOLA PINTO CUTIPA, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese.



DISTR. ESEN., INTERESADO., arch.



YDCBE/tr.-



10 JUN 2018

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

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 8398-2018-FACS-UNJBG

Tacna, 23 de mayo del 2018

VISTO:

El Oficio N° 179-2018-ESEN/FACS, remitido el 22.05.18, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicitando designación de Asesor para el proyecto de tesis, y autorización para ejecución presentado por la Bach. CARLA PAOLA PINTO CUTIPA, y

CONSIDERANDO:

Que, la Bach. CARLA PAOLA PINTO CUTIPA, alumna de la Escuela Profesional de Enfermería, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Oficio N° 179-2018-ESEN/FACS, remitido el 22.05.18, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicitando designación de Asesor para el proyecto de tesis titulado: FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO DON JOSE DE SAN MARTÍN TACNA 2018, y autorización para ejecución presentado por la Bach. CARLA PAOLA PINTO CUTIPA, de la Facultad de Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Dra. María Soledad Porras Roque;

Que, teniendo opinión favorable de sus Asesores se procede a dar continuidad de trámite;

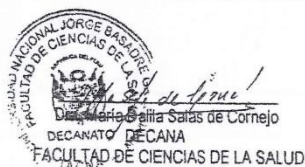
De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N° 30220, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

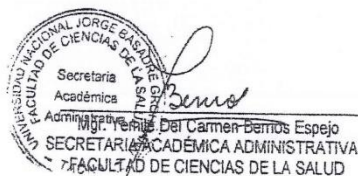
ART. 1°: Oficializar la Designación como Asesora a la Dra. María Soledad Porras Roque, del Proyecto de Tesis titulado: FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO DON JOSE DE SAN MARTÍN TACNA 2018, presentado por la Bach. CARLA PAOLA PINTO CUTIPA, de la Escuela Profesional de Enfermería.

ART. 2°: Autorizar la ejecución de Proyecto de Tesis presentado por la Bach. CARLA PAOLA PINTO CUTIPA, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese.



DISTR. ESEN., INTERESADO., arch.



YDCBE/tr.-

INFORME NRO 01

PARA : DRA .MARIA PORRAS ROQUE (ASESORA DE TESIS)
DE : BACH.CARLA PAOLA PINTO CUTIPA
ASUNTO: PRESENTACION DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS
FECHA : 17/07/2018

Me es grato dirigirme a usted para presentarle las validaciones de los expertos en mi proyecto de tesis "FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO DON JOSÉ DE SAN MARTÍN,TACNA -2018" como también el informe final del Estadístico, quien analizó y mostro la prueba confiabilidad de instrumentos para su respectiva aplicabilidad.

Es todo en cuanto tengo que informar.

ATTE.



BACH.CARLA PAOLA PINTO CUTIPA

DNI:42823066