

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Medicina Humana**

**“FACTORES PERSONALES, FAMILIARES Y SOCIALES ASOCIADOS  
A LA IDEACIÓN SUICIDA EN LOS ESTUDIANTES DEL  
QUINTO AÑO DE SECUNDARIA DEL DISTRITO  
CIUDAD NUEVA DE TACNA, AÑO 2013”**

**TESIS**

**Presentada Por:**

**Bach. Ángel Grover Vega Pilco**

**Para optar el Título Profesional de:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**Tacna – Perú**

**2014**

UNIVERSIDAD NACIONAL "JORGE BASADRE GROHMANN"

Facultad de Ciencias de la Salud

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

"FACTORES PERSONALES, FAMILIARES Y SOCIALES ASOCIADOS  
A LA IDEACIÓN SUICIDA EN LOS ESTUDIANTES DEL  
QUINTO AÑO DE SECUNDARIA DEL DISTRITO  
CIUDAD NUEVA DE TACNA, AÑO 2013"

TESIS

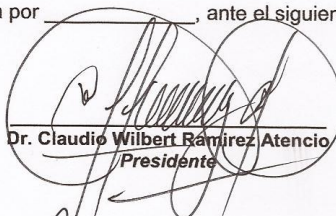
Presentada Por:

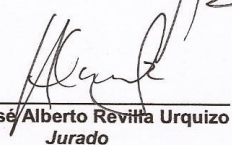
Bach. Ángel Grover Vega Pilco

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobada por \_\_\_\_\_, ante el siguiente jurado:

  
Dr. Claudio Wilbert Ramírez Atencio  
Presidente

  
Méd. José Alberto Revilla Urquiza  
Jurado

  
Dr. Jaime Edgar Miranda Benavente  
Jurado

  
Méd. Neil Alfredo Adolfo Flores Valdez  
Asesor

## DEDICATORIA

*A Dios, por haberme dado salud y perseverancia para llegar hasta este punto y lograr parte de mis objetivos.*

*A mi madre, Lourdes, por haberme apoyado en todo momento, por darme la oportunidad de salir adelante, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante, palabras de aliento y fe en los momentos más difíciles durante mis estudios universitarios.*

*Al Ingeniero, Contador público y M. Sc. Edgard Dilco, por su compromiso y preocupación constante en mi desarrollo profesional, quien ha sido y será un verdadero padre para mí y a quien nunca le podré agradecer todo el apoyo que me ha brindado.*

## AGRADECIMIENTOS

*A mi maestro, el Médico Internista Neil Flores Valdez quien impulsó mi carrera, motivó el interés por la investigación en medicina y asesoró constantemente el presente estudio.*

*Al Dr. Plaudio Ramirez Atencio, por su apoyo desprendido e incondicional durante mi paso por la Escuela de Medicina Humana.*

*Al Dr. Julio Aguilar Vilca, futuro pediatra, amigo muy querido, quien fue artífice de la idea de la realización de este proyecto.*

*A Shon Espinoza, fiel amigo y compañero, a quien siempre agradeceré la amistad y cariño de casi un hermano que me ha brindado en todos estos años durante la carrera de Medicina Humana.*

*A todos los estudiantes y directores de instituciones educativas del distrito de Ciudad Nueva quienes desinteresadamente participaron en el presente estudio.*

## RESUMEN

El suicidio es un serio problema de salud mental y una problemática social que cada día va en aumento en nuestro país, principalmente en los adolescentes; por tal motivo la presente investigación tiene por objetivo determinar la asociación de factores personales, familiares y sociales en los estudiantes de quinto año de Secundaria del Distrito de Ciudad Nueva de Tacna con ideación suicida.

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional y de corte transversal; siendo la población de estudio 627 estudiantes del Quinto año de Secundaria del Distrito de Ciudad Nueva de Tacna;

Se encontró en el presente estudio que el 14.67% de la población no tenía ideación suicida, 70.33% tuvo ideación suicida de grado bajo y 10.85% tuvo ideación de grado regular, por último un 4.15% tuvo ideación suicida de grado alto.

Analizado los factores personales se encontró 73.08% de la población con ideación suicida alta fue del sexo femenino, 69.23% tuvo depresión moderada y presentó un grado de ideación alto; además 73,08% tuvo un grado de autoestima medio y tuvo ideación suicida de grado alto; Los participantes que tuvieron un grado de autocomprensión baja tuvo un grado de ideación alto, además al evaluar el factor resiliencia no hubo correlación. Evaluando la dinámica familiar, el practicar deporte, asistir a reuniones sociales no se encontró correlación.

En conclusión se encontró que el grado de autoestima, el grado de depresión, autocomprensión de las emociones, el tener antecedente de suicidio en la familia, no pertenecer a grupos sociales positivos y el tener una relación amorosa son factores de riesgo para ideación suicida.

**Palabras clave:** Ideación suicida, autoestima, depresión, autocomprensión, resiliencia, dinámica familiar, nivel socio-económico, antecedente familiar.

## ABSTRACT

Suicide is a serious mental health problem and a social problem that is growing every day in our country, especially in adolescents , for this reason the present investigation aims to determine the association of personal, family and social factors on students fifth year of Secondary District New City Tacna with suicidal ideation.

A prospective, cross- sectional study, the study population being 627 Fifth year students of School District of New Town Tacna; We found that 14.67 % of the population had no suicidal ideation , suicidal ideation 70.33 % had low grade and 10.85% had ideation regular grade , finally a 4.15 % had suicidal ideation high grade.

Personal factors used 73.08 % of the population was highly suicidal ideation was female, 69.23 % had moderate depression and showed a high degree of ideation , plus 73.08 % had an average degree of self-esteem and suicidal ideation had grade tall ; participants who had a low degree of self-understanding had a high degree of ideation , besides assessing the resilience there was no correlation factor . Assessing family dynamics, play sports , attend social gatherings no correlation was found .

In conclusion it was found that the degree of self-esteem , level of depression, self-understanding of emotions , having a history of suicide in the family, not belonging to positive social groups and having a relationship are risk factors for suicidal ideation.

**Keywords:** Ideación suicida, autoestima, depresión, autocomprensión, resiliencia, dinámica familiar, nivel socio-económico, antecedente familiar.

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1. FUNDAMENTOS.....	11
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	16
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
1.4. FINALIDAD.....	17
1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	17
CAPÍTULO II.....	18
MARCO TEÓRICO.....	18
2.1. ANTECEDENTES.....	18
2.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	25
CAPÍTULO III.....	66
MATERIALES Y MÉTODOS.....	66
3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	66
3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	66
3.3. TIPO DE ESTUDIO.....	66
3.4. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.....	67
3.5. TIPO DE VARIABLES.....	70
3.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE:.....	70
3.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE:.....	70
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	71
CAPÍTULO IV.....	72
RESULTADOS.....	72
TABLA N° 1.....	72
GRÁFICO N° 1.....	74

<b>TABLA N° 2</b> .....	75
<b>TABLA N° 3</b> :.....	78
<b>GRÁFICO N°3</b> .....	80
<b>TABLA N° 4</b> .....	81
<b>GRÁFICO N°4</b> .....	83
<b>TABLA N° 5</b> .....	84
<b>GRÁFICO N° 5</b> .....	86
<b>TABLA N°6</b> .....	87
<b>GRÁFICO N°6</b> .....	88
<b>TABLA N°7</b> .....	89
<b>CAPÍTULO V</b> .....	90
<b>DISCUSIÓN Y ANÁLISIS</b> .....	90
<b>CONCLUSIONES</b> .....	98
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	99
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	100
<b>ANEXOS</b> .....	107

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es un problema de gran envergadura desde un punto de vista sociocultural y sanitario.

En las últimas décadas, el suicidio y las conductas asociadas a él se han convertido en una de las causas crecientes de demanda de asistencia sanitaria en los servicios de urgencias.(1)

Aproximadamente 37.000 personas en los Estados Unidos y un millón en todo el mundo mueren por suicidio cada año, y 650.000 personas en los Estados Unidos reciben tratamiento de emergencia cada año después de un intento de suicidio. (2, 3)

La adolescencia es una etapa trascendental y crítica para el desarrollo humano, debido a la serie de cambios fisiológicos y psicológicos, e interpersonales que conlleva. 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.(4)

Según las estimaciones de la OMS, uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio que se está produciendo entre los jóvenes (15-24 años), que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad.  
(1)

La mayoría de los estudios internacionales han puesto de manifiesto este incremento en edades jóvenes.

Preocupado por conocer los factores personales, familiares y sociales asociados a la ideación suicida en adolescentes que cursan el quinto año de educación secundaria en el distrito de Ciudad Nueva, es que se realizó el presente estudio.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. FUNDAMENTOS**

La conducta suicida podría considerarse una continuidad que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio. (5-8)

La ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación: el deseo de morir, la representación suicida, la ideación suicida sin planeamiento de la acción, la ideación suicida con un plan indeterminado, la ideación suicida con una planificación determinada (9) y en algunos casos una intensa preocupación autodestructiva(10-12).

El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un importante problema de salud pública (13,14). Según las estimaciones de la OMS, uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio que se está produciendo entre los jóvenes (15-24 años) (5), que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad. (15,16)

En cuanto a los otros tipos de conducta suicida (ideación suicida e intento suicida), existen problemas en la obtención de datos, por lo que la estimación de las cifras resulta difícil (17).

A pesar del gran número de estudios basados en poblaciones, la evidencia concerniente a la prevalencia de conductas suicidas en adolescentes es poco clara por las distintas metodologías y definiciones utilizadas.

Asimismo, la mayoría de estudios han sido realizados en EEUU y Europa, pero hay poca consistencia entre estos estudios dentro del mismo continente. (18).

En la población peruana se calcula existen 2,7 millones de personas entre 15 y 24 años (19), ellos constituyen una población heterogénea, conformada por estudiantes de los últimos años de educación secundaria, estudiantes preuniversitarios, estudiantes universitarios, trabajadores y desempleados; cada uno sometido a situaciones estresantes de diversa índole. Un grupo de especial interés es el constituido por estudiantes del último año de educación secundaria, grupo en riesgo que se ve obligado a una preparación extra para aumentar sus posibilidades de superar los exámenes de admisión a la universidad (20).

Por otra parte, la adolescencia es un período de muchos cambios, tanto físicos como emocionales, y que presenta nuevos retos para la sociedad. Muchas situaciones que ocurren durante la adolescencia pueden llevar al adolescente a tener algún pensamiento suicida; sin embargo muchos pensamientos acerca de la muerte pueden comenzar en la niñez. Según Pfeffer (21) muchos niños suicidas creen que la muerte es un estado temporal y agradable donde se alivian las tensiones.

Así, a medida que el niño crece y logra un nivel de funcionamiento cognoscitivo mayor, adquiere gradualmente la noción de que la muerte es un proceso irreversible.

El comportamiento suicida incluye un abanico de conductas que se manifiestan por ideas, amenazas, intentos y suicidio consumado. La idea se refiere a pensamientos persistentes que tiene el niño a acerca del deseo de matarse o morirse. La amenaza es una expresión verbal o escrita del deseo de matarse o morirse que puede ir acompañada de una acción precursora de causarse daño o la muerte. El intento es todo acto realizado con el propósito de hacerse daño y/o quitarse la vida.

Varias investigaciones han asociado la ideación suicida con depresión, los pensamientos disfuncionales y los eventos de vida negativos. Otros estudios han encontrado que las actitudes disfuncionales juegan un rol moderador entre los eventos negativos y los subsiguientes niveles de disforia. La depresión es quizás el predictor más fuerte de la conducta suicida.

La depresión clínica es un trastorno caracterizado mayormente por sentimientos de tristeza, irritabilidad, cambios en el apetito y en los patrones de sueño, baja autoestima y pensamientos o actos suicidas (22). Aunque el suicidio es incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (23) como síntoma de depresión, éste no es un sinónimo de la misma.

Un adolescente que exhibe o expresa conducta suicida no necesariamente está deprimido. Sin embargo, algunos estudios han demostrado una relación fuerte entre la depresión e ideación suicida.

La adolescencia es el período dónde se establece el sentido de la vida y la identidad propia, a través de las cuales se superan la difusión de roles y la confusión de identidad (24). Este período requiere la búsqueda de identidad y establecer un auto-concepto en el cual el pasado, presente y futuro se unen para formar un todo. Si el/la adolescente fracasa en esta tarea, será susceptible a algunas tendencias autodestructivas, incluyendo el suicidio. Es entonces importante evaluar la relación entre ideación suicida, la depresión, la autoestima, la resiliencia, las disfunciones familiares y otros factores sociales de los adolescentes.

En el Perú, de cada 100,000 personas 18 intentan suicidarse. La prevalencia del deseo suicida de la población de Lima se mantiene en

30%, sin embargo la tasa de suicidio consumado se ha incrementado a 2% (25).

En la Región de Salud de Tacna, del total de personas atendidas en el año 2011 por trastornos mentales, el 26.57% corresponde al grupo poblacional adolescente (10-19 años) y 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.

Pese a que se manejan cifras y estadísticas respecto a las conductas suicidas en adolescentes, no tenemos muchos estudios sobre factores de riesgo asociados a ideación suicida en nuestra ciudad.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores personales, familiares y sociales asociados a la ideación suicida en los estudiantes del quinto año de Secundaria del Distrito de Ciudad Nueva de Tacna?

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar qué factores personales, familiares y sociales están asociados a la ideación suicida en los estudiantes del Quinto año de Secundaria del Distrito de Ciudad Nueva de Tacna.

### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar si factores personales como: Sexo, Autoestima, Resiliencia, Depresión, autocomprensión de las emociones están asociados a la ideación suicida en los estudiantes.
- Determinar si factores familiares como: Dinámica familiar, Nivel socioeconómico familiar, Integridad familiar y antecedentes de intento o suicidio en la familia, están asociados a la ideación suicida en los estudiantes.
- Determinar si factores sociales como: Pertenencia a grupos sociales positivos, Credo religioso, Práctica deportiva, Frecuencia de salida a fiestas y la relación amorosa están asociados a la ideación suicida en los estudiantes.

#### **1.4. FINALIDAD**

Dar a conocer los factores personales, familiares y sociales asociados a la ideación suicida en adolescentes que cursan el quinto año de educación secundaria en el distrito de Ciudad Nueva y contribuir a su detección precoz ya que el suicidio es una situación que puede ser prevenible.

#### **1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

La importancia de la realización de este trabajo se basa en la necesidad de establecer cuáles son los factores personales, familiares y sociales de la población tacneña adolescente con mayor riesgo de presentar ideación suicida, para que de esta manera se ponga más énfasis en el screening de la salud mental del adolescente y así realizar un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado, con lo que se podrá y disminuir los intentos de suicidio en adolescentes en nuestra ciudad.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES**

##### **2.1.1. INTERNACIONALES**

- **Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as. Jeannette Rosselló, Mayra N. Berríos Hernández. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2004, Vol. 38, Num. 2 pp. 295-302**

Este estudio tiene como propósito examinar la relación entre ideación suicida, depresión, autoestima, actitudes disfuncionales y eventos de vida negativos en una muestra clínica de adolescentes puertorriqueños/as, entre las edades de 12 a 18 años (61 féminas, 52 varones). Los/as participantes fueron evaluados con los siguientes instrumentos: Identificación de Riesgo Suicida en Adolescentes (IRSA), Inventario de Depresión para Niños/as (CDI), Escala de Auto-Concepto de Piers-Harris (PHCSCS), Lista de Eventos Estresantes (EVE) y la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS). Los análisis

estadísticos revelaron una relación significativa entre ideación suicida y las variables estudiadas.

- **Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes** *Psicología y Salud*, Carolina Sarmiento Silva y Javier Aguilar Villalobos Vol. 21, Núm. 1: 25-30, enero-junio de 2011

El estudio fue correlacional de campo. Participaron 1,419 alumnos de un plantel público de educación media superior, a quienes se aplicó un cuestionario de autoinforme para evaluar cada una de las variables de interés.

Los resultados muestran que pocos estudiantes han tenido pensamientos suicidas y que las mujeres los sufren en mayor grado que los hombres. Los predictores de la ideación suicida fueron la autoestima y la frecuencia de conflictos con la madre.

Adicionalmente, se encontraron diferentes predictores por género, lo cual señala la importancia de incluir la perspectiva de género para comprender esta fase de la conducta suicida, y a la conducta suicida como un todo.

### 2.1.2. NACIONALES

- **Tendencia a la violencia e ideación suicida en Adolescentes escolares en una ciudad de La amazonía peruana. Cano, Pablo. Revista Peruana Medicina Experimental Salud Publica. 2009**

La muestra fue seleccionada sistemáticamente, fueron 530 adolescentes de 12 a 19 años en los tres más grandes colegios de la ciudad. El 31,3% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 21,1% pensó en quitarse la vida y el 18,1% intentó suicidarse alguna vez, con mayoría en mujeres y en el grupo de 15 a 19 años. La tendencia a la violencia se expresó en pensamiento en 51,7% y en conducta violenta en 18,7% de la muestra, predominantemente en varones ( $p < 0,001$ ). Mediante el análisis multivariado, se encontró asociación ideación suicida y conducta violenta (OR=4,9 IC95% 1,4-17,5), pero no con pensamiento heteroagresivo (OR=2,1 IC95% 0,9-4,9). Conclusión: Existe alta prevalencia de ideación suicida y, haber pensado en quitarse la vida se asoció con haber presentado conducta violenta dirigida hacia otro. Rastrear y tratar a adolescentes violentos puede contribuir a la disminución de la violencia y también del riesgo de suicidio.

- **Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Muñoz, Pinto, Callata, Napa, & Perales, 2005. Revista Peruana de Medicina Experimental. Lima 2005**

Objetivo: Determinar la prevalencia de ideación suicida y su asociación con la cohesión familiar

1500 estudiantes de 15 a 24 años del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CEPUSM), matriculados en el año académico 2005 – I

Muestreo aleatorio simple.

Cuestionario auto administrado formado por la subescala de cohesión familiar del Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scale III y cinco preguntas sobre conducta suicida del Cuestionario de Salud Mental adaptado.

Conclusión: Existe una prevalencia elevada de ideación suicida en estudiantes entre 15 y 24 años del CEPUSM y está asociada a familias con niveles muy bajos de cohesión familiar.

- **Ideación Suicida En Adolescentes Cajamarquinos: Prevalencia Y Factores Asociados. Leal Zavala, Rafael A. Vásquez Rodríguez, Luis E. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Diciembre 2012**

Respecto a las modalidades de ideaciones suicidas, resultaron ser más prevalentes aquellos pensamientos de desesperanza y deseos de muerte así como aquellos concernientes a los beneficios asociados al suicidio se pudo confirmar que las adolescentes mujeres evaluadas presentan mayores niveles de riesgo suicida en comparación que los varones.

Se pudo identificar a nueve adolescentes que viven solos, en ellos se encontró que sus niveles de ideación suicida son marcadamente superiores a los del resto de adolescentes

Las variables psicosociales de funcionamiento familiar, estrés percibido y apoyo social resultaron estar significativamente asociadas al suicidio. Mientras respecto a las de estrategias de afrontamiento, la auto-denigración y pasividad que resultó en mayor medida asociada al suicidio.

- **Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. Horacio Vargas A,C, Javier E. Saavedra. B, Revista peruana de Epidemiología. Diciembre 2012**

Resultados: La prevalencia de vida, en el último año y actual del deseo de morir fue: 29.1%, 15.2% y 6.8% respectivamente, observándose según el modelo de regresión logística múltiple final, asociaciones estadísticamente significativas con: sexo femenino (OR: 2.3, IC95%: 1.6-3.3), nada o poca satisfacción con su inteligencia (OR: 2.0, IC95%: 1.2-3.4), principios y valores diferentes a los de la familia (OR: 3.0, IC95%: 2.0-4.7), tener amigo confidente (OR: 1.6, IC95%: 1.1-2.5), tener enamorado(a) (OR: 1.9, IC95%: 1.4-2.8), dificultades en las funciones como hijo (OR: 1.8, IC95%: 1.1-2.9), fobia social (OR: 4.0, IC95%: 2.1-7.4) y episodio depresivo (OR: 2.8, IC95%: 1.5-5.2). En cuanto al intento suicida, la prevalencia de vida, en el último año y actual fue: 3.6%, 2.4% y 0.4% respectivamente, observándose según el modelo de regresión logística múltiple final, asociaciones estadísticamente significativas con: sentir que nada o poco lo respetan en la familia (OR: 4.8, IC95%: 1.9-12.0), tener enamorado(a) (OR: 2.7, IC95%: 1.2-6.0) y episodio depresivo (OR: 8.5, IC95%: 3.7-19.4). Conclusiones: La presencia de depresión y fobia social, así como los aspectos de la dinámica familiar aparecen como factores importantes a considerar en la prevención de la conducta suicida en adolescentes.

### 2.1.3. LOCALES

- **Factores asociados a la ideación suicida en los estudiantes del quinto año de secundaria del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, J. Aguilar Vilca. Revista Médica, Año 2009 Tacna**

La alta ideación suicida se presentó en el 2.9%; en un nivel medio 14.3%; en un nivel bajo 75% y no presentaron 7.8%. Las características personales asociadas a la ideación suicida fueron: Insuficiente autocomprensión y baja resiliencia; de las características familiares: dinámica familiar disfuncional y presencia de antecedentes familiares ( $p < 0.05$ ), no se encontraron factores sociales asociados con ideación suicida. Las características personales que no estuvieron asociados fueron: sexo, autoestima y depresión; características familiares: tipo de familia y nivel socioeconómico y entre las sociales fueron: pertenencia a grupos sociales positivos, religión, práctica de deporte, relación amorosa y frecuencia de asistencia a reuniones sociales ( $p > 0.05$ ). Conclusión: La insuficiente autocomprensión, baja resiliencia, disfunción familiar y antecedente familiar de suicidio estuvieron asociados a la ideación suicida en los estudiantes de secundaria.

## **2.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

### **2.2.1. La ideación suicida**

Entre las manifestaciones del comportamiento suicida, la ideación suicida es considerada como la de menor riesgo; no obstante, representa su primera manifestación. Esto ubica a la ideación suicida como un asunto de vital importancia para la toma de decisiones orientadas a la identificación de personas con riesgo de suicidio (Rosales, 2010).

Se considera que la ideación suicida es un fenómeno prevalente en los adolescentes y adultos jóvenes así como es un factor de riesgo para el intento de suicidio (Conner, Meldrum, Wiwczorek, Duberstein, & Welte, 2004). Está representada por la presencia de planes y deseos actuales para cometer el suicidio en personas que no han realizado algún intento reciente de suicidio (Beck, Steer, & Ranieri, 1988).

La distinción entre ideación y el intento suicida difieren en términos del grado de severidad o intensidad de la motivación para terminar con la propia vida así como la naturaleza de su expresión. En el caso de la ideación suicida, está más relacionada con procesos cognitivos,

mientras que intento se relaciona al comportamiento (Norlev, Davidsen, & Sundaram, 2005).

Asimismo, las ideaciones suicidas presentan distintos grados de severidad, desde aquellas relacionadas a deseos pasivos de morir hasta planes completamente formulados para morirse (Casey, y otros, 2006). Estos últimos son de mayor importancia clínica.

Rosales (2010), tomando el planteamiento de Neuringer (2001), señala tres características del pensamiento suicida.

- Estructura de pensamiento suicida
- Rigidez y constricción
- Percepción distorsionada del tiempo

La estructura del pensamiento suicida comprende tres aspectos. El primero de ellos corresponde al razonamiento catalógico, que hace referencia a un raciocinio basado en falacias lógicas, tales como suponer lo siguiente: “todo el que se mata a sí mismo recibe atención; por lo que si yo me mato recibiré atención”. La segunda concierne a una desorganización semántica, identificada con estrategias cognitivas dirigidas a la evitación del pensamiento asociado al temor de morir. La tercera atañe a un pensamiento dicotómico extremo, que implica la polarización del

pensamiento, esto es, carencia de oportunidades o puntos medios.

La rigidez y constricción de pensamiento se relaciona con la dificultad para aceptar cambios y nuevas opciones de conductas. Es tipo de raciocinio hacer que la persona se sitúe en una situación sin escape. Por ejemplo, un adolescente que luego de una ruptura amorosa piensa que nadie en el mundo lo ama y que ha perdido la felicidad para toda su vida.

La percepción distorsionada del tiempo es la tendencia a “congelar” o detener el tiempo; es decir, la incapacidad de incorporar el pasado y prever acciones para el futuro. Razón por la cual las personas con tendencia suicida perciben los hechos o acontecimientos en el tiempo de modo significativamente distinto al de las demás personas, pues para ellas no hay más tiempo que el presente, el cual además no es nada significativo. Esto limitaría la capacidad del adolescente para identificar situaciones positivas o buenas que también pudo haber experimentado durante los años de su vida así como para visualizar un conjunto de oportunidades que podría alcanzar en un futuro.

Otro aspecto importante de la ideación suicida considerado también por Rosales (2010) es que generalmente ella generalmente no se presenta sola; es decir, viene acompañada de lo que se denomina factores de riesgo. Esto último permite distinguir entre casos de ideación suicida silenciosa y los de ideación suicida manifiesta.

En estos últimos casos la ideación suicida es acompañada de factores tales como alcoholismo, drogadicción, propensión a accidentes, etc.

La evidencia de que la ideación suicida se presenta asociada con otros factores es diversa y múltiple. Así se tiene información de que la ideación suicida, especialmente en jóvenes y adolescentes, tiende a presentarse en asociación con problemas en el sistema familiar, tales como baja cohesión y adaptabilidad, inseguridad en el cariño de los padres a hijos, violencia de los padres, deficiente comunicación con la madre y el padres, falta de apoyo familiar y estrés vinculado con las relaciones familiares, presencia de ideación suicida en los padres, bajas calificaciones y la percepción de un desempeño escolar regular o malo, sintomatología depresiva, baja autoestima y altos niveles de impulsividad, y, en mujeres, historia de violación y estar sola más de ocho horas al día.

En hombres el estrés crónico es un predictor de la ideación suicida, en tanto que en las mujeres lo es la baja

autoestima y la disfunción familiar, lo que se incrementa cuando ésta se combina con el consumo de alcohol. Por otra parte, se ha reportado que la permanencia de la ideación suicida por periodos largos es un antecedente significativo para el pronóstico del intento de suicidio.

Es más, se ha registrado que si se presenta ideación suicida durante la adolescencia y se vuelve a manifestar en la adultez, se incrementaría la probabilidad de la aparición de problemas en el funcionamiento psicosocial y, en general, de síntomas psicopatológicos.

### **2.2.2. La ideación suicida en los adolescentes**

La adolescencia es un periodo particularmente vulnerable en la vida. Aun no equipados con las suficientes habilidades para la vida, los adolescentes se involucran en comportamientos de alto riesgo, buscan desesperadamente la aprobación de sus coetáneos y experimentan más conflictos con la autoridad. En opinión de Ann (2010), el escenario antes descrito, sería razón para no sorprendernos que los adolescentes tengan mayores índices de muertes violentas, especialmente el suicidio.

A partir del año 2001 La Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró el suicidio como un tema importante para la salud pública de los jóvenes por tres razones (Eguiluz, Córdova, & Rosales, 2010):

- a. Es una de las principales causas de muerte entre la población joven en la mayoría de los países

desarrollados así como en los que están en vías de desarrollo.

- b. Existe grandes diferencias en las tasas de suicidio entre los diferentes países del mundo, los sexos y los grupos de edad (indicador de la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales)
- c. Los suicidios de gente joven y de las mujeres se han convertido en un problema creciente en todo el mundo.

Para González-Forteza y Jimenez (2010) la investigación de la problemática suicida en los estudiantes adolescentes requiere centrar nuestra atención en la categoría Lesiones Auto-infligidas Deliberadamente (LAD), ya que su definición comprende un amplio espectro de conductas, que pueden tener como resultado secuencias letales o no letales. En este conjunto de conductas auto-destructivas están implícita aquellas denominadas: gesto suicida, intento o tentativa suicida (con su monto de letalidad correspondiente) y, en consecuencia, el suicidio consumado. Sea cual fuere la causa que consciente o inconscientemente motive a los adolescentes a autolesionarse o tratar de quitarse la vida, el control sobre la vida o la muerte no es absoluto; ya que hay quienes han sobrevivido a la autolesión, aun teniendo una franca convicción y propósito de morir, y haya quienes han muerto habiendo querido permanecer vivos. En definitiva, las lesiones auto-infligidas deliberadamente, y el intento de suicidio en específico, por sí mismos se constituyen en

factores de riesgo para la salud mental, más allá de las interpretaciones que se les pudiera o se les quisiera asignar.

La problemática de suicida en la población escolar es un tópico relativamente reciente, pero que amerita atención urgente; pues las condiciones que la subyace también tienden al aumento y, con ello, la tendencia al riesgo suicida es cada vez mayor (González-Forteza & Jimenez, 2010).

Una de las dinámicas importantes en el suicidio adolescente es la herida narcisista, cuando un pedido de ayuda es sentido como no aceptable para un ego ideal (Apter, 2002). Esto llevaría a los adolescentes a intentar suicidarse ante el más mínimo fracaso. Es más, muchos de estos tipos de adolescentes son descritos como personas muy “cerradas” para quienes la costumbre de no expresar sus emociones no les permiten quejarse o pedir ayuda.

Aunque algunos jóvenes realizan intentos de suicidio impulsivo, muchos experimentan pensamientos suicidas y transitan el proceso planteado por el modelo continuo del suicidio (ver apartado 3.2.1.2). Así por ejemplo, para el caso de los estudiantes de secundaria estadounidenses, se halló que 21% había tenido pensamientos suicidas en lo que va del último año; 16% había tenido planes de intento de suicidio y 3% tuvo un intento de suicidio que requirió

tratamiento médico (Kachur, Potter, Powell, & Rosenberg, 1995)

Por su parte, Norlev y otros (2005) señalan algunos estudios que reportan una prevalencia vida de ideación suicida de los adolescentes de 10 años ubicada entre el 2% al 19%, mientras que la del intento de suicidio del 0,7% al 6%; asimismo, del 3.8% al 14.0% habrían realizado uno o más intentos de suicidio. Como en la mayoría de estudios, las mujeres presentan mayor nivel e de ideación suicida en los primeros años de la adolescencia en comparación con los varones (Borges & Werlang, 2006; Jatobá & Bastos, 2007; Park, Schepp, Jang, & Koo)

Para Lippincott, Williams y Wilkins (2001) las ideas o pensamientos suicidas es común entre los niños y adolescentes de ambos sexos y no siempre están asociados a rasgos psicopatológicos. No obstante, son de interés clínico cuando se presentan como amenazas serias para la integridad del adolescente. Asimismo, los trastornos del comportamiento incrementan el riesgo de ideación suicida en niños de 12 años de edad y los más jóvenes. De otro lado, el consumo de sustancias psicoactivas y la ansiedad de separación podría provocar en los adolescentes con ideas suicidas de ambos sexos un intento de suicidio. Dichos autores refieren también que los trastornos del humor y la ansiedad incrementa el riesgo de ideación suicida. Así por

ejemplo, los ataques de pánico son un factor de riesgo de la ideación suicida; mientras que la agresividad incrementa el riesgo de ideación o intento de suicidio en los varones.

Los adolescentes con intento de suicidio se diferencian de aquellos con ideas suicidas por presentar una severa y más duradera desesperanza, aislamiento, ideación suicida y resistencia para discutir sobre los pensamientos suicidas.

En el caso de Latinoamérica, la ideación suicida en muchas ciudades sudamericanas está por encima del promedio mencionado en la revisión sistemática, pues oscila entre 17.1% en Brasil (2005) y 59.7% en Chile (2007). Llama la atención que en Perú, en estudios realizados sobre todo en zonas urbanas, este problema aparece con una frecuencia hasta 20% mayor al promedio sudamericano.

En Perú el antecedente de intento suicida fluctúa entre 2.9% en la sierra (2003) y 22.3% en la costa norte (2011), por lo que sería importante estudiar cuáles son los factores que lo propician, pues la evidencia de estudios realizados en este grupo etario lo proyecta como la principal comorbilidad y causa de mortalidad asociada con los trastornos mentales para 2020.

### **2.2.3. Conducta Suicida en Adolescentes**

Pese a que el fenómeno de la conducta suicida ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, sólo recientemente se ha enfatizado su estudio dentro de la adolescencia.

Es así como ha ido desarrollándose un importante campo de investigación, que ha permitido realizar precisiones a nivel conceptual y del quehacer terapéutico, ampliando la comprensión del fenómeno desde una perspectiva individual a una interaccional, al incluir la influencia de los distintos factores en el desarrollo de cada persona (tanto en su estancamiento como en su promoción).

### **2.2.4. Concepto y Clasificación de las conductas suicidas**

El término 'suicidio' ha aparecido tardíamente en la historia, viniendo a sustituir las voces antiguas de 'matarse', 'asesinarse' o 'destruirse', las cuales traducían el sentido de crimen contra uno mismo. La voz 'suicidio' es un latinismo proveniente de los vocablos sui (sí mismo) y caedere (matar), que ha aportado un carácter más abstracto y cultista que las anteriores voces.

Para Ulloa (26) señala que "el suicidio es el término que una persona, en forma voluntaria e intencional, hace de su vida". Altamirano (27), realiza un planteamiento similar, refiriendo que el suicidio "se entendería como el rechazo definitivo de la vida y como una indicación de la necesidad de abandonar toda relación humana".

De acuerdo con esto, Pfeffer (22), la conducta suicida en adolescentes puede definirse como “una preocupación o acto que intencionalmente pretende infligir un daño o la muerte a sí mismo”.

El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia contiene varios términos al respecto: ‘suicidio’: acción y efecto de suicidarse; ‘suicida’ (como sustantivo): persona que se suicida; ‘suicida’ (como adjetivo): dicese del acto o conducta que daña o destruye al propio agente; ‘suicidarse’: quitarse violenta y voluntariamente la vida.

Sin embargo, desde el punto de vista de la ciencia, las concepciones acerca del suicidio han evolucionado a lo largo de la historia, desde su valoración como un mero acto hasta contemplarlo como parte de un concepto más complejo y amplio como es la conducta suicida (28).

Durkheim es el primer autor que realiza una definición de suicidio de forma que se delimite la conducta suicida de otras en las que también resulta la muerte. Para ello incluye en ésta las características de finalidad intencional y autoprovocación. Define además la tentativa de suicidio como un fracaso material de dicha intencionalidad.

Esta definición de Durkheim es una de las más citadas en el tema del suicidio: 'Se llama suicidio, toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado.

La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte'. Esta definición ha sido cuestionada con posterioridad, al observar que la intencionalidad de los 'suicidas' no siempre era la de matarse, sino que existían otras frecuentes, tales como demandar atención, escapar a situaciones conflictivas, o incluso agredir vengativamente a otros con la propia muerte (28).

Estas diferencias entre la definición propuesta por Durkheim y las concepciones actuales probablemente se deban al enfoque de la primera hacia el 'suicidio e intento de suicidio', en contraposición con el enfoque actual de tal definición dirigido hacia la 'conducta suicida', concepto que resulta más amplio y heterogéneo.

El concepto de 'acto suicida' fue introducido en 1969 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como 'todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil'.

En la CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades), publicada en 1992, las conductas suicidas se incluyen en el capítulo XX, sobre 'Causas externas de morbilidad y mortalidad'. Desde el apartado X60 hasta el X84 se incluyen las Lesiones Autoinflingidas, que se definen como intoxicaciones o lesiones traumáticas que se inflinge deliberadamente un individuo.

En esta última clasificación de la OMS es de destacar que se han obviado aspectos tales como voluntariedad, finalidad del acto y motivaciones conscientes o inconscientes.

“La mayoría de los autores constatan que en la adolescencia la conducta suicida es un continuo” (29), tratándose siempre de un síntoma. Este continuo abarcaría:

- **Ideación suicida:** Se incluye desde pensamientos inespecíficos de muerte o el escaso valor de la vida, hasta pensamientos concretos, estructurados y recurrentes de provocarse daño o la muerte (29; 30), esto abarcaría un plan y la disponibilidad de métodos para llevar a cabo un intento, junto con la aceptación de los pensamientos suicidas (30). Las ideas suicidas se clasifican según su complejidad (31) en: **1) Leve:** sólo ganas de morir, **2) Moderada:** ganas de morir con esbozo de planificación y, **3) Grave:** decisión de morir, con planificación exhaustiva para su concreción.

- **Amenaza o gesto suicida:** constituidas por verbalizaciones o precursores de actos que, si llegan a realizarse en su totalidad, conducirían a un daño serio o la muerte (29).
- **Intento, tentativa de suicidio o parasuicidio:** todo acto realizado por el individuo, mediante el cual puede ocasionarse la muerte. Según el riesgo vital, pueden subclasificarse en intentos leves (actos que casi no implican riesgo) o intentos serios (actos que de no mediar la intervención de terceros o un tratamiento médico eficaz, concluirían en la muerte (29).
- El intento de suicidio tiene mayores probabilidades de ocurrir cuando el adolescente presenta todo el espectro de cogniciones y verbalizaciones suicidas, incluyendo ideación, planificación e intentos (30).
- **Suicidio consumado:** “Todos los actos autoinflingidos por el niño / a o joven y que dan como resultado su propia muerte” (31).

Para la OPS (23), la conducta suicida constituye una de las formas en que se presenta la violencia, en este caso autoinflingida, y que también abarca otro tipo de conductas como las automutilaciones. Con respecto a la agresión y la violencia, se ha estimado que entre un 10 y 20% de sujetos suicidas tienen historias de violencia, mientras que un 30% de personas violentas tiene historias de comportamientos suicidas (32).

La OPS, en este mismo documento, señala “recientemente se ha propuesto el término “comportamiento suicida mortal”, basado en resultado, para los actos suicidas que ocasionan la muerte y, de igual manera, “comportamiento suicida no mortal” para las acciones suicidas que no provocan la muerte” (23).

Ulloa (24), plantea que el suicidio parece ser el final de un proceso que comienza en la infancia. Es decir, un adolescente no llega a ser suicida de forma abrupta, sino que a través de un proceso que consta de tres fases:

- **Fase inicial:** se constituye por una historia de problemas emocionales y conductuales de moderada magnitud en la niñez temprana.
- **Fase de escalada:** se produce al comienzo de la adolescencia, con la incorporación de nuevos problemas propios de la edad, que llevan al sujeto a un sentimiento de soledad (cambios corporales, preocupaciones sobre la sexualidad y el rendimiento escolar, problemas en las relaciones con los padres, etc.).
- **Fase precipitante final:** durante los días previos al intento de suicidio, la comunicación con los padres se bloquea, ocurre un distanciamiento de los amigos, elementos con los cuales aumenta el sentimiento de soledad aparecido ya en la etapa anterior. Hay un quiebre en las relaciones, después de lo cual probablemente ocurra la conducta suicida.

Como proceso clínico, el suicidio constaría de tres etapas descritas por Poldinger (33)

- **Etapa de consideración:** morir representa la posibilidad de resolver problemas, sean estos reales o aparentes. El proyecto se organiza en torno a las fantasías y experiencias de la persona. Al principio considerar la posibilidad de eliminarse, le genera al individuo ansiedad, sin embargo, luego se estructura y se torna egosintónico.
- **Etapa de ambivalencia:** se hace presente la indecisión y la lucha entre tendencias constructivas y destructivas. Por lo tanto, esta etapa es de conflicto y crisis. Durante este período se manifiestan señales y avisos de la intención de suicidarse.
- **Etapa de decisión:** la persona opta por suicidarse. Durante este período se observan señales directas e indirectas, actos preparatorios, ideas y representaciones concretas respecto a la opción por la muerte.

Los actos suicidas cuidadosamente planeados son escasos. La mayoría de los casos son llevados a cabo bajo un fuerte impulso repentino, a pesar que la ideación suicida haya estado presente con anterioridad (30). “El deseo de suicidarse responde a factores ambientales y vulnerabilidad personal, la que está determinada por una interacción entre el nivel de desarrollo psíquico, las experiencias tempranas de vida y los factores constitucionales. De estas variables dependería el nivel de autocuidado que tenga el niño” (29).

En torno al tema de las conductas suicidas, existe consenso que ésta (sean ideas, intentos o suicidios consumados) no se trata de una “entidad mórbida específica, sino que puede darse en una gama de situaciones que van desde eventos de vida estresantes, depresión mayor, abuso de drogas y alcohol, conducta antisocial, historia familiar disfuncional, impulsividad y agresividad, imitación a través de los medios de comunicación y otros” (34). Es decir, más que una entidad mórbida en sí, se trata de un signo, síntoma o indicador.

El acto suicida, según Shneidman (35) presenta características comunes sin importar los distintos factores que pueda tener a la base. Éstas son:

- Su propósito es buscar una solución;
- Su objetivo es sacar de la conciencia los contenidos que están ocasionando sufrimiento;
- Estos contenidos se relacionan con necesidades psicológicas frustradas;
- La emoción a la base es la desesperanza e indefensión;
- Su acción es el escape, lo cual es coherente con el patrón de enfrentamiento que el sujeto ha ido desarrollando a lo largo de su historia; y
- Su acto interpersonal es la comunicación de la intención.

En un estudio realizado por Boergers (30), entre las razones más frecuentes referidas por adolescentes que realizaron un intento de suicidio estuvieron: el deseo de morir (28 %), obtener alivio (18 %) y escapar (13 %). Las razones de carácter manipulador fueron menos frecuentes (9 %). Datos similares aportan Londino, Mabe y Josephson (36), quienes encontraron que las motivaciones más frecuentes en adolescentes tenían que ver más con el deseo de morir, obtener alivio o escapar, que conseguir la atención de otros.

Los adolescentes que expresaron el deseo de morir como razón para realizar el intento de suicidio, reportaron más desesperanza, depresión, tendencia al perfeccionismo y dificultades para expresar rabia (30). Por otra parte, Hendin (33) sugiere que el significado nuclear de todos los intentos de suicidio sería obtener control sobre situaciones que el adolescente considera intolerables y donde se siente incapaz de influir de manera más racional y menos dramática. Así, obtendrían control mágico sobre una pérdida (a través de reunirse con otro luego de su muerte), aliviarían la culpa de no poder cumplir las expectativas sociales y familiares, concretizarían el deseo de venganza y castigo a otros, adquirirían control en familias disfuncionales (chivo expiatorio) y en situaciones catastróficas (33).

### **2.2.5. Desarrollo del concepto de muerte**

Pese a que la intencionalidad de provocarse la muerte o un daño serio a sí mismo, es un elemento que define la conducta suicida, en el caso de los adolescentes que presentan este tipo de conductas, resulta muy difícil de evaluar. “Esta dificultad tiene que ver con el desarrollo cognitivo respecto al concepto de muerte y a la irreversibilidad de este fenómeno, hecho que no se logra entender cabalmente hasta el comienzo de la prepubertad” (35).

La discusión que se da en torno a la intencionalidad, es comprensible dentro del marco de diferencias que presenta la conducta suicida en las etapas de niñez y adolescencia, en cuanto al desarrollo del concepto de muerte.

Ajuriaguerra (37), describe el desarrollo de la noción de muerte en el niño, postulando que “dicha evolución se organiza en torno a dos puntos esenciales: cómo percibir la ausencia y cómo integrar la permanencia de la ausencia. Desde esta perspectiva la muerte se concibe como el fin definitivo de la vida”.

En este sentido, el niño primero debe desarrollar la noción de ser, para luego poder desarrollar el concepto de “no-ser”. De este modo, esta evolución se daría en 4 etapas:

**a) Hasta los 2 años:** “existe una incomprensión total y una indiferencia completa por el tema” (38).

**b) De 2 a 6 años:** corresponde a una percepción mítica de la muerte. “Llega a ser un concepto de interrupción y desaparición. La muerte es además provisional, temporal y reversible, siendo a la vez aceptadas y negadas sus consecuencias (...). Los dos estados vida – muerte no son opuestos ni contradictorios, son estados diferentes, ni amenazantes ni contrarios y cada uno de ellos es reversible” (38).

**c) De 6 a 9 años:** en esta etapa, van a producirse 3 cambios en el concepto de muerte. En primer lugar, “es el paso de una referencia individual (...) a una referencia universal (...). Después el paso de lo temporal y reversible a lo definitivo e irreversible (...). Por fin, se produce el cambio del significado moral ligado a la muerte. Una muerte considerada castigo o venganza pasa a ser un proceso natural, un elemento del ciclo biológico” (38).

**d) Desde los 9 años en adelante:** que corresponde a una fase abstracta, “la de la angustia existencial que supone el acceso a la simbolización de la muerte y al conocimiento de este concepto, pero también el temor a la pérdida real y al final de su propio destino, (...) se produce la introducción del pensamiento adulto sobre la muerte, sus corolarios

filosóficos, metafísicos, religiosos, psicosociológicos y éticos” (38).

Es necesario considerar que el desarrollo del concepto de la muerte no sólo depende de la edad, sino también del desarrollo emocional y cognitivo, así como de las experiencias personales y familiares relacionadas con la muerte (29).

#### **2.2.6. Factores de Riesgo**

Los factores de riesgo para la conducta suicida pueden agruparse en:

- **Factores personales:**

- **Trastornos psiquiátricos asociados:**

- Más del 90% de los suicidios juveniles han tenido al menos un desorden psiquiátrico, aunque las víctimas adolescentes menores de suicidio tienen porcentajes más bajos de psicopatología, promediando alrededor de un 60% (39).

- En Chile, el intento suicida en adolescentes se asocia con depresión, desórdenes conductuales, abuso de sustancias, déficit atencional, trastornos de aprendizaje y desorden límite de personalidad (40). “La única enfermedad que se ha visto ligada al suicidio en pediatría es la epilepsia” (24). Esto, dado que el uso de fenobarbital como anticonvulsivante puede asociarse con

depresión e ideación suicida, aumentando el riesgo de ocurrencia de este fenómeno en la población epiléptica.

El Trastorno Depresivo es el más prevalente entre adolescentes víctimas de suicidio, oscilando entre 49 y 64% (41). Este desorden es más probable en las víctimas de sexo femenino que en las de sexo masculino. Stone (42), señala que las cifras de suicidio completado son particularmente altas en hombres con Trastorno de personalidad Límitrofe junto con un Trastorno Afectivo severo.

El Abuso de Sustancias es otro importante factor de riesgo, especialmente entre víctimas adolescentes mayores de sexo masculino. Por una parte, el individuo que presenta este trastorno con frecuencia experimenta conflictos con la familia y con otras personas de su red de apoyo social. A su vez, estos conflictos son fuente de estrés, lo cual se asocia con riesgo suicida. Por otra parte, el consumo de algunas sustancias tiene como resultados secundarios la presentación de síntomas psiquiátricos, como efecto en el sistema nervioso central. Además, el síndrome de intoxicación por consumo de algunas sustancias (como el alcohol), puede asociarse a labilidad emocional y a una disminución del control de impulsos, lo cual aumenta el riesgo de conducta suicida impulsiva. El abuso de sustancias se relaciona con

frecuencia a problemas legales derivados de una conducta agresiva y/o antisocial (actividad delictual).

También ha sido encontrada una alta prevalencia entre Trastornos Afectivos asociados a un Trastorno por Abuso de Sustancias (40). Fyer et al. (33), señala que la combinación de Trastorno de personalidad Límite con un Trastorno Afectivo conllevan un alto riesgo de suicidio, especialmente combinado con Abuso de Sustancias.

Los Trastornos de Conducta también son frecuentes en víctimas suicidas adolescentes de sexo masculino. Aproximadamente un tercio de ellos han tenido un Trastorno de Conducta, frecuentemente asociado con un Trastorno del Ánimo, ansiedad o Abuso de Sustancias. Este tipo de trastorno puede conllevar alguna acción legal o disciplinaria, lo cual se constituye en una fuente de estrés. Además, este trastorno se correlaciona con otros factores de riesgo como disfuncionalidad familiar, impulsividad y Trastornos de Aprendizaje (40).

El Trastorno por Ataque de Pánico también ha sido asociado con un aumento de riesgo de conducta suicida en adolescentes. Sin embargo, parece tener especificidad de género. Así, los ataques de pánico pueden aumentar el riesgo suicida sólo en las niñas (40).

El Trastorno Límite de Personalidad, en especial la inestabilidad anímica, es un componente importante de la conducta suicida.

Además, los sujetos que presentan este trastorno junto con el Trastorno Depresivo, son más tendientes a la realización de intentos de suicidio que quienes sufren Depresión junto con otro tipo de Trastornos de Personalidad (26).

Cabe destacar que, “a pesar de la alta prevalencia de afecciones psiquiátricas individuales en los jóvenes suicidas, sólo un tercio de las víctimas de suicidio han sido vistos por un médico antes de su muerte. El suicidio ocurre como consecuencia de las distorsiones de percepción y juicio que caracterizan a un estado psíquico perturbado” (24).

Asimismo, actualmente la autoestima se presenta como un factor de riesgo en controversia para ideación suicida (43), sin embargo la OPS la autoestima determinante en la conducta suicida (23).

### **Historia de atentados suicidas previos:**

Este es un fuerte predictor de suicidio consumado, sobre todo en los seis meses siguientes al primer intento (23), dando un riesgo particularmente alto para los adolescentes varones y menos elevados para las adolescentes mujeres. Entre un cuarto y un tercio de víctimas de suicidio juvenil han hecho un atentado previo (37). Además, se constituye en un riesgo para el desarrollo de problemas psicosociales tales como comportamiento criminal, problema de alcohol y drogas, y divorcio (44).

En diversos estudios se ha encontrado que tanto la presencia de la ideación suicida, como de atentados previos, se constituyen en importantes factores de riesgo y predictores de suicidio consumado (45)

- **Factores cognitivos y de personalidad:**

La desesperanza ha sido fuertemente asociada con riesgo de suicidio, incluso más que la depresión en sí misma, encontrándose altos niveles de desesperanza en individuos con conductas suicidas (40). Combinada con la impulsividad del adolescente, puede resultar bastante peligrosa (46). Otro elemento es la baja autoestima y la escasa habilidad de resolución de problemas, donde se ha encontrado que las soluciones tienden a ser irrelevantes y repetitivas (47), con un enfrentamiento evitativo y pasivo (53).

También se encuentra el comportamiento agresivo – impulsivo (40; 23). Mehrabian y Weinstein (47), plantean que las características temperamentales de sumisión, excitabilidad, “neuroticismo” y “tendencia a la ansiedad” diferencian a los sujetos que presentan una predisposición al desarrollo de conductas suicidas del resto de la población. Por otra parte, la sensibilidad a las críticas por parte de los demás y el perfeccionismo han sido relacionadas con la ideación suicida (47).

Un estilo atribucional interno para eventos negativos que se relaciona con el aumento de culpa en respuesta a estresores interpersonales, ha sido vinculado con la aparición de ideación suicida (30). Otro factor considerado como incrementando el riesgo suicida es la hostilidad, la cual ha sido recientemente asociada con conductas de autoagresión dirigidas a castigar a otras personas como padres o pares (48).

El autoconcepto construido por estos adolescentes se basa en la incorporación de fallas personales, escolares y sociales, lo cual conduce a un autodevaluación y a la consideración del suicidio (48). El miedo a la muerte es vivenciado de manera distinta en quienes realizan un intento de suicidio.

Así, estos adolescentes reportan menores niveles de miedo a la muerte, por lo que este elemento no cumpliría su función inhibitoria como en los sujetos que no presentan conductas suicidas (20).

### **Orientación sexual:**

Recientes estudios encontraron un incremento significativo (desde 2 hasta 6 veces más) del riesgo de conducta suicida no letal en jóvenes homo y bisexuales (40). “Los adolescentes homosexuales presentan tasas de tentativas de suicidio más elevadas que la población general y que la población homosexual de mayor edad” (24). Con frecuencia esta conducta se presenta el mismo año en que se identifican a sí mismos como homo o bisexuales, ya que a raíz de este hecho se produciría un disturbio intra e interpersonal, aislamiento y estigma social. El adolescente no sería capaz de tolerar y enfrentar esta situación, llevándolo a considerar la muerte como la solución más efectiva a su situación (24). En los casos en que estos adolescentes presentan mayor apoyo social en la familia y los pares, disminuye el riesgo suicida (49).

- **Factores biológicos**

Se ha estudiado una anomalía en la función de la serotonina en los individuos suicidas y en sujetos impulsivos y agresivos. Recientemente, el blanco de los estudios ha sido el polimorfismo que presentarían tres genes que juegan un importante rol en la regulación de la serotonina (40).

- **Factores Psicosociales**

- **Características familiares**

**Historia familiar de conducta suicida:** Se ha encontrado que el suicidio juvenil es casi 5 veces más probable en la descendencia de madres que realizaron suicidio consumado y 2 veces más común en la descendencia de padres con las mismas características (40).

**Psicopatología parental:** Altos porcentajes de psicopatología parental, particularmente Depresión y Abuso de Sustancias, han sido encontrados en asociación con suicidio consumado, con ideación e intentos suicidas en la adolescencia (40).

**Divorcio:** Los estudios muestran que las víctimas de suicidio provenían de familias no intactas. La asociación

entre separación / divorcio y conducta suicida disminuye cuando éste se explica por psicopatología parental (40).

**Relación padres – hijos:** Las relaciones dañadas están asociadas con un aumento en el riesgo de suicidio y de intentos suicidas entre los jóvenes. Por otra parte, factores precipitantes suelen superponerse a situaciones desfavorables del ambiente familiar que por lo general son de larga historia (40). El joven no encuentra apoyo en su familia, siente hostilidad y rechazo, percibe desinterés por sus problemas y críticas a sus comportamientos. “La frustración que le provoca este trato se transforma en violencia hacia sí mismo y lo lleva a la ruptura de los vínculos familiares” (24). Se trata de relaciones caracterizadas por episodios de extremo estrés y conflicto, por lo que los adolescentes viven en un ambiente poco predecible resultándoles difícil confiar en sus padres (26).

Generalmente estos adolescentes temen a la disciplina excesiva y se sienten culpables por causar estrés en sus padres (26).

**Características del grupo familiar:** Villardón (1993), basándose en numerosos estudios, plantea que en las familias de adolescentes que tienden a desarrollar conductas suicidas se han detectado conflictos interpersonales, ambivalencias, dificultades de comunicación, hostilidades, violencia, carencias afectivas e indiferencia, control excesivo, ausencia de límites generacionales, relaciones conyugales conflictivas, inflexibilidad y relaciones simbióticas.

“En el momento mismo de la crisis suicida las características típicas encontradas en la familia son: incapacidad para aceptar los cambios necesarios, roles perturbados, afectos deteriorados, sistema familiar cerrado dominado por un miembro frágil de la familia, trastorno en la comunicación, intolerancia ante las crisis” (50). Del mismo modo, Almonte (29), señala que “los adolescentes que intentan suicidarse suelen proceder de familias que se caracterizan por la falta de empatía, escaso compromiso y que además presentan dificultades en el funcionamiento de los distintos subsistemas que la conforman”.

Estas familias podrían encontrarse en “deprivación social significativa, con una red de apoyo restringida o inefectiva para contener las conductas impulsivas” (29). La relación fraternal se caracteriza por la falta de solidaridad e individualismo (29). Los estudios han mostrado que el estrés familiar es el factor medioambiental más importante asociado con la conducta suicida en adolescentes. Así, la desorganización familiar crónica o reciente o la presencia de crisis familiar son frecuentes en adolescentes que intentan suicidarse (26).

**Características de los padres:** Margolin y Teicher (51), señalan que las madres de los adolescentes que presentan conductas suicidas presentan incapacidad de responder en forma efectiva a las necesidades de sus hijos e inmadurez, mientras que los padres o bien están ausentes, o son percibidos por los hijos con indiferencia o disgusto.

Como subsistema parental, suelen ser rígidos e inconsistentes en el establecimiento de límites y normas, con vinculaciones inestables o desapegadas (29). Con frecuencia, los padres de adolescentes con conductas suicidas presentan altas manifestaciones de depresión y agresión (26).

### **Circunstancias de vida adversas**

**Eventos vitales estresantes:** “Los eventos que han ocurrido más frecuentemente entre la población suicida tiene que ver con la pérdida y el conflicto interpersonal” (51). Gould (40), plantea que la prevalencia de estresores específicos entre las víctimas de suicidio varía según la edad. Así, los conflictos entre padres e hijos son precipitantes más comunes en víctimas adolescentes menores, mientras que las dificultades de pareja son más frecuentes en adolescentes tardíos. A su vez, Villardón (52), señala la importancia de la presión académica y el fracaso escolar como precipitantes de la conducta suicida. Los estresores vitales también varían según los desórdenes psiquiátricos que estén presentes. De este modo, el distanciamiento interpersonal es más común entre víctimas de suicidio con Trastorno por Abuso de Sustancias mientras que las crisis legales o disciplinarias son más frecuentes en víctimas con Trastorno de Conducta.

### **Aislamiento social:**

Ya desde los planteamientos de E. Durkheim (51), se ha señalado que los sujetos que tienen lazos sociales más débiles y los que sufren la falta de un sentido de pertenencia, están más expuestos a cometer suicidio. De acuerdo con esto, los hallazgos de Rutter y Behrendt (51) señalan que los adolescentes que presentan una falta de apoyo social y experimentan aislamiento, pueden llegar a comportarse de manera autoagresiva. Sin embargo, es necesario considerar que estos autores plantean este factor dentro de un grupo de cuatro factores psicosociales (desesperanza, hostilidad y autoconcepto negativo), los cuales al presentarse en conjunto aumentan el riesgo de realizar un intento suicida. Esto se relaciona con lo planteado por Lynch (53), quien señala que la esperanza es vista como relacionada con la ayuda, lo que se relaciona con la visión del ser humano como un animal social, ya que habría una relación entre el nivel de esperanza – desesperanza y el grado de inserción social.

### **Abuso físico:**

En un estudio (40), se encontró que este elemento se asocia con un aumento en el riesgo de intentos suicidas en la adolescencia tardía y la adultez temprana. Se encontró además, que las dificultades interpersonales durante la adolescencia media (tales como discusiones con adultos o pares o no tener amigos cercanos) actuaban como mediadores en la asociación entre abuso infantil y posteriores atentados suicidas.

### **Abuso sexual:**

Es un elemento significativamente asociado con el aumento de riesgo de conductas suicidas en la adolescencia (23). “En los Países Bajos, algunos investigadores examinaron la relación entre el abuso sexual y el comportamiento suicida en 1.490 estudiantes adolescentes y encontraron que los que habían sufrido abuso sexual mostraban un comportamiento suicida significativamente mayor así como otros problemas emocionales y de conducta, en comparación con sus compañeros que no lo habían sufrido” (23).

- **Factores contextuales y ambientales**

**Nivel socioeconómico:**

Estudios sobre víctimas de suicidio (40) generalmente han encontrado escaso o ningún efecto relacionado a tener un nivel socioeconómico bajo.

**Problemas escolares y laborales:**

Las dificultades en la escuela o en el trabajo, o no estar asistiendo a la escuela o a la universidad, otorga un riesgo significativo para suicidio consumado (40).

**Contagio / imitación:**

Se ha acumulado evidencia respecto al impacto de los medios de comunicación en grupos de suicidas, apoyando la existencia de contagio suicida (40). La magnitud del aumento suicida es proporcional a la cantidad, duración y prominencia de la cobertura de los medios de comunicación, mientras que el impacto de las historias suicidas sobre subsecuentes suicidios consumados parece ser mayor para los adolescentes, especialmente en aquellos con predisposición a la conducta suicida. En este sentido, parece ser relevante el manejo que dan la escuela, la familia, los medios de comunicación y la publicidad, al suicidio de algún compañero, amigo o familiar (24).

Por otra parte, cuando un adolescente tiene un amigo que ha muerto por suicidio, sus pensamientos acerca de la muerte y el suicidio tienden a aumentar en frecuencia e intensidad, ya que una vez que se ha roto el tabú sobre el suicidio, este se vuelve una opción viable para enfrentar el estrés y los eventos vitales negativos (30). Actualmente se ha señalado que internet puede tener mayor efecto en el contagio suicida que otros medios de comunicación (54), aunque aún se necesita más investigación al respecto.

### **Regulación y control de armas de fuego y/o de medicamentos disponibles:**

Dado que muchos de los suicidios consumados e intentos realizados, son llevados a cabo de forma impulsiva, utilizando métodos que el niño o adolescente tiene a mano (como los medicamentos de un familiar o propios, o armas de fuego accesibles) (40).

- **Factores Protectores**

- **Cohesión familiar:**

- Este elemento ha sido reportado como un factor protector en un estudio realizado entre adolescentes de enseñanza media y universitarios (40). Los estudiantes que describieron la vida familiar en términos de un alto grado de compromiso mutuo, compartir intereses y apoyo emocional, tuvieron entre 3.5 a 5.5 veces menos probabilidades de presentar conductas suicidas que los adolescentes de familias con menos cohesión y que tuvieron los mismos niveles de depresión o estrés vital.

- **Religiosidad:**

- Según Gould (40), desde los planteamientos de E. Durkheim, el rol de la religiosidad en el suicidio ha sido foco de investigación científica. Recientemente se le ha dado valor protector en contra del comportamiento suicida y la depresión. Este factor ha sido apelado para explicar el menor porcentaje de suicidios entre las personas de raza afroamericana en EEUU, incluyendo adolescentes (40).

### **Apoyo Social:**

Este factor, definido como un sentido de pertenencia, especialmente dentro de pares, familia, grupos y comunidad (51) se ha relacionado con un funcionamiento más sano en los adolescentes. En el estudio realizado por Rutter y Behrendt (51), quienes reportaron un apoyo social más fuerte presentaron mayores niveles de resiliencia y menor riesgo suicida. Los adolescentes que perciben mayor aceptación por parte de su familia, amigos y pares, y más relaciones de amistad positivas, también se muestran en menor riesgo de presentar conductas suicidas (51). Además, quienes se sienten con apoyo de consejeros, padres o pares presentaron mecanismos de enfrentamiento más sanos y mantuvieron una visión más positiva del futuro (51).

### **Resiliencia:**

Fue Bowlby 1992 el primero en usar el término en sentido figurado, que corresponde a la física, con el significado de "resorte moral", para denominar la cualidad de una persona que no se deja abatir.

De los conceptos básicos consensuados podemos afirmar que la resiliencia es la capacidad del ser humano individual, de un grupo, de una sociedad, de una comunidad, de hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas, ser modificados por las mismas, y aun así salir fortalecidos. Ser resiliente no significa recuperarse en sentido estricto de la palabra (to rebound), sino crecer hacia algo nuevo.

La resiliencia es un proceso dinámico, interactivo, entre la persona y su entorno y abarca desde la resistencia a la destrucción, hasta el poder de desarrollar la aptitud de construir una conducta vital, positiva, socialmente aceptable.

Durante los últimos años, señala Casullo, sobre la base de estudios pioneros llevados a cabo por Rogers ( 1951), Maslow ( 1954), Jahoda (1958), Erikson ( 1963), Vaillant ( 1971), Deci y Ryan ( 1985), Ryff y Singer ( 1996) - entre muchos otros-, los psicólogos identificados con el enfoque de la Psicología Positiva se interesan en comprender y analizar cómo y por qué, aún frente a situaciones de máximo estrés, los sujetos pueden desarrollar fortalezas, emociones positivas, proyectos de vida etc.(55).

Los autores coinciden en que existen al menos 6 áreas ligadas a la resiliencia:

- 1) Física (p. ej.: la buena salud)
- 2) Espiritual (p. ej.: tener fe, querer la propia vida; sentido de conexión con la humanidad)
- 3) Moral (p. ej.: ayudar a los demás, ser -bajo la presión- uno mismo)
- 4) Emocional (p. ej.: la regulación emocional)
- 5) Social relacional (p. ej.: confianza básica, la capacidad para realizar y mantener buenos vínculos)
- 6) Cognitiva (p. ej.: capacidad para resolver problemas; locus de control interno, la auto-comprensión)

Las personas resilientes logran mantener un equilibrio en estas áreas. Afrontan y manejan los eventos positivos y negativos de la vida. Persisten en presencia de los obstáculos y aceptan las circunstancias que no pueden cambiar. El ser humano no nace resiliente, por lo que es importante encontrar el modo de promover esa capacidad en el individuo, en la familia, y en la comunidad.

La resiliencia les ofrece un buffer que protege de las consecuencias psicológicas y físicas durante los tiempos difíciles. Claramente la resiliencia es una cualidad deseable y todos experimentamos sus fluctuaciones a lo

largo de la vida. Algunas personas nunca desarrollan resiliencia.

Otros son muy resilientes pero no son conscientes de ello, y suelen evitar los desafíos que podrían afrontar. Otras veces la resiliencia es deteriorada por los múltiples estresores y desafíos que la vida impone (56).

## **CAPÍTULO III**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en todas las Instituciones educativas públicas que cuentan con nivel de educación secundario del Distrito de Ciudad Nueva de Tacna.

#### **3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población fue conformada por la totalidad de los estudiantes de cuatro instituciones educativas públicas de nivel Secundario del quinto año de educación secundaria del distrito de Ciudad Nueva de Tacna, los cuales fueron 627 estudiantes.

#### **3.3. TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de un estudio descriptivo, correlacional y transversal.

### 3.4. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

#### a. Producción y Registro de datos:

Previas coordinaciones realizadas con las respectivas autoridades educativas se procedió a ubicar las secciones del Quinto año de secundaria, a quienes previamente y en forma muy clara se les explicó la finalidad del estudio y la necesidad de su valiosa participación; una vez aceptada la participación se les aplicó los instrumentos necesarios.

Se elaboró una ficha de recolección de datos (**Anexo 1**) en la cual se recoge información orientada a los objetivos específicos propuestos.

El instrumento para medir autoestima fue la **Escala de Autoestima de Coopersmith** (versión escolar). Considera 10 aspectos, cuyas alternativas a responder es: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca. La calificación es: Nivel Alto: > 40 puntos, Nivel Medio (regular): 27 - 39 puntos, Nivel Bajo: 16 - 26 puntos, Nivel Muy Bajo: < de 15 puntos.

Para medir la depresión se utilizó el **Test de Depresión de Zung** (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, Seva-Díaz A. (1982) propone los siguientes niveles o categorías de depresión a partir de las puntuaciones de la escala de Zung:

No depresión: 0 a 35 puntos, Depresión leve: 36 – 51 puntos, Depresión moderada: 42 – 67 puntos, Depresión grave: > 68 puntos.

Para medir la autocomprensión se aplicó el **Test de Autocomprensión de las emociones**. Está basado en la TMMS-24 (Trait Meta-Mood Scale) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala-rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 24 ítems. Los autores proponen los siguientes niveles o categorías de Auto comprensión de las Emociones: Nivel Alto: > 32 puntos, Nivel Medio (regular): 22 – 31 puntos, Nivel Bajo: 13 - 21 puntos, Nivel Muy Bajo: < de 12 puntos.

Para medir resiliencia se aplicó el **Test de Resiliencia**, considera las siguientes dimensiones: fortaleza interior, autoestima, clima familiar, red de apoyo, vínculo con los padres. La calificación es: Nivel Muy Bajo: < a 21 puntos, Nivel Bajo: 22 a 42 puntos, Nivel medio: 43 – 65 puntos, Nivel Alto: 66 – 84, Nivel Muy Alto: 85 – 104 puntos.

Para medir la dinámica familiar se aplicó el **Test de Funcionamiento Familiar (APGAR FAMILIAR)**. Puntajes y Niveles propuestos por: Liliana Arias C., M.D. y Julián A. Herrera, M.D. Catedráticos de la Universidad del Valle, Cali. Colombia. Considera 5 aspectos, cuyas alternativas de respuesta son: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre.

La calificación es: Buena función familiar: 18 – 20 puntos, Disfunción familiar leve: 14 – 17 puntos, Disfunción familiar moderada: 10 – 13 puntos, Disfunción familiar severa: de 0 a 9 puntos.

Para medir el nivel socio económico se aplicó el instrumento de la **OIT**, que considera hacinamiento, equipamiento y nivel educativo. La calificación es: nivel socio económico bajo de 0 a 1 punto, nivel socio económico medio bajo: 2 puntos, nivel socio económico medio alto: 3 puntos y nivel socio económico alto: mayor de 3 puntos.

Para medir la ideación suicida se utilizó la **Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)** es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979), se consideró 11 aspectos. La calificación es la siguiente: Nivel Alto:  $\geq 16$  puntos, Nivel medio (regular): 08 – 15 puntos, Nivel Bajo: 1 a 7 puntos.

**b. Análisis Estadístico:**

Se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel Versión 2013, posteriormente se trasladó la base de datos al programa estadístico SPSS Versión 21 en español. Se calcularon frecuencias, porcentajes estadísticos Chi Cuadrado, P y Rho de Spearman.

**3.5. TIPO DE VARIABLES**

**3.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE:**

- **Factores Personales:** Sexo, nivel de autoestima, resiliencia, depresión, autocompresión de las emociones.
- **Factores Familiares:** Dinámica familiar, Nivel socioeconómico familiar, Integridad familiar y antecedentes de intento o suicidio en la familia.
- **Factores sociales:** Pertenencia a clubes o asociaciones, Credo religioso, Práctica deportiva, Frecuencia de salida a fiestas y la relación amorosa

**3.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE:**

- Ideación suicida

### 3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES		INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN			
DEPENDIENTE	IDEACIÓN SUICIDA	Aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.	SI	Alto	≥ 16 puntos	Intervalo		
				Medio	08 – 15 puntos			
				Bajo	1 a 7 puntos			
		NO	No	0 puntos				
INDEPENDIENTE	FACTORES PERSONALES	Característica perteneciente a la persona tal como la edad, el sexo, la identidad sociocultural, los sistemas orgánicos, las aptitudes, etc.	SEXO		Femenino	Nominal		
					Masculino			
			NIVEL DE AUTOESTIMA		Muy baja	< 15 puntos	Intervalo	
					Baja	16-26 puntos		
					Media	27-39 puntos		
			DEPRESIÓN		SI	Alta	40 puntos	Intervalo
						Leve	36 – 51 puntos	
					NO	Moderada	42 – 67 puntos	
			Grave	> 68 puntos				
			RESILIENCIA		No	0 – 35 puntos	Intervalo	
	Muy baja	> 21 puntos						
	Baja	22 – 42 puntos						
	Media	43 – 65 puntos						
	AUTOCOMPRESIÓN		Alta	66 – 84 puntos	Intervalo			
			Muy Alta	85 – 104 puntos				
			Muy baja	< 12 puntos		Intervalo		
			Baja	13 – 21 puntos				
	Media	11 – 31 puntos						
	Alta	> 32 puntos						
	FACTORES FAMILIARES		Son factores familiares la forma en que está constituida la familia, el número de sus integrantes, su relación de afecto, comprensión, rechazo, su ambiente, su cultura, costumbres, hábitos, el estado económico, etc	DINÁMICA FAMILIAR		Buen funcionamiento	18 – 20 puntos	Intervalo
						Disfunción leve	14- 17 puntos	
						Disfunción moderada	10 – 13 puntos	
						Disfunción severa	0 – 9 puntos	
TIPO DE FAMILIA		Nuclear		Nuclear	Nuclear	Nominal		
				No Nuclear			No Nuclear	
				NIVEL SOCIO ECONÓMICO		Bajo	0 – 1 punto	Intervalo
Medio bajo	2 puntos							
Medio alto	3 puntos							
Alto	> 3 puntos							
ANTECEDENTE FAMILIAR				No	Nominal			
				Si				
FACTORES SOCIALES		PERTENENCIA GRUPOS SOCIALES POSITIVOS		Si	Nominal			
				No				
		RELIGIÓN				Católica	Nominal	
						Evangélica		
						Agnóstico		
						Otras		
		PRACTICA DEPORTE				Si	Nominal	
						No		
		RELACIÓN AMOROSA				Si	Nominal	
						No		
FRECUENCIA DE ASISTENCIA A REUNIONES SOCIALES				Cada fin de semana	Ordinal			
				1 ó 2 veces por mes				
				2 ó 4 veces al año				
				1 vez al año				
				Nunca				

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS**

**TABLA N° 1: IDEACIÓN SUICIDA EN LOS ESTUDIANTES DE 5TO  
AÑO DE SECUNDARIA DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA DE  
TACNA, AÑO 2013**

<b>IDEACIÓN SUICIDA</b>	<b>Número (N°)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>NO</b>	92	14.67
<b>BAJO</b>	441	70.33
<b>REGULAR</b>	68	10.85
<b>ALTO</b>	26	4.15
<b>TOTAL</b>	<b>627</b>	<b>100</b>

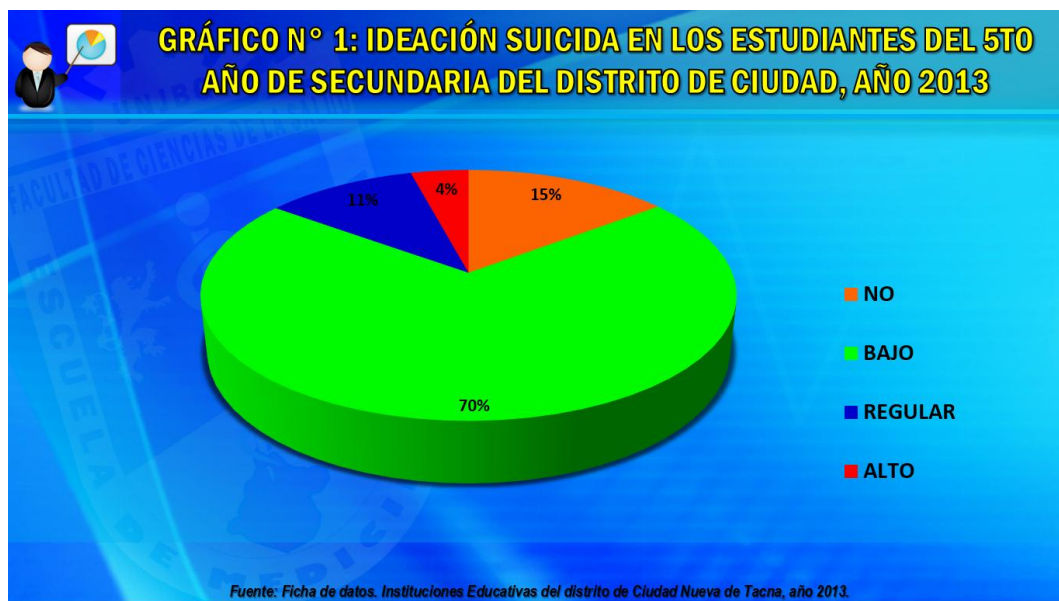
*Fuente: Ficha de datos. Instituciones Educativas del distrito de Ciudad Nueva de Tacna, año 2013.*

### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla N°1, Al evaluar la ideación suicida mediante el Test de Beck observamos, de un total de 627 estudiantes del quinto año de secundaria de las diversas instituciones educativas de Ciudad Nueva, un 14.67% no presenta ideación suicida, el resto presenta ideación suicida en los diferentes grados.

Observamos que hay una predominancia de Ideación suicida en grado bajo con un 70,33%; seguida de la Ideación suicida en grado regular con un 10.85% y el grado alto de ideación suicida es un 4.15%.

**GRÁFICO N° 1: IDEACIÓN SUICIDA EN LOS ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE SECUNDARIA DEL DISTRITO DE CIUDAD, AÑO 2013**



***Fuente: Ficha de datos. Instituciones Educativas del distrito de Ciudad Nueva de Tacna, año 2013.***

**TABLA N° 2: ALGUNAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES  
ASOCIADAS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN LOS ESTUDIANTES DE  
5TO AÑO DE SECUNDARIA DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA DE  
TACNA, AÑO 2013**

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>IDEACIÓN SUICIDA</b>	<b>NO=92 N° (%)</b>	<b>BAJO=441 N° (%)</b>	<b>REGULAR=68 N° (%)</b>	<b>ALTO=26 N° (%)</b>	<b>PRUEBA (P)</b>
<b>SEXO</b>						
<i>Femenino</i>		<b>37</b> (40.22)	<b>227</b> (51.47)	<b>56</b> (82.35)	<b>19</b> (73.08)	<b>X<sup>2</sup>=33,991 (P&lt;0,001)</b>
<i>Masculino</i>		<b>55</b> (59.78)	<b>214</b> (48.53)	<b>12</b> (17.65)	<b>7</b> (26.92)	
<b>AUTOESTIMA</b>						
<i>Muy baja</i>		<b>0</b> (0.00)	<b>0</b> (0.00)	<b>10</b> (14.71)	<b>0</b> (0.00)	<b>Rho=0,272 (P&lt;0,001)</b>
<i>Baja</i>		<b>13</b> (14.13)	<b>146</b> (33.11)	<b>30</b> (44.12)	<b>6</b> (23.07)	
<i>Media</i>		<b>48</b> (52.17)	<b>260</b> (58.96)	<b>24</b> (35.29)	<b>19</b> (73.08)	
<i>Alta</i>		<b>31</b> (33.70)	<b>35</b> (7.93)	<b>4</b> (5.88)	<b>1</b> (3.85)	
<b>DEPRESIÓN</b>						
<i>No</i>		<b>64</b> (69.57)	<b>73</b> (16.55)	<b>37</b> (54.41)	<b>2</b> (7.70)	<b>Rho=0,138 (P=0,001)</b>
<i>Leve</i>		<b>13</b> (14.13)	<b>319</b> (72.34)	<b>22</b> (32.35)	<b>18</b> (69.23)	
<i>Moderada</i>		<b>15</b> (16.30)	<b>49</b> (11.11)	<b>8</b> (11.76)	<b>6</b> (23.07)	
<i>Grave</i>		<b>0</b> (0.00)	<b>0</b> (0.00)	<b>1</b> (1.47)	<b>0</b> (0.00)	

**Fuente: Ficha de datos. Instituciones Educativas del distrito de Ciudad Nueva de Tacna, año 2013.**

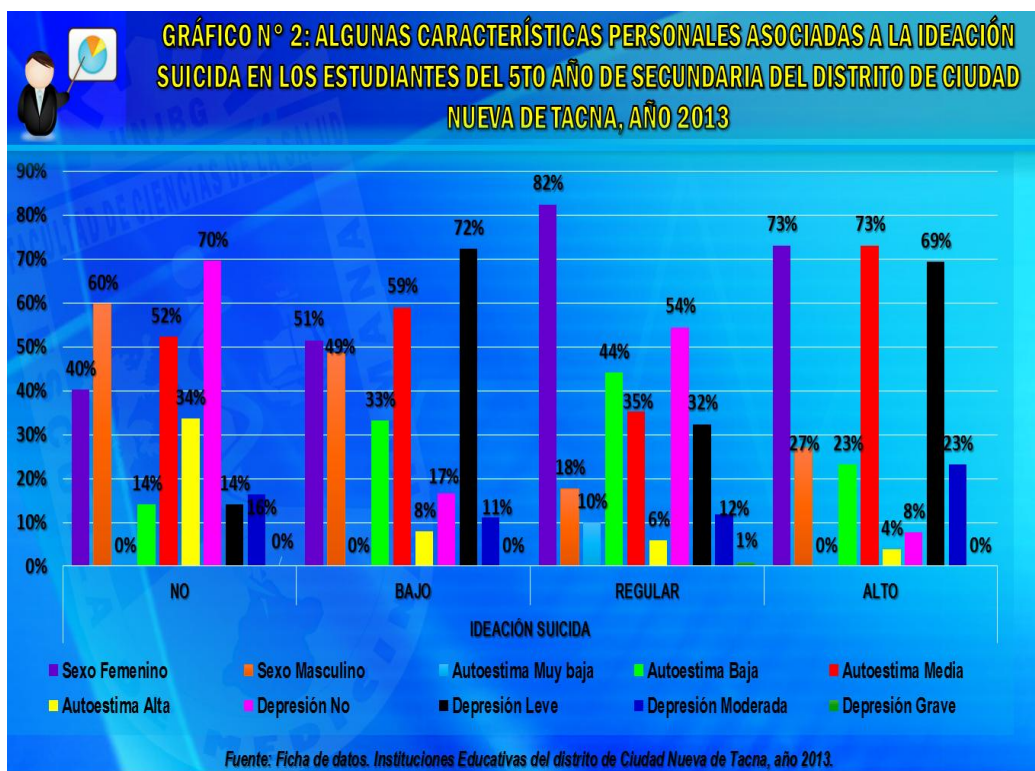
## **INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla N°2, podemos afirmar que dividiendo a los participantes del estudio según el sexo y a la vez clasificándolos según el grado de ideación suicida podemos ver que 59.78% de los participantes que no tienen ideación suicida son del sexo masculino y 40.22% son del sexo femenino; En lo que respecta al grado bajo de ideación suicida observamos que el sexo femenino predomina con un 51.47% frente a un 48.53% del sexo masculino, posteriormente en el grado de ideación suicida regular y alto observamos que el sexo femenino sigue predominando.

Al clasificar a los participantes del estudio según el grado de autoestima (clasificado según escala de coopersmith), notamos que obtenemos porcentajes de 0% en el grado de autoestima muy baja en los participantes que no ideación suicida, además de los que tienen ideación suicida baja y alta, llama la atención que en el estudio hay un mayor porcentaje de ideación suicida en personas con autoestima baja 33.11% y media 58.96%; en personas con ideación suicida regular 44.12% corresponden a una autoestima baja y 35.29% a una autoestima media; Pacientes con ideación suicida alta, encontramos 23.07% en pacientes con autoestima baja y 73.08% con una autoestima media.

Al aplicar el test de Zung para la depresión, se encontró personas con ideación suicida de grado bajo y con depresión leve 72.34 %, en personas con ideación suicida regular se encontró que el 54.41% no tenían depresión y tenían depresión leve 32.35%; asimismo en personas con depresión alta se encontró 69.23% con depresión leve y 23.07% con depresión moderada.

**GRÁFICO N° 2: ALGUNAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES ASOCIADAS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN LOS ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE SECUNDARIA DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA DE TACNA, AÑO 2013**



**Fuente: Ficha de datos. Instituciones Educativas del distrito de Ciudad Nueva de Tacna, año 2013.**

**TABLA N° 3: LA AUTOCOMPRESIÓN Y RESILIENCIA ASOCIADAS A LA IDEACIÓN SUICIDA DE LOS ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE SECUNDARIA DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA, AÑO 2013**

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>IDEACIÓN SUICIDA</b>	<b>NO=92</b>	<b>BAJO=441</b>	<b>REGULAR=68</b>	<b>ALTO=26</b>	<b>PRUEBA (P)</b>
	<b>N° (%)</b>	<b>N° (%)</b>	<b>N° (%)</b>	<b>N° (%)</b>	<b>N° (%)</b>	
<b>AUTOCOMPRESIÓN</b>						
<i>Muy baja</i>	<b>0</b> (0.00)	<b>1</b> (0.23)	<b>0</b> (0.00)	<b>4</b> (15.38)	<b>Rho=-0,247</b> <b>(P&lt;0,001)</b>	
<i>Baja</i>	<b>10</b> (10.87)	<b>53</b> (12.01)	<b>40</b> (58.82)	<b>12</b> (46.16)		
<i>Media</i>	<b>46</b> (50.00)	<b>153</b> (34.69)	<b>18</b> (26.47)	<b>7</b> (26.92)		
<i>Alta</i>	<b>36</b> (39.13)	<b>234</b> (53.07)	<b>10</b> (14.71)	<b>3</b> (11.54)		
<b>RESILIENCIA</b>						
<i>Muy baja</i>	<b>0</b> (0.00)	<b>10</b> (2.27)	<b>0</b> (0.00)	<b>0</b> (0.00)	<b>Rho=-0,078</b> <b>(P=0,051)</b>	
<i>Baja</i>	<b>8</b> (8.70)	<b>97</b> (22.00)	<b>0</b> (0.00)	<b>19</b> (73.07)		
<i>Media</i>	<b>28</b> (30.43)	<b>129</b> (29.25)	<b>20</b> (29.41)	<b>5</b> (19.24)		
<i>Alta</i>	<b>44</b> (47.83)	<b>205</b> (46.48)	<b>38</b> (55.88)	<b>2</b> (7.69)		
<i>Muy Alta</i>	<b>12</b> (13.04)	<b>0</b> (0.00)	<b>10</b> (14.71)	<b>0</b> (0.00)		

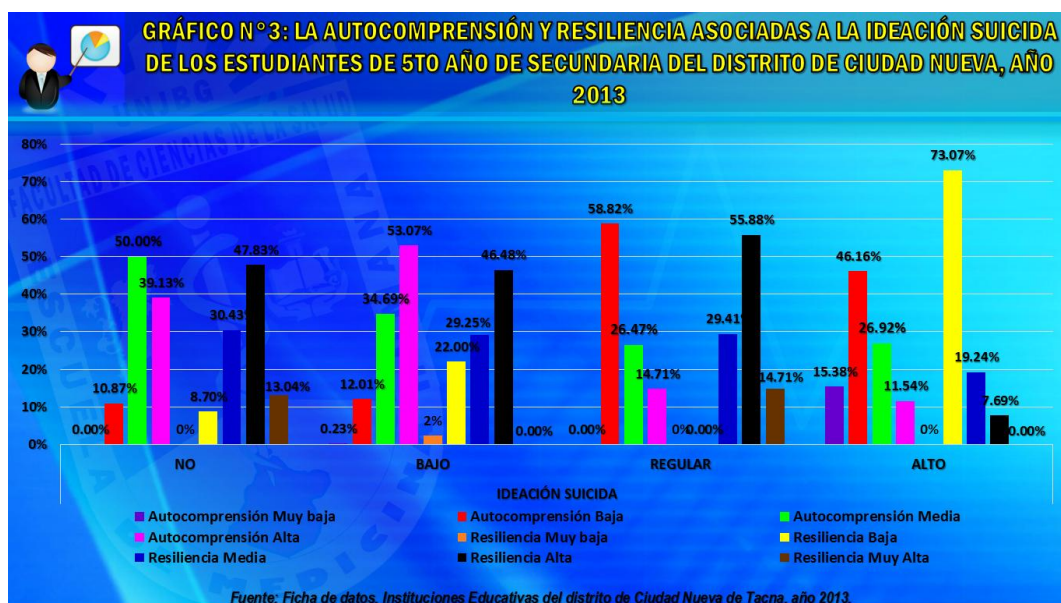
**Fuente: Ficha de datos. Instituciones Educativas del distrito de Ciudad Nueva de Tacna, año 2013.**

### **INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla N°3, podemos afirmar que aplicando el test de autocomprensión de las emociones TMMS-24 en personas que no presentan ideación suicida presentan una autocomprensión media (50%) y auto compresión alta (39.13%). En los participantes con una ideación suicida baja, apreciamos que el mayor número está asociado con un grado de autocomprensión alta (53.07%) seguida de autocomprensión media (34.69%); En lo concerniente a la ideación suicida de grado regular el mayor número corresponde al grado de autocomprensión baja (58.82%) y en cuanto ideación suicida de grado alto el mayor porcentaje está asociado a autocomprensión baja (46.16%).

Al aplicar el test de Resiliencia obtenemos que los participantes con ideación suicida baja mayormente tuvieron un grado de resiliencia alta (46.48%) y media (29.48%); los participantes con ideación suicida regular mayormente tuvieron un grado de resiliencia alta (58.88%) y media (29.41%); Finalmente el mayor número de los participantes con ideación suicida alta tuvieron un grado de resiliencia baja (73.19%).

**GRÁFICO N°3: LA AUTOCOMPRESIÓN Y RESILIENCIA ASOCIADAS A LA IDEACIÓN SUICIDA DE LOS ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE SECUNDARIA DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA, AÑO 2013**



**Fuente: Ficha de datos. Instituciones Educativas del distrito de Ciudad Nueva de Tacna, año 2013.**

**TABLA N° 4: LA DINÁMICA FAMILIAR, NIVEL SOCIO-ECONÓMICO, INTEGRIDAD FAMILIAR Y EL ANTECEDENTE FAMILIAR DE SUICIDIO/INTENCIÓN SUICIDA ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA DE LOS ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE SECUNDARIA DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA, AÑO 2013**

<b>IDEACIÓN SUICIDA</b>	<b>NO=92 N° (%)</b>	<b>BAJO=441 N° (%)</b>	<b>REGULAR=68 N° (%)</b>	<b>ALTO=26 N° (%)</b>	<b>PRUEBA (P)</b>
<b>CARACTERÍSTICA</b>					
<b>DINÁMICA FAMILIAR</b>					
<i>Buen funcionamiento</i>	<b>34</b> (36.96)	<b>31</b> (7.03)	<b>8</b> (11.76)	<b>0</b> (0.00)	<b>Rho=0.269 (P&lt;0,001)</b>
<i>Disfunción leve</i>	<b>20</b> (21.74)	<b>80</b> (18.14)	<b>19</b> (27.94)	<b>3</b> (11.54)	
<i>Disfunción moderada</i>	<b>26</b> (28.26)	<b>310</b> (70.29)	<b>16</b> (23.53)	<b>8</b> (30.77)	
<i>Disfunción severa</i>	<b>12</b> (13.04)	<b>20</b> (4.54)	<b>25</b> (36.76)	<b>15</b> (57.69)	
<b>TIPO DE FAMILIA</b>					
<i>Nuclear</i>	<b>68</b> (73.91)	<b>353</b> (80.05)	<b>50</b> (73.53)	<b>20</b> (76.92)	<b>X<sup>2</sup>= 2,773 (P=0,428)</b>
<i>No nuclear</i>	<b>24</b> (26.09)	<b>88</b> (19.95)	<b>18</b> (26.47)	<b>6</b> (23.08)	
<b>NIVEL SOCIO- ECONÓMICO</b>					
<i>Bajo</i>	<b>0</b> (0.00)	<b>66</b> (14.97)	<b>8</b> (11.76)	<b>3</b> (11.54)	<b>Rho=0,038 (P=0,340)</b>
<i>Media bajo</i>	<b>59</b> (64.13)	<b>275</b> (62.36)	<b>15</b> (22.06)	<b>13</b> (50.00)	
<i>Media alto</i>	<b>19</b> (20.65)	<b>16</b> (3.63)	<b>35</b> (51.47)	<b>6</b> (23.08)	
<i>Alto</i>	<b>14</b> (15.22)	<b>84</b> (19.05)	<b>10</b> (14.71)	<b>4</b> (15.38)	
<b>ANTECEDENTE FAMILIAR</b>					
<i>Si</i>	<b>8</b> (8.70)	<b>16</b> (3.63)	<b>13</b> (19.12)	<b>19</b> (73.08)	<b>X<sup>2</sup>=88,842 (P&lt;0,001)</b>
<i>No</i>	<b>84</b> (91.30)	<b>425</b> (96.37)	<b>55</b> (80.88)	<b>7</b> (26.92)	

**Fuente: Ficha de datos. Instituciones Educativas del distrito de Ciudad Nueva de Tacna, año 2013.**

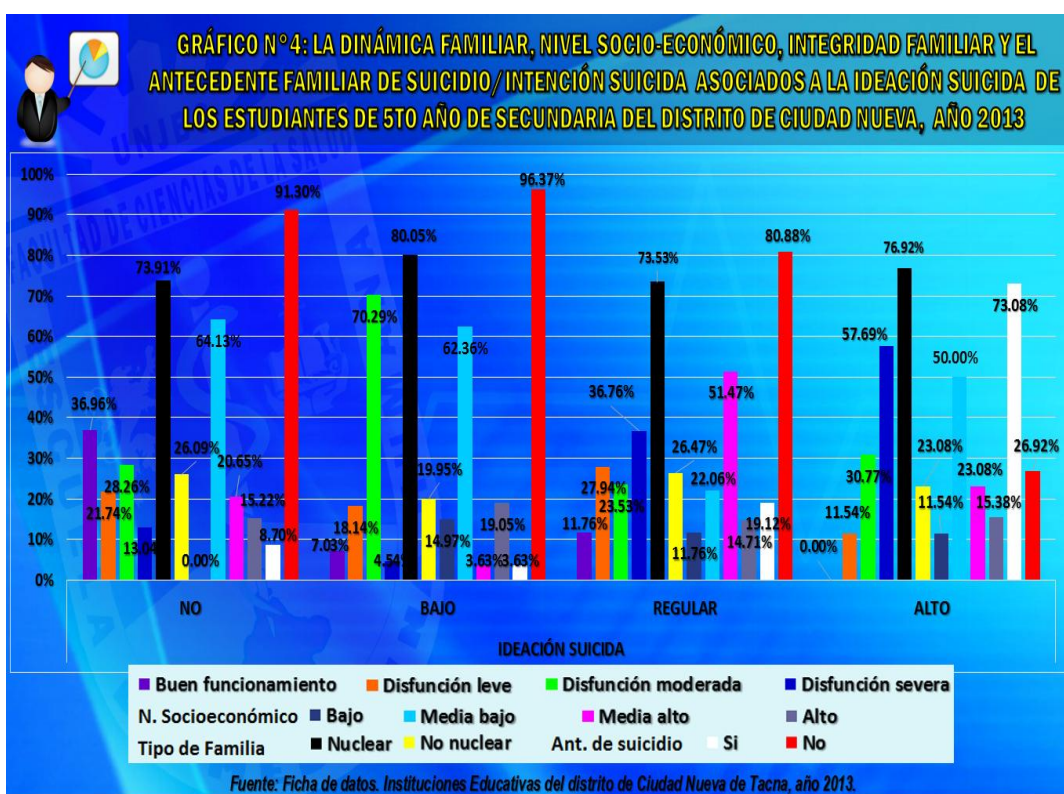
## **INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla N°4, Aplicando el test de Dinámica familiar podemos destacar que asociados a una ideación suicida baja el mayor número está asociado a una disfunción moderada (70.29%) seguida de disfunción leve (18.14%), al evaluar la ideación suicida regular obtuvimos el mayor número estuvo asociado a una disfunción familiar severa (36.76%) seguida de la disfunción familiar leve (27.94%); En lo que respecta a la ideación suicida alta encontramos que el mayor número fue predominantemente para la disfunción severa (57.69%) seguida de la disfunción moderada (30.77%). Al evaluar el tipo de familia observamos que en los diferentes grados de ideación suicida predomina el tipo de familia nuclear: Ideación suicida baja (80.05%); Ideación suicida regular (73.53%), Ideación suicida alta (76.92%).

En lo concerniente al nivel socioeconómico en los participantes del estudio, se encontró que el nivel socioeconómico medio bajo se asoció a una ideación suicida baja (62.36%), asociado a la ideación suicida regular se encontró que el mayor número está en el nivel socioeconómico medio alto (51.47%) y en lo que respecta a la ideación suicida de nivel alto el mayor número se encontró en el grupo con nivel socioeconómico medio bajo (50.00%).

En los participantes del estudio tener el antecedente familiar estuvo asociado a un grado de ideación suicida alto (73.08%), asociado al grado de ideación suicida regular la mayor cantidad se encontró en personas sin antecedente familiar (80.88%) de igual manera asociado a la ideación suicida baja el no tener antecedente familiar fue mayor (96.37%).

**GRÁFICO N°4: LA DINÁMICA FAMILIAR, NIVEL SOCIO-ECONÓMICO, INTEGRIDAD FAMILIAR Y EL ANTECEDENTE FAMILIAR DE SUICIDIO/INTENCIÓN SUICIDA ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA DE LOS ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE SECUNDARIA DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA, AÑO 2013**



**Fuente: Ficha de datos. Instituciones Educativas del distrito de Ciudad Nueva de Tacna, año 2013.**

**TABLA N° 5: CARACTERÍSTICAS SOCIALES ASOCIADAS A LA IDEACIÓN SUICIDA DE LOS ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE SECUNDARIA DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA, AÑO 2013**

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>IDEACIÓN SUICIDA</b>	<b>NO=92 N° (%)</b>	<b>BAJO=441 N° (%)</b>	<b>REGULAR=68 N° (%)</b>	<b>ALTO=26 N° (%)</b>	<b>PRUEBA (P)</b>
<b>PERTENENCIA A GRUPOS SOCIALES POSITIVOS</b>						
<i>Si</i>	<b>8</b> (8.70)	<b>46</b> (10.43)	<b>54</b> (79.41)	<b>2</b> (7.69)	<b>X<sup>2</sup>=149,77 (P&lt;0,001)</b>	
<i>No</i>	<b>84</b> (91.30)	<b>395</b> (89.57)	<b>14</b> (20.59)	<b>24</b> (92.31)		
<b>RELIGIÓN</b>						
<i>Católica</i>	<b>78</b> (84.78)	<b>411</b> (93.20)	<b>43</b> (63.24)	<b>18</b> (69.23)	<b>X<sup>2</sup>=54,964 (P&lt;0,001)</b>	
<i>Evangélica</i>	<b>12</b> (13.05)	<b>30</b> (6.80)	<b>25</b> (36.76)	<b>8</b> (30.77)		
<i>Agnóstico</i>	<b>0</b> (0.00)	<b>0</b> (0.00)	<b>0</b> (0.00)	<b>0</b> (0.00)		
<i>Otras</i>	<b>2</b> (2.17)	<b>0</b> (0.00)	<b>0</b> (0.00)	<b>0</b> (0.00)		
<b>PRÁCTICA DEPORTE</b>						
<i>Si</i>	<b>29</b> (31.52)	<b>91</b> (20.63)	<b>10</b> (14.71)	<b>8</b> (30.77)	<b>X<sup>2</sup>=8,610 (P=0,035)</b>	
<i>No</i>	<b>63</b> (68.48)	<b>350</b> (79.37)	<b>58</b> (85.29)	<b>18</b> (69.23)		
<b>RELACIÓN AMOROSA</b>						
<i>Si</i>	<b>14</b> (15.22)	<b>286</b> (64.85)	<b>50</b> (73.53)	<b>20</b> 76.92	<b>X<sup>2</sup>=88,544 (P&lt;0,001)</b>	
<i>No</i>	<b>78</b> (84.78)	<b>155</b> (35.15)	<b>18</b> (26.47)	<b>6</b> (23.08)		

**Fuente: Ficha de datos. Instituciones Educativas del distrito de Ciudad Nueva de Tacna, año 2013.**

**INTERPRETACION:**

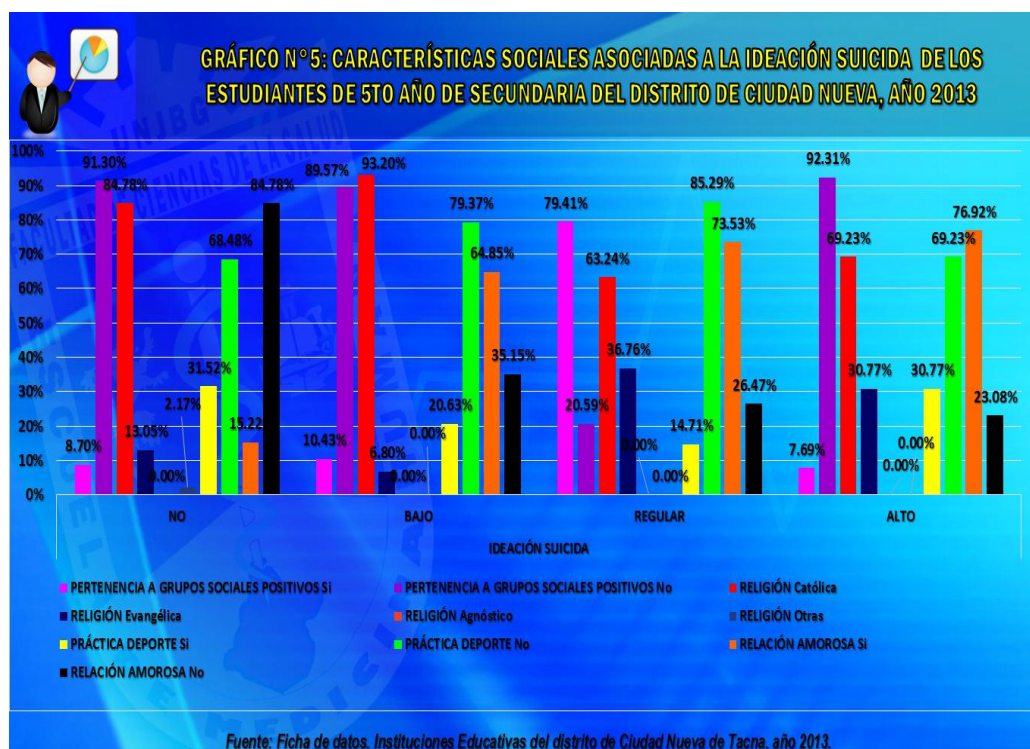
En la tabla N°5 podemos apreciar en lo concerniente a los participantes del estudio y su pertenencia a grupos sociales positivos, se encontró grado de ideación bajo: los que sí pertenecían a grupos sociales positivos (10.43%) y los que no pertenecían (89.57%); Asociado a un grado de ideación suicida regular, los que sí pertenecían a grupos sociales positivos (79.41%); Asociados a un grado de ideación suicida alta se encontró un mayor número de participantes que no pertenecían a grupos sociales positivos (92.31%)

Al evaluar la religión, se encontró que asociados a un grado de ideación suicida de grado bajo estuvo la religión católica (93.20%) seguida de la evangélica (6.80%); respecto a la ideación suicida de grado medio se encontró que hubo mayor número de participantes con religión católica (63.24%) seguida de la evangélica (36.76%) y finalmente asociada a un grado de ideación alta se encontró la religión católica (69.23%) seguida de la evangélica con (30.77%).

En lo que respecta a la práctica de algún deporte, podemos ver que en los diferentes grados de ideación suicida predomina que los participantes del estudio no practican ningún deporte, tanto para la ideación suicida de bajo grado (79.37%), ideación suicida de grado regular (85.29%) e ideación suicida de grado alto (69.23%).

En lo referente a la relación amorosa se encontró que los participantes que se encontraban en una relación amorosa predominan con ideación suicida de grado bajo (64.85%), ideación suicida de grado regular (73.53%) e ideación suicida de grado alto (76.92%).

**GRÁFICO N° 5: CARACTERÍSTICAS SOCIALES ASOCIADAS A LA IDEACIÓN SUICIDA DE LOS ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE SECUNDARIA DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA, AÑO 2013**



**Fuente: Ficha de datos. Instituciones Educativas del distrito de Ciudad Nueva de Tacna, año 2013.**

**TABLA N°6: FRECUENCIA DE ASISTENCIA A REUNIONES SOCIALES ASOCIADA A LA IDEACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE SECUNDARIA DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA, AÑO 2013**

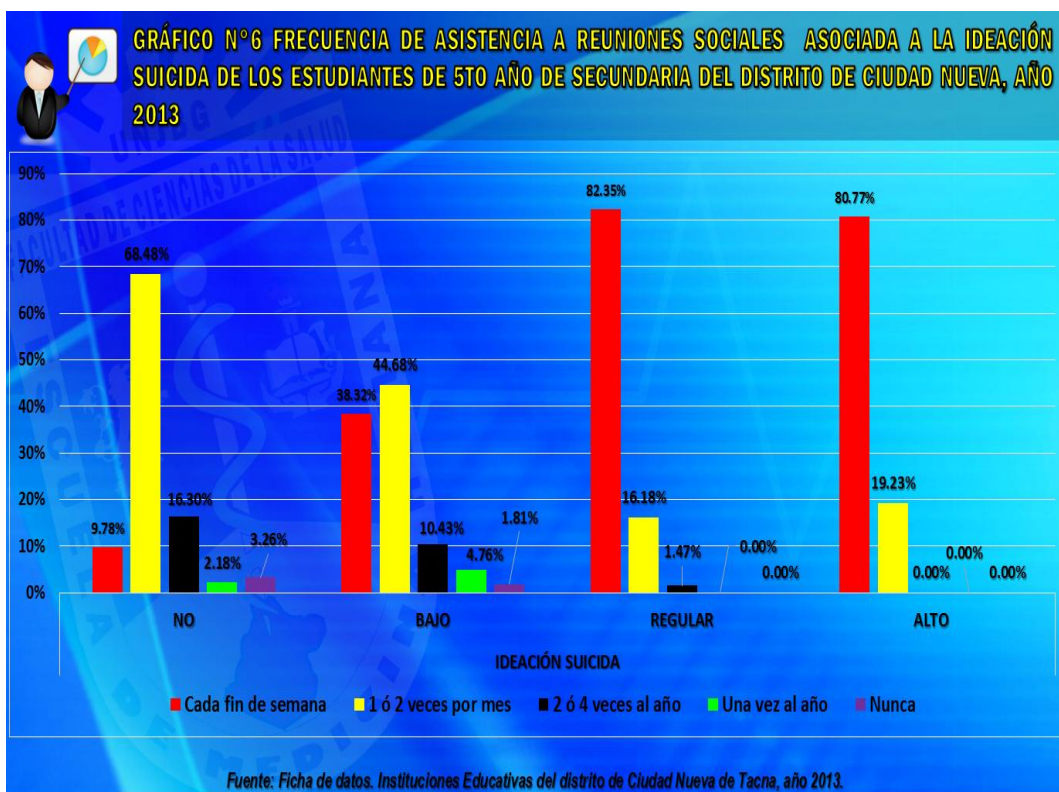
<b>IDEACIÓN SUICIDA</b>	<b>NO=92 N° (%)</b>	<b>BAJO=441 N° (%)</b>	<b>REGULAR=68 N° (%)</b>	<b>ALTO=26 N° (%)</b>
<b>CARACTERÍSTICA</b>				
<i>Cada fin de semana</i>	<b>9</b> (9.78)	<b>169</b> (38.32)	<b>56</b> (82.35)	<b>21</b> (80.77)
<i>1 ó 2 veces por mes</i>	<b>63</b> (68.48)	<b>197</b> (44.68)	<b>11</b> (16.18)	<b>5</b> (19.23)
<i>2 ó 4 veces al año</i>	<b>15</b> (16.30)	<b>46</b> (10.43)	<b>1</b> (1.47)	<b>0</b> (0.00)
<i>Una vez al año</i>	<b>2</b> (2.18)	<b>21</b> (4.76)	<b>0</b> (0.00)	<b>0</b> (0.00)
<i>Nunca</i>	<b>3</b> (3.26)	<b>8</b> (1.81)	<b>0</b> (0.00)	<b>0</b> (0.00)
<b>Rho = -0,375      P &lt; 0,001</b>				

**Fuente:** Ficha de datos. Instituciones Educativas del distrito de Ciudad Nueva de Tacna, año 2013.

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla N°6, observamos que según la frecuencia de salidas, asociado a un grado de ideación suicida bajo se encontró que: cada fin de semana (82.35%), 1 ó 2 veces por mes (44.68%), 2 ó 4 veces al año (10.43%) y 1 vez al año (4.76%); Asociados a un grado de ideación suicida regular, observamos que cada fin de semana (82.35%), 1 ó 2 veces por mes (16.18%) y 2 ó 4 veces al año (1.47%); Asociados a un grado de ideación suicida alto encontramos que la frecuencia de salida cada fin de semana obtiene la mayor cantidad (80.77%), seguida de 1 ó 2 veces por mes (19.23%).

**GRÁFICO N°6: FRECUENCIA DE ASISTENCIA A REUNIONES SOCIALES ASOCIADA A LA IDEACIÓN SUICIDA DE LOS ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE SECUNDARIA DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA, AÑO 2013**



***Fuente: Ficha de datos. Instituciones Educativas del distrito de Ciudad Nueva de Tacna, año 2013.***

**TABLA N°7: ANÁLISIS MULTIVARIADO (REGRESIÓN LOGÍSTICA) DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA DE LOS ESTUDIANTES DE 5TO AÑO DE SECUNDARIA DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA DURANTE EL AÑO 2013**

	$\beta$	Prueba Wald	Valor P	Asociación
<b>AUTOESTIMA</b>	0.874	3.359	0.029	Si
<b>RESILIENCIA</b>	-0.248	1.169	0.280	No
<b>DEPRESION</b>	0.846	4.054	0.015	Si
<b>AUTOCOMPRESIÓN</b>	-0.225	4.803	0.011	Si
<b>DINÁMICA FAMILIAR</b>	0.756	0.013	0.399	No
<b>TIPO DE FAMILIA</b>	-0.065	0.035	0.852	No
<b>NIVEL SOCIO-ECONÓMICO</b>	-0.042	0.055	0.815	No
<b>ANTEC. FAMILIAR</b>	0.640	0.361	0.038	Si
<b>NO PERTENENCIA A GRUPOS POSITIVOS</b>	0.251	0.315	0.575	Si
<b>RELIGIÓN</b>	-0.235	2.967	0.071	No
<b>PRÁCTICA DE DEPORTE</b>	0.590	2.721	0.099	No
<b>FRECUENCIA ASISTENCIA FIESTAS</b>	-0.206	2.419	0.120	No
<b>RELACIÓN AMOROSA</b>	0.666	3.058	0.045	Si

*Fuente: Ficha de datos. Instituciones Educativas del distrito de Ciudad Nueva de Tacna, año 2013.*

#### **INTERPRETACIÓN:**

La Tabla N° 7, muestra análisis multivariado por regresión logística, donde se ha introducido todos los factores estudiados, se evidenció que la autoestima, depresión, autocomprensión, antecedentes familiares, no pertenencia a grupos sociales positivos, y la presencia de relación amorosa se encontraron asociados a la ideación suicida de los estudiantes que participaron en el presente estudio.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN Y ANÁLISIS**

En lo concerniente a la ideación suicida, encontramos que en los estudiantes del Quinto año de educación secundaria del distrito de ciudad nueva, la Alta ideación suicida se presentó en el 4.15%; en un nivel Regular se encontraron el 10,85%, en Bajo el 70.33% y los que no presentaron ideación suicida representaron el 14.67%.

La escala presente toma en cuenta los dos primeros apartados de la Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) la cual consta de 19 ítems y cuatro apartados: 1) Actitud hacia la vida y la muerte 2) Características de la ideación o del deseo de muerte 3) Características del intento planeado y, 4) Actualización de la tentativa; compuesta finalmente por 11 ítems, por ser fundamentalmente el objetivo de la investigación propuesta. Por consiguiente la clasificación según complejidad de Serfaty (31) en 1) leve: sólo ganas de morir 2) Moderada: ganas de morir con esbozo de planificación y, 3) Grave: decisión de morir, con planificación exhaustiva para su concreción asemeja la propuesta presentada para la realización de la corte en la SSI presentada en forma recíproca en la tabla 1.

En vista de los hechos, se presenta una concordancia de la ideación regular y alta de los estudiantes de secundaria del Distrito de Ciudad Nueva de Tacna con los datos registrados durante el año 2002 en EEUU (40) donde se encuentra que el 19% de los estudiantes de secundaria consideran seriamente un atentado suicida. En comparación con Aguilar (56), encontramos que el porcentaje de personas que no tienen ideación suicida es menor (7.7%) a diferencia del presente estudio que encontró (15%), referente al grado de ideación alto, en mi estudio es 4%, a diferencia de Aguilar que encontró 2%. Comparado con Vargas, en el presente estudio hay menor ideación suicida (4%), pero mayor comparado con el 2% encontrado con el estudio de Aguilar (56), Sin embargo Zavala (57) encontró 3.7% de ideación suicida alta. Considero que es alarmante que sólo el 15% de la población estudiada no tenga ideación suicida, llama la atención que el resto de porcentaje esté distribuido en diferentes grados de ideación suicida, prevaleciendo el grado de ideación bajo (70%). Es importante evaluar la ideación suicida.

En cuanto a las características personales; Al aplicar las pruebas estadísticas respectivas encontramos que el sexo y la ideación suicida estarían asociados ( $P < 0,001$ ). En este sentido, hay concordancia con la literatura presente, en la cual se manifiesta que la ideación suicida es mayor en el sexo femenino (40; 46); En comparación con Vargas (55), podemos afirmar que encontramos al igual que él, la prevalencia de ideación suicida encontrada fue más frecuente en mujeres, Se postula que las mujeres poseen rasgos de personalidad que las definen como personas más sensibles, que tienden más a la depresión y usan medios menos violentos para cometer un intento de suicidio.

El presente estudio coincide con el Aguilar (56) que encontró en el distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, una prevalencia de la ideación suicida en el sexo femenino, sin embargo el porcentaje de personas que no presentaron ideación suicida en su estudio fue menor (7.7%) a diferencia de este estudio (15%). Los resultados obtenidos reflejan la importancia de este estudio y la amenaza latente que implica este grupo de adolescentes en diferentes grados.

Con relación a la autoestima, al aplicar la prueba de Rho de Speerman entre autoestima y la ideación suicida en los adolescentes, estas se encontraron asociadas ( $P < 0,001$ ). Asimismo, existe actualmente controversia entre los estudios presentes sobre el tema en considerar la baja autoestima como factor de riesgo de ideación suicida (48), a pesar de ser considerada por la OPS como un factor fundamental en la conducta suicida (23).

En este sentido, hay que tomar en cuenta que la autoestima es dependiente de factores como el autoconocimiento, el autocontrol de las emociones, y la automotivación fundamentalmente. Se considera entonces la autoestima en forma global (valoración de sí mismo). Los adolescentes están en busca de su propia identidad, por consiguiente el primer paso es la autocomprensión emocional de sí mismo, teniendo inmadurez aún en el autocontrol de sus emociones y la automotivación.

Si comparamos este estudio con Aguilar (56), Vargas (55) y Zavala (57) coincidimos en que la baja autoestima se encontró relacionada a ideación suicida en sus diferentes grados, siendo predominante al grado de ideación suicida alto.

Los resultados obtenidos reflejan esta falta de madurez expresada por los adolescentes evaluados en su mayoría; autoestima media y baja. Considero que es importante el grado de autoestima en la población adolescente al igual que lo consideran Vargas (55) Aguilar (56) y Zavala (57).

En lo referente al grado de depresión; Todos los adolescentes que tuvieron depresión alta se encontraron con un estado de ideación suicida bajo; al aplicar la prueba Rho de Spearman, estas variables resultaron asociadas ( $P=0.001$ ). En mención, es importante anotar que la literatura considera la depresión como un factor relevante para la conducta suicida, oscilando la prevalencia de depresión en la adolescencia entre 49 y 64% (40; 47). Al comparar estos resultados con el estudio con Aguilar (56), Vargas (55) y Zavala (57) coincidimos en encontramos depresión en sus diferentes grados relacionados a ideación suicida, siendo predominante al grado de depresión leve.

En lo concerniente a la autocomprensión de las emociones, la literatura toma en cuenta la comprensión emocional de sí mismo como un eslabón importante en la formación de la autoestima, dicho de otra manera, el sentirse satisfecho con uno mismo (autoestima) depende de la comprensión emocional de nuestros propios sentimientos. En forma aislada, no se encontró literatura que relacione ambas variables.

Este estudio encuentra al igual que Aguilar (56) un grado de autocomprensión bajo predominante en el grupo que presentó ideación alto. Esto refleja la importancia de la autocomprensión de las emociones y su relación con el grado de autoestima. Es importante tener en cuenta evaluar a la autocomprensión de las emociones y a la autoestima. El resultado obtenido es un hallazgo importante, en este sentido se debe mencionar que la autocomprensión según este estudio es un factor operacionalizable en la población de adolescentes; no así la autoestima, es decir, la población en esta etapa inicia su autoconocimiento emocional, hallándose relación entre esta importante etapa encaminada hacia una buena autoestima con la ideación suicida.

Referente a la variable resiliencia, pocos estudiantes presentaron un nivel muy bajo, al evaluar con la prueba Rho de Speerman, estas variables se encontraron con una leve correlación inversa pero con baja significancia estadística ( $P=0,051$ ), la variable en mención no presenta estudios previos, por lo tanto se considera igualmente un hallazgo de vital importancia. Los estudios de Vargas (55) y Zavala (57), no evalúan el grado de resiliencia a diferencia del presente estudio, sin embargo Aguilar (56) sí evalúa a la resiliencia; comparando el grado de resiliencia.

La evaluar la dinámica familiar, al evaluar con el estadístico correspondiente, estas variables evidenciaron una leve correlación positiva pero con alta significancia estadística ( $P=0,000$ ), significando, que cuando aumenta la severidad de disfunción familiar se incrementa la ideación suicida de los estudiantes.

Según la literatura, la disfunción familiar es un factor preponderante, considerando el estrés familiar producto de aquella disfunción como el factor medioambiental de mayor importancia en la conducta suicida de los adolescentes (29; 50). En estudios realizados en el Perú, se encontró asociación entre ideación suicida y niveles muy bajos de cohesión familiar en los adolescentes (60).

Respecto al tipo de familia, al aplicar la prueba de Ji cuadrado, encontramos que no existe asociación entre el tipo de familia y el nivel de ideación suicida. No existe concordancia con la literatura que expresa que las víctimas de suicidio provienen de familias no intactas (40).

En cuanto al nivel socio económico, al aplicar prueba de Rho de Speerman, estas variables no se encontraron correlacionadas. Hay concordancia con la literatura, en la cual las víctimas de suicidio no están relacionadas con un nivel socioeconómico en especial (40).

Referente a tener un familiar con antecedente de suicidio, al aplicar la prueba Ji cuadrado, encontramos que el antecedente familiar estuvo asociado a la ideación suicida. Se considera en la literatura que el tener antecedente de suicidio entre los familiares aumenta el riesgo de 2 a 5 veces de presentar el acto suicida en la adolescencia (40). Por lo mencionado, existe concordancia con los resultados obtenidos en los diferentes trabajos existentes (60).

Aguilar (56) y Vargas encuentran ideación suicida alta asociada al antecedente de familiar con antecedente de intento de suicidios. Por lo expuesto podemos ver la importancia del antecedente de un familiar con antecedente de suicidio.

En lo referente a la pertenencia de grupos sociales positivos, observamos que entre los estudiantes que no pertenecen a grupos sociales positivos tuvieron un grado de ideación suicida bajo, En contraparte, la literatura menciona que el no pertenecer a grupos sociales, está relacionado con un mayor nivel de resiliencia y menor riesgo suicida. (51). Vargas (55) ni Zavala (57) evalúan la pertenencia de grupos sociales positivos.

En cuanto a la religión, la mayor proporción de estudiantes con ideación suicida bajo se encontraron en todos los grupos religiosos, que en orden de importancia desciende de los Agnósticos hasta los Católicos, Evangélicos y otros. Al aplicar la prueba Ji cuadrado, el tipo de religión no se encontró asociado a la ideación suicida (Al contrario, actualmente la literatura expresa la importancia de la religiosidad como factor protector. (40).

Con relación a la práctica de deporte, se observa que entre los estudiantes que si lo hacen, predominó un nivel de ideación suicida bajo con 76,82%, seguido por el regular (13,86%), ninguno (7,05%) y alta (2,27%), de la misma forma se observa para aquellos que no practican deporte y al comparar éstas proporciones encontramos que no existe asociación entre la práctica de deporte y los niveles de ideación suicida ( $P=0,035$ ).

En este sentido, la literatura menciona la asociación de practicar deporte con el presentar mayor apoyo social, debido que la mayoría de deportes son colectivos, por lo tanto se considera como un factor protector. (51) siendo incongruente con los resultados obtenidos.

En lo concerniente a la relación amorosa y los niveles de ideación suicida ( $P=0,142$ ). Este hallazgo guarda relación con lo mencionado en la literatura. (40; 52), el presente estudio encuentra la igual que Vargas, que la presencia de una relación amorosa conlleva a ideación suicida bajo que asociado a la adolescencia es un factor importante a tener en cuenta.

En lo que respecta a la asistencia de reuniones sociales, Al aplicar la prueba de Rho de Spearman, estas variables no se encontraron relacionadas. En contrapartida, en la literatura se menciona el aislamiento social en adolescentes como un factor de riesgo. (51; 54). Al igual que Aguilar (56) este estudio no encontró relación significativa. Al aplicar la relación logística, observamos los diferentes factores y su correlación, coincidiendo con algunas literaturas en factores anteriormente mencionados.

El presente trabajo es una aproximación inicial al problema citado. No se ha indagado si variables asociadas a su causalidad, identificadas en estudios anteriores, influyen en el grupo estudiado, entre ellas la presencia de comorbilidad psiquiátrica, características del comportamiento o de la personalidad de los sujetos afectados tales como impulsividad, conflictos, sentimientos de desesperanza, alta exposición al estrés y a eventos negativos, como varios estudios han demostrado(58)

## CONCLUSIONES

En el presente estudio se encontró:

1. Los factores personales asociados a la presentación de ideación suicida en los estudiantes del quinto año de secundaria del Distrito de Ciudad Nueva de Tacna fueron: Baja autoestima, depresión, baja autocomprensión de las emociones.
2. Los factores familiares asociados a la presentación de ideación suicida en los estudiantes del quinto año de secundaria del Distrito de Ciudad Nueva de Tacna fueron: Antecedente familiar de suicidio.
3. Los factores sociales asociados a la presentación de ideación suicida en los estudiantes del quinto año de secundaria del Distrito de Ciudad Nueva de Tacna fueron: La no pertenencia a grupo sociales positivos.

## RECOMENDACIONES

1. Fortalecer las actividades preventivo promocionales en las instituciones educativas en coordinación con los establecimientos de salud, mediante equipos multidisciplinarios que asuman la tarea y el empeño del trabajo con el adolescente, para el desarrollo de capacidades individuales y colectivas que contribuya a su desarrollo integral, favoreciendo su bienestar en ambientes seguros y saludables que promuevan el respeto a la libertad y dignidad humana, generando el auto cuidado, optando por decisiones responsables e informadas, reduciendo así la posibilidad de Ideación Suicida en Tacna.
2. Se recomienda ampliar el marco geográfico del trabajo realizado para obtener información de la realidad geográfica de la región y poder tomar decisiones de mayor envergadura.
3. Se recomienda ampliar el tema de investigación, con nuevos trabajos dirigidos a asociar las variables mencionadas en forma particular y lograr de esta manera tener una mayor comprensión sobre cada factor.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Guía de actuación en las urgencias psiquiátricas en atención primaria. FMC Volumen 19. Protocolo 5. España. Diciembre 2012
- 2) Us Burden Of Disease Collaborators. The State Of Us Health, 1990-2010: Burden Of Diseases, Injuries, And Risk Factors. Jama 2013; 310:591.
- 3) Reducing Suicide: A National Imperative. Goldsmith, Sk, Pellmar, Tc, Kleinman, Am, Bunney, We (Eds). Institute Of Medicine National Academies Press, Washington 2002.
- 4) Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors Associated With Suicidal Phenomena In Adolescents: A Systematic Review Of Population-Based Studies. Clin Psychol Rev 2004; 24(8): 957-79.
- 5) Grupo De Trabajo De La Guía De Práctica Clínica Sobre La Depresión Mayor En La Infancia Y En La Adolescencia. Guía De Práctica Clínica Sobre La Depresión Mayor En La Infancia Y La Adolescencia. Plan De Calidad Para El Sistema Nacional De Salud Del Ministerio De Sanidad Y Política Social. Axencia De Avaliación De Tecnoloxias Sanitarias De Galicia (Avalia-T): 2009. Guías De Práctica Clínica En El Sns: Avalia-T No 2007/2009.
- 6) Muñoz J, Pinto V, Callata H, Napa N, Perales A. Ideación Suicida Y Cohesión Familiar En Estudiantes Preuniversitarios Entre 15 Y 24 Años, Lima 2005. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2006; 23 (4): 239-246.

- 7) Steele Mm, Doey T. Suicidal Behaviour In Children And Adolescents Part I: Etiology And Risk Factors. Can J Psychiatry 2007 Jun; 52 (6 Suppl 1): 21-33s.
  - 8) Castillo I, Gonzáles Hi, Jiménez Y. Caracterización De Intentos Suicidas En Adolescentes En El Municipio De Rodas. Rev Psiquitr Niño Adoles. 2007; 7(1):125-42
  - 9) Pérez S. El Suicidio: Comportamiento Y Prevención. Santiago De Cuba: Editorial Oriente, 1996. P.7
  - 10) Perales A, Sogi C. Conducta Suicida En Estudiantes De Medicina. Rev Psiquiatr Perú 2000; 6(1): 8-13.
  - 11) Correa H, Pérez S. Suicidio: Una Morte Evitave. Santiago De Cuba: Editorial Atheneu, 2006. P. 34.
  - 12) Castro J. Manejo De La Conducta Suicida. En: Castro J. (Ed). Psiquiatría De Niños Y Adolescentes. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2009. P. 437-447.
  - 13) Perales A, Sogi C. Conducta Suicida En Estudiantes De Medicina. Rev Psiquiatr Peru 2000; 6(1): 8-13.
  - 14) Council Of Europe. Parliamentary Assembly. Child And Teenage Suicide In Europe: A Serious Public-Health Issue (Internet). Strasbourg: Parliamentary Assembly, Council Of Europe; 2008. Informe No.: 11547.
  - 15) Xing Xy, Tao Fb, Hao Jh, Et Al. Family Factors Associated With Suicide Attempts Among Chinese Adolescent Students: A Nacional Cross-Sectional Survey. Journal Of Adolescent Health 2010; 46: 592-599.
- Organización Mundial De La Salud (Oms), Departamento De Salud Mental Y Dependencia De Substancias. Atención De Niños Y Adolescentes Con Trastornos Mentales. Ginebra, 2003.

- 16) Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors Associated With Suicidal Phenomena In Adolescents: A Systematic Review Of Population-Based Studies. *Clin Psychol Rev* 2004 24(8): 957-79. Disponible En:([Http://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pubmed/15533280](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15533280)).
- 17) Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The Prevalence Of Suicidal Phenomena In Adolescents: A Systematic Review Of Population-Based Studies *Suicide Life Threat. Behav.* 2005 Jun; 35(3): 239-50. Disponible En:([Http://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pubmed/16156486](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16156486)).
- 18) Guerrero R, Salazar L. Demandas Y Estándares Sociales En Educación. Lima: Ministerio De Educación Del Perú; 2001.
- 19) Tovilla Y Pomar (2000). Factores De Riesgo Suicida En Los Adolescentes. *Rev. Internacional De Tanatología Y Suicidio Vol 1 N° 1* Octubre: 7-17.
- 20) Apa-American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (4th Ed.)*. Washington, Dc, Usa.
- 21) Pfeffer Cr, Lipkins R, Plutchik R, Mizruchi M. Normal Children At Risk For Suicidal Behavior: A Two-Year Follow-Up Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1988; 27: 34-41.
- 22) Durkheim E. *El Suicidio*, 3ª Ed. Edición Española. Madrid: Akal, 1989.
- 23) Collins & Cutcliffe (2003). Addressing Hopelessness In People With Suicidal Ideation: Building Upon The Therapeutic Relationship Utilizing A Cognitive Behavioural Approach. *Journal Of Psychiatry And Mental Health Nursing*, 10, 175 – 185.
- 24) Minsa, Oficina De Epidemiología Asis-2012 Región De Salud Tacna.
- 25) Ulloa, F. (1994). Prevención Del Suicidio En Niños Y Adolescentes. *Rev. Chilena De Pediatría*, 65 (3), 178 – 183.

- 26) Altamirano, P. (Mar. – Abr. 1995). Comportamiento Suicida En La Adolescencia: ¿Causas Y Explicaciones?. *Pediatría Al Día*, 11 (1), 31 – 33.
- 27) Pedreira, J. (1998). Las Conductas Suicidas En La Infancia Y La Adolescencia. En Rodríguez, J. *Psicopatología Del Niño Y Del Adolescente* (2ª Ed) (Pp. 689 – 708). Tomo I. Sevilla: Universidad De Sevilla.
- 28) Almonte, C. (2003). Conducta Suicida En La Niñez Y Adolescencia. En Almonte, C., Montt, M. & Correa, A. *Psicopatología Infantil Y De La Adolescencia* (507 – 522). Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile.
- 29) Spirito, A. & Overholser, J. (2003). The Suicidal Child: Assessment And Management Of Adolescents After A Suicide Attempt. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 12, 649 – 665.
- 30) Serfaty, A. (1998) *Le Maroc Du Noir Au Gris*. París: Syllepse.
- Mardomingo, M. (1998).
- 31) Los Intentos De Suicidio. En Rodríguez, J. *Psicopatología Del Niño Y Del Adolescente* (2ª Ed) (Pp. 709 – 714). Tomo I. Sevilla: Universidad De Sevilla.
- 32) Committee On Adolescence (1996). Adolescent Suicide. Report N° 140. Washington D C: American Psychiatric Press Inc. Christensen, C. (1995).
- 33) Intencionalidad Suicida. Trabajo De Tesis. Universidad Del Aconcagua, Facultad De Psicología.
- 34) Montenegro, H. & Guajardo, H. (2000). *Psiquiatría Del Niño Y Del Adolescente*. Santiago Editorial Mediterráneo.
- 35) Villardon, L. (1993). *El Pensamiento Del Suicidio En La Adolescencia*. Bilbao: Universidad De Deusto.

- 36) Londino, D., Mabe, P. & Josephson, A. (2003). Child And Adolescent Psychiatric Emergencies: Family Psychodynamic Issues. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am.*, 12, 629 – 647.
- 37) Ajuriaguerra, J. & Marcelli, D. (1996). *Psicopatología Del Niño*. Ed. Masson, 3ª Edición En Español. Barcelona, España.
- 38) Larraguibel, M., Martínez, V., Valenzuela, R., González, P. & Schiattino, I. (2001). Intento De Suicidio En Adolescentes. Factores Asociados. *Psicopatología*, 21 (4), 237 – 253.
- 39) Gould, M., Greenberg, T., Velting, D. & Shaffer, D. (2003). Youth Suicide Risk And Preventive Interventions: A Review Of The Past 10 Years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42 (4), 386 – 405.
- 40) Parmelee, D. (1998). *Psiquiatría Del Niño Y Del Adolescente*. Madrid: Editorial Harcourt Brace.
- 41) Instituto Nacional De Estadística E Informática-Inei, Perú: Compendio Estadísticas Sociales 2005-07, 2008
- 42) Ministerio De Salud. Lineamientos Para La Acción En Salud Mental. Lima, 2008.
- 43) Instituto Especializado De Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano De Salud Mental 2002. Informe General. Lima: IESM Hd-Hn; 2002.
- 44) Instituto Especializado De Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico De Salud Mental En La Sierra Peruana 2003. Informe General. Lima: IESM Hd-Hn; 2003.
- 45) Montenegro, H. & Guajardo, H. (2000). *Psiquiatría Del Niño Y Del Adolescente*. Santiago Editorial Mediterráneo.
- 46) Salvo, L., Rioseco, P. & Salvo, S. (1998). Ideación Suicida E Intento De Suicidio En Adolescentes De Enseñanza Media. *Rev. Chilena De Neuropsiquiatría*, 36 (1), 29 – 35.

- 47) Jiménez T., Mondragón B., Gonzáles-Fortaleza C. (2007). Autoestima, Sintomatología Depresiva E Ideación Suicida En Adolescentes: Resultados De Tres Estudios. *Salud Mental* 2007; 30 (5), 20 - 26.
- 48) Huey, S., Henggeler, S., Rowland, M. Et Al. (2004). Multisystemic Therapy Effects On Attempted Suicide By Youths Presenting Psychiatric Emergencies. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 4(2), 183 – 190.
- 49) De La Barra, F. (1989). Conducta Suicida En Niños Y Adolescentes. *Pediatría Al Día*, 5 (3), 152 – 157.
- 50) Rutter, P. & Behrendt, A. (2004). Adolescent Suicide Risk: Four Psychosocial Factors. *Adolescence*, 39 (154), 295 - 303.
- 51) Villardon, L. (1993). *El Pensamiento Del Suicidio En La Adolescencia*. Bilbao: Universidad De Deusto.
- 52) Gould, M., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C. Graham, J. & Chung, M. (2004). Teenagers' Attitude About Coping Strategies And Help-Seeking Behavior For Suicidality. *Journal Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 43 (9), 1124 – 1133.
- 53) Casullo Martina. *El Capital Psicológico. Aportes De La Psicología Positiva*. 2006.
- 54) Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Muñoz, Pinto, Callata, Napa, & Perales, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental*. Lima 2005
- 55) Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. Horacio Vargas A,C, Javier E. Saavedra. B, *Revista peruana de Epidemiología*. Diciembre 2012

- 56) Factores asociados a la ideación suicida en los estudiantes del quinto año de secundaria del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna, J. Aguilar Vilca. Revista Médica, Año 2009 Tacna
- 57) Ideación Suicida En Adolescentes Cajamarquinos: Prevalencia Y Factores Asociados. Leal Zavala, Rafael A. Vásquez Rodríguez, Luis E. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Diciembre 2012

## ANEXOS

### ANEXO 01: ENCUESTA ANÓNIMA

Estimado(a) estudiante, venimos a ustedes a solicitarles su colaboración respondiendo a la presente encuesta.

Sus respuestas serán tratadas de manera estrictamente **Confidencial** por lo cual no se le solicita colocar sus nombres y apellidos. Estaremos profundamente agradecidos por su gentil colaboración.

Antes de responder a las siguientes preguntas, favor coloque los siguientes datos que se le solicitan:

Institución Educativa: \_\_\_\_\_ Género: M ( ) F ( )

**A.** ¿Cuál es su filiación religiosa?

a. Católica ( ) b. Evangélica-Cristiana ( ) c. Agnóstico ( ) d. Otro\_\_\_\_\_

**B.** ¿Actualmente tienes una relación amorosa? Sí ( ) No ( )

**C.** ¿Con qué frecuencia asistes a fiestas sociales?

Cada fin de semana ( ) 1 ó 2 veces por mes ( )  
2 ó 4 veces por año ( ) 1 vez al año ( ) nunca asisto a fiestas ( )

**D.** ¿Pertenece a algún club o asociación civil? Sí ( ) No ( )

**E.** ¿Practica algún deporte? Sí ( ) No ( )

**F.** ¿En tu hogar vives con tu padre o madre o con ambos?

Padre ( ) b. Madre ( ) c. Ambos ( )

**G.** ¿Alguién de la familia: Intentó hacerse daño y/o suicidio? Sí ( ) No ( )

#### CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA.

**H.** ¿Cuántas personas viven en su hogar?.....

¿Cuántas habitaciones tiene su hogar ? (sin contar cocina y baño).....

**I.** ¿Cuenta la familia con alguno de los siguientes equipos en su hogar?

- Auto SI ( ) NO ( ) - Teléfono SI ( ) NO ( )  
- Refrigeradora SI ( ) NO ( ) - Computadora SI ( ) NO ( )

**J.** Nivel educativo del jefe de familia (la persona que provee la mayor cantidad de dinero al hogar )

- Analfabetismo                      SI (   ) NO (   )
- Educación primaria            SI (   ) NO (   )
- Educación secundaria                      SI (   ) NO (   )
- Educación Universitaria - Técnica      SI (   ) NO (   )

**ESCALA DE RESILIENCIA PARA ADOLESCENTES.**

**K. Instrucciones:** Responda eligiendo una opción que mejor refleje su percepción subjetiva.

**Opciones de respuesta:**

- 0. Nunca**
- 1. Muy Rara vez**
- 2. Algunas veces**
- 3. Con frecuencia**
- 4. Casi siempre**

<b>Afirmaciones</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Estoy y/o estuve satisfech@ con el trato diario que recibí de al menos uno de mis abuelos o parientes de esa generación.					
2. Alguno de mis abuelos o parientes de esa generación estaba al cuidado de mi alimentación, mi salud, mis estudios, mi vida diaria.					
3. Mis compañer@s de escuela me aceptan y pueden separar mi persona de mi comportamiento.					
4. Estoy satisfech@ con el trato diario que me dio (o me da) mi padre.					
5. Estoy satisfech@ con el trato que me dio (o me da) mi madre.					
6. Alguno de mis padres o parientes (o ambos) están (o estuvieron) al tanto de mi alimentación, mi salud, mis estudios.					
7. Mis padres me expresan con mucha claridad lo que es adecuado o inadecuado.					
8. Mis vecinos o amigos me aceptan y pueden separar mi persona de los comportamientos que tengo.					
9. Estoy satisfech@ con el trato diario que recibo de mis compañeros de estudios.					
10. Estoy o estuve satisfech@ con el trato que recibo o recibí de mis profesores.					
11. Experimento un sentido profundo de agradecimiento con la vida.					
12. Experimento un sentimiento espiritual que practico diariamente en forma de religión, meditación, rezos y comunicación con un ser					

superior.					
13. Tengo la sensación de que tengo mucho que hacer con mi vida.					
14. Me siento entusiasmado y alegre.					
15. Me siento muy vinculado a mi padre y aunque él no esté, siento su presencia.					
16. Me siento muy vinculado a mi madre y aunque ella no esté, siento su presencia.					
17. Tengo al menos alguna persona en mi vida, que con sólo pensar en ella, experimento felicidad.					
18. Tengo deseos de aprender muchas cosas nuevas para mejorar mi vida.					
19. Mis compañeros de escuela y trabajo reconocen mis aspectos positivos.					
20. Identifico mis emociones negativas como el coraje, el enojo o la envidia.					
21. Puedo manejar mis emociones negativas de tal manera que no me causan conflicto y no tenga consecuencias negativas (pleitos, malos entendidos o comportamientos riesgosos).					
22. Identifico mis emociones positivas (amor, agradecimiento, tranquilidad, alegría o emoción).					
23. Puedo manejar mis emociones positivas de tal manera que no me causan conflicto y no me traen consecuencias negativas (falta de correspondencia, incompreensión y aislamiento).					
24. El clima que prevalece en mi casa es agradable y el buen humor, la risa y la alegría predominan.					
25. Cuando enfrento situaciones difíciles, el buen humor me ayuda a enfrentarlas.					
26. Al experimentar una dificultad grave la enfrento con fortaleza.					

## TEST DE DINÁMICA FAMILIAR (APGAR)

**L. Indicaciones:** En esta Encuesta la Familia, se describe como el o los individuos con los que usted usualmente vive.

Si usted vive solo, su familia consiste en la(s) persona(s) con quien(es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte.

Para cada pregunta, marcar sólo una **X** que se aplique a usted.

Ítems	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
2. Me satisface que en mi casa se tomen decisiones en conjunto.					
3. Me satisface como mi familia me expresa afecto.					
4. Me satisface como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios de la casa y el dinero.					
5. Me satisface como mi familia acepta mis deseos de emprender nuevas actividades.					

## TEST DE AUTOESTIMA.

**M. Instrucciones:** Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

**Opciones de respuesta:**

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Casi nunca
5. Nunca

Afirmaciones	1	2	3	4	5
1. La mayoría de la gente a mi alrededor parece estar mejor que yo					
2. Me gusta ser yo mismo(a), y me acepto tal como soy					
3. Cuando veo una buena oportunidad, la reconozco y aprovecho.					
4. Para mi los resultados no son imperativos, lo importante es intentarlo y dar lo mejor de mi					
5. Yo merezco ser amado(a) y respetado(a)					
6. A diferencia de otros, realmente tengo que esforzarme para hacer y mantener amigos.					
7. No me siento seguro(a) de haber hecho un buen trabajo a menos que alguien me lo comente					
8. Tengo miedo de ser rechazado por mis amigos					
9. En caso de necesitarlo, conozco personas que me aprecian lo suficiente como para ayudarme.					
10. Siento que no valgo					

## TEST DE AUTO COMPRESION EMOCIONAL

**N. Instrucciones:** A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

### Opciones de respuesta:

1. Nada de Acuerdo
2. Algo de Acuerdo
3. Bastante de acuerdo
4. Muy de Acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

Afirmaciones	1	2	3	4	5
1. Tengo claros mis sentimientos					
2. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.					
3. Casi siempre sé cómo me siento.					
4. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas					
5. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.					
6. Siempre puedo decir cómo me siento					
7. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.					
8. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.					



## TEST DE IDEACION SUICIDA.

### P. Características de la actitud ante la vida o la muerte

1. Deseo de vivir: 0. Moderado a fuerte ( ) 1. Débil ( ) 2. Ninguno ( )

2. Deseo de morir: 0. Ninguno ( ) 1. Débil ( ) 2. Moderado a fuerte ( )

### 3. Razones para vivir/morir

0. Más razones para vivir que para morir ( )

1. Igual unas que otras ( ) 2. Más razones para morir que para vivir ( )

### 4. Deseo de intentar activamente el suicidio

0. Ninguno ( ) 1. Débil ( ) 2. Moderado a fuerte ( )

### 5. Intento de suicidio de forma pasiva

0. Tomaría precauciones para salvar la vida ( )

1. Dejaría al azar el vivir/morir (p.e. cruzar sin cuidado una calle muy transitada) ( )

2. Evitaría los medios necesarios para salvar o conservar la vida (p.e. diabético que deja de ponerse la insulina) ( )

### 6. Duración de la ideación/deseo suicida

0. Breve, períodos pasajeros ( ) 1. Amplios períodos ( )

2. Continuo (crónico), casi continuo ( )

### 7. Frecuencia de la ideación/deseo suicida

0. Ocasional ( ) 1. Intermitente ( ) 2. Persistente o continuo ( )

### 8. Actitud hacia la ideación/deseo suicida

0. Rechazo ( ) 1. Ambivalente, indiferente ( ) 2. Aceptación ( )

### 9. Control sobre la acción suicida

0. Tiene conciencia de control ( ) 1. Inseguro de control ( )

2. No tiene conciencia de control ( )

### 10. Impedimentos para un intento activo (por ejemplo, familia, religión, irreversibilidad)

0. No lo intentaría debido a un impedimento ( )

1. Alguna preocupación acerca de los impedimentos ( )

2. Mínimas o ninguna preocupación acerca de los impedimentos ( )

### 11. Motivo del intento proyectado

0. Manipular el ambiente, atraer la atención, venganza ( )

1. Combinación de 0 y 2 ( )

2. Escapar, resolver problemas ( )