

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Enfermería

**“FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA IDEA DE INTENTO
DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. JORGE CHAVEZ
DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA,
TACNA - 2009”**

TESIS

Presentada por:

Bach. Raúl Marcelo Calderón Sosa

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2009

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad De Enfermería

FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA IDEA DE INTENTO
DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. JORGE CHAVEZ
DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA,
TACNA - 2009

TESIS

Presentada Por:

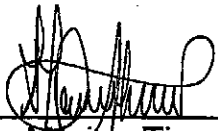
Bach. RAÚL MARCELO CALDERÓN SOSA

Para Optar el Título Profesional de:

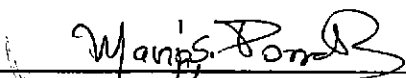
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Aprobado por Unanimidad ante el siguiente jurado:


Mgr. María Dalila Salas Romero
PRESIDENTA


Mgr. Luz Marina Ticona Pajares
JURADO


Mgr. Eloina Tejada Monrroy
JURADO


Mgr. María Soledad Porras Roque
ASESORA

DEDICATORIA

*A mi Madre Zenovia Victoria Sosa Ch.,
que es mi mejor amiga, consejera que me apoya
y guía con su digno ejemplo.*

*A mi Padre Bernardino Calderón
Calderón, gracias por todo tu amor y tus sabios
consejos que guían mi vida.*

*A mis hermanas Mirtha, Amparo y
Consuelo, por su apoyo en momentos difíciles,
por la confianza depositada en mí y por
acompañarme en los buenos y malos momentos
de mi vida.*

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios, por la vida y la posibilidad tan maravillosa que me ha dado de usar lo aprendido en beneficio de otros.

Le dedico este trabajo a mi familia, especialmente a mis Padres, quienes siempre estuvieron apoyándome y motivándome para continuar.

Les agradezco a mis tutores, quienes siempre han estado anuentes a brindarme su apoyo y conocimiento.

Agradezco también a todos aquellos quienes me impulsaron a trabajar en el tema y a todos los que de una u otra forma cooperaron con la aplicación de los instrumentos e hicieron realidad este trabajo.

Si con la ayuda del instrumento creado se lograra rescatar una vida o al menos mejorarla, brindándole esperanza y alivio, el esfuerzo de todos habrá valido la pena.

CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

Pág.

CAPITULO I: DEL PROBLEMA

| | | |
|-----|--------------------|----|
| 1.1 | Introducción..... | 01 |
| 1.2 | Marco Teórico..... | 06 |

CAPITULO II: DE LA METODOLOGÍA

| | | |
|-----|---|----|
| 2.1 | Diseño de investigación..... | 79 |
| 2.2 | Población y Muestra..... | 79 |
| 2.3 | Variables de Estudio..... | 81 |
| 2.4 | Métodos y Técnicas de Recolección de Datos..... | 86 |
| 2.5 | Control de Calidad..... | 92 |

CAPITULO III: DE LOS RESULTADOS

| | | |
|-----|----------------------|-----|
| 3.1 | Resultados..... | 94 |
| 3.2 | Discusión..... | 124 |
| 3.3 | Conclusiones..... | 134 |
| 3.4 | Recomendaciones..... | 136 |

REFERENCIAS

ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo es una investigación científica de tipo descriptivo correlacional que tiene como objetivo determinar la relación de los factores psicosociales con la idea de intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años de la I. E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa – Tacna 2009. La población estudiada fueron los adolescentes de 1ero a 5to a nivel secundario, en una muestra de 235 estudiantes. Se utilizaron instrumentos validados que determinan el nivel de Depresión de ZUNG-CONDE, Actitudes Disfuncionales (WEISSMAN), Autoestima (COOPERSMITH), Dinámica Familiar (SMILKSTEIN) e Ideación Suicida (VILLARDON-BECK). De acuerdo a los resultados tenemos que los factores psicosociales más relevantes fueron que las actitudes disfuncionales en las creencias de Aprobación y Autonomía se relacionaron significativamente a la baja idea de intento de suicidio ($P < 0,005$); la dinámica familiar presentó una leve relación, mientras que la Depresión y Autoestima no evidenciaron asociación a la idea de intento de suicidio. Se discuten las implicaciones de estos resultados para la prevención, tratamiento y futuros estudios.

Palabras claves: *Adolescentes, Ideación suicida, Intento de suicidio, Suicidio, Factores psicosociales.*

ABSTRACT

The present work is a scientific research of correlational descriptive type that it has like objective to determine the relation of the psycho-social factors with the idea on attempt of suicide in the adolescents of 12 to 18 years of I.E. Jorge Chávez of the District of Gregorio Albarracín Lanchipa - Tacna 2009. The studied population went the adolescents of 1ero to 5to at secondary level, in a sample of 242 students. Validated instruments were used that determine the level of Depression of ZUNG-CONDE, Dysfunctional Attitudes (WEISSMAN), Self-esteem (COOPERSMITH), Familiar Dynamics (SMILKSTEIN) and Ideación Suicide (VILLARDON-BECK). According to the results we have them more excellent psycho-social factors were than the dysfunctional attitudes in the beliefs of Approval and Autonomy was related significantly to the idea on attempt of suicide ($P < 0,005$); familiar dynamics presented/displayed one slight relation, whereas the Depression and Self-esteem did not demonstrate association to the idea on attempt of suicide. The implications of these results for the prevention, treatment and futures are discussed studies.

Key words: *Adolescents, suicidal Ideación, Attempt of suicide, Suicide, psycho-social Factors.*

CAPITULO I

DEL PROBLEMA

1.1 INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Idea de intento de suicidio como el acto suicida cuyo resultado no fue la muerte. A nivel mundial encontramos problemas prevalentes de salud mental a fines de cada año en escolares de nivel secundario. De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003) añade que las tasas de suicidio tienden a aumentar considerablemente con la edad adolescente. Sánchez, M. (2005) refiere que, en el año 2000 se calcula que se suicidaron en el mundo 815.000 personas, lo cual representa una tasa de mortalidad anual de 14,5 por 100.000 habitantes. Estas cifras convierten al suicidio en la decimotercera causa de muerte en el mundo según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003). Además, se calcula que la proporción entre actos suicidas no mortales (ideación e intento suicida) y mortales puede llegar a ser de 100 – 200:1. Especialistas de la Universidad de Costa Rica y la OPS (2005), revelan que el 79% de

los adolescentes entre los 12 y 19 años han sufrido alguna vez de depresión. De ellos, el 23,5% pensó en algún momento en el suicidio, casi un 10% refirió haber intentado suicidarse, y un 11,6% había sido tratado en el servicio de emergencias a raíz del intento de suicidio, lo que conlleva a la afectación emocional y social entre el suicida con sus familiares y amigos, que son sobrevivientes de este fenómeno social. Lo anterior sin mencionar que las estadísticas hablan de que por cada muerte por suicidio se realizan de 10 a 20 intentos de autoeliminación (OPS) (2005), llegando a sumar cifras verdaderamente exorbitantes de adolescentes que optan día a día por auto agredirse con el fin último de morir y escapar de un dolor que les es insoportable ya sea a nivel físico o psicológico.

En el Manual de los Lineamientos para la Acción en salud Mental (Perú – 2004) refiere que la riqueza de recursos naturales y humanos podría ser fuente de potencialidades para el desarrollo si estuviera regido por la equidad. De lo contrario, esta diversidad se convierte en fuente de desequilibrios y discriminación, generando serios problemas psicosociales como la depresión por exclusión social, miedo al fracaso, inadecuadas actitudes disfuncionales y problemas de dinámica familiar, que atentan contra el desarrollo y por consiguiente, contra la salud mental de los Adolescentes. El

Ministerio de Salud (MINSA) (2004), reporta 228 suicidios consumados, de los cuales el 63% eran varones. En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao (2002), realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", en lo referente a la prevalencia de vida de pensamiento suicida es de 30,3% y el incremento de conductas suicidas con referencia al intento es 5,2%, ambos con predominio del sexo femenino. El estudio Epidemiológico de salud Mental realizado en la sierra peruana (2003), se encontró que la prevalencia anual de deseos de morir esta en 34,2%, y el incremento del intento suicida esta en 2,9%. Pasan del pensamiento a la concreción suicida en un 34% y de la planificación al intento de autoeliminarse en 72%.¹ Se calcula que la idea de intento suicida es entre 10 y 20 veces más frecuente que el suicidio consumado, no obstante su registro oficial en la Dirección de Salud Mental (DSM – Perú), es subestimado a tal grado que aparece hasta cinco veces menos frecuente, lo que se atribuye a ciertos prejuicios y razones de índole moral, social, religiosa, etc.²

¹ Instituto Epidemiológico de Salud Mental (IESM) (2003) - Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana - H. Delgado-H. Noguchi, Ed. Especial de Anales de Salud Mental, Lima Perú.

² ESCALANTE PALOMINO M. (2002); La enfermedad mental; Modulo 7 - OMS (Organización Mundial de la Salud); Lima – Perú, D.C. [en línea]. Recuperado el <11 de setiembre del 2009>. Disponible en: <<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dqps/compendio/pdf/059.pdf>>.

En la Dirección regional de Salud del departamento de Tacna (DIRESA – Tacna) (2008), informa que el área de salud mental actualmente no cuenta con investigaciones sobre los factores que originan los casos de Idea de intento de Suicidio en adolescentes de la misma ciudad, solo indica que del 58% de casos atendidos por Intento de Suicidio, 346 casos de la población total presentaron depresión durante los informes mensuales de ese año. El Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa es tomado en cuenta porque es el segundo distrito con más población adolescente que ha presentado un alto índice de jóvenes con problemas de salud mental. El 100% de establecimientos de salud tienen responsables de salud mental y el 79% de ellas son enfermeras³.

La UNICEF, (2000) añade: “Que de cada tres millones y medio de adolescentes que viven en el Perú, dos millones 500 mil están en la escuela pública, medio millón ni siquiera asiste, padeciendo pobreza y exclusión muy temprana, de modo que únicamente son alrededor de 500 mil los adolescentes que no son pobres y reciben una buena educación”. Hay aun escolares que se ven enfrentados de alguna manera a situaciones no propias para su edad a causa del

³ REGION DE SALUD TACNA (2008) – “Análisis de la Situación de Salud Mental”, Informe mensual ESSMyCP.

desempleo de sus Apoderados. De allí nace la importancia de realizar el estudio de investigación sobre los factores psicosociales relacionados a la idea de intento de suicidio en los adolescentes de la I.E. Jorge Chávez del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, pues para los profesionales de enfermería es importante identificar y sensibilizar a la comunidad en general sobre los problemas actuales de salud mental, tomando como énfasis la etapa de vida de los adolescentes que se constituyen en un grupo de alta vulnerabilidad.

Por todo lo expuesto anteriormente la formulación del problema quedó planteada de esta manera:

¿Los factores psicosociales estarán relacionados a la idea de intento de suicidio en los adolescentes de la I. E. Jorge Chávez del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna – 2009?

1.2 MARCO TEÓRICO

Antecedentes del Problema

Gould (1999) realizó un estudio psicológico en 120 jóvenes suicidas menores de 20 años y los comparó con 127 jóvenes de la comunidad pareados en edad, sexo y grupo étnico que vivían en el área de Nueva York; los resultados muestran que 58 víctimas de suicidio y 49 controles de la comunidad venían de familias en las que existía una permanente separación o divorcio de los padres biológicos. Se estudió la edad del joven al momento de la separación, la existencia de un nuevo matrimonio después de la separación, frecuencia de contacto con el padre que no vivía con él, relación madre-hijo (o padre-hijo), y psicopatología parental, encontrando que el divorcio o la separación tenían un impacto relativamente pequeño en el suicidio, el que fue aún menor después de tomar en cuenta la psicopatología parental. Por otra parte la falta de comunicación con la madre y el divorcio, independientemente, contribuyeron a incrementar el riesgo de suicidio, y la escasa comunicación con el padre tuvo un efecto interactivo con divorcio en el riesgo suicida. Si el padre no reside en la casa como resultado del divorcio, entonces la escasa comunicación puede ser algo normativo

y no particularmente disruptivo; por otra parte, cuando el padre que vive con el joven "falla en comunicarse", puede reflejar una relación más disfuncional.

Metha, Chen, Mulvenon y Dode (2000). Durante su investigación priorizaron la búsqueda de la identidad (social, sexual, vocacional) del adolescente, en virtud de la cual empieza a consolidar la imagen, los valores y las aspiraciones que quiere tener para su vida, puede ser la causa de que la autoestima se consolide como un factor importante en el origen de las conductas suicidas en los adolescentes. Así pues, el fracaso escolar, las dificultades a la hora de entablar las relaciones sociales o una mala imagen corporal pueden convertirse en un elemento crucial en el surgimiento de la conducta suicida.

Bille-Brahe (2000) En un estudio a adolescentes escolares añade finalmente, que las visiones que la sociedad tiene de la vida y la muerte también forman parte del patrón sociocultural y determinarán las actitudes hacia las lesiones auto-inflingidas. "En otras palabras, determinarán el sentido sociocultural del suicidio, al verlo como un pecado imperdonable, un acto psicótico, un derecho humano, una obligación ritual, un acto impensable, etc".

Mondragón, Borges y Gutiérrez (2001), con el fin de obtener datos más precisos sobre el intento y la ideación suicida en la población mexicana, elaboraron un análisis de los resultados de varios estudios en diferentes poblaciones de México en los que se utilizaron diferentes metodologías e instrumentos, mediante encuestas representativas de muestras de hogares y escuelas, así como estudios en escenarios clínicos. Encontrando que la prevalencia de ideación suicida es similar a las observadas en otros países, por ejemplo, las prevalencias internacionales de la ideación suicida va desde 3.4% hasta 52.9% en los adolescentes y en los adultos, mientras que en México el rango es de 1% a 40% en los mismos grupos, siendo más elevadas en la población adolescente que en la adulta.

González Forteza (2002) respecto a la prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes, hubo mayor predominio de intento suicida en estudiantes de escuelas privadas, en especial en los bachilleratos, donde la edad de ocurrencia del único/último intento oscila entre los 10 y los 15 años y la recurrencia reportada en 1997 fue de 1 de cada 4 mujeres con intento suicida y uno de cada 5 hombres, aumentando a 1 de cada 3 en el 2000. Tales datos ponen de manifiesto la necesidad de considerar a la población estudiante

como foco de interés a investigar para así mismo atender las necesidades de la población joven de la ciudad de México.

Ricardo González (2002) explica que las tasas de ideación suicidios por el nivel de depresión en adolescentes con diversos problemas sociales sea 9,22 veces más alta que en el resto de la población general y como consecuencia el hombre llega a una degradación de sus valores sociales afectando sus capacidades, intereses, relaciones interpersonales, criterios éticos y morales, produciendo además ausencias laborales, pérdidas económicas, reducción de la expectativa de vida entre 10 y 15 años, así como disfunciones familiares. Y si esto ocurre, obviamente se afectan las diferentes funciones de la familia como institución social. La depresión no solo constituye un problema médico, sino que paralelamente forma parte de un fenómeno social.

Catalina González Forteza, Luciana Ramos Lira, Miguel Ángel Caballero Gutiérrez y Fernando A. Wagner Echeagarray (2003) En su estudio participaron 508 hombres y 428 mujeres estudiantes en el Centro Histórico de la Ciudad de México, cuya edad promedio fue de 13,7 años. Los resultados indican que los estudiantes con depresión y/o ideación suicida tienen más conflictos con padre/madre, y

reportan que sus padres discuten por problemas económicos; tienen menor autoestima y no tienen una buena relación con padre/madre; son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas. La prevalencia de intento suicida fue en hombres: 7% y mujeres: 17%. Los/as estudiantes impulsivos presentan más riesgo con antecedente de intento suicida. En hombres, el afrontamiento agresivo también se asocia con un riesgo mayor. En mujeres, el tener conflictos con padre/madre presenta riesgo mayor, así como que sus padres discutan por problemas económicos. Estos resultados contribuyen en la prevención para identificar estudiantes en riesgo para su referencia oportuna a servicios de salud.

Guevara Villalobos (2004), expone que la importancia del deterioro de los vínculos familiares y las dificultades de la dinámica grupal en la afección del nivel de contención y apoyo que pueden ejercer las redes sociales en los adolescentes, este es un estudio cualitativo muy completo el objetivo de identificar factores de orden sociológico que puedan incidir en el fenómeno del suicidio adolescente. Se estudiaron de forma exhaustiva es esta tesis 4 casos de adolescentes entre 14 y 18 años con un intento de autoeliminación previo que estaban siendo atendidos en la Consulta Externa del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Jeannette Rosselló y Mayra N. Berríos Hernández (2004); revelan que existe una relación significativa y positiva entre ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales y eventos de vida negativos. El suicidio en adolescentes constituye un problema serio de salud mental. Este puede ser prevenido si se identifican los factores psicosociales como la sintomatología depresiva, baja autoestima, actitudes disfuncionales y eventos de vida negativos. 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 análisis estadísticos revelaron una relación significativa entre ideación suicida y las variables estudiadas consideradas como riesgo. Se discuten las implicaciones de estos resultados para la prevención, tratamiento y futuros estudios.

Pagés (2004); En un estudio de comunidad, con la participación de 11.718 estudiantes de secundaria, entre los cuales 1078 tuvieron un intento de suicidio en su vida, encontraron que la baja autoestima, la depresión y el huir de casa fueron factores psicosociales significativamente asociados a la presencia de ideas de intentos de suicidio.

Jerson Muñoz M., Verónica Pinto M., Héctor Callata C., Nilton Napa D. y Alberto Perales C. (2005) En su estudio determina la prevalencia de ideación suicida y su asociación con el pertenecer a familias de muy bajos y muy altos niveles de cohesión familiar en estudiantes entre 15 y 24 años del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CEPUSM). Se seleccionaron aleatoriamente 1500 estudiantes de una población de 4500 del CEPUSM, divididos en adolescentes (15 - 19 años) y adultos jóvenes (20 - 24 años). En sus resultados presento prevalencias de vida de 48% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 30% ideación suicida, 15% elaboró un plan suicida y 9% intentó suicidarse. La prevalencia de ideación suicida fue 15% en el último año y 6% en el último mes. Las familias fueron, según el nivel de cohesión familiar, desligada (22%), separada (32%), conectada (31%) y amalgamada (15%). Al asociar ideación suicida y familia desligada se obtuvo un OR de 2,17 (IC95 1,26-3,74) en adolescentes y 1,35 (IC95 0.21-8.64) en adultos jóvenes. En conclusión existe una prevalencia elevada de ideación suicida en estudiantes entre 15 y 24 años del CEPUSM y está asociada, sólo en adolescentes, a pertenecer a familias con niveles muy bajos de cohesión familiar.

Goraigordobil (2005), encontraron en una muestra de 322 adolescentes, que la autoestima tiene relaciones negativas significativas con problemas escolares, conductas suicidas, antisociales, timidez, trastornos psicopatológicos, problemas de ansiedad y problemas psicosomáticos; así como relaciones positivas con ajuste social, por lo que concluyen que una alta autoestima está relacionada con una buena salud mental.

Pablo Cano, César Gutiérrez, Martín Nizama (2008) En su estudio por determinar la prevalencia de la ideación suicida y su asociación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros, en adolescentes escolares del Amazonas. Tomo como 530 adolescentes de 12 a 19 años en los tres más grandes colegios de la ciudad. En sus resultados se evidencio que 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. En conclusión existe alta prevalencia de ideación suicida y, haber pensado en quitarse la vida se asoció con haber presentado conducta violenta dirigida hacia otro.

Lucio & Hernández (2008) refiere que estudios más recientes han explorado la relación entre sucesos estresantes de vida y riesgo suicida en estudiantes de secundaria encontrando por ejemplo que los problemas familiares y las dificultades escolares se asocian a la ideación, planeación, e intento de suicidio. Por otro lado, la heterogeneidad entre los adolescentes estudiantes que reportan riesgo suicida en áreas como la personalidad y las motivaciones se ha reportado en congruencia con lo encontrado en la literatura sobre adolescentes en riesgo.

Villalobos Galvi, Fredy H. (2009); En su estudio de Ideación Suicida en Jóvenes, con el objeto de determinar la validez de modelos predictivos de la Ideación Suicida, compuestos por depresión, desesperanza, solución de problemas, autoestima, apoyo social y razones para vivir, se llevó a cabo un estudio en 1210 estudiantes de colegios estatales de Colombia, de acuerdo con el sexo, etapa evolutiva y nivel académico. Los resultados permitieron establecer que existen relaciones altamente significativas entre todas las variables del estudio en la muestra total y a través de los diferentes grupos de la misma. De igual manera, se determinó que todas las variables predictivas tienen un aporte significativo a la predicción de las ideas suicidas.

LA ADOLESCENCIA

Es definida como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia por los cambios pubertades de tipo fenotípico, se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: La Adolescencia Temprana de 10 a 14 años, y La Adolescencia Tardía de 15 a 19 años.⁴

Cortellazzo, & Zolli (2004); El término adolescente proviene del latín "*Adolescentem*" que quiere decir empiezo a crecer, edad en la cual todavía se crece entre la pubertad y la juventud. La adolescencia, con independencia de las influencias sociales, culturales y étnicas, se caracteriza por eventos universales entre los que se destacan:

- El crecimiento corporal evidenciable en el aumento de peso, estatura y los cambios en las formas y dimensiones corporales.

⁴ PÉREZ BARRERO S (1997). "Actitudes hacia el suicidio en adolescentes". Rev. Psiquiátrica Infanto-juvenil N0 2 abril-junio:102-106.

- El aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcada en el varón, acompañado de un incremento de la capacidad de transportación de oxígeno, de los mecanismos amortiguadores de la sangre capaces de neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular.
- Incremento y maduración de los pulmones y el corazón, con un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.
- Incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en las formas y dimensiones corporales, los procesos endocrino metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de forma armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora e incoordinación, fatiga fácil, trastornos del sueño, los que pueden generar trastornos emocionales y conductuales transitorios.
- Desarrollo y maduración sexual, con la aparición de las características sexuales secundarias y el inicio de la capacidad reproductiva.
- Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado

estarán presentes durante esta etapa de la vida y que pueden resumirse de la siguiente manera:

- Búsqueda de sí mismo y de su identidad.
- Necesidad de independencia.
- Tendencia grupal.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Relaciones conflictivas con los padres que fluctúan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
- Actividad social reivindicativa, tornándose más analíticos, con pensamientos simbólicos, en los que formulan sus propias hipótesis y llegan a conclusiones propias.
- Eligen una ocupación para la que necesitarán adiestramiento y capacitación para llevarla a la práctica.
- Necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura o subcultura específica.⁵

⁵ DÍAZ DE SANTOS, MARDOMINGO SANZ MJ. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. D.C. [en línea]. Recuperado: <15 de agosto del 2009> Disponible en: <http://www.canales7.es/libreria/33111_psiquiatria-del-nino-y-del-adolescente-isbn-978-84-7978-164-4>

Piaget (2001) añade: A menudo se ve involucrado en discusiones espontáneas sobre filosofía, creencias, comportamientos sociales y valores, en las que son tratados conceptos abstractos, tales como justicia y libertad. Por otro lado, el adolescente se ve comprometido a cumplir roles sociales en relación con sus compañeros y miembros del género opuesto, al mismo tiempo que se ve enfrentado a conseguir buenos resultados escolares y a tomar decisiones sobre su futuro.

Ortigosa Quiles (2003); Cuando los adolescentes perciben que no pueden enfrentar sus problemas de forma eficaz, su comportamiento puede tener efectos negativos no sólo en su propia vida sino también en el funcionamiento de sus familias y de la sociedad. Por lo tanto, es importante tener en cuenta las relaciones entre los estilos de afrontamiento y otros factores como la clase social, el estrés previo, la edad, origen étnico o el género que directa o indirectamente influenciaran y modularan su calidad de vida dependiendo de la forma como perciba las situaciones. Callabed (2006) añade: "En la adolescencia cada una de estas fases del desarrollo requiere de una capacidad para el afrontamiento, es decir, estrategias conductuales y cognitivas para lograr una adaptación y una transición efectivas".

Fases de la Adolescencia:

En el funcionamiento psicológico, las dimensiones más destacadas del desarrollo adolescente se dan en el plano intelectual, sexual, social y en la elaboración de la identidad. Con la finalidad de facilitar la sistematización de sus características, analizaremos la evolución que presentan a través de tres fases. No se trata de secuencias rígidas, pues las aceleraciones y desaceleraciones de los procesos dependen, a lo menos, de las diferentes subculturas, la situación socioeconómica, los recursos personales y tendencias previas, los niveles alcanzados de salud mental y desarrollo biológico, las interacciones con el entorno, y, entre estas, las relaciones de género y las relaciones intergeneracionales.

Habitualmente las fases del período adolescente han sido denominadas Adolescencia Temprana, Adolescencia media y Adolescencia tardía. Preferimos identificar esta última como Fase Final del periodo adolescente⁶. Los cambios relevantes que pueden

⁶ KRAUSKOPF D. (1998) El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. 2da edición. Editorial EUNED. Costa Rica. D.C. [en línea]. [Último acceso 15 de junio de 2008], Recuperado: <24 de octubre del 2009> Disponible en: <<http://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/1n2/0517.html>>.

reconocerse en las tres principales fases de la adolescencia son de la siguiente manera:

1. Adolescencia Temprana (10 - 13 años) Preocupación por lo físico y emocional:

- Duelo por el cuerpo y por la relación infantil con los padres
- Reestructuración del esquema e imagen corporal
- Ajustes a emergentes cambios sexuales físicos y fisiológicos
- Estímulo de las nuevas posibilidades que abren estos cambios
- Necesidad de compartir los problemas con los padres
- Fluctuaciones del ánimo
- Fuerte autoconciencia de necesidades
- Relaciones grupales con el mismo sexo
- Movimientos de regresión y avance en la exploración y abandono de la dependencia

2. Adolescencia Media (14 - 16 años) Preocupación por la afirmación personal social:

- Diferenciación del grupo familiar

- Duelo parental por la pérdida del hijo fantaseado
- Deseo de afirmar el atractivo sexual y social
- Emergentes impulsos sexuales
- Exploración de capacidades personales
- Capacidad de situarse frente al mundo y a si mismo
- Cuestionamiento de aspectos de conducta y posiciones previas
- Preocupación por lo social y Grupos heterosexuales
- Interés por nuevas actividades
- La pareja como extensión del yo
- Búsqueda de autonomía

3. Adolescencia Tardía (17 - 19 años) Preocupación por lo social:

- Búsqueda de afirmación del proyecto personal-social
- Reestructuración de las relaciones familiares
- Locus de control interno
- Desarrollo de instrumentos para la adultez
- Exploración de opciones sociales
- Avance en la elaboración de la identidad

- Duelo parental por la separación física
- Grupos afines en lo laboral, educacional, comunitario
- Relaciones de pareja con diferenciación e intimidad
- Capacidad de auto cuidado y cuidado mutuo

Las y los adolescentes han sido considerados por mucho tiempo un grupo poblacional que se enferma poco y que acuden muy esporádicamente a los establecimientos de salud, pretendiendo indicar con ello sus pocas necesidades de atención en salud. La salud de las y los adolescentes se caracteriza por su alta vulnerabilidad a las situaciones de riesgo y por la presencia de un mayor número de adolescentes que están involucrados en una o varias conductas de riesgo que amenazan su salud desde que inicia su adolescencia; sin importar el nivel socioeconómico al que pertenece.

Según el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) (2002 - 2012), Lima Perú (2007) – MINSA, Refiere que si bien la adolescencia es un periodo de riesgos, también lo es de múltiples posibilidades para la creatividad, la productividad, la capacidad de propuesta y de participación ciudadana, cuando a las y los

adolescentes se les brinda oportunidades de desarrollo personal y colectivo y se atienden sus necesidades básicas de educación, salud, recreación y participación. La adolescencia es además, la etapa en la que se adoptan valores y consolidan hábitos y conductas que pueden afectar positiva o negativamente su salud para toda la vida.

EL DESARROLLO PSICOSOCIAL es el proceso de maduración psicológica y social de la persona, que es influenciado por una serie de factores internos (herencia) y externos (medio ambiente, educación, cultura, amigos, etc.).⁷ Este desarrollo de maduración psicológica en el adolescente se presenta de la siguiente manera:

1. Etapa de adolescencia temprana (10 – 13 años):

- **Independencia:** Menor interés en los padres, intensa amistad con pares del mismo sexo, interés por el sexo opuesto, desafíos a la autoridad, necesidad de privacidad y pertenencia.
- **Identidad:** Aumento de las habilidades cognitivas y el mundo de la fantasía, estado de turbulencia, falta de control de los

⁷ MINSA, El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) 2002 - 2012, Pág. 35, Lima Perú 2007

impulsos, metas vocacionales irreales. Búsqueda de modelo a seguir.

- **Imagen:** Preocupación por los cambios en el esquema corporal, incertidumbre acerca de su apariencia. Búsqueda de aprobación.
- **Pensamiento:** Su forma de pensar le permite establecer relaciones simples (el pensamiento tiende a ser aún concreto) con fines muy inmediatos. Ej. Es capaz de establecer relaciones entre dos conceptos diferentes, rescatando su función.

2. Etapa de adolescencia media (14 – 16 años):

- **Independencia:** Periodo de máxima interrelación con los pares y de gran conflicto con los padres, sobredimensión de la capacidad de autonomía, preocupación por el área sexual.
- **Identidad:** Conformidad con los valores de los pares, sentimiento de invulnerabilidad, conductas omnipotentes generadoras de riesgos, búsqueda de modelos de identificación.
- **Imagen:** Preocupación por la apariencia, deseo de poseer un cuerpo más atractivo.
- **Pensamiento:** Comienza la capacidad de pensar en forma abstracta, y de jugar con ideas y sistemas filosóficos. Ej. Es capaz de cuestionar normas, reglas y de proponer cambios.

3. Etapa de adolescencia avanzada (17 – 19 años)

- **Independencia:** Emocionalmente próximo a los padres, a sus valores. Las relaciones se vuelven más íntimas y con mayor compromiso afectivo que antes. El grupo de pares se torna menos importante.
- **Identidad:** Desarrollo de un sistema de valores, metas vocacionales reales. Identidad personal y social con capacidad de establecer relaciones íntimas y con compromiso afectivo.
- **Imagen:** Aceptación de la imagen corporal.
- **Pensamiento:** La capacidad de abstraer se modifica hacia la de planificar el futuro y de preocuparse por los planes concretos de estudio, trabajo, vida en común de pareja, etc. Ej. Se proyecta hacia el futuro, estableciendo proyectos de vida.

Considerando que la adolescencia es una etapa donde las relaciones interpersonales se intensifican como característica importante del desarrollo psicosocial del adolescente en sus diferentes etapas, se hace indispensable que éstos desarrollen las habilidades necesarias a fin de que estas relaciones con otros

tengan resultados favorables contribuyendo de este modo con su desarrollo integral.⁸

*“Invertir en la salud de las y los adolescentes, no es solo detectar daños y curar las enfermedades que esta población tiene. Es desarrollar capacidades, promover el capital humano y social que hemos cuidado y protegido en la infancia y construir agentes de cambio cultural en salud”.*⁹

EL SUICIDIO

Castelli (2002); La palabra suicidio etimológicamente deriva de los vocablos latinos “sui” y “cedere”; cedere significa “darse muerte”, y sui, “sí mismo”. El suicidio se puede definir como un proceso que inicia con la ideación suicida, continua con el intento de quitarse la vida para llegar finalmente al suicidio consumado. Donde cada uno de los componentes de la conducta extrema, expresa connotaciones distintas y específicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000), señala como relevante especificar el suicidio por el hecho en sí mismo. Así

⁸ MINSA, El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) 2002 - 2012, Pág. 36, Lima Perú 2007

⁹ MINSA, Lineamientos de política de salud de los/las adolescentes, Pág. 13, Lima, Perú, 2005.

el suicidio es definido como *un acto con resultado fatal, que es deliberadamente iniciado por una persona contra sí misma y con el conocimiento o expectativa de que éste le causará la muerte.* Mientras que para MARCHIORI (2000) añade: "El suicidio es un comportamiento intencional autodestructivo, que es realizado por una persona durante una etapa de su vida en que es altamente sensible, agravado por un contexto familiar-social vulnerable que no puede hacer algo para evitarlo".

Emile Durkheim (1998); La primera contribución importante al estudio del problema del Suicidio fue realizada a finales del último siglo por el sociólogo francés EMILE DURKHEIM. En un intento de explicar los patrones estadísticos, dividió los suicidios en tres categorías sociales: *Egoísta, Altruista y Anómico.*

☞ **El Suicidio Egoísta** comprendía a aquellas personas que se suponía que no habían estado sólidamente integradas en ningún grupo social. Podía utilizarse la integración familiar o la falta de ella para explicar por qué los no casados eran más vulnerables al suicidio que los casados y por qué los matrimonios con niños era el grupo más protegido. Las comunidades rurales tenían una mayor

integración social que las urbanas y por tanto menos suicidio. El protestantismo era una religión menos coherente que el catolicismo, y, en este caso, los protestantes presentaban una tasa de suicidio más elevada que los católicos.

Según Durkheim, la única diferencia entre católicos y protestantes es que el segundo grupo admite el libre cuestionamiento con mayor libertad que el primero. Y va más allá al decir que el catolicismo concede al pensamiento y a la reflexión un menor espacio que el protestantismo, o sea, lo que busca es reinar sobre las conciencias. El protestante es más autor de sus creencias, la Biblia se deja en sus manos y ninguna interpretación de ella se le impone, esto hace más sensible el individualismo religioso. En conclusión, lo vuelve un ser más egoísta.

Lo anterior da para pensar entonces que quizás la solución a la problemática que plantea este sociólogo es llenar o copar al máximo la capacidad de reflexión interior del individuo con pensamientos colectivos o de creencias

para que así no piense tanto en sí mismo. El individualismo que ha ido creciendo con fuerzas a lo largo del tiempo está provocando una excesiva reflexión y decisión por parte de las personas, que en parte es buena, pero también es considerada como una de las causas de este tipo de suicidio.

Una de las grandes conclusiones de E. Durkheim sobre el suicidio egoísta es que mientras más numerosos y fuertes son los estados colectivos, más fuertemente está integrada la comunidad religiosa y más virtud preservativa tiene ésta. Pero lo importante no son los dogmas y ritos en sí, sino que éstos sirvan por su naturaleza para alimentar una vida colectiva de suficiente intensidad. Entonces queda claro que la religión no preserva el suicidio sino que es la actividad colectiva quien ayuda a contrarrestar este tipo de suicidio. Lo fundamental del suicidio egoísta es que *se caracteriza por un sujeto que pierde toda clase de interés con lo que le une a la vida.* Debido a esto E. Durkheim, establece que la relación que une al suicidio egoísta con el grado de desintegración social es inversa. Dado que el Suicidio Egoísta es el más

frecuente en nuestras sociedades -según este sociólogo- es evidente que el grado de desintegración social es bastante. Vivimos en un tiempo en que priman los intereses individuales, quizá por la falta de tiempo cada vez es menor el grado de cohesión entre personas, salvo en entornos muy cerrados, como puede ser la familia (no siempre y cada vez menos). Este suicidio proviene de una individualización excesiva.

☞ **El Suicidio Altruista** es, el contrario del suicidio egoísta. Este suicidio representaba el grupo cuya tendencia al suicidio procedía de su excesiva integración en un grupo. E. Durkheim pensaba que este tipo de suicidio podría haberse esperado en algunas clases de la sociedad japonesa. También, nombra como ejemplo al ejército donde la conciencia del deber y la integración en el grupo (pequeña sociedad) es mucho mayor que en otros grupos sociales. El *Suicidio Altruista* es menos frecuente, lo cual es lógico ya que hoy día el pensamiento individualista es mucho más fuerte que el colectivo.

👉 **El Suicidio Anómico** es que se produce cuando un trastorno en el equilibrio de la integración de la persona con la sociedad le deja sin sus normas de conducta habituales. La anomia podría explicar la mayor incidencia de suicidio entre los divorciados en comparación con la de los casados y la mayor vulnerabilidad de los que han sufrido cambios drásticos en su situación económica.

Este suicidio es propio de las sociedades desarrolladas y supone situaciones de desorden. Desordenes entre el individuo y la sociedad con que se relaciona que pueden causar verdaderos estragos. Supone, además, una pérdida de la propia identidad, los valores tradicionales se desmoronan.

Hoy día el concepto de suicidio se ha ampliado a la realización de autolesiones buscando la propia muerte directa o indirectamente y con conciencia de los motivos. El término *pseudosuicidio* trata de explicar la situación existente cuando sin desear la propia muerte se produce la misma o autolesiones, se realizan conductas que con mucha probabilidad conducen a la muerte (ej. Una

persona se tira al tren huyendo de una alucinación). Etimológicamente suicidio significa "muerte de sí mismo", término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación.

Según Belén García Méndez (2000), refiere que el adolescente se puede encontrar inmerso a diversos factores psicosociales que conllevan al suicidio como alternativa a los problemas de inseguridad personal, el anhelo, convertido a veces en obsesión, por construirse un mundo que no se parezca en nada al que ha tenido hasta ahora por sus padres, llevan a los jóvenes a experimentar una fuerte inseguridad ante el futuro de la que quiere salir por sí solo.

Comienzan las preguntas típicas: ¿quién soy? ¿Qué hubiera pasado si no hubiera nacido? ¿Por qué debo levantarme todos los días de la cama si no puedo evitar la Muerte, que me acecha en cada rincón, esperando que cometa un error que me cueste la vida? Es en este momento cuando las adolescentes pasan mucho tiempo llorando porque no se ven atractivas y los adolescentes huyen de la soledad volviéndose demasiado extrovertidos. Las

reacciones suelen ser contradictorias, pero siempre son exageradas. Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre financiera y otros miedos mientras van creciendo. El divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. Para algunos adolescentes, el suicidio aparenta ser una *solución a sus problemas y al estrés*.

El suicidio se produce a menudo para escapar de circunstancias dolorosas; también como acto de venganza contra otra persona a la que se acusa de ser responsable del sufrimiento que lleva a tomar tan drástica decisión. Estos sentimientos se conocen por las notas o cartas que, en ocasiones, deja la persona antes de suicidarse.

TIPOS DE SUICIDIO:

El comportamiento suicida abarca las siguientes tipologías:

- a. **El deseo de morir.** Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento

presente y que puede manifestar en frases como: "la vida no merece la pena vivirla", "lo que quisiera es morirme", "para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto" y otras expresiones similares.

b. La representación suicida. Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.

c. Las ideas suicidas. Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

–Idea suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "no sé cómo, pero lo voy a hacer".

–Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: "De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo."

–Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.

–El plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

- d. La amenaza suicida.** Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.
- e. El gesto suicida.** Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el

acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

- f. **El intento suicida**, también denominado *parasuicidio*, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

- g. **El suicidio frustrado**. Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

- h. **El suicidio accidental**. El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto. También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, que se autoagrede sin propósitos de morir, pero las complicaciones derivadas del acto le privan de la vida

(inyección de petróleo en la pared abdominal, introducción de alambres hasta el estómago o por la uretra, etc.).

- i. **Suicidio intencional.** Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.¹⁰

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional.

Las ideas suicidas son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida. El intento de suicidio es muy común

¹⁰ PÉREZ BARRERO SA (1997). Actitudes hacia el suicidio en adolescentes. Rev. Psiquiátrica Infanto-juvenil N0 2. D.C. [en línea]. Recuperado: <10 de agosto del 2009> Disponible en. <http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/2009/psiquiatria/Evaluacion_Comportamiento_Suicida_de_Adolescentes.pdf>.

entre los adolescentes con predisposición para esta conducta y se considera que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos.

El Suicidio es una manera de cortar el sufrimiento, es un acto que el suicida considera lógico, la emoción del suicidio es la desesperanza y el desarraigo, su actitud es vivir y morir a la vez pero uno de los sentimientos surge con más fuerza.

SÍNTOMAS:

- ☞ Cambios en los hábitos de dormir y de comer.
- ☞ Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales.
- ☞ Actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa.
- ☞ Uso de drogas o de bebidas alcohólicas.
- ☞ Abandono fuera de lo común en su apariencia personal cambios pronunciados en su personalidad.

- ☞ Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- ☞ Quejas frecuentes de síntomas físicos, tales como: los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven.
- ☞ Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones.
- ☞ Poca tolerancia de los elogios o los premios.
- ☞ Quejarse de ser una persona mala o de sentirse abominable.
- ☞ Lanzar indirectas como: no les seguiré siendo un problema, nada me importa, para qué molestarse o no te veré otra vez.
- ☞ Poner en orden sus asuntos, por ejemplo: regalar sus posesiones favoritas, limpiar su cuarto, tirar papeles o cosas importantes, etc.
- ☞ Ponerse muy contento después de un período de depresión.
- ☞ Tener síntomas de psicosis (alucinaciones o pensamientos extraños).

CONDUCTA SUICIDA:

“Es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. Se puede originar esta conducta en función a una decisión voluntaria, motivos inconscientes, en estados psicopatológicos que cursan con alteraciones del afecto, del pensamiento, de la conciencia y de los impulsos”¹¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS): define el acto suicida como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención y de que conozcamos o no los verdaderos motivos, y el suicidio como la muerte que resulta de un acto suicida.

❖ Idea de Intento de Suicidio:

Pagán y Parrilla (1990); La idea se refiere a pensamientos persistentes que tiene el adolescente 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

¹¹ MINSA, (2004) Protocolo Integral para la atención de la conducta Suicida, Pág. 38, Perú.

precursora de causarse daño o la muerte. El intento es todo acto realizado con el propósito de hacerse daño y/o quitarse la vida.

Freyre (1999), describe cuatro fases en el proceso evolutivo por el que atraviesa el intento y acto suicida en los adolescentes, obedeciendo ello a un sin número de factores:

- a. Se ha podido observar que en adolescentes con antecedentes de intento de suicidio, priman vivencias conflictivas y de crisis durante su infancia y niñez, pudiendo ello ser un factor predisponente a incrementar su vulnerabilidad. Dentro de estos podemos encontrar: conflictos parentales, ausencia emocional o física de uno de los padres, alcoholismo, maltrato, etc.
- b. *Fase de escalada adolescencial:* la problemática ocurrida durante las fases anteriores, se incrementa en la adolescencia con relación a las vicisitudes del proceso adolescente y a la conciencia que se hace en esa época de los problemas sufridos antes. En la medida que los intentos compensatorios fracasan o la problemática persiste, el adolescente puede sentirse aislado de su familia y afectarse su desenvolvimiento social.

- c. *Aislamiento social progresivo*: el joven se aísla más de sus padres, y pierde la capacidad para comunicarse con ellos y para expresar sus sentimientos con palabras. Si sus mecanismos adaptativos fallan, se va aislando progresivamente de sus amigos, se deprime y tiende a adoptar conductas riesgosas. La depresión suele ser progresiva.

- d. *Fase final*: cuando la depresión y / o aislamiento se incrementa, así como también la autoestima, auto concepto y autovaloración se encuentren afectadas y disminuidas, surge primero la idea suicida, lo que lleva luego al intento suicida.

Mingote (2004); Esta conducta suicida se identifica cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio, durante por lo menos dos semanas y haciendo algún plan e identificando los medios necesarios para conseguirlo. En una definición más sencilla, consideran Idea de intento Suicida a cualquier pensamiento auto-reportado de intentar una conducta relacionada con el suicidio. Puede considerarse una expresión temprana de vulnerabilidad y abarca desde manifestaciones vagas de poco valor de la vida hasta propósitos autodestructivos más definidos. Puede adoptar una cualidad persistente y asociarse a

diversas variables psicológicas como depresión, autoestima baja, etc. Los ideadores de suicidio presentan una elevada prevalencia de patología psiquiátrica, como trastornos del sueño, por uso de alcohol/sustancias, de personalidad y conducta antisocial.

Las ideas suicidas se asocian a variables psicosociales y a medio familiar caótico. Se sabe que existe la ideación de muerte, la ideación suicida, que es en el 10% de la población normal. Esta ideación generalmente es pasajera y es egodistónico (Tendencia considerada como no conforme con el Yo) para el joven. El adolescente muchas veces se preocupa cuando piensa sobre esto, de hecho muchas veces le da vergüenza decir que se le cruzaron estas ideas por la cabeza.

A veces la idea se va instalando y se va haciendo cada menos egodistónico y se va haciendo cada vez más sintónico (Emocionalmente sensible al medio ambiente). Ya aparecen las amenazas suicidas. Después de la amenaza está el intento suicida –la mitad de las muertes se produce en el primer intento suicida– y después hay una población que tiene varios intentos suicidas. Generalmente hay una alteración de la serotonina (mensajero químico en el cerebro que afecta las emociones, la conducta y el

pensamiento) a nivel cerebral en estos pacientes que hacen varios intentos suicidas. La causa es generalmente impulsiva en los adolescentes y no muy premeditado.

No hay ninguna clase de persona que pueda tener la seguridad de no albergar jamás pensamientos suicidas, *si bien parece que en personas con firmes convicciones religiosas es mas infrecuente el intento de suicidio, todos estamos propensos a este tipo de idea.*

❖ **Ideación Suicida:**

Se denomina así en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Sinónimo de pensamiento suicida. La Organización Mundial de la Salud (2006) añade: "Son deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida".

Las ideas suicidas son más comunes entre quienes han intentado autoeliminarse, se asocian a la severidad del intento y con a mayor probabilidad de repetición. Al constituir un importante indicador de riesgo, las ideas suicidas deben explorarse

cuidadosamente. Debe considerarse que las dos terceras partes de quienes se quitan la vida han comentado previamente su propósito. Tales expresiones pueden ser verbales o no verbales (por ejemplo preparativos, regalar objetos o bienes).

Buendía, J. (2004); Sin embargo, las ideas suicidas se han considerado como relativamente frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida exceptuando cuando se asocia a otros factores de riesgo que se mencionan posteriormente. Asimismo, las conductas suicidas no siempre son motivadas por el deseo de morir, es frecuente que manifiesten también una forma de expresar sentimientos de desesperación, desamparo, frustración e ira.

Nuria Fernández & Hipólito Merino (2001); El principal propósito de la investigación desarrollada por Lourdes Villardón es analizar los factores que inciden en el *pensamiento de suicidio* de los adolescentes. La autora examina con profundidad y rigor toda una extensa lista de aspectos que contribuyen a la ideación del suicidio.¹²

¹² FERNÁNDEZ & MERINO (2001) "Predictores de la Ideación Suicida: Un estudio empírico en adolescentes". U.S.C – España. <<http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-2001-9882BDA7-2677-E13F-460B-758FBB82F935&dsID=PDF>>

Cereijido y Heker (2003) añade: "Así se encuentra que la ideación suicida puede variar en tipos y grados, desde simplemente el deseo de morir, pero sin una planeación específica de cómo lograrlo, hasta el deseo de morir de una forma particular, con cierto instrumento, en determinado lugar, esta última manifestación como puede observarse está orientado por acciones muy concretas".

Niveles de Ideación Suicida:

La Escala de Ideación Suicida (SSI). Es una versión traducida, adaptada, modificada y abreviada por Villardón (1993) del SSI (Beck y col., 1979). Originalmente la escala consta de 19 ítems, los cuales están divididos en tres factores: el factor 1 nombrado "Deseo activo de suicidio" este factor engloba las actitudes hacia vivir y morir y características específicas formales de ideación suicida. El Factor 2 nombrado "Preparación" que trata de la formulación actual del intento de suicidio contemplado. El Factor 3 nombrado "Deseo Pasivo Suicida", se refiere a la evitación pasiva para salvar la vida, coraje para llevar a cabo el intento, y encubrimiento de los planes/ideas.

Como en nuestro estudio, el aspecto que más interesa es el pensamiento de suicidio, se ha utilizado la versión modificada y abreviada propuesta por Villardón (1993). Esta versión ha seleccionado los ítems que presentan una mayor correlación con el total de la escala que, en su mayoría, forman parte del primer factor, es decir del pensamiento de suicidio activo. También se modifica la forma de aplicación de entrevista semi-estructurada a cuestionario para que pueda ser respondida por el propio sujeto de manera anónima, ahorrando tiempo y número de investigadores. Además se le agrega un periodo de referencia de un año, porque los estudios de referencia largos obtienen tasas de ideación suicida más altas que los periodos de referencia cortos de Fernández y Merino, 2001. Otro de los cambios incluidos en el cuestionario es la presentación de cuatro opciones de respuesta, en lugar de tres que tiene la versión original, favoreciendo a que los adolescentes de la muestra tengan una opción más cercana a su situación y, con ello, evitar forzar su postura en cada ítem.

Confiabilidad. La consistencia interna de la escala se halló y comprobó a través del alpha en dos diferentes investigaciones con poblaciones de adolescentes escolarizados. En ambas investigaciones, el coeficiente alpha encontrado por Villardón

(1993) y Fernández y Merino (2001) fue .90. Este coeficiente fue corroborado en la presente investigación, hallando una consistencia interna de .90 (ver anexos), lo que indica al igual que las anteriores investigaciones que existe una alta precisión del instrumento compuesto por 10 ítems.

Validez. La validez del constructo fue probada por la correlación entre la puntuación de la escala, la desesperanza, la depresión y las actitudes dicotómicas ante la vida (Beck y col. 1979). Además de un análisis factorial realizado con una adaptación de la escala original indicando que los ítems miden una sola dimensión denominada *Deseo de suicidio* y que explica el 54.4% de la varianza (Villardón, 1993).

En resumen, la versión modificada y abreviada del SSI propuesta por Villardón (1993), es un instrumento de medición para poblaciones de adolescentes, que posee una elevada confiabilidad y adecuada validez.

Los adolescentes con una alta ideación suicida se identifican en función de haber respondido 5 o más ítems con las opciones 3 o 4 que son consideradas las respuestas *más suicidas* Villardón,

(1993). Teniendo en cuenta esto, podemos describir lo siguiente:
Existe un porcentaje considerable de adolescentes 16.6% que piensan en el suicidio de una manera seria, frecuente y continuada.

❖ **Intento de Suicidio:**

Es el concepto general que sirve para designar a todo acto que busque la muerte propia, inclusive de manera manipulatoria, y del cual se sobrevive.

La Organización Mundial de la Salud (2006) añade: "Es el acto voluntario realizado por la persona con el fin de producirse la muerte, pero sin llegar a conseguirlo. El Parasuicidio es la conducta autolesiva, no mortal, realizada por el individuo y en la que no es esencial la intencionalidad u orientación hacia la muerte".

❖ **Suicidio Consumado:**

Acto por el cual el paciente logra su cometido de auto eliminarse. La Organización Mundial de la Salud (2006) añade: "Es el acto de matarse de un modo consciente, considerando a la muerte como un medio o como un fin".

❖ **Suicidabilidad:**

Espectro de conductas e impulsos que abarcan desde ideación, planificación, intento suicida y suicidio consumado.¹³

FACTORES PSICO - SOCIALES DE LOS ADOLESCENTES CON IDEAS DE INTENTO DE SUICIDIO:

La adolescencia es un período de muchos cambios, tanto físicos como emocionales, que presenta nuevos retos para la sociedad. Muchas situaciones que ocurren durante los escolares pueden llevar a tener algún pensamiento suicida; sin embargo muchos pensamientos acerca de la muerte pueden comenzar desde la etapa temprana de la adolescencia.

Platas, Saucedo, Higuera y Cuevas (2000) comentan sobre la utilidad de conocer el funcionamiento psicosocial tanto del menor de edad que intenta suicidarse como el de su familia, además de la percepción de ambos del evento. Señalan que en las menores de sexo femenino había una mayor tendencia al suicidio entre los doce y los catorce años; en la mayoría de los casos, se halló una

¹³ PAZ ROBLEDO, H. (2007), "Suicidio en Adolescentes: *Lo que el equipo de salud debe saber*" - Rev. Perú. *Pediátrico*. Pág. 61, Chile.

disfunción psicológica en la familia, y tanto la disfunción psicosocial como los síntomas de ansiedad y depresión son reportados por el menor y sus padres. Encontraron, además, que los padres tenían mayor conciencia de la psicopatología del menor que el menor mismo, y a pesar de lo anterior no buscaron ayuda adecuada.

Hammen y Brennan (2001) citados por Valdés, reportaron que después de controlar los síntomas y ciertas variables psicosociales, los hijos depresivos con madres depresivas mostraban significativamente más conductas y pensamientos negativos que los hijos depresivos con madres no depresivas.

En toda conducta destructiva existe una buena cantidad de agresión que puede dirigirse hacia adentro; es el caso de los estados depresivos y las tendencias autodestructivas; o dirigirse hacia afuera, por medio de actos delictivos o agresivos. Desde el punto de vista "interaccional", se ha aceptado que cuando la agresión se dirige hacia afuera, se establece una relación entre el que agrede (en este caso el adolescente) y quien recibe la agresión. Como la interacción puede darse en muchos niveles, desde el verbal hasta el físico, las dos personas o grupos que interactúan en este juego de agresión, lo hacen de la misma forma

en que manejan el resto de su relación (la cual originalmente promovió la agresión) y, con seguridad, caerán en un círculo vicioso.

Es decir, si el adolescente percibe cierto rechazo o la situación familiar le provoca sentimientos de enojo y de agresión, expresará estos sentimientos o el rechazo por diversos medios; a su vez la familia recibirá estas expresiones agresivas de la misma forma, lo que fomentará una mayor agresión hacia el joven y de esta manera se alimentará un círculo vicioso en donde se requiere de una verdadera comunicación para romper la cadena de agresiones. En caso de que el suicidio ocurra dentro de un contexto interaccional como éste, se observa que el comportamiento autodestructivo es un medio para comunicarle a los demás sentimientos, demandas o súplicas que el adolescente no sabe expresar de otra manera. Por lo tanto, el comportamiento autodestructivo se convierte en una comunicación con un propósito determinado y con un contenido dirigido hacia un público específico. Las ideas suicidas específicas al igual que el comportamiento están asociadas a la depresión, las actitudes disfuncionales, los eventos de vida negativos, la autoestima y la desesperanza, así como el abuso de sustancias y los trastornos de conducta. Las ideas suicidas también están

frecuentemente asociadas con el sexo, edad, problemas familiares y económicos así como el maltrato físico.

Los factores de riesgo para el suicidio hallados constituyen realidades psicosociales que generan en el individuo dinámicas psicológicas que conducen a que este se subvalore, pierda el sentido de la vida, crea poco en la solidaridad humana, en los apoyos grupales, y además, que evalúe los eventos en los cuales se ve inmerso como imposibles de cambiar. De ahí que su conducta social se comporte de manera más pasiva y de acuerdo con *Badin Rotemberg* la pasividad de la personalidad no contribuye a la salud mental del individuo.

Dentro de los factores que predisponen a la incidencia de ideas de intento suicida en adolescentes, se encuentran: ***Los Factores Psicosociales y Factores Culturales de la Familia.***

FACTORES PSICOLÓGICOS:

Los factores de riesgo son típicamente diferenciales de cada población, de individuo a individuo, de una época histórica a otra, e inclusive en el mismo individuo en etapas diferentes de su desarrollo psicoevolutivo.

Las investigaciones han encontrado que ciertos factores psicológicos incrementan el riesgo de ideación suicida en los adolescentes. Estos factores incluyen tener altas auto-expectativas, tener baja tolerancia a la frustración, sentirse inadecuado o inseguro en los papeles que uno desempeña, necesidad de una cantidad de elogios y consuelos y tener tendencia a ser impulsivo y agresivo.

Los Factores Psicológicos se hallan inmersos en diversos aspectos de la Salud Mental de los adolescentes y aun con mayor razón tratándose de la familia, pues no solo afecta a los padres sino también a los hijos en las diferentes etapas de sus vidas. Los problemas en el hogar, las disfunciones familiares, la violencia y entre otros han sido motivo de investigación hasta la actualidad, pero aun no se ha llegado a resolver con exactitud las principales causas de ideación suicida en los adolescentes debido a la difícil etapa por la que inminentemente trascienden.

LA DEPRESIÓN, 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. Cole, Reynolds y APA (1994): Aunque el suicidio es

incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales como síntoma de depresión, éste no es un sinónimo de la misma. Un/a adolescente que exhibe o expresa conducta suicida no necesariamente está deprimido/a. Reynolds & Mazza (1990). Sin embargo, algunos estudios han demostrado una relación fuerte entre la depresión e ideación suicida.

Niveles de Depresión:

La Escala Autoaplicada de Depresión elaborada por W. Zung en 1965. Adaptada al español por Conde y Cols. Evalúa la gravedad de un episodio depresivo. Autoaplicada, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión. Según W. Zung afirma que los niveles de Depresión se miden de la siguiente manera:

1. Dentro de lo normal, sin psicopatología
2. Presencia de depresión (de mínima a leve)

3. Presencia de depresión (de moderada a notable)
4. Presencia de depresión (de severa a extrema)

Sun, Hui y Watkins (2006), encontraron una fuerte correlación entre los niveles de depresión e ideación suicida en un estudio realizado con 433 estudiantes de secundaria. Estos autores concluyen que cuando los adolescentes perciben una baja cohesión familiar y altos conflictos intrafamiliares, se sienten desvalorizados, lo que conlleva a niveles significativos de depresión que a su vez hace posible que se presente la ideación suicida como una manera de afrontar tal situación. El marcado interés por la afiliación a un grupo, la consolidación de redes de apoyo social y la atracción sexo-afectiva por otras personas. Fennig (2005) añade: "En ese sentido, la presencia de conflictos interpersonales con personas importantes en su ambiente social tiene un alto valor estresante sobre el adolescente". Por ejemplo, la terminación de una relación afectiva o una fuerte discusión con un amigo pueden llegar a convertirse en eventos disparadores de la conducta suicida en los adolescentes.

LAS ACTITUDES DISFUNCIONALES, de acuerdo con la teoría de la desesperanza, los individuos que exhiben estilos inferenciales

negativos pueden estar a riesgo de cometer suicidios mediados por su desesperanza, ya que la misma es conceptualizada por una percepción negativa del futuro.

Wilkes, Belsher, Rush, & Ellen (1999) define a Las actitudes disfuncionales como creencias tácitas y reglas vitales estables del individuo acerca de sí mismo y del mundo, de carácter rígido y poco realista, que impregnan y condicionan la construcción sesgada de la realidad, mediante un procesamiento distorsionado de la información (de arriba-abajo), de carácter simplificador, que elabora y codifica únicamente los estímulos consistentes con los esquemas mentales preconcebidos, ignorando y olvidando la información inconsistente con ellos. La eventual pérdida de información, o la distorsión de la misma que implica, da lugar a que en la depresión se establezcan contingencias casi imposibles para la autovalía, mientras que en la manía se exageren los aspectos positivos y se eleve la autoestima. Esta teoría sugiere que los pensamientos negativos juegan un papel principal en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

Niveles de las Actitudes Disfuncionales:

El estudio de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) Weissman & Beck (1978); Weissman (1979), consiste en una adaptación y validación, específicamente diseñada para medir estas cogniciones latentes que supuestamente juegan un papel causal en la depresión. La escala tiene una consistencia moderada (alfa Cronbach = 0.84). La solución factorial más adecuada proporciona tres factores: Logro, Dependencia, y Actitudes Autónomas que, en su conjunto, explican un 27% de la varianza total. Los índices alfa de consistencia fueron, respectivamente, 79, 72 y 39. Los dos primeros factores reflejan la típica solución bifactorial hallada en otros estudios factoriales de la DAS, mientras que el tercer factor que refleja los pensamientos adaptativos. En cuanto a la validez de las DAS, los resultados muestran que es capaz de distinguir adecuadamente entre deprimidos y no deprimidos tanto en la puntuación global como en cada una de las escalas. Barnett y Gotlib (1990): Además, un análisis discriminante demostró que 19 ítems eran capaces de clasificar correctamente un 85% de los sujetos deprimidos. La DAS también revela algunas diferencias sexuales; Los hombres tienden a manifestar más actitudes disfuncionales relacionadas con el Logro que las mujeres.

Se discuten las ventajas y limitaciones de la DAS tanto en la investigación básica como un uso en la clínica aplicada. Según Weissman los niveles de Actitudes Disfuncionales se miden de la siguiente forma:

Se suma el total para cada grupo de creencias:

Aprobación:.....De la actitud 1 a la 5

Amor:.....De la actitud 6 a la 10

Ejecución:.....De la actitud 11 a la 15

Perfeccionismo:.....De la actitud 16 a la 20

Derecho sobre los otros:..... De la actitud 21 a la 25

Omnipotencia:.....De la actitud 26 a la 30

Autonomía:.....De la actitud 31 a la 35



Interpretación:

Para cada grupo de creencias que sume un total de 15 o más puntos se consideran que va a generar problemas en ese tema al que se refiere.

LA AUTOESTIMA, es un elemento importante en la adolescencia. Durante ésta, la autoestima es influenciada por el desarrollo del razonamiento abstracto y la búsqueda de identidad.

Maslow (1968): Cuando los/as adolescentes tienen una autoestima negativa, pueden sentirse inferiores, desvalidos/as, desalentados/as y con falta de confianza para enfrentarse a los problemas. Modrcin- Talbott, Pullen, Zandstra, Ehrenberger & Muenchen (1998) añade: "El entender la autoestima constituye un elemento básico para entender la conducta de los/as adolescentes y resulta esencial para conocer cómo los/as adolescentes se valoran, perciben e interpretan su conducta".

Rosenberg citado por Groholt (2005), afirma que cuando la autoestima es baja; es decir, cuando se da una autoevaluación negativa, ésta normalmente está acompañada de reacciones emocionales que pueden implicar las conductas autodestructivas. Groholt (2005) afirma que la baja autoestima se ha asociado con emociones problemáticas tales como la depresión y la soledad. Tras la revisión de literatura, estos autores consideran que se ha demostrado que la depresión y la baja autoestima son dos factores que predicen la ideación suicida y el intento de suicidio. Así pues, varios estudios muestran que la autoestima es un predictor independiente de la conducta suicida; mientras que otros han encontrado que cuando se controla por la depresión, la autoestima pierde todo su valor predictivo.

Uno de los estudios clásicos acerca de la autoestima fue realizado por Coopersmith en 1967, quien trabajó con una muestra de 1947 niños de diez años a los que se les administró el Coopersmith Self-Esteem Inventory (S.E.I) y un cuestionario de comportamiento social. En su trabajo aisló 4 factores altamente significativos para la autoestima; éstos son:

1. *La aceptación*, preocupación y respeto recibidos por las personas, y la significación que ellos tuvieron.
2. *La historia de éxitos y la posición (status)* que la persona tiene en la comunidad.
3. *La interpretación* que las personas hacen de sus experiencias; como estas experiencias son modificadas por las aspiraciones y valores que ellas tienen.
4. *La manera* que tienen las personas de *responder* a la evaluación.

Niveles de Autoestima:

Los niveles de Autoestima de Coopersmith corresponden a un instrumento de medición cuantitativa de la autoestima. Este fue presentado originalmente por Stanley Coopersmith en 1959. El

autor escribe el instrumento "como inventario consistente en 50 ítems referido a las percepciones del sujeto en cuatro áreas: sus pares, padres, colegio y sí mismo". Según Coopersmith asegura que para medir el nivel de autoestima se realiza de la siguiente manera:

1. Nivel Alto
2. Nivel Medio (regular)
3. Nivel Bajo
4. Nivel Muy Bajo

FACTORES SOCIALES:

Es vista como el proceso de interacción social, mediante el cual se promueve el desarrollo bio-psico-social proporcionando cambios en las cualidades, capacidades, comportamientos o rendimientos. Las características sociales de la Familia, La escolaridad o grado de instrucción de los padres, constituye un nivel importante para cada ser humano con el fin de elevar su potencial intelectual con conocimientos, habilidades y confianza en sí mismo, que van a permitir mejorar su calidad de vida.

Vásquez (1999) dicen que la estructura social y los procesos sociales actúan como estímulos psicosociales sobre el ser humano, quien responde de acuerdo a su programa psicobiológico individual. Cuando tal ajuste fracasa el organismo tiende a reaccionar con diversos mecanismos desadaptativos, sea en el ámbito cognitivo, afectivo, conductual o fisiológico, los mismos que sumados a determinadas variables ínter actantes, pueden provocar la aparición de intentos de suicidio y de comportamiento suicida propiamente dicho.

LA EDAD, es el tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento actual de una persona. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera adolescente desde los 10 a 19 años de edad. Esta edad puberal es uno de los grupos etarios más conflictivos que padecen de diversos cambios psico-sociológicos durante un determinado entorno como en el Hogar, la Escuela, Universidad, etc.

CEDRO (2000); Los grupos de edades más vulnerables al comportamiento suicida vendrían a ser la adolescencia, el climaterio y la edad avanzada. La adolescencia, se caracteriza por ser una etapa donde se puede dar la crisis de identidad, la cual

lleva a cuestionamientos sobre sí mismo / a y el mundo. Al fracasar en la solución de ciertos conflictos, el chico / a pueden caer en una suerte de vacío existencial, traduciéndose ello en un espacio de alto riesgo.

EL SEXO, La sexualidad está conformada por los elementos biológicos, es decir, el sexo; los psicológicos, como es el sentirse y pensarse como hombre o mujer; y los sociales, que hacen referencia al comportamiento que establece la sociedad para cada sexo.

Mosby (1997), lo define entendido como clasificación en macho o hembra basado en diversos criterios, entre ellos las características anatómicas o cromosómicas.

Real Academia de la Lengua (1990), Sexo se define como la "propiedad según la cual pueden clasificarse los organismos de acuerdo con sus funciones reproductivas". También refiere al sexo como la "condición orgánica que distingue al hombre de la mujer".

LA FAMILIA es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas por sangre, por matrimonio, por adopción o por relación estable de más de un año.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial."

CEDRO (2000); La estabilidad del sistema familiar, así como una adecuada dinámica, se consideran necesarios en la salud tanto grupal como individual de sus miembros. Así, si en el sistema familiar predominan conflictos, desconfianza, agresiones, inadecuada comunicación, incompatibilidad de caracteres, entre otros comportamientos nocivos, estos eventualmente pueden desestabilizar el sistema, con repercusiones en mayor o menor grado en cada uno de sus miembros.

Horwitz (1999), define a la familia como un grupo, que cumple funciones determinadas para el individuo y la sociedad mediante las cuales se transmiten y forman hábitos, costumbres, valores, creencias, percepciones y conductas de riesgo para la salud, que

condicionan en sus miembros estilos de afrontamientos característicos ante la presencia de la salud y/o la enfermedad.

Esa definición incluye varios tipos de familia, así:

- a. *Familias nucleares completas*: aquellas donde conviven los dos padres biológicos o adoptivos y los hijos solteros.
- b. *Familias incompletas*: aquellas donde conviven los hijos solteros y uno de los padres biológicos o adoptivos, quien es el jefe o cabeza de la familia. Otra forma de familia incompleta es aquella donde conviven sólo los hermanos, hijos de los mismos padres, fallecidos o totalmente ausentes, de modo que alguno o algunos de los hermanos asumen el papel paterno o materno frente a los demás.
- c. *Familias extensas*: donde conviven personas de tres generaciones (abuelos, padres, hijos, nietos) o con relaciones de parentesco con el adolescente, distintas a las de padre, madre o hermano, tales como tío, primo, sobrino, cuñado, etc.

- d. *Familias reconstituidas*: donde conviven la madre o el padre, separados o divorciados, con los hijos de una o más uniones anteriores y su nuevo compañero o compañera.
- e. *Familias mixtas*: donde conviven un padre y una madre con hijos de uniones anteriores de los dos, y, en algunos casos, con hijos concebidos en esa unión actual.
- f. *Familias con padre "visitante"*: son una variante de las familias incompletas en cuanto a que el padre no convive con la familia, pero socialmente no se considera como incompleta, porque él cumple con las funciones de esposo y padre y tiene los privilegios y las atribuciones del jefe de familia. Comúnmente esta forma de familia existe en culturas donde se acepta que el hombre mantenga una relación estable con dos o más compañeras con hijos.¹⁴

LA OCUPACIÓN, se define como el tipo de actividad laboral que realiza la persona en la actualidad. Generalmente tiene relación directa con las condiciones socio-económicas de las familias y la toma de decisiones. La ocupación se adquiere

¹⁴ OPS/OMS Programa de Salud Integral del Adolescente (1996) - "FAMILIA Y ADOLESCENCIA", Washington D.C., E. U. A. Segunda reimpresión.

conforme van pasando los años, y tratándose del adolescente hasta hace algunos años si no contaba con algún apoyo económico se veía a trabajar para cubrir sus principales necesidades y dejando de lado la educación.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (1998); La presión económica sentida en los hogares, especialmente en aquellos de escasos recursos, tiene un límite real de tolerancia; en tal situación, el adolescente joven en particular, es cada vez más presionado(a) a producir lo que sea y cómo sea, con lo cual no solamente aumentará su tensión sino que, con frecuencia, generará conflictos de opinión entre los padres u otros miembros de la familia. En la vertiente económica y necesidad productiva cabe recordar que, con relación al desempleo juvenil como factor de riesgo para los diversos comportamientos de riesgo, se señalaban tasas de 2,3 a 3 veces mayor que las del desempleo total, llegando en algunos barrios de extrema pobreza al 70%.

En la actualidad aun no se ha erradicado el trabajo a tempranas edad y sobre todo en la adolescencia, lo que sigue provocando en cierto modo el bajo grado de escolaridad o de instrucción en los que ahora se han convertido en padres con

menos oportunidades de trabajo y en algunos casos el rechazo de la sociedad. Se ha diversificado que la causa que genera la necesidad del adolescente a trabajar y/o a dedicarse a otros tipos de eventos en la sociedad, son la falta de comunicación de los Padres hacia sus hijos e inadecuados hábitos de la familia y comunidad por fomentar un mejor futuro. Tal efecto conlleva a un riesgo en el adolescente en el rendimiento académico e inclusive una incapacidad de resiliencia durante la etapa de maduración. Este estudio genera la importancia de identificar y diferenciar a adolescentes que se encuentran en condiciones de Estudiar, Jóvenes que se dedican al estudio y al trabajo y a los que se dedican a participar en actividades de diversas índoles.

PROCEDENCIA, quiere decir origen y destino que para una especie, sub-especie o variedad, es el área o grupos de áreas geográficas sujetas a condiciones ecológicas determinadas y uniformes, en que se encuentran poblaciones que muestran características fenotípicas o genotípicas similares¹⁵. Durante la investigación se observaron estudiantes que son de origen del

¹⁵ GAJARDO R. (2006), "El concepto de Procedencia". Universidad de Chile. D.C. [en línea]. Recuperado el <18 de setiembre del 2009>. Disponible en: <<http://www.cesaf.uchile.cl/cesaf/n1/2.htm>>.

Departamento de Tacna, Puno, Moquegua, Cuzco, Arequipa, Lima, Lambayeque y otros.

Entre las razones que pueden contribuir al suicidio de los adolescentes de estos grupos poblacionales se encuentran extrañar la tierra natal y sus costumbres, problemas con la pareja, infelicidad, baja autoestima, carencia de amigos o familiares, el aislamiento social y la falta de comunicación por las barreras que impone el idioma en caso que el país receptor difiera del natal.

Un proceso de este tipo, aunque con menos diferencias, puede desencadenarse en el curso de migraciones internas, cuando se trasladan las familias, en busca de oportunidades, desde las zonas rurales a las urbanas o de las provincias o departamentos a las capitales. La mudanza o migración interna, puede ser un factor de riesgo de suicidio de importancia en la adolescencia, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno.¹⁶

¹⁶ PÉREZ BARRERO, S.A. (2008), "Formación Autoayuda y Consejería Online". [en línea]. Recuperado: <10 de agosto del 2009> Disponible en: < <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/adoles.shtml> >

RELIGIÓN, (proviene del latín *religare* o *re-legere*) es un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, tanto personales como colectivas, de tipo existencial, moral y espiritual. Se habla de «religiones» para hacer referencia a formas específicas de manifestación del fenómeno religioso, compartidas por los diferentes grupos humanos. Hay religiones que están organizadas de formas más o menos rígidas, mientras que otras carecen de estructura formal y están integradas en las tradiciones culturales de la sociedad o etnia en la que se practican. El término hace referencia tanto a las creencias y prácticas personales como a ritos y enseñanzas colectivas.

G. Lenski (2006), define a la *Religión* como «un sistema compartido de creencias y prácticas asociadas, que se articulan en torno a la naturaleza de las fuerzas que configuran el destino de los seres humanos». Por su parte, el antropólogo Clifford Geertz (2000) propone una definición alternativa: «La religión es un sistema de símbolos que obra para establecer vigorosos, penetrantes y duraderos estados anímicos y motivaciones en los hombres, formulando concepciones de un orden general de existencia y revistiendo estas concepciones con una aureola de

efectividad tal que los estados anímicos y motivaciones parezcan de un realismo único».

Las actitudes religiosas de los jóvenes son complejas y originales. Descubren los valores y los compromisos religiosos, morales y sociales del creyente y se inician en ellos con una religiosidad proyectiva, camino de madurez.

A partir de los 15 y 16 años, al terminar la pre adolescencia, la religiosidad está ya configurada en sus aspectos básicos. En adelante se desarrollará en procesos de fortalecimiento y de proyección de forma original: o bien se conserva frágil, átona y vacía, incluso se apaga casi del todo, si la formación no ha sido adecuada; o bien los sentimientos y criterios que se han fraguado en los años anteriores se ponen en juego siguiendo estímulos externos o los impulsos del propio corazón. Se puede decir que la religiosidad ya no crece más, desde esta edad, aunque sí se profundiza, se define y, sobre todo, se proyecta en la vida de cada joven.

En adelante se van a atravesar itinerarios diversificados y personales, oscilantes al principio y más estables después, de

forma similar a lo que acontece en los adultos: unos serán más creyentes y otros resultarán más escépticos; unos parecerán introvertidos y otros más exteriores; los habrá profundos y otros serán superficiales; algunos tenderán a una religiosidad más de ideas y criterios, otros se desenvolverán más en afectos y los habrá más dados a la acción. Durante la investigación se identificaron en el colegio diversos estudiantes Católicos, Cristianos, Evangelistas, Adventistas, Testigos de Jehová, Mormones, Ateos y otros

LA DINÁMICA FAMILIAR, nos permite conocer la forma en que los integrantes de la familia se relacionan en términos del nivel de apego familiar. Es decir, aquellas familias con una intensa cercanía afectiva, que pueden ser tan interdependientes emocionalmente que los límites entre los individuos son casi imperceptibles y su privacidad individual no existe, se conocen como “sobre-involucradas”.¹⁷

¹⁷ RAMÍREZ BARBER M. “DINÁMICA FAMILIAR” D.C. [en línea]. Recuperado: <20 de agosto del 2009> Disponible en: http://www.universopyme.com.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=1659&Itemid=284

Olson y Cols (1999); La Dinámica Familiar se le conoce como el sistema de intercambio en las interacciones familiares. Específicamente los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia (cohesión). Así como la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta a estrés situacional y de desarrollo (adaptación).

En cualquiera de las formas genéricas de dinámica familiar, cuando las normas son correctamente dadas y manejadas con suficiente autoridad moral garantizan un ambiente familiar equilibrado en el aspecto afectivo-socio-emocional que optimiza el desarrollo integral de sus miembros o por el contrario cuando son mal manejados donde el poder de los padres se torna nocivo y perjudicial para el desarrollo integral y de formación de la personalidad del niño.

Niveles de Dinámica Familiar:

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR FAMILIAR como una respuesta a

la necesidad de evaluar el nivel de la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar¹⁸. Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar: *adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos*.

La validación inicial del APGAR familiar se efectuó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index), e igualmente con estimativos de función familiar hechos por diversos psicólogos. La validación mostró un índice de correlación de 0.80 entre el APGAR/Pless-Satterwhite y de 0.64 entre APGAR/estimación de psicólogos. Este mismo estudio observó cómo los puntajes en

¹⁸ ARIAS L. - (1994), El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. D.C. [en línea]. [Último acceso 10 de enero de 2009], Recuperado: <15 de agosto del 2009> Disponible en: <<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol25No1/apgar.html>>

familias de profesionales (promedio = 8.24) eran significativamente más altos que los puntajes observados en las familias no profesionales (promedio = 5.89).¹⁹

Según Smilkstein asegura que para medir el funcionamiento familiar se realiza de la siguiente manera:

Criterios de Evaluación:

- Buen Funcionamiento Familiar
- Regular Funcionamiento Familiar
- Mal Funcionamiento Familiar

¹⁹ ARIAS L. - (1994), El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. D.C. [en línea]. [Último acceso 10 de enero de 2009], Recuperado: <15 de agosto del 2009> Disponible en: <<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol25No1/apgar.html>>.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Determinar los factores **psicosociales** que se relacionan con la idea de intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años de la I.E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2009.

Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de la idea de intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años de la I.E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2009.
- Identificar los factores psicológicos: depresión y actitudes disfuncionales, Autoestima de los adolescentes de 12 a 18 años de la I.E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2009.
- Identificar los factores sociales: edad, sexo, religión, procedencia, ocupación, tipo de familia, cuenta con hermano, número de hijo en la familia y dinámica familiar de los adolescentes de 12 a 18 años de la

I.E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2009.

- Determinar la relación de la Idea de intento de Suicidio con los factores psicosociales en los adolescentes de 12 a 18 años de la I. E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2009.

HIPOTESIS:

- Los factores psicosociales se relacionan con la idea de intento de suicidio en los adolescentes de la I. E. Jorge Chávez del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna – 2009.

CAPITULO II

DE LA METODOLOGÍA

2.1 Diseño de investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo correlacional, el cual nos permite conocer todos los casos de adolescentes con cierto nivel de Ideación Suicida en un momento dado y lugar determinado, donde se pretende determinar la asociación existente entre los factores psicosociales en los adolescentes de 12 a 18 años de edad de la I.E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín, Tacna - 2009.

2.2 Población y Muestra de Estudio

La POBLACIÓN está constituido por 895 estudiantes entre varones y mujeres de 12 a 18 años de edad del nivel secundario de la I. E. Jorge Chávez de (Distrito de Gregorio Albarracín) Tacna - 2009.

a. Muestra:

**Cálculo de tamaño de muestra
Método (Para muestras finitas)**

| GRADO | Población (N) | Nivel de Confianza |
|-----------------|---------------|--------------------|
| 1ero A | 29 | 9 |
| 1ero B | 30 | 9 |
| 1ero C | 30 | 9 |
| 1ero D | 31 | 9 |
| 1ero E | 29 | 9 |
| 1ero F | 28 | 8 |
| 1ero G | 26 | 8 |
| SUBTOTAL | 203 | 61 |
| 2do A | 32 | 10 |
| 2do B | 30 | 9 |
| 2do C | 27 | 8 |
| 2do D | 33 | 10 |
| 2do E | 31 | 9 |
| 2do F | 30 | 9 |
| SUBTOTAL | 183 | 55 |
| 3ro A | 25 | 8 |
| 3ro B | 24 | 7 |
| 3ro C | 26 | 8 |
| 3ro D | 26 | 8 |
| 3ro E | 27 | 8 |
| 3ro F | 26 | 8 |
| SUBTOTAL | 154 | 46 |
| 4to A | 30 | 9 |
| 4to B | 28 | 8 |
| 4to C | 29 | 9 |
| 4to D | 29 | 9 |
| 4to E | 26 | 8 |
| 4to F | 28 | 8 |
| 4to G | 21 | 6 |
| SUBTOTAL | 191 | 57 |
| 5to A | 25 | 7 |
| 5to B | 24 | 7 |
| 5to C | 22 | 7 |
| 5to D | 25 | 7 |
| 5to E | 21 | 6 |
| 5to F | 22 | 7 |
| 5to G | 25 | 7 |
| SUBTOTAL | 164 | 49 |
| TOTAL | 895 | 269 |

Tamaño de muestra: $n = 269$

La muestra se obtuvo por medio de una fórmula para población finita, resultando 269 estudiantes y la elección del nivel de confianza resultó mediante la selección de los alumnos con un muestreo aleatorio simple de 1ero a 5to año de secundaria; quedando el 30% de la población total y de cada sección del nivel secundario. Se excluyó a 34 estudiantes, debido a que se reusaron en llenar las encuestas y por inasistencia el día de la aplicación del instrumento, por lo tanto se realizó el análisis estadístico en 235 estudiantes de la I. E. Jorge Chávez del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2009. **(ANEXO N° 01)**.

2.3 VARIABLES DE ESTUDIO:

Variable Dependiente:

- Idea de Intento de suicida en los adolescentes

Variable Independiente:

- Factores psicosociales

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE DEPENDIENTE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | DEFINICIÓN OPERACIONAL | CATEGORIAS | INDICADORES | ESCALA |
|---|--|------------------|--|--|--|---------|
| IDEA DE INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES | La idea de intento de suicidio se refiere a pensamientos persistentes que tiene el adolescente 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. | IDEACIÓN SUICIDA | Al aplicar La <i>Escala de Ideación Suicida</i> - versión traducida, adaptada, modificada y abreviada por Villardón (1993) del SSI (Beck y col., 1979). Para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. Este conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte se aplico en los adolescentes de la I.E. Jorge Chávez de Cono Sur. | <ol style="list-style-type: none"> 1. No tiene Ideación Suicida 2. Baja Ideación Suicida 3. Alta Ideación Suicida | <ul style="list-style-type: none"> • Solo responde el ítem N° 1 y 2 • A < respuesta de ítems N° 3, 4. • A > respuesta de ítems 3, 4. (+ de 5 veces) | Ordinal |

| VARIABLES INDEPENDIENTES | DEFINICION CONCEPTUAL | DIMENSION | DEFINICION OPERACIONAL | CATEGORIAS | INDICADORES | ESCALAS | | | | |
|--------------------------|---|---|---|--|--|---------|---|--|--|---------|
| FACTORES PSICOSOCIALES | Son variables determinantes que identifican los hábitos y costumbres de la persona según sus cualidades y actitudes en que se desenvuelve en su entorno social. | ASPECTOS PSICOLOGICO: | El nivel de depresión es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. | <ul style="list-style-type: none"> • Dentro normal • Depresión mínima a leve. • Depresión moderada a fuerte • Depresión severa a extrema | <ul style="list-style-type: none"> • Debajo de 50 • 50-59 • 60-69 • 70 o más | Ordinal | | | | |
| | | Niveles de Depresión en los Adolescentes | | | | | El nivel de Actitudes Disfuncionales, consiste en una adaptación y validación, específicamente diseñada para medir estas cogniciones latentes que supuestamente juegan un papel causal en la depresión. | <ul style="list-style-type: none"> • No presenta problemas de Actitudes disfuncionales. • Si presenta problemas de Actitudes disfuncionales. | <ul style="list-style-type: none"> • A < de 15 pts. De las creencias. • A > = de 15 pts. De las creencias. | Ordinal |
| | | Niveles de Autoestima en los Adolescentes | | | | | | | | |
| | | ASPECTOS SOCIALES: | La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera adolescente desde los 10 a 19 años de edad. | <ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia Temprana • Adolescencia Intermedio • Adolescencia Tardía | <ul style="list-style-type: none"> • 10 – 13 años • 14 – 16 años • 17 – 19 años | Ordinal | | | | |
| EDAD | | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|------------------------|--|---|--|---------|
| | | SEXO | Es la propiedad según la cual pueden clasificarse los organismos de acuerdo con sus funciones reproductivas | <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino | Características fenotípicas | Razón |
| | | OCUPACIÓN | Se define como el tipo de actividad laboral que realiza el adolescente en la actualidad. Generalmente tiene relación directa con las condiciones socio-económicas de las familias y la toma de decisiones. | <ul style="list-style-type: none"> • Solo Estudio • Estudio y trabajo • Otros | Número de Actividades que realiza el estudiante | Nominal |
| | | TIPO DE FAMILIA | Es un grupo, que cumple funciones determinadas para el individuo y la sociedad mediante las cuales se transmiten y forman hábitos, costumbres, valores, creencias, percepciones y conductas de riesgo para la salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Familia Nuclear • Familia Incompleta • Familia Extensa • Familia Reconstituida • Familia Mixta • Familia con Padre "Visitante" | Número de integrantes de la familia según parentesco | Nominal |
| | | HERMANOS | Son Características de interacción social, que permiten identificar las cualidades, capacidades, comportamientos o rendimientos propios del entorno del adolescente. | <ul style="list-style-type: none"> • Tiene • No tiene | Numero de hermanos que tiene el adolescente | Razón |
| | | Nº DE HIJO | | <ul style="list-style-type: none"> • Primogénito /Mayor • Segundo • Tercero • Cuarto • Ultimo | Nº de Hijo en el hogar | Ordinal |

| | | | | | | |
|--|--|--------------------------|--|--|---|---------|
| | | PROCEDENCIA | Quiere decir origen y destino que para el adolescente, es el área o grupos de áreas geográficas sujetas a condiciones ecológicas determinadas y uniformes, en que se encuentran poblaciones. | <ul style="list-style-type: none"> • Tacna • Moquegua • Puno • Arequipa • Lima • Cuzco | Número de Departamentos de donde procede el adolescente | Nominal |
| | | RELIGIÓN | Es un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, tanto personales como colectivas, de tipo existencial, moral y espiritual. | <ul style="list-style-type: none"> • Católico • Cristiano/evangélico • Adventista • Testigo de Jehová • Ateo | Número de religiones al que pertenece el adolescente | Nominal |
| | | DINÁMICA FAMILIAR | Nos permite conocer la forma en que los integrantes de la familia se relacionan en términos del nivel de apego familiar. Es decir, aquellas familias con una intensa cercanía afectiva, que pueden ser tan interdependientes emocionalmente que los límites entre los individuos son casi imperceptibles y su privacidad individual no existe, se conocen como "sobre-involucradas". | <ul style="list-style-type: none"> • Buen Funcionamiento Familiar • Regular funcionamiento Familiar • Mal funcionamiento Familiar | <ul style="list-style-type: none"> • 7-10 puntos • 4-6 puntos • 0-3 puntos | Ordinal |

2.4 Métodos y Técnicas de Recolección de Datos

La recolección de datos se realizó a través del método de la encuesta mediante la técnica de cuestionarios y test. Los instrumentos validados y establecidos se mencionan de la siguiente manera:

A. ESCALA DE IDEACION SUICIDA: según VILLARDÓN

Esta versión ha seleccionado los ítems que presentan una mayor correlación con el total de la escala que, en su mayoría, forman parte del primer factor, es decir del pensamiento de suicidio activo. También se modifica la forma de aplicación de entrevista semi-estructurada a cuestionario para que pueda ser respondida por el propio sujeto de manera anónima, ahorrando tiempo y número de investigadores. Además se le agrega un periodo de referencia de un año, porque los estudios de referencia largos obtienen tasas de ideación suicida más altas que los periodos de referencia cortos según Fernández y Merino (2001). Otro de los cambios incluidos en el cuestionario es la presentación de cuatro opciones de respuesta, en lugar de tres que tiene la versión original, favoreciendo a que los adolescentes de la muestra tengan una opción más cercana a su situación y, con ello, evitar forzar su postura en cada ítem.

Criterios de Evaluación:

Los adolescentes con una alta ideación suicida se identifican en función de haber respondido 5 o más ítems con las opciones 3 o 4 que son consideradas las respuestas *más suicidas* (Villardón, 1993).

B. TEST DE DEPRESIÓN: según ZUNG-CONDE

Adaptada al español por Conde y cols. Evalúa la gravedad de un episodio depresivo. Autoaplicada, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.

Criterios de Evaluación:

- ↓ de 50 : Dentro de lo normal, sin psicopatología
- 50-59 : Presencia de depresión (de mínima a leve)
- 60-69 : Presencia de depresión (de moderada a notable)
- 70 o más : Presencia de depresión (de severa a extrema)

C. TEST DE ACTITUDES DISFUNCIONALES: según WEISSMAN

Consiste en una adaptación y validación, específicamente diseñada para medir estas cogniciones latentes que supuestamente juegan un papel causal en la depresión. La escala tiene una consistencia moderada (alfa Cronbach = 0.84). La solución factorial más adecuada proporciona tres factores: Logro. Dependencia, y Actitudes Autónomas que, en su conjunto, explican un 27% de la varianza total. Los índices alfa de consistencia fueron, respectivamente, 79, 72 y 39. Los dos primeros factores reflejan la típica solución bifactorial hallada en otros estudios factoriales de la DAS, mientras que el tercer factor que refleja los pensamientos adaptativos. En cuanto a la validez de las DAS, los resultados muestran que es capaz de distinguir adecuadamente entre deprimidos y no deprimidos tanto en la puntuación global como en cada una de las escalas.

Sume el total para cada grupo de creencias:

Aprobación:.....De la actitud 1 a la 5

Amor:.....De la actitud 6 a la 10

Ejecución:.....De la actitud 11 a la 15

Perfeccionismo:.....De la actitud 16 a la 20

Derecho sobre los otros:..... De la actitud 21 a la 25

Omnipotencia:.....De la actitud 26 a la 30

Autonomía:.....De la actitud 31 a la 35



Interpretación:

Para cada grupo de creencias que sume un total de 15 o más puntos se consideran que va a generar problemas en ese tema al que se refiere. En concreto:

- **APROBACIÓN:**

La persona estará pendiente de obtener la aceptación de las otras personas, incluso rechazando sus deseos personales, y será muy sensible a las señales.

- **AMOR:**

La persona se valorará en función del amor de otras personas. Esto le generará una extrema dependencia y una baja autoestima cuando crea no tenerlo o sea rechazada.

- **EJECUCIÓN:**

La persona estará extremadamente pendiente de ser competente en sus tareas poniendo su valor en manos del resultado conseguido, expuesto a las situaciones que considere

como fracasos y excesivamente centrado en el trabajo, olvidando otros aspectos de la vida como el ocio o la diversión.

- **PERFECCIONISMO:**

La persona estará excesivamente pendiente de no cometer errores en sus actividades, se exigirá hacerlo todo sin falta, y ante la mínima desviación se valorará negativamente a sí misma, de manera rígida, o a otros si no cumplen con sus normas. Su actitud general será de rigidez y poca flexibilidad ante los cambios de la vida.

- **DERECHO SOBRE OTROS:**

La persona creerá de manera egocéntrica (centrada en sí misma) que tiene unos derechos que los otros deben de corresponder, olvidándose de los propios derechos y deseos de los demás que no tienen porqué coincidir con los personales. Será fácil presa de la ira.

- **OMNIPOTENCIA:**

La persona se creerá excesivamente responsable de la conducta y los sentimientos de las otras personas con las que se relacionan, como si aquellas dependieran como "bebés" de ella. Se olvidará y hasta anulará las decisiones de los demás. No tendrá en cuenta que los demás son responsables de sí mismos.

- **AUTONOMÍA:**

La persona creerá que sus sentimientos son inmodificables o dependen de las situaciones que viven, por lo que estará a merced de ellos. No se dará cuenta de que esos sentimientos dependen en gran parte de su forma de interpretar los acontecimientos y de las decisiones de sus actos, y que por lo tanto puede llegar a controlarlos en gran parte.

D. TEST AUTOESTIMA: según COOPERSMITH

El inventario de Autoestima de Coopersmith corresponde a un instrumento de medición cuantitativa de la autoestima. Este fue presentado originalmente por Stanley Coopersmith en 1959. El autor escribe el instrumento "como inventario consistente en 50 ítems referido a las percepciones del sujeto en cuatro áreas: sus pares, padres, colegio y sí mismo".

Criterios de Evaluación:

| | |
|-----------------------|------------------|
| Nivel Alto | : > 40 puntos |
| Nivel Medio (regular) | : 27 - 39 puntos |
| Nivel Bajo | : 16 - 26 puntos |
| Nivel Muy Bajo | : < de 15 puntos |

E. TEST DINÁMICA FAMILIAR: según SMILKSTEIN

Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar: *adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.*

Criterios de Evaluación:

7-10 puntos : Buen Funcionamiento Familiar

4-6 puntos : Regular Funcionamiento Familiar

0-3puntos : Mal Funcionamiento Familiar

2.5 Control de Calidad

Prueba Piloto: para la prueba piloto se aplicó se determino a una población con las mismas características de la población de estudio; siendo un total de 20 estudiantes de 1ero a 5to de secundaria de la I.E. Enrique Pallardeli con el propósito de

comprobar el nivel de comprensión de las preguntas y probar la factibilidad de la aplicación del instrumento previo a la recolección de datos.

Confiabilidad: La confiabilidad se obtuvo a través del cálculo de coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach, obteniendo la muestra un valor de 95%, encontrándose dentro del rango aceptable para la ejecución del instrumento **(ANEXOS N° 02)**.

Validez: se validó el instrumento con el apoyo y asesoramiento de un grupo de especialistas en diferentes áreas: 1 enfermera y 2 psicólogos y 1 estadístico **(ANEXOS N° 03)**.

CAPITULO III

DE LOS RESULTADOS

3.1 Resultados

En el presente capítulo se presentan los cuadros y gráficos estadísticos que corresponden a la información obtenida como resultados de la investigación y el análisis respectivamente de los factores psicosociales significativos y la relación que tiene con la Idea de Intento de Suicidio en los Adolescentes de nivel secundario de la I. E.. Jorge Chávez del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2009. A continuación se detallan los resultados obtenidos.

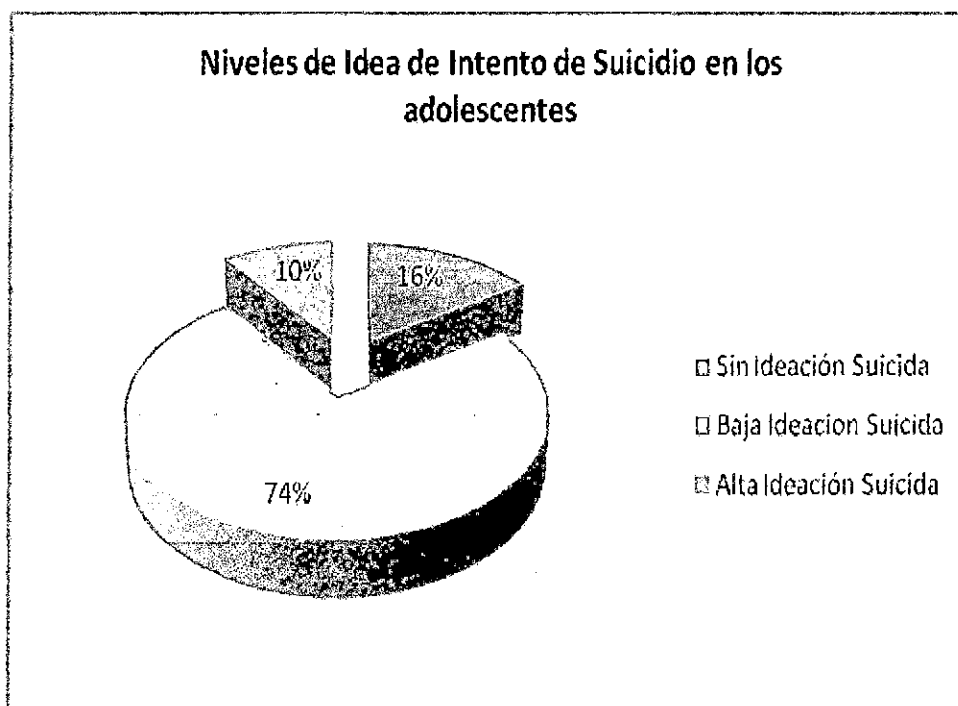
CUADRO N° 01

IDEA DE INTENTO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E.
JORGE CHAVEZ DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN
LANCHIPA, TACNA 2009

| IDEA DE INTENTO SUICIDA | N° | % |
|-------------------------|------------|---------------|
| Sin ideación | 37 | 15,74 |
| Baja Ideación Suicida | 174 | 74,04 |
| Alta Ideación Suicida | 24 | 10,21 |
| Total | 235 | 100,00 |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009

GRÁFICO N° 01



FUENTE: Cuadro N° 01

En el Cuadro N° 01, se observa que predominó el nivel de idea de intento suicida baja con 74,04%, a diferencia del 15,74% se apreció que no cuentan con idea de intento suicida y solo se identificó el 10,21% con alta idea de intento suicida, esto es según las actuales condiciones de vida del adolescente y el análisis de la encuesta aplicada en los escolares a nivel secundario de la I.E. Jorge Chávez del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2009.

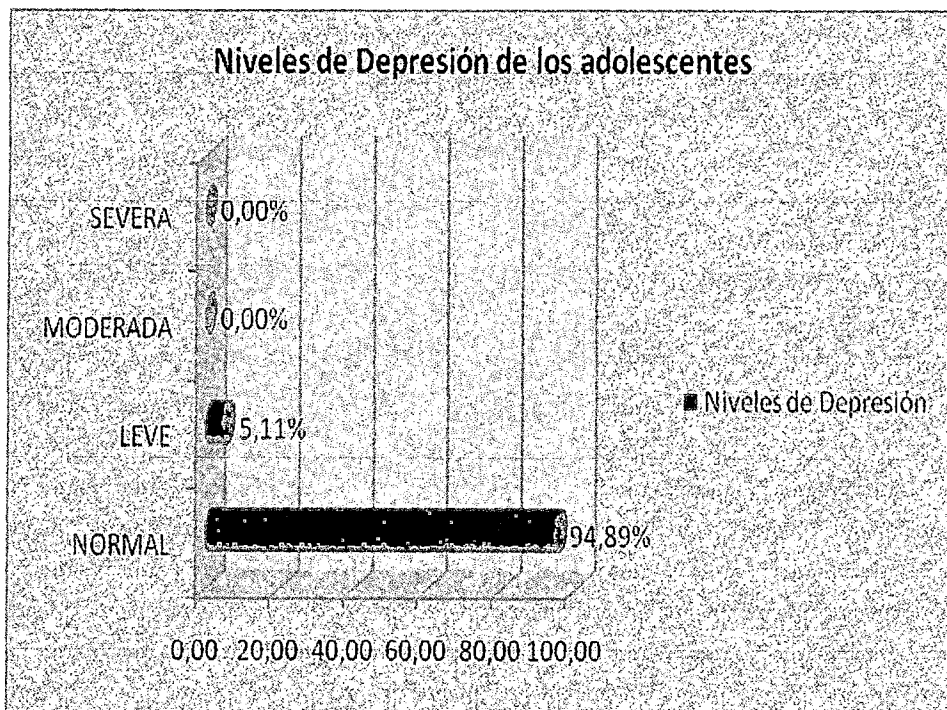
CUADRO N° 02

NIVELES DE DEPRESION EN LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. JORGE CHAVEZ DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA - 2009

| DEPRESIÓN | N° | % |
|--------------|------------|---------------|
| NORMAL | 223 | 94,89 |
| LEVE | 12 | 5,11 |
| MODERADA | 0 | 0,00 |
| SEVERA | 0 | 0,00 |
| TOTAL | 235 | 100,00 |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009

GRÁFICO N° 02



FUENTE: Cuadro N° 02

En el Cuadro N° 02, se observa que según los niveles de depresión el 94,89% manifiesta no tener problemas con este aspecto emocional, solo se logró identificar el 5,11% con depresión leve en escolares de nivel secundario de la I. E. Jorge Chávez del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2009.

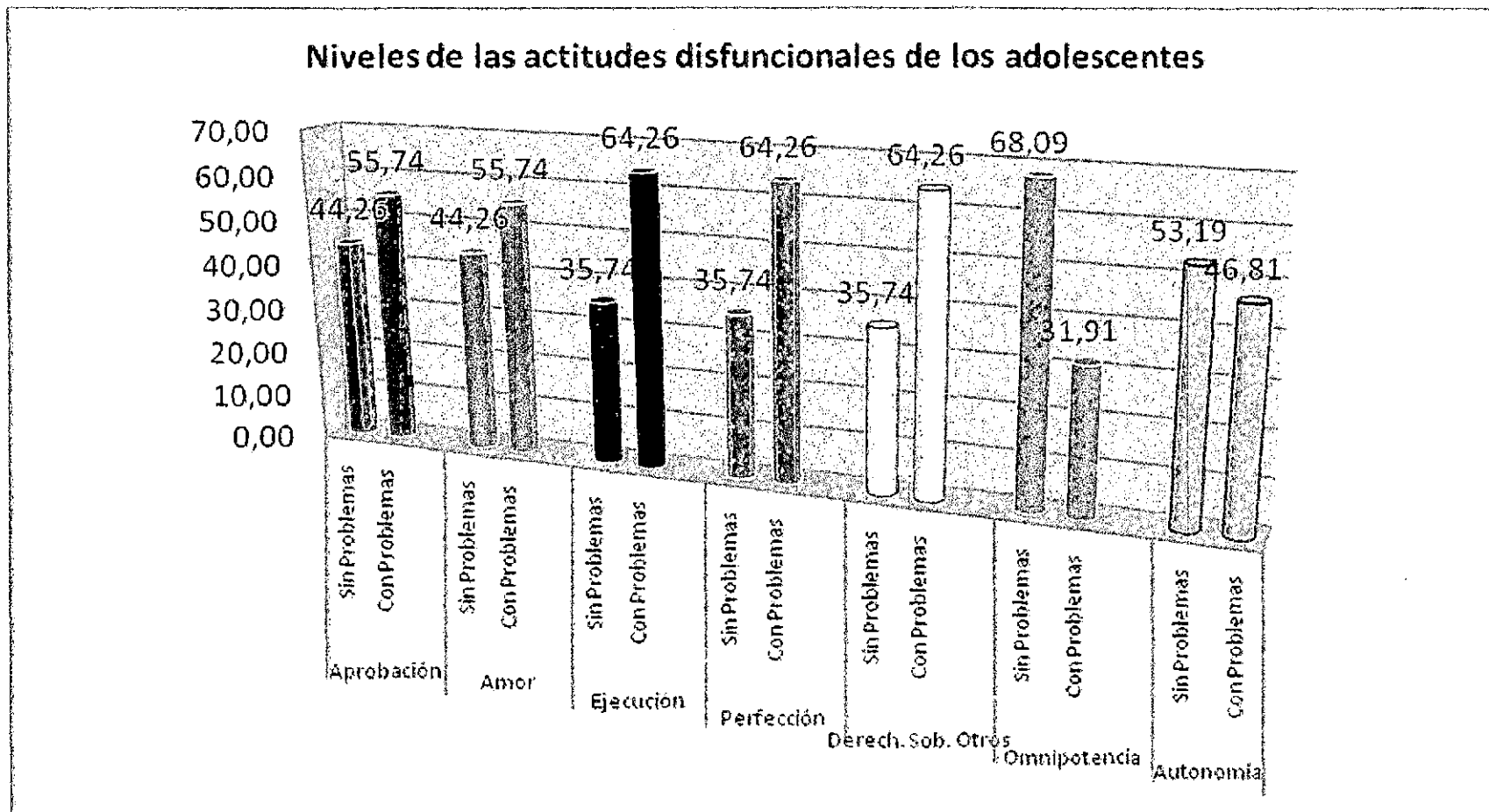
CUADRO N° 03

NIVELES DE ACTITUDES DISFUNCIONALES EN LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. JORGE CHAVEZ DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA 2009

| ACTITUDES DISFUNCIONALES | N° | % |
|--------------------------------|------------|---------------|
| a.- APROBACION | | |
| Sin problemas | 104 | 44,26 |
| Con problemas | 131 | 55,74 |
| Total | 235 | 100,00 |
| b.- AMOR | | |
| Sin problemas | 104 | 44,26 |
| Con problemas | 131 | 55,74 |
| Total | 235 | 100,00 |
| c.- EJECUCION | | |
| Sin problemas | 84 | 35,74 |
| Con problemas | 151 | 64,26 |
| Total | 235 | 100,00 |
| d.- PERFECCION | | |
| Sin problemas | 84 | 35,74 |
| Con problemas | 151 | 64,26 |
| Total | 235 | 100,00 |
| e.- DERECHO SOBRE OTROS | | |
| Sin problemas | 84 | 35,74 |
| Con problemas | 151 | 64,26 |
| Total | 235 | 100,00 |
| f.- OMNIPOTENCIA | | |
| Sin problemas | 160 | 68,09 |
| Con problemas | 75 | 31,91 |
| Total | 235 | 100,00 |
| g.- AUTONOMIA | | |
| Sin problemas | 125 | 53,19 |
| Con problemas | 110 | 46,81 |
| Total | 235 | 100,00 |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009

GRÁFICO N° 03



FUENTE: Cuadro N° 03

En el cuadro N° 03 se aprecia el análisis según el nivel de actitudes disfuncionales en los adolescentes, se evidencia que del 100% de la población sujeto a estudio, el porcentaje de más relevancia se identifico de acuerdo a los sub-aspectos emocionales, que el 55,74% tienen problemas con ser aprobados y aceptados a diferencia del 44,26% que manifiestan no tener problemas en ser aprobados, el 55,74% tienen problemas en recibir amor y el 44,26% manifiestan no tener problemas en recibir amor en su entorno, seguidamente se aprecia que el 64,26% manifiestan dificultades en la ejecución de sus decisiones y el 35,74% afirman no tener problemas en la ejecución de sus decisiones y acciones, el 64,26 tienen problemas con la perfección y un 35,74% manifestó no tener problemas con la perfección, a continuación el 64,26% presenta problemas con la identificación del derecho sobre otros y el 35,74% se vio que no tienen problemas con el derecho sobre otros, se aprecia que si predomina la Omnipotencia en los escolares con 68,9% a diferencia del 31,91% de adolescentes con problemas de Omnipotencia hacia sus mayores y por último se observa que 53,19% no tienen dificultades con la Autonomía a pesar de no ser una gran diferencia, el 46,81% son casos de problemas de autonomía en adolescentes que por diversos factores presentan dificultad para solucionar sus problemas.

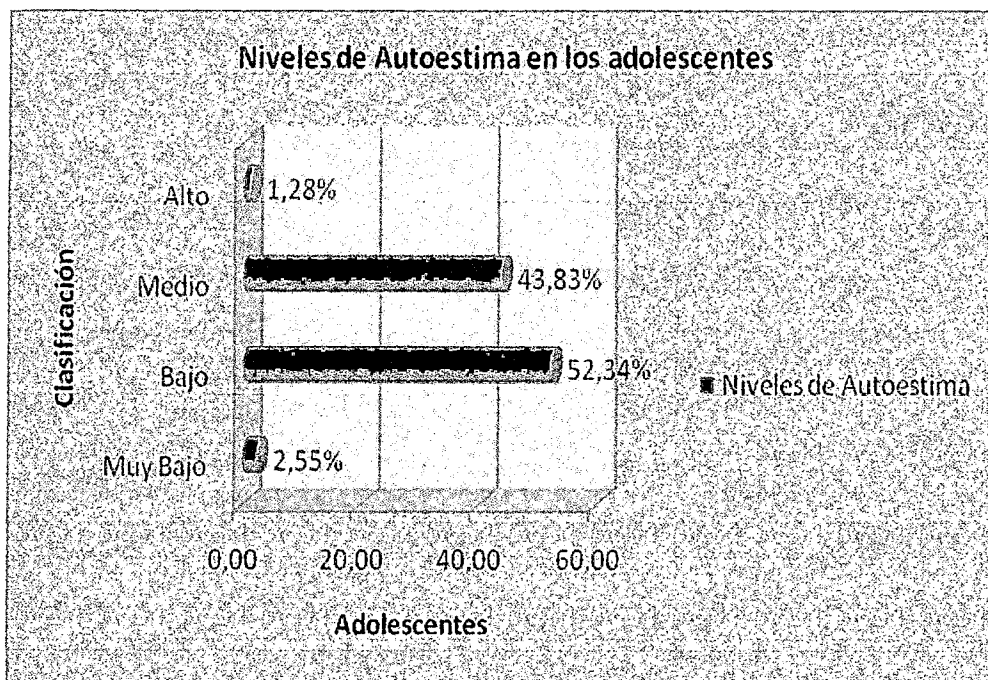
CUADRO N° 04

NIVEL DE AUTOESTIMA EN LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. JORGE CHAVEZ DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA 2009

| NIVEL DE AUTOESTIMA | N° | % |
|---------------------|------------|---------------|
| Muy Bajo | 6 | 2,55 |
| Bajo | 123 | 52,34 |
| Medio | 103 | 43,83 |
| Alto | 3 | 1,28 |
| Total | 235 | 100,00 |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009

GRAFICO N° 04



FUENTE: Cuadro N° 04

En el Cuadro N° 04, se aprecia que según el nivel de Autoestima en los escolares, el 52,34% presenta bajo nivel de autoestima, situación que se considera en riesgo para los adolescentes, el 43,83% es manifestado con nivel medio de autoestima, lo que determina que actualmente se visualice casos de 2,55% de nivel Muy bajo de autoestima, este problema conlleva a generar conclusiones que afirman que esto es una variable más que va a ligarse con la Idea de intento de suicidio, esto es según a la encuesta aplicada a los escolares de nivel secundario de la I. E. Jorge Chávez del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2009.

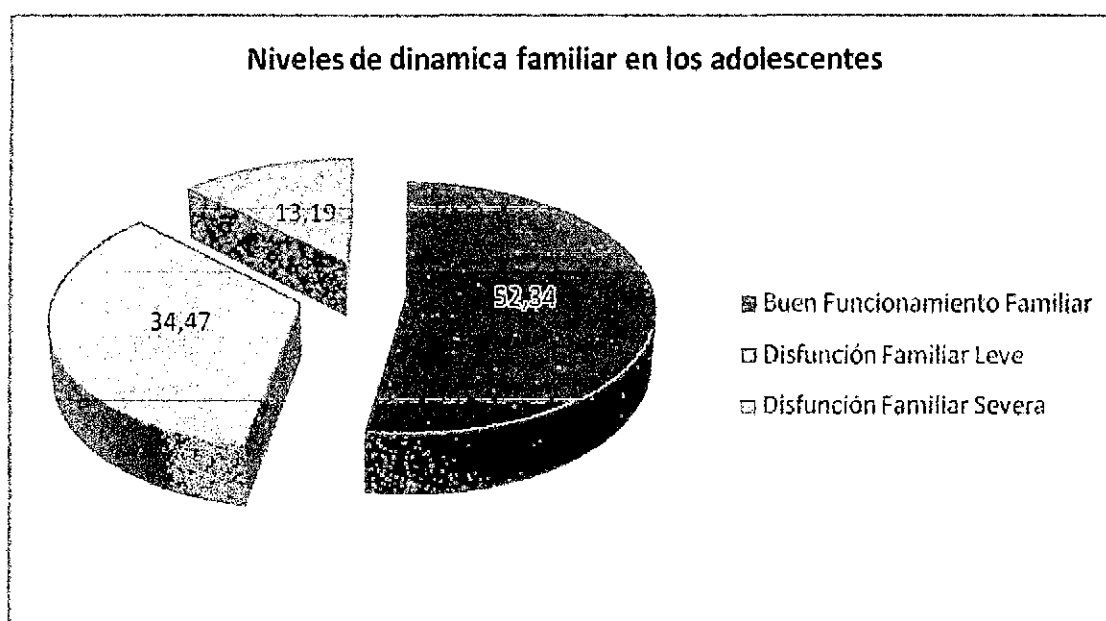
CUADRO N° 05

DINÁMICA FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. JORGE CHAVEZ
DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN
LANCHIPA, TACNA 2009.

| DINÁMICA FAMILIAR | N° | % |
|---------------------------------|------------|---------------|
| Buen Funcionamiento Familiar | 123 | 52,34 |
| Regular Funcionamiento Familiar | 81 | 34,47 |
| Mal Funcionamiento Familiar | 31 | 13,19 |
| Total | 235 | 100,00 |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009

GRÁFICO N° 05



FUENTE: Cuadro N° 05

En el cuadro N° 05 se analiza el nivel de dinámica familiar del adolescente, se observa que el 52,34% presentó buen funcionamiento familiar, seguido de un porcentaje considerable de 34,47% de disfunción familiar leve y de 13,19% se manifestaron casos de disfunción familiar severa, situación que podría considerarse de riesgo e insidioso, esto es según a la encuesta aplicada a los escolares de nivel secundario de la I.E. Jorge Chávez del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2009.

CUADRO N° 06

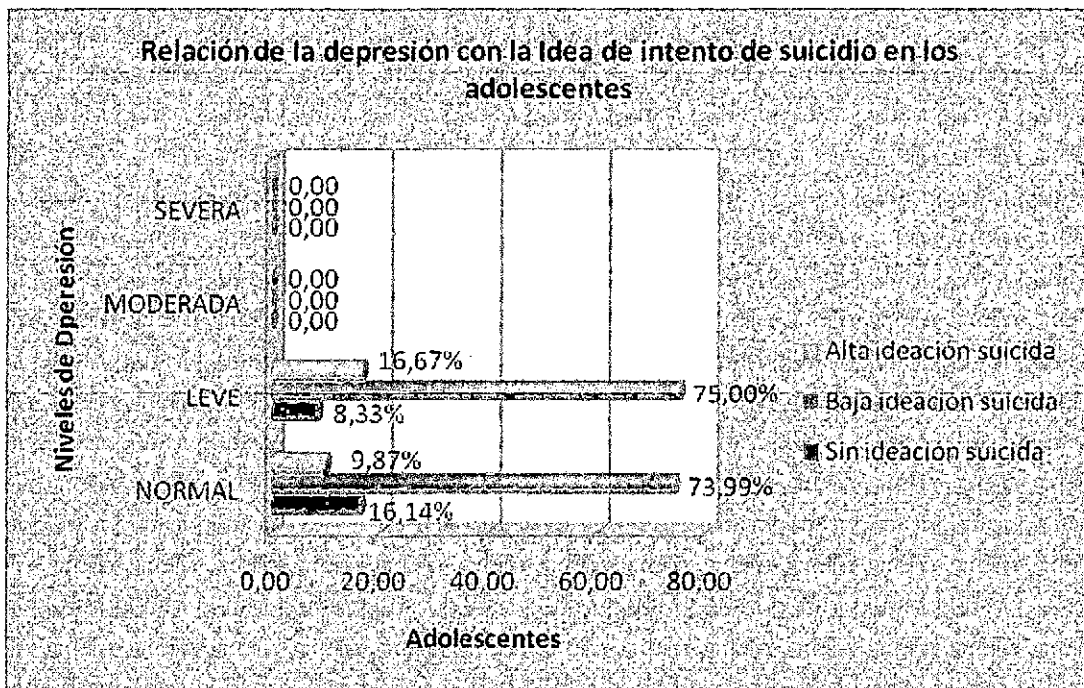
RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LA IDEA DE INTENTO DE SUICIDIO EN
LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. JORGE CHAVEZ DEL DISTRITO
GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA 2009

| Depresión | Ideación Suicida | | Sin ideación | | Baja ideación | | Alta ideación | | Total N° | Prueba P |
|--------------|------------------|--------------|--------------|-------------|---------------|-------------|---------------|---|-------------|---|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| NORMAL | 36 | 16,14 | 165 | 73,99 | 22 | 9,87 | 223 | | | Rho de Spearman = 0,063 P= 0,334 |
| LEVE | 1 | 8,33 | 9 | 75,00 | 2 | 16,67 | 12 | | | |
| MODERADA | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | | | |
| SEVERA | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | | | |
| TOTAL | 37 | 15,74 | 9 | 3,83 | 2 | 0,85 | 235 | | | |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009

Prueba: Rho de Spearman; Significativo a nivel $P < 0.05$

GRÁFICO N° 06



FUENTE: Cuadro N° 06

En el cuadro N° 06, observamos que entre los adolescentes que no tuvieron problemas con Depresión y se encuentran en un estado normal, la mayoría (73,99%) se encontraron con baja ideación suicida; destacamos que el 16,67% de adolescentes con depresión Leve tuvieron alta idea de intento de suicidio y solo el 9,87% de escolares sin depresión lo presentaron, lo que determina que la depresión no tiene una amplia relación con la Idea de Intento de suicidio, sino que es una variable que puede ir evolucionando con el tiempo, por lo tanto **NO HAY CORRELACION**, según la encuesta aplicada a los escolares de nivel secundario de la I.E. Jorge Chávez del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2009.

CUADRO N° 07

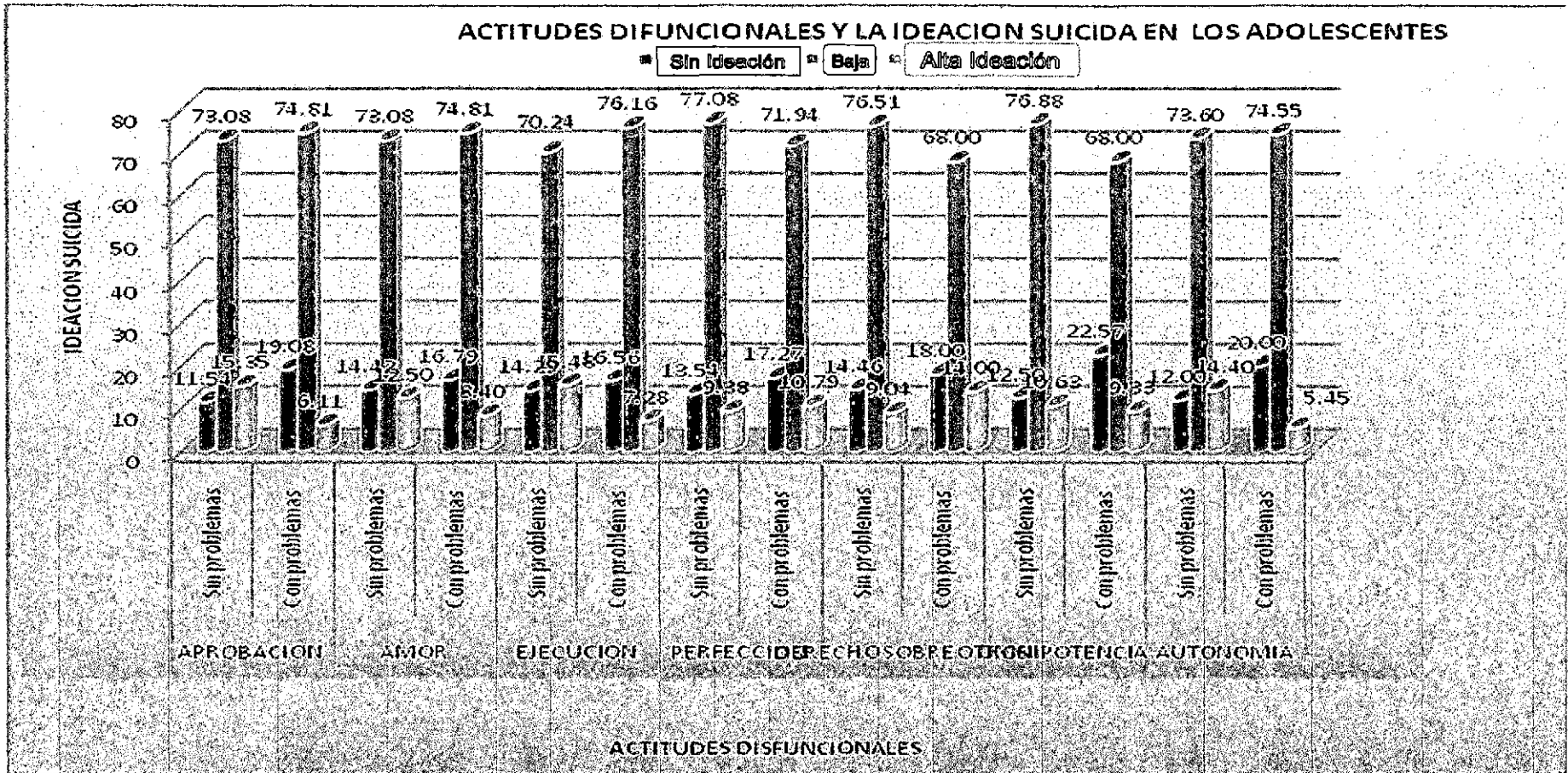
RELACIÓN ENTRE LAS ACTITUDES DISFUNCIONALES Y LA IDEA DE INTENTO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. JORGE CHAVEZ DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA 2009

| ACTITUDES DISFUNCIONALES | Sin ideación | | Baja ideación | | Alta ideación | | Total N° | Prueba P |
|--------------------------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|------------|--------------------------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| a.- Aprobación | | | | | | | | |
| Sin problemas | 12 | 11,54 | 76 | 73,08 | 16 | 15,38 | 104 | X ² =7,006 0,030 |
| Con problemas | 25 | 19,08 | 98 | 74,81 | 8 | 6,11 | 131 | |
| Total | 37 | 15,74 | 174 | 74,04 | 24 | 10,21 | 235 | |
| b.- Amor | | | | | | | | |
| Sin problemas | 15 | 14,42 | 76 | 73,08 | 13 | 12,50 | 104 | X ² =1,186 0,553 |
| Con problemas | 22 | 16,79 | 98 | 74,81 | 11 | 8,40 | 131 | |
| Total | 37 | 15,74 | 174 | 74,04 | 24 | 10,21 | 235 | |
| c.- Ejecución | | | | | | | | |
| Sin problemas | 12 | 14,29 | 59 | 70,24 | 13 | 15,48 | 84 | X ² =3,978 0,137 |
| Con problemas | 25 | 16,56 | 115 | 76,16 | 11 | 7,28 | 151 | |
| Total | 37 | 15,74 | 174 | 74,04 | 24 | 10,21 | 235 | |
| d.- Perfección | | | | | | | | |
| Sin problemas | 13 | 13,54 | 74 | 77,08 | 9 | 9,38 | 96 | X ² =0,814 0,665 |
| Con problemas | 24 | 17,27 | 100 | 71,94 | 15 | 10,79 | 139 | |
| Total | 37 | 15,74 | 174 | 74,04 | 24 | 10,21 | 235 | |
| e.- Derecho sobre otros | | | | | | | | |
| Sin problemas | 24 | 14,46 | 127 | 76,51 | 15 | 9,04 | 166 | X ² =1,618 0,445 |
| Con problemas | 9 | 18,00 | 34 | 68,00 | 7 | 14,00 | 50 | |
| Total | 33 | 15,28 | 161 | 74,54 | 22 | 10,19 | 216 | |
| f.- Omnipotencia | | | | | | | | |
| Sin problemas | 20 | 12,50 | 123 | 76,88 | 17 | 10,63 | 160 | X ² =3,979 0,137 |
| Con problemas | 17 | 22,67 | 51 | 68,00 | 7 | 9,33 | 75 | |
| Total | 37 | 15,74 | 174 | 74,04 | 24 | 10,21 | 235 | |
| h.- Autonomía | | | | | | | | |
| Sin problemas | 15 | 12,00 | 92 | 73,60 | 18 | 14,40 | 125 | X ² =6,970 0,031 |
| Con problemas | 22 | 20,00 | 82 | 74,55 | 6 | 5,45 | 110 | |
| Total | 37 | 15,74 | 174 | 74,04 | 24 | 10,21 | 235 | |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009

Prueba: Ji cuadrado; Significativo a nivel P < 0.05

GRÁFICO N° 07



FUENTE: Cuadro N° 07

En el cuadro N° 07 se aprecia la relación de las actitudes disfuncionales con la ideación suicida, evidenciamos que entre los adolescentes que no tuvieron problemas en la actitud de aprobación, la mayoría (73,08%) se encontraron con baja ideación suicida; destacamos que el 15,38% tuvieron alta ideación suicida y sólo el 11,54% no lo presentaron.

También observamos que predominó una baja ideación suicida entre los que tuvieron problemas en la actitud de aprobación con 74,81%, seguido de aquellos que no lo presentaron con 19,08% y el 6,11% de los adolescentes se encontraron con alta ideación suicida. Al aplicar la prueba estadística correspondiente, la actitud de aprobación se encontró asociado a la ideación suicida ($P=0,030$), esto es según la encuesta aplicada a los adolescentes del nivel secundario de la I. E. Jorge Chávez del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2009.

CUADRO N° 08

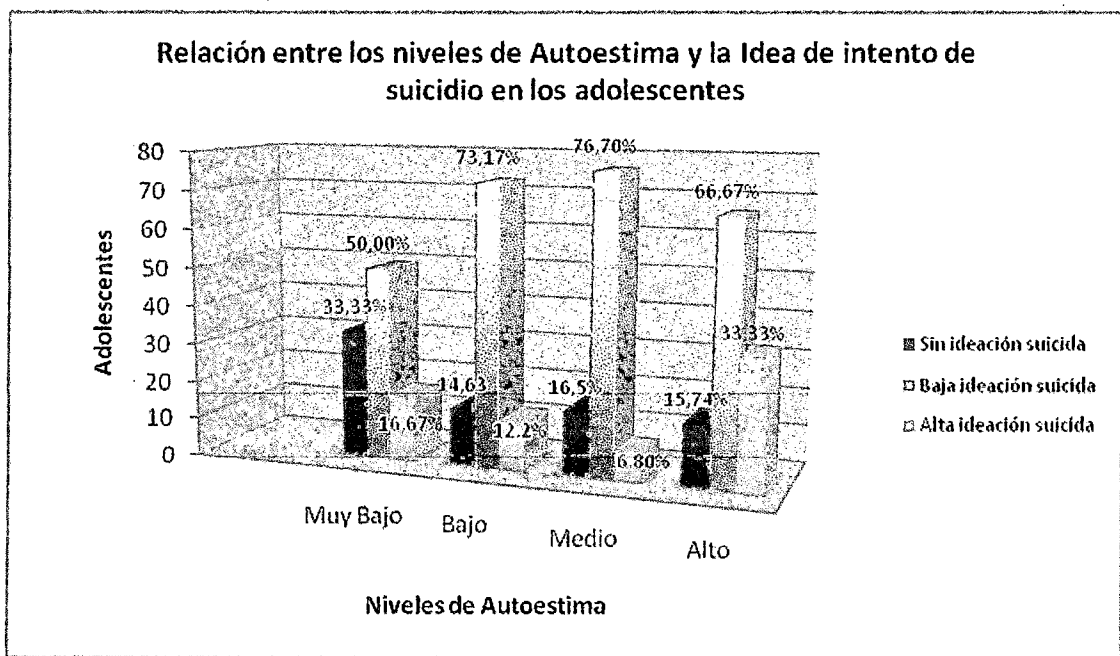
RELACIÓN ENTRE LA AUTOESTIMA Y LA IDEACION SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. JORGE CHAVEZ DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA 2009

| Ideación Suicida Autoestima | Sin ideación | | Baja ideación | | Alta ideación | | Total N° | Prueba P |
|--------------------------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|------------|--------------------------------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| Muy Bajo | 2 | 33,33 | 3 | 50,00 | 1 | 16,67 | 6 | Rho de Spearman = -0.033 P= 0,611 |
| Bajo | 18 | 14,63 | 90 | 73,17 | 15 | 12,20 | 123 | |
| Medio | 17 | 16,50 | 79 | 76,70 | 7 | 6,80 | 103 | |
| Alto | 0 | 0,00 | 2 | 66,67 | 1 | 33,33 | 3 | |
| Total | 37 | 15,74 | 174 | 74,04 | 24 | 10,21 | 235 | |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009

Prueba: Rho de Spearman; Significativo a nivel $P < 0.05$

GRÁFICO N° 08



FUENTE: Cuadro N° 08

En el cuadro de relación de autoestima con la idea de intento de suicidio, los adolescentes que tuvieron Autoestima de nivel Medio, el mayor predominio es de 76,70% que se encontraron con una baja idea de intento de suicidio, el cual se diferencia de los escolares con Autoestima baja de 73,17% se manifestaron con baja Idea de intento de suicidio; también destacamos que el 16,50% de adolescentes con Autoestima medio no tuvieron idea de intento de suicidio y solo el 12,20% de escolares con Autoestima baja presentaron alta idea de intento de suicidio, esto es según la encuesta aplicada a los escolares de nivel secundario de la I.E. Jorge Chávez del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2009.

CUADRO N° 09

RELACION ENTRE LOS FACTORES SOCIALES Y LA IDEACION SUICIDA EN LOS
 ADOLESCENTES DE LA I. E. JORGE CHAVEZ DEL DISTRITO GREGORIO
 ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA 2009

| Ideación Suicida | Sin ideación | | Baja ideación | | Alta ideación | | Total N° | Prueba P |
|--|--------------|---------------|---------------|--------------|---------------|--------------|------------|---------------------------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| Factores sociales | | | | | | | | |
| a.- Sexo | | | | | | | | |
| Masculino | 20 | 16,39 | 91 | 74,59 | 11 | 9,016 | 122 | X ² =0,434 0,805 |
| Femenino | 17 | 15,04 | 83 | 73,45 | 13 | 11,5 | 113 | |
| Total | 37 | 15,74 | 174 | 74,04 | 24 | 10,21 | 235 | |
| b.- Edad | | | | | | | | |
| Adolescente Temprano (10-14) | 23 | 9,79 | 89 | 70,63 | 14 | 11,11 | 126 | X ² =2,776 0,596 |
| Adolescente Medio (14-17) | 14 | 5,96 | 81 | 77,14 | 10 | 9,52 | 105 | |
| Adolescente Tardío (18-19) | 0 | 0,00 | 4 | 100,00 | 0 | 0,00 | 4 | |
| Total | 37 | 15,74 | 174 | 74,04 | 24 | 10,21 | 235 | |
| c.- Procedencia | | | | | | | | |
| Tacna | 30 | 16,67 | 135 | 75 | 15 | 8,333 | 180 | X ² =9,097 0,168 |
| Puno | 4 | 20,00 | 12 | 60 | 4 | 20 | 20 | |
| Arequipa | 1 | 10,00 | 6 | 60 | 3 | 30 | 10 | |
| Otros | 2 | 8,00 | 21 | 84 | 2 | 8 | 25 | |
| Total | 37 | 15,74 | 174 | 74,04 | 24 | 10,21 | 235 | |
| d.- Tipo de familia | | | | | | | | |
| Nuclear | 21 | 8,94 | 72 | 73,47 | 5 | 5,10 | 98 | X ² =10,712 0,380 |
| Incompleta | 3 | 1,28 | 32 | 82,05 | 4 | 10,26 | 39 | |
| Extensa | 5 | 2,13 | 24 | 68,57 | 6 | 17,14 | 35 | |
| Reconstituida | 2 | 0,85 | 6 | 66,67 | 1 | 11,11 | 9 | |
| Mixta | 4 | 1,70 | 28 | 75,68 | 5 | 13,51 | 37 | |
| Con padre "visitante" | 2 | 0,85 | 12 | 70,59 | 3 | 17,65 | 17 | |
| Total | 37 | 15,74 | 174 | 74,04 | 24 | 10,21 | 235 | |
| e.- Religión | | | | | | | | |
| Ninguno/Ateo | 8 | 14,04 | 24 | 65,64 | 4 | 12,12 | 33 | X ² =8,836 0,547 |
| Católico | 22 | 61,70 | 110 | 75,86 | 13 | 8,97 | 145 | |
| Cristiano/evangélico | 5 | 12,77 | 20 | 66,67 | 5 | 16,67 | 30 | |
| Adventista | 0 | 4,26 | 10 | 100,00 | 0 | 0,00 | 10 | |
| Otras religiones | 3 | 1,28 | 10 | 71,43 | 1 | 7,14 | 14 | |
| Total | 38 | 100,00 | 174 | 74,04 | 23 | 9,79 | 235 | |
| f.- Ocupación durante la semana | | | | | | | | |
| Solo estudia | 30 | 12,77 | 118 | 73,75 | 12 | 7,50 | 160 | X ² =6,604 0,158 |
| Estudia y trabaja | 5 | 2,13 | 36 | 73,47 | 8 | 16,33 | 49 | |
| Otros | 2 | 0,85 | 20 | 76,92 | 4 | 15,38 | 26 | |
| Total | 37 | 15,74 | 174 | 74,04 | 24 | 10,21 | 235 | |

| g.- Tiene hermano | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|------------|-------------------------|
| Tiene | 36 | 15,32 | 168 | 74,34 | 22 | 9,73 | 226 | $\chi^2=1,518$ 0,468 |
| No tiene | 1 | 0,43 | 6 | 66,67 | 2 | 22,22 | 9 | |
| Total | 37 | 15,74 | 174 | 74,04 | 24 | 10,21 | 235 | |
| h.- N° de hijo en la familia | | | | | | | | |
| Primogénito | 11 | 4,68 | 53 | 75,71 | 6 | 8,57 | 70 | $\chi^2=8,398$ 0,590 |
| Segundo | 12 | 5,11 | 51 | 73,91 | 6 | 8,70 | 69 | |
| Tercero | 6 | 2,55 | 40 | 75,47 | 7 | 13,21 | 53 | |
| Cuarto | 5 | 2,13 | 15 | 71,43 | 1 | 4,76 | 21 | |
| Quinto | 0 | 0,00 | 5 | 100,00 | 0 | 0,00 | 5 | |
| Último | 3 | 1,28 | 10 | 58,82 | 4 | 23,53 | 17 | |
| Total | 37 | 15,74 | 174 | 74,04 | 24 | 10,21 | 235 | |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009

Prueba: Ji cuadrado; Significativo a nivel $P < 0.05$

GRAFICO Nº 09 - A

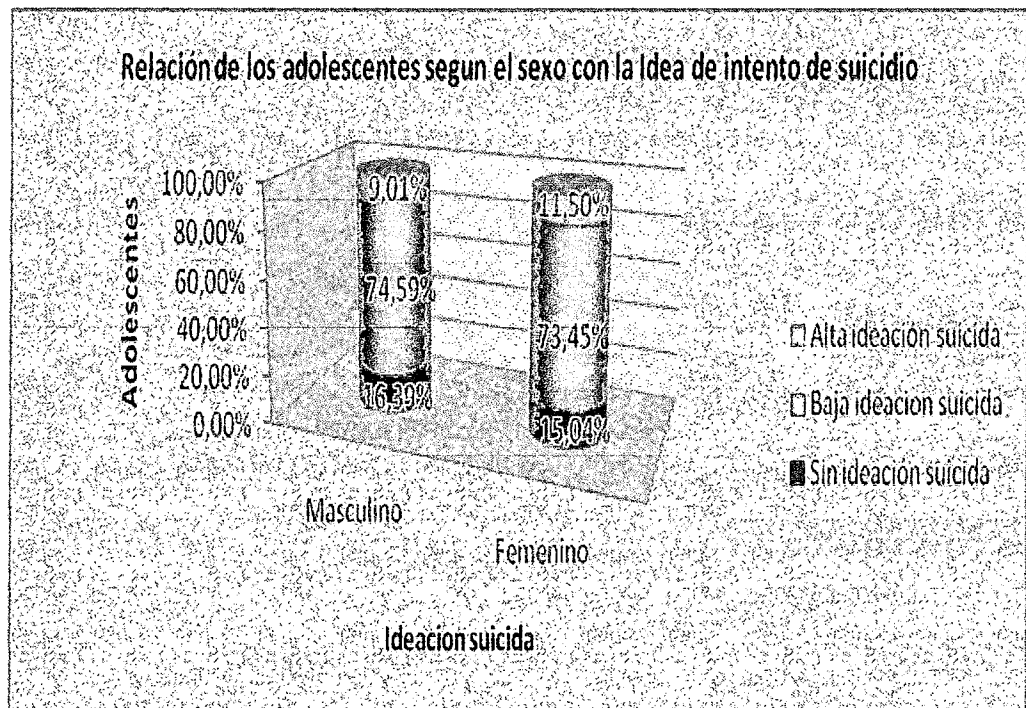


GRAFICO N° 09 - B

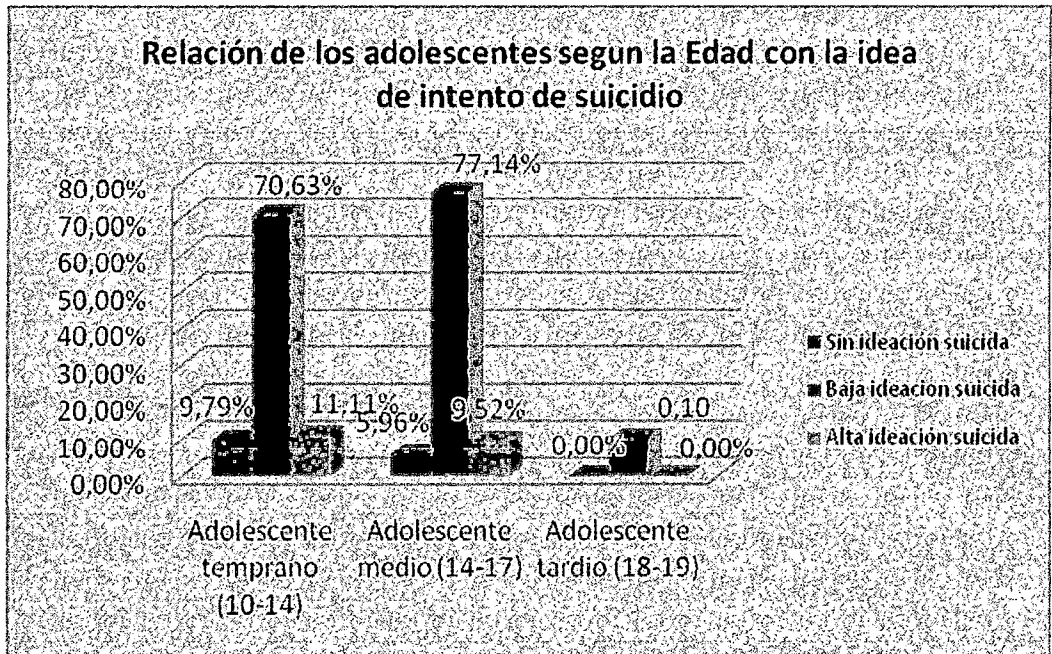


GRAFICO N° 09 - C

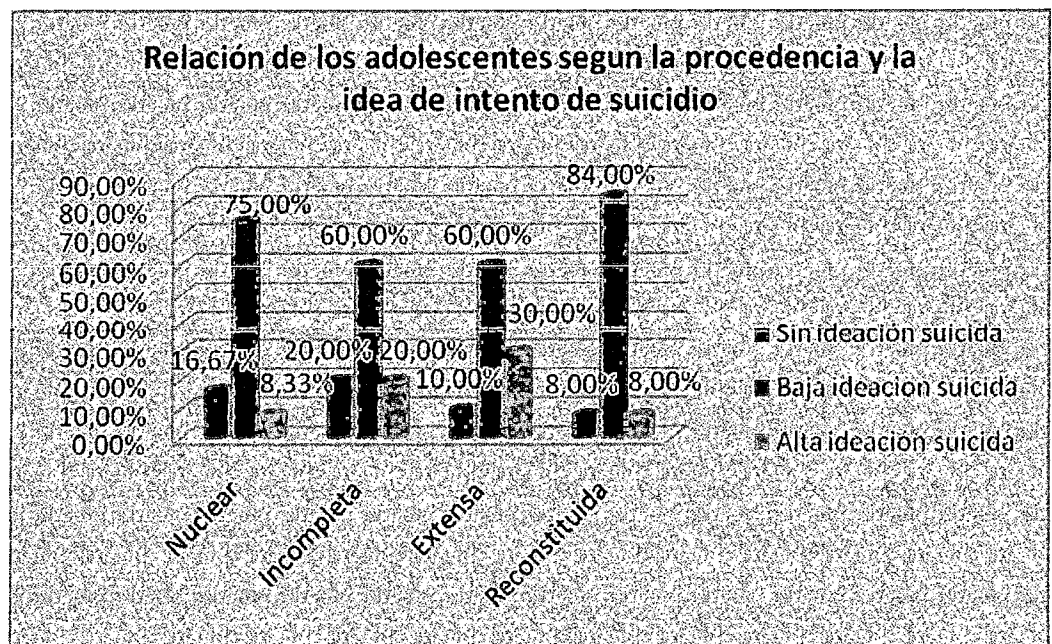


GRAFICO Nº 09 - D

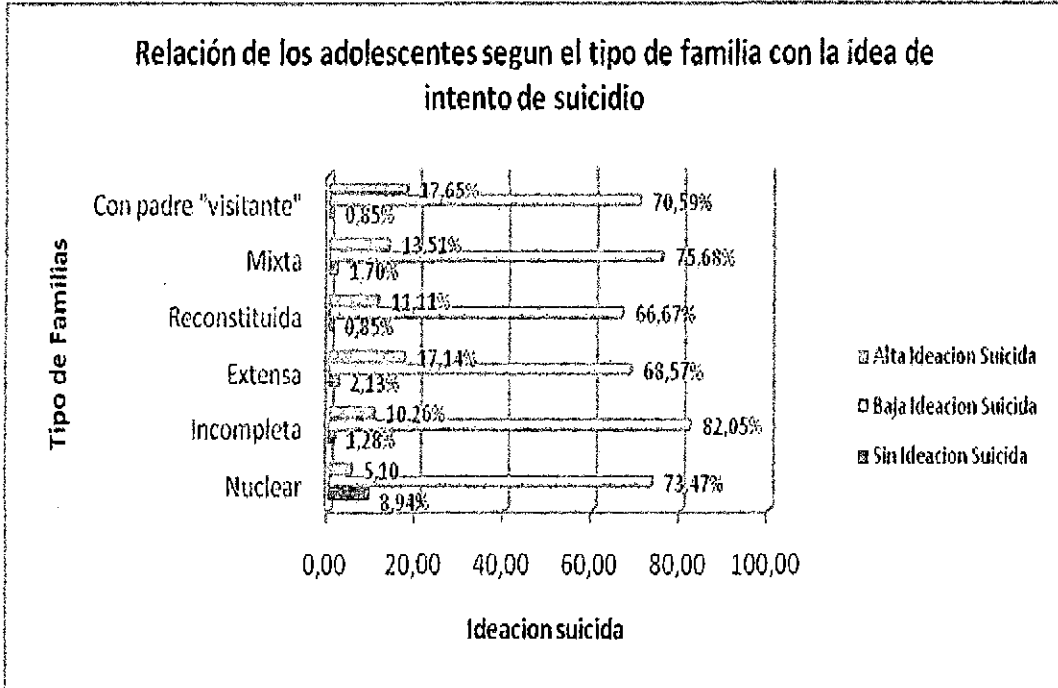


GRAFICO Nº 09 - E

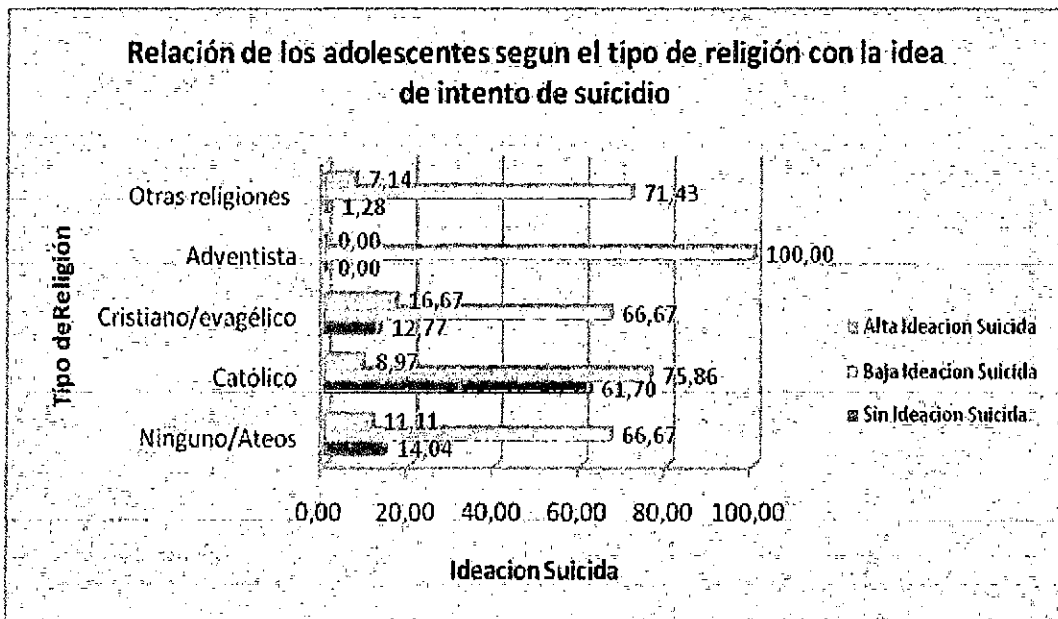


GRAFICO N° 09 - F

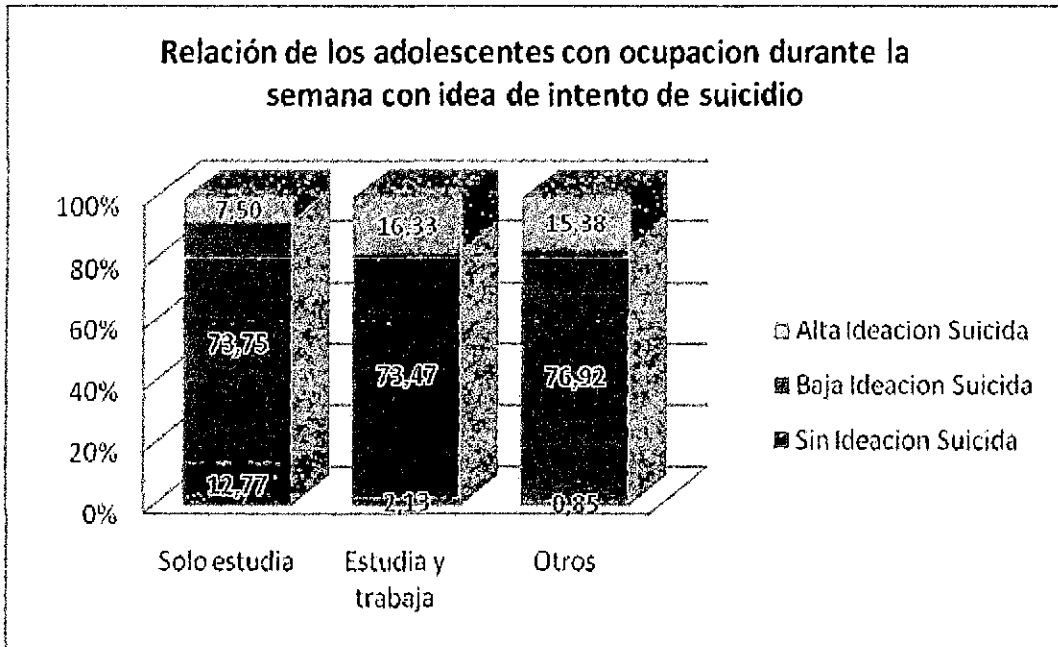


GRAFICO N° 09 - G

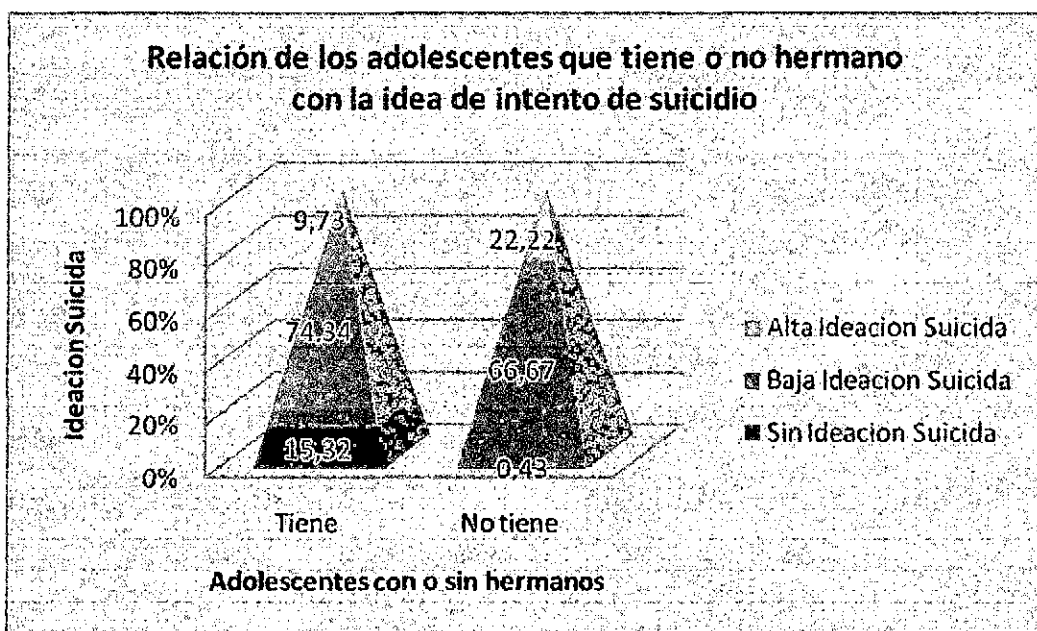
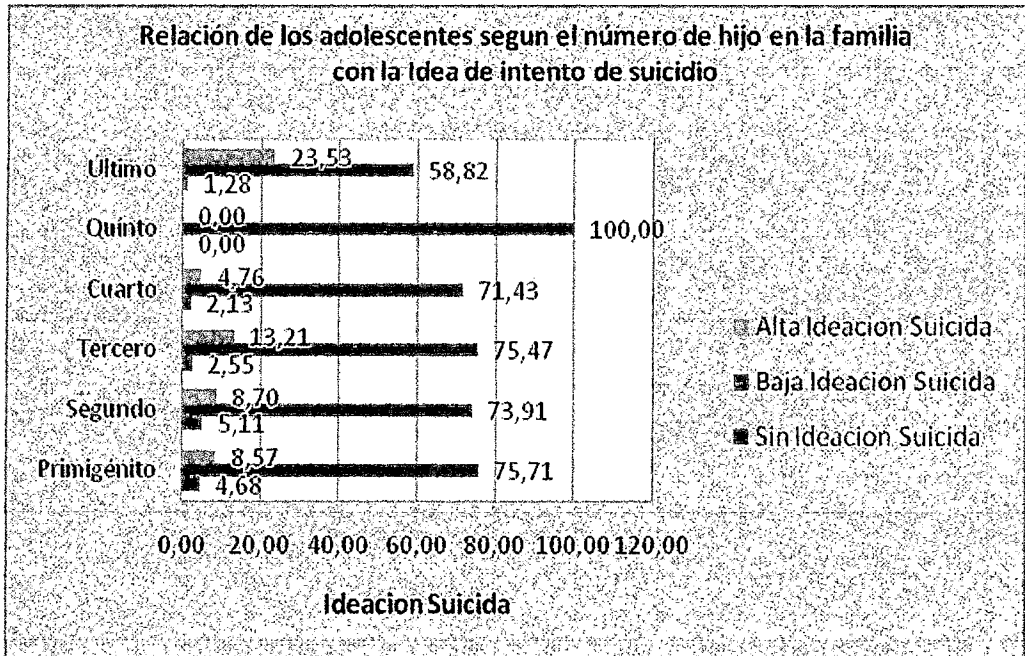


GRAFICO N° 09 - H



En el cuadro N° 09 se aprecia la relación de los factores sociales con la idea de intento de suicidio en los adolescentes de la I.E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín, en el primer sub cuadro del aspecto social según el Sexo, indicó que el 74,59% manifestó predominio en el sexo masculino que ha presentado baja ideación suicida y 73,45% son de sexo femenino que presenta baja ideación suicida, destacamos el resultado contraste que manifiesta que 11,5% presento alta ideación suicida en el sexo femenino, seguido de 9,01% se presento en el sexo masculino.

En el segundo sub cuadro según la edad en los adolescentes estudiados indica que 77,14% de la edad media manifestó predominio de tener baja ideación suicida, seguido de 70,63% en la edad temprana, se destaco también que el 11,11% presento predominio en la edad temprana con alta ideación suicida seguido de 9,52% en la edad tardía.

El tercer sub cuadro según la procedencia del adolescente indica que el 30% son de Arequipa los que manifiestan predominio de alta ideación suicida, seguido de 20% son de Puno y finalmente con 8,33% son procedentes de Tacna con alta ideación suicida. Se destaca que 85% son de otros departamentos y 75% son procedentes de Tacna que presentan baja ideación suicida.

En el cuarto sub cuadro de los aspectos sociales manifiesta que según el tipo de familia el que tiene mayor predominio es 85,05% de tipo de familia incompleta con baja ideaciones suicida, seguidas de 75,68% de tipo de familia Mixta; 73,47% de tipo Nuclear; 70,59% son de tipo de familia con Padre visitante; 68,57% son de tipo familia extensa y 66,67% de tipo familia reconstituida en los adolescentes estudiados. Se destaca que 17,65% presento predominio en adolescentes con alta ideación suicida de tipo de familia con padre visitante; 17,14% son de tipo familia extensa; 13,51% son de tipo de familia Mixta y 10,26% son de tipo de familia incompleta.

En cuanto al tipo de religión en los adolescentes, el 75,86% presento católicos con predominio de baja ideación suicida; 66,67% son Cristianos/evangélicos y 54,64% son ateos. Se toma en cuenta que los adolescentes con alta ideación suicida; 16,67% manifestaron ser Cristianos/Evangelistas y 12,12% son adolescentes que no tienen religión y/o son ateos.

En el aspecto según el estudio/ocupación en los adolescentes el 76,92% presento predominio de baja ideación suicida en escolares que tienen más de dos actividades que realiza durante la semana; 73,75% sólo se dedican a estudiar y el 73,47% se dedican a estudiar y trabajar

durante la semana. Cabe destacar que los adolescentes que presentaron alta ideación suicida, el 16,33% estudian y trabajan y el 7,50% sólo los que se dedican al estudio.

De acuerdo a los adolescentes que cuentan o no con hermanos y presentan baja ideación suicida; el 74,34% presentan predominio en escolares con hermanos y 66,67% son escolares que no tienen hermanos. Es importante destacar que se encontró adolescentes con alta ideación suicida con 9,73% que cuentan con hermanos.

Por último en el aspecto social según al número de hijo que corresponde al escolar estudiado que evidenciaron baja ideación suicida; el 75,71% presentaron predominio en adolescentes primogénitos, el 75,47% son hijos terceros; el 73,91% son hijos segundos en el hogar y el 52,82% son últimos hijos en el hogar. Se destaca también que mayor predominio se presentó 13,21% en hijos terceros y 8,70% son primogénitos e únicos hijos que presentan alta ideación suicida, esto es según la encuesta aplicada a los adolescentes del nivel secundario de la I. E. Jorge Chávez del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2009.

CUADRO N° 10

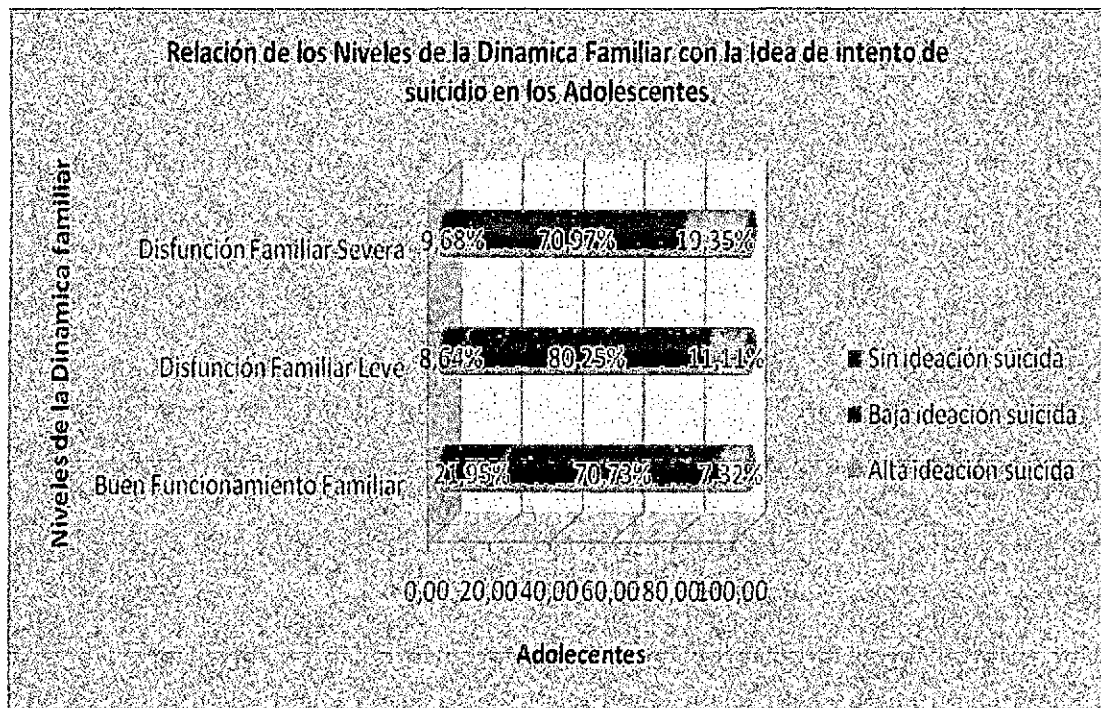
RELACION ENTRE LA DINÁMICA FAMILIAR Y LA IDEACIÓN SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DE LA I.E. JORGE CHAVEZ DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA 2009

| Dinámica familiar | Sin ideación | | Baja ideación | | Alta ideación | | Total N° | Prueba P |
|---------------------------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|------------|---------------------------------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| Buen funcionamiento familiar | 27 | 21,95 | 87 | 70,73 | 9 | 7,32 | 123 | Rho de Spearman = 0.1936 P= 0,0028 |
| Regular funcionamiento familiar | 7 | 8,64 | 65 | 80,25 | 9 | 11,11 | 81 | |
| Mal funcionamiento familiar | 3 | 9,68 | 22 | 70,97 | 6 | 19,35 | 31 | |
| Total | 37 | 15,74 | 174 | 74,04 | 24 | 10,21 | 235 | |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009

Prueba: Rho de Spearman; Significativo a nivel $P < 0.05$

GRAFICO N° 10



FUENTE: Cuadro N° 10

En el cuadro N° 10, se observa que entre los adolescentes que no tuvieron problemas de disfunción familiar es de 70,73% que mostraron baja idea de intento de suicidio, lo cual se diferencia de los adolescentes con problemas de disfunción familiar leve con 73,17% que manifestaron baja idea de intento de suicidio; también reconocemos que el 21,95% de adolescentes con buen funcionamiento familiar no tuvieron idea de intento de suicidio y sólo el 12,20% de adolescentes con disfunción familiar Severa si presentaron, lo que determina que la dinámica familiar en el adolescente presenta una LEVE CORRELACION pero con ALTA SIGNIFICANCIA ESTADISTICA, lo que determina que la mayor influencia en el adolescente es permitirle a enfrentar sólo y adecuadamente sus problemas, dependerá de sobremanera del desarrollo armónico de la dinámica familiar en el hogar, esto es según los resultados de la encuesta aplicada a los escolares de nivel secundario de la I.E. Jorge Chávez del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2009.

3.2 Discusión

En la actualidad la idea de intento de suicidio en el adolescente es un problema que va tomando importancia en el mundo. En tal sentido, el presente trabajo de investigación tiene por objetivo determinar los factores psicosociales que se relacionan con la idea de intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años de la I.E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2009. De acuerdo a los objetivos trazados se discutirá los resultados obtenidos y su relación con estudios similares nacionales e internacionales, así mismo se realizará la confrontación con la literatura revisada.

Al Identificar el nivel de la idea de intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años de la I. E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín, Tacna – 2009, nos muestra que mas predominio tuvo un nivel bajo de idea de intento de Suicidio (74,04%) a diferencia de los que no presentan Idea de intento de suicidio (15,74%); este resultado es casi similar al obtenido por Rosselló Jeannette y Berrios Hernández M. al realizar una análisis de frecuencias de ideación suicida un 19% de los adolescentes que participaron en el estudio no presentaron riesgo suicida; mientras

que un 80% presento riesgo suicida en 113 adolescentes en edad escolar. Es así que es necesario realizar estudios de factores psicosociales que determinen la relación con la idea de intento de suicidio en colegios a nivel nacional con el propósito de fortalecer los valores de los escolares.

Para lograr determinar la relación de los factores psicológicos con la Ideación Suicida en los adolescentes de 12 a 18 años de la I. E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín, Tacna - 2009. Se tomo primero en cuenta el nivel de depresión, este estudio dio como resultados de adolescentes, en su mayoría con un nivel normal de depresión (94,89%). En contraste con Ricardo González (2002), explica que las tasas de suicidios por el nivel de depresión en adolescentes con diversos problemas sociales es de 9,22% veces más alta que en el resto de la población general y como consecuencia el estudiante llega a una degradación de sus valores sociales afectando sus capacidades, intereses, relaciones interpersonales, criterios éticos y morales. En este estudio la variable depresión no presento un mayor impacto estadístico en relación a la idea de intento de suicidio en los adolescentes.

Para Medir el nivel de las actitudes disfuncionales de los adolescentes de 12 a 18 años de la I. E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, se destaca que los resultados de este estudio ha demostrado que los adolescentes tienen problemas en las creencias de Aprobación en su entorno (6,11%) y de Autonomía (5,45%), ambas creencias causaron impacto estadístico por presentar menor puntaje según $p < 0,05$. De acuerdo a Rosselló J. y Berríos Hernández M. (2004); revelan que existe una relación significativa y positiva entre ideación suicida y las actitudes disfuncionales. Estos resultados son similares con nuestro estudio; ya que las actitudes disfuncionales como la autonomía y la perfección se encuentran relacionadas en los adolescentes con alta idea de intento de suicidio. Al determinar la relación de esta variable con la ideación suicida no solo arrojó resultados de problemas de actitudes en los adolescentes durante su desarrollo psicosocial, nos sensibiliza a ayudarles a encontrar soluciones a sus diversos problemas a fin de propiciar actitudes adecuados para su edad, sea integrado, aceptado por todos y reciba orientación del mismo nivel para superar ciertos complejos que son la confusión del adolescente de nivel secundario.

Para determinar la relación entre el nivel de Autoestima de los adolescentes de 12 a 18 años de la I. E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín y la idea de intento de suicidio. Según los resultados del presente estudio se observa que los adolescentes con nivel de Autoestima Medio, el mayor predominio es de (76,70%) que se encontraron con una baja idea de intento de suicidio, sin embargo los adolescentes con nivel de Autoestima baja (73,17%) se manifestaron con baja Idea de intento de suicidio; y sólo el 12,20% de los adolescentes con nivel de Autoestima baja presentaron alta idea de intento de suicidio. Por lo tanto esto se discute con los resultados de Groholt (2005), donde afirma que cuando la autoestima es baja; es decir, cuando se da una autoevaluación negativa, ésta normalmente está acompañada de reacciones emocionales que podrían implicar las conductas autodestructivas. Lo que determina que el nivel de Autoestima no tiene relación significativa con la Idea de Intento de suicidio.

Al determinar la relación de los factores sociales con la idea de intento de suicidio en los adolescentes de nivel secundario, fue necesario identificar los aspectos sociales más significativos, como el sexo, la edad, la procedencia, el tipo de familia, la religión, la ocupación, si cuenta con hermanos o no y el tipo de dinámica

familiar. Según Pablo Cano, César Gutiérrez, Martín Nizama (2008) en su estudio por determinar la prevalencia de la ideación suicida y su asociación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros, en adolescentes escolares de las Amazonas. Establece que la idea de intento de suicidio se puede evidenciar más en el sexo femenino que en el masculino. En concordancia con los resultados encontrados en este análisis se precisa que las adolescentes del sexo femenino (11,5%) predominaron con un alto nivel de idea de intento de suicidio.

En la edad del adolescente, se hace mención del cambio de pensamiento en la edad más temprana que atraviesa el adolescente durante el desarrollo psicosocial, por lo tanto no existe un fuerte impacto estadístico de este aspecto social pero si puede lograr identificar incidencias de ideas de intento de suicidio en escolares con problemas de acuerdo a la edad. Según González Forteza (2002) respecto a la prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes, donde la edad de ocurrencia del único/último intento oscila entre los 10 y 15 años. Al comparar los resultados; estas son similares al presente estudio, se observó que

la edad media tuvo mayor predominio (77,14%) presentando bajo nivel de idea de intento de suicidio.

En cuanto a la procedencia de los adolescentes con la idea de intento de suicidio. Actualmente no se especifica algún estudio en la ciudad de Tacna sobre adolescentes de otros departamentos con ideas de intento de suicidio. Según los resultados no existe relación significativa con la idea de intento de suicidio. Se concluye que los adolescentes con alto nivel de idea de intento de suicidio en su mayoría son provenientes de Arequipa y Puno (50%).

En el tipo de familia en relación a la idea de intento de suicidio, tenemos que según Jerson Muñoz M., Verónica Pinto M., Héctor Callata C., Nilton Napa D. y Alberto Perales C. (2005) en su estudio determinan que existe una prevalencia elevada de ideación suicida asociada sólo en adolescentes que pertenecen a familias con niveles muy bajos de cohesión familiar, esto significa que las familias vienen a ser incompletas. En semejanza con los resultados del presente estudio se tiene que existe mayor predominio en adolescentes que vienen de tipo de familia incompleta (82,05%) con bajas ideas de intento de suicidio, por otro lado se destacó también que los

adolescentes de tipo de familia con padre visitante tienen alta idea de intento de suicidio (17,65%).

En cuanto al tipo de religión y la idea de intento de suicidio en los adolescentes, en este análisis determina el pensamiento espiritual del adolescente frente a la ideación suicida y los límites que tiene el adolescente para desear la autoeliminación por situaciones de moral. Según Bille-Brahe (2000) En un estudio a adolescentes escolares añade finalmente que determinó el sentido sociocultural del suicidio, al verlo como un pecado imperdonable, un acto psicótico, un derecho humano, una obligación ritual, un acto impensable, etc". En este estudio se presentó el mayor número de casos de adolescentes católicos, cristianos/evangélicos y otras religiones con baja idea de intento de suicida, y adolescentes Adventistas, Evangélicos y Ateos tuvieron altas ideas de intento de suicidio (28,79%).

En el análisis de la ocupación del adolescente y la relación con la idea de intento de suicidio, según los resultados de este estudio concuerda con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (1998); refiere que la presión económica sentida en los hogares, especialmente en aquellos de escasos recursos,

tiene un límite real de tolerancia; en tal situación, el adolescente joven en particular, es cada vez más presionado(a) a producir lo que sea y cómo sea, con lo cual no solamente aumentará su tensión sino que, con frecuencia, generará conflictos de opinión entre los padres u otros miembros de la familia. Los resultados sobre este análisis presentaron (76,92%) estudiantes que tienen más de dos actividades y/o se dedican a estudiar y a trabajar durante la semana, manifestaron baja idea de intento de suicidio. Este aspecto social considerado como factor limitador de decisiones y pensamientos estresantes no tuvo una estrecha relación con la idea de intento de suicidio en los adolescentes.

Para determinar la relación de los adolescentes que tienen hermanos o no con la idea de intento de suicidio, actualmente no se especifica algún estudio en relación a este aspecto social en la ciudad de Tacna sobre adolescentes con idea de intento de suicidio, en este estudio esta característica no presenta influencia directa. Los resultados indicaron que son los adolescentes que no tienen hermanos presentaron (66,67%) baja idea de intento de suicidio a diferencia de los adolescentes que tienen hermanos se observó (22,22%) alta idea de intento de suicidio.

Al determinar el nivel de dinámica familiar de los adolescentes de 12 a 18 años de la I. E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa con la idea de intento de suicidio. No siempre un hogar constituido tendrá formas de prevenir y evitar situaciones difíciles del adolescente, los resultados indican que existe relación directa con la idea de intento de suicidio. Según Guevara Villalobos (2004), expone que la importancia del deterioro de los vínculos familiares y las dificultades de la dinámica grupal en la afección del nivel de contención y apoyo que pueden ejercer las redes sociales en los adolescentes, este es un estudio cualitativo muy completo el objetivo de identificar factores de orden sociológico que puedan incidir en el fenómeno del suicidio adolescente. En relación con los resultados de este estudio se evidencio que la gran mayoría de jóvenes provenientes de buen funcionamiento familiar tienen baja ideas de intento de suicidio (70,73%), y los adolescentes que presentan disfunción familiar leve tienen Alta idea de intento de suicidio (11,11%), finalmente se observa que existe una relación de relevante impacto estadístico, en la que se muestra el desbalance con los adolescentes que tienen baja y alta ideación suicida.

Concluyendo que las cuatro variables estadísticamente de mayor importancia ($p < 0,05$) a la Idea de intento de Suicidio en los

Adolescentes de nivel secundario, son 2 las que han influenciado significativamente en el entorno psicosocial, la variable de las Actitudes Disfuncionales y la variable Dinámica Familiar permitió deducir y corroborar que la Idea de intento de Suicidio tiene sus causas dentro del ámbito Escolar y Familiar. De acuerdo con Barreto, Fincik y Ruíz (1998), se deben explorar y evaluar, los intentos previos de suicidio, la edad, la modalidad o forma del intento, etc.; el grupo comprendido entre los 10 y 19 años pareciera ser que es el más sensible o permeable, muchos de ellos presentan la existencia de una enfermedad crónica o irreversible; carencia de familiares o amigos; el estado emocional asociado a la pérdida de un ser querido, abandono, apreciación de su imagen, frustración, presión o despido laboral, problemas económicos.

3.3 Conclusiones:

- El nivel de Idea de intento de suicidio que predominó en los adolescentes de la I. E. Jorge Chávez del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa fue baja (74,04%).
- Los factores psicológicos de los adolescentes de la I. E. Jorge Chávez más significativos como las depresión, no manifestaron tener síntomas (94,89%), las Actitudes Disfuncionales predominantes fueron las creencias como la Ejecución, Perfección y Derecho sobre otros (64,26%), y el nivel de Autoestima en su mayoría fue baja (52,34%).
- En el análisis de los factores sociales de los adolescentes de 12 a 18 años de la I. E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa se encontró que no hubo diferencia significativa en cuanto al sexo, la mayoría son Católicos (61,7%), son de Tacna (76,6%), solo estudian (68.1%), provienen de familia nuclear (41,7%) y tiene hermanos (97,17%). En cuanto al nivel de dinámica familiar del adolescente se observó un buen funcionamiento familiar (52,34%).

- Los factores psicológicos que tuvieron relación significativa con la idea de intento de suicidio en los adolescentes de la I. E. Jorge Chávez fueron las actitudes disfuncionales como las creencias: aprobación ($p=0,030$) y autonomía ($p=0,031$) y en los factores sociales la dinámica familiar ($p=0,0028$).

3.4 Recomendaciones

- Los adolescentes de hoy están expuestos/as a numerosas situaciones que ponen en riesgo su salud mental. Se recomienda la realización de investigaciones en donde se consideren otros aspectos que podrían estar relacionados a la conducta suicida, tales como los aspectos psico - económicos, el apoyo social, la inmoralidad, la explotación sexual, la sobreprotección de los padres y el miedo al fracaso, etc.
- Además, se recomienda la realización de investigaciones donde se utilicen otras técnicas estadísticas para el análisis de los datos, por ejemplo, el análisis de regresión múltiple. La utilización de este tipo de análisis permitiría establecer si, en efecto, existe una relación entre las variables estudiadas y, de ser así, cuál de ellas contribuye más a la ideación suicida entre los/as adolescentes. Este conocimiento enriquecería tanto las prácticas de enfermería como la investigación, de modo que se pueda ofrecer ayuda preventiva a esta población.
- El estudio o evaluación de terapias nuevas y eficaces beneficiaría en gran medida al profesional de enfermería en su labor de

consejería integral y en sus demás niveles a fin de prevenir adolescentes en riesgo con ideas de intento de suicidio.

- Este trabajo de investigación puede orientar al profesional de enfermería a lograr fortalecer e identificar en los centros educativos la atención de salud mental en adolescentes con problemas de asertividad con la familia y medir el nivel de resiliencia en su centro educativo.
- Se recomienda a la facultad de enfermería motivar a realizar estudios de factores socioculturales, socioeconómicos, psicocultural que originan las ideas de intento de suicidio en adolescentes en edad escolar y estudios culturales de las familias asociadas las causas que originan la conducta suicida.

REFERENCIAS

- ARIAS L. - (1994), El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. D.C. [en línea]. [Último acceso 10 de enero de 2009], Recuperado: <15 de agosto del 2009> Disponible en:
< <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol25No1/apgar.html>>
- CANALES F.H. ALVARADO E. (2000), "Metodología de la Investigación", 1era. Edición. Editorial Limusa. Washington. Pág.: 120-135.
- Díaz de Santos. Mardomingo Sanz MJ. (1994). Psiquiatría del niño y del adolescente. D.C. [en línea]. Recuperado: <15 de agosto del 2009> Disponible en:
<http://www.canales7.es/libreria/33111_psiquiatria-del-nino-y-del-adolescente-isbn-978-84-7978-164-4>.
- DIRESA TACNA (2008). "Análisis de la Situación de Salud Mental en la Región de Salud Tacna" – Estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz – Perú.

- ESCALANTE PALOMINO M. (2002); La enfermedad mental; Modulo 7 - OMS (Organización Mundial de la Salud); Lima – Perú, D.C. [en línea]. Recuperado el <11 de setiembre del 2009>. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/059.pdf>.
- FERNÁNDEZ & MERINO. “Predictores de la Ideación Suicida: Un estudio empírico en adolescentes”. U.S.C – España 2001 <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-2001-9882BDA7-2677-E13F-460B-758FBB82F935&dsID=PDF>.
- GAJARDO R. (2006), “El concepto de Procedencia”. Universidad de Chile. D.C. [en línea]. Recuperado el <18 de setiembre del 2009>. Disponible en: <http://www.cesaf.uchile.cl/cesaf/n1/2.htm>.
- GREDEN Jf. (2001), Manual de atención integral a la depresión y el suicidio en adolescentes. Costa Rica. D.C. [en línea]. Recuperado el <11 de setiembre del 2009>. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/manualdepresionsuicidio.pdf>
- HERNANDEZ SAMPIERI, R. (2006) “Metodología de la Investigación”, 3era. Edición. Editorial McGraw Hill. México. Pág.: 205, 220-235.

- INSTITUTO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL (IESM) (2003) - Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana - H. Delgado-H. Noguchi, Ed. Especial de Anales de Salud Mental, Lima Perú.
- MEDELLÍN CALDERÓN, G; (1995). Atención primaria de la Salud, "Crecimiento y desarrollo del ser humano", Nacimiento a edad pre-escolar. OMS, OPS, 1era Edición. Copyright. Organización Mundial de la Salud. Colombia. Pág.: 354, 356 – 360.
- MORENO M., & ESPÍNOLA I., (2003 - 2006); Resiliencia en adolescentes. CEPAL & UNICEF, 2007; IIN; ONU. Revista Colombiana de Psicología; Medellín – Colombia. D.C. [en línea]. Recuperado el <12 de setiembre del 2009>. Disponible en:
<[http://www.adisamef.com/fondo%20documental/adolescencia/3_resiliencia_adolescencia_vina\(139-146\).pdf](http://www.adisamef.com/fondo%20documental/adolescencia/3_resiliencia_adolescencia_vina(139-146).pdf)>
- OPS/OMS Programa de Salud Integral del Adolescente (1996) - "FAMILIA Y ADOLESCENCIA", Washington D.C., E. U. A. Segunda reimpresión.
- PAZ ROBLEDO, H. (2007), "Suicidio en Adolescentes: *Lo que el equipo de salud debe saber*" Rev. Perú. Pediátrico. Pág. 61, Chile.

- Pérez Barrero SA (1997). Actitudes hacia el suicidio en adolescentes. Rev. Psiquiátrica Infanto-juvenil N0 2. D.C. [en línea]. Recuperado: <10 de agosto del 2009> Disponible en:
<[http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/2009/psiquiatria/Evaluacion Comportamiento Suicida de Adolescentes.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/2009/psiquiatria/Evaluacion_Comportamiento_Suicida_de_Adolescentes.pdf)>.
- POTTER & PERRY. (2002). "Fundamentos de Enfermería". 5ta. Edición. Editorial Harcourt Brace. Madrid – España. Pág.; 162 – 170.
- RAMÍREZ BARBER M. "DINÁMICA FAMILIAR" D.C. [en línea]. Recuperado: <20 de agosto del 2009> Disponible en:
<http://www.universopyme.com.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=1659&Itemid=284>.
- REGION DE SALUD TACNA (2008) – "Análisis de la Situación de Salud Mental", Informe mensual ESSMyCP.
- SECRETARIA DE SALUD. (2005); Adolescencia. Dirección General de Información en Salud. Adolescents mortality. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. Vol. 62, D.C. [en línea]. [Último acceso 19 de abril de 2008], Recuperado: <15 de setiembre del 2009> Disponible en:
<<http://wapedia.mobi/es/Adolescencia?t=10>>.

ANEXOS

ANEXOS N° 01

TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

En los meses de Noviembre y Diciembre del presente año los adolescentes definen en su gran mayoría como meses finales del Año académico, lo que determina el incremento de patologías de Responsabilidad, exigencias, temor, frustración, depresión, y diversas emociones más, para conocer la proporción de éxito si era necesario encontrar adolescentes con ideas de intento de suicidio, se cogió a 269 adolescentes de la I. E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa y se les encuestó de acuerdo a variables de Depresión, Actitudes Disfuncionales, Autoestima, Dinámica familiar y Ideación Suicida, por lo que deseo comprobar que existe relación a este problema. Donde se encontraron 24 escolares con Idea de intento de suicidio relacionado con una de los diversos variables que deseo comprobar. Por lo tanto:

Hallando el tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{E^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Datos:

| | |
|---------------|----------------|
| n = ? | E = 5% (0.05) |
| N = 895 | Z = 95% (1.96) |
| p = 50% (0.5) | q = 50% (0.5) |

Aplicando la fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 895}{(0.05)^2 (895-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = \frac{3.8416 \times 223.75}{2.235 + 0.9604} = \frac{859.558}{3.1954}$$

$$n = 268.9985604 = \mathbf{269 \text{ (tamaño de la muestra)}}$$

ANEXOS N° 02

En el cálculo de coeficiente Alfa de Cronbach, aplicado a la prueba piloto, se obtuvo los siguientes resultados:

| INSTRUMENTO | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | N° de elementos |
|--------------------------|--|-----------------|
| DEPRESION | 0,66 | 20 |
| ACTITUDES DISFUNCIONALES | 0,75 | 35 |
| AUTOESTIMA | 0,68 | 10 |
| DINAMICA FAMILIAR | 0,87 | 05 |
| ÁSPECTOS SOCIALES | 0,66 | 08 |
| IDEA DE INTENTO SUICIDA | 0,71 | 10 |

20 SUJETOS EN PRUEBA PILOTO = **8.5**

Para la interpretación de los resultados nos basamos en lo que señala Rosenthal (García 2005), el cual propone una confiabilidad mínima de 0,50 para propósitos de investigación y Vellis (García 2005) plantea que un nivel entre 0,70 a 0,80 es respetable y alrededor de 0,90 es un nivel elevado de confiabilidad. Por lo tanto, el instrumento es confiable y consistente para la presente investigación.

ANEXO N° 03

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

“FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA IDEA DE INTENTO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. JORGE CHÁVEZ DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, TACNA – 2009”

Se compone de 10 ítems, para los cuales se tiene la siguiente escala de estimación:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

| PREGUNTAS | ESCALA DE VALIDACIÓN | | | | |
|---|----------------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Considera Ud. Qué los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir? | | | | | |
| 2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio? | | | | | |
| 3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio? | | | | | |
| 4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares? | | | | | |
| 5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables? | | | | | |
| 6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos? | | | | | |
| 7. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones. | | | | | |
| 8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento? | | | | | |
| 9. ¿Estima Ud. Qué las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio? | | | | | |
| 10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? | | | | | |

Firma del experto

PROCEDIMIENTO:

1. Se construye una tabla como la adjunta , donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

| Nº de ítems | EXPERTOS | | | | PROMEDIO |
|-------------|----------|---|---|---|----------|
| | A | B | C | D | |
| 1 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4.75 |
| 2 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4.25 |
| 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4.25 |
| 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4.50 |
| 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4.25 |
| 6 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4.50 |
| 7 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4.50 |
| 8 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4.50 |
| 9 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4.75 |

2. Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\text{Donde DPP} = \sqrt{(X_1 - Y_1) + (X_2 - Y_2) + \dots + (X_9 - Y_9)}$$

En este estudio: DPP = **1,68**

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.

4. La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala con la siguiente fórmula, donde nos da un valor de :

$$D_{\max} = \sqrt{(X_1 - 1) + (X_2 - 1) + \dots + (X_9 - 1)}$$

$$D_{\max} = 12.00$$

Donde X = Valor máximo de la escala para cada ítem (5)

Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

5. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre si. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

| | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------|
| A. | | | | | |
| 0,0 | 2,4 | | | | |
| | B. | | | | |
| | | | | | |
| | 2,4 | 4,8 | | | |
| | | C. | | | |
| | | | | | |
| | | 4,8 | 7,2 | | |
| | | | D. | | |
| | | | | | |
| | | | 7,2 | 9,6 | |
| | | | | E. | |
| | | | | | |
| | | | | 9,6 | 12,0 |

6. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos. En el caso nuestro, El valor DPP fue 1.68 cayendo en la zona "A" lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado en la investigación.

ENCUESTA

INTRODUCCIÓN: Encuesta para los adolescentes de 12 a 18 años de edad de la I.E. Jorge Chávez del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna – 2009.

ESTIMADO(A) ADOLESCENTE: Venimos a ustedes a solicitarles su colaboración respondiendo a la presente encuesta. Contesta todas las preguntas que se te presentan a continuación, marcando con una sola (x) a los cuadros contiguos a la respuesta que consideras se aplica mejor a tu situación. No debes escribir tu nombre. Tus respuestas serán confidenciales y solo serán vistas por los profesionales de salud que realizan el estudio. No permitas que nadie más observe o te sugieran las respuestas. Agradecemos tu confianza e interés.

¡No existen respuestas buenas, malas, correctas o incorrectas. Todas son importantes!

DATOS GENERALES:

Edad: Sexo: () Masculino () Femenino

Procedencia (Lugar donde nació): _____ Religión: _____

¿En qué ocupas tu tiempo durante la semana? () solo estudio () estudio y trabajo () Otros (*especifica*)

Llene este espacio si contesto si trabaja/otros, ¿Qué función tienes? _____

¿Qué tipo de familia consideras que vives actualmente? *analice y marque con una "X" tu respuesta en los (*).*

- a. () **FAMILIA NUCLEAR:** Donde conviven los padres biológicos o adoptivos con hijos solteros.
- b. () **FAMILIA INCOMPLETA:** Donde conviven los hijos solteros y uno de los padres biológicos o adoptivos, quien es el jefe o cabeza de la familia.
- c. () **FAMILIA EXTENSA:** donde conviven personas de tres generaciones (abuelos, padres, hijos, nietos) o con relaciones de parentesco con el adolescente, distintas a las de padre, madre o hermano, tales como tío, primo, sobrino, cuñado, etc.
- d. () **FAMILIA RECONSTITUIDA:** donde conviven la madre o el padre, separados o divorciados, con los hijos de una o más uniones anteriores y su nuevo compañero o compañera.
- e. () **FAMILIA MIXTA:** donde conviven un padre y una madre con hijos de uniones anteriores de los dos, y, en algunos casos, con hijos concebidos en esa unión actual.
- f. () **FAMILIA CON PADRE "VISITANTE":** son una variante de las familias incompletas en cuanto a que el padre no convive con la familia, pero socialmente no se considera como incompleta, porque él cumple con las funciones de esposo y padre y tiene los privilegios y las atribuciones del jefe de familia.

¿Tienes Hermanos? SI ___ NO ___ Cuantos: Vivos ___ Muertos ___

¿Qué número de hermano eres en casa? _____

TEST DE DEPRESIÓN: (Según ZUNG-CONDE)

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. Nunca o muy pocas veces 2. Algunas veces
3. Frecuentemente 4. La mayoría del tiempo o siempre

| Afirmaciones | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| 1. Me siento descorazonado, melancólico y triste | | | | |
| 2. Por la mañana es cuando mejor me siento | | | | |
| 3. Siento deseos de llorar | | | | |
| 4. Me cuesta trabajo dormir durante la noche | | | | |
| 5. Como tanto como solía comer antes | | | | |
| 6. Disfruto conversando, mirando y estando con mujeres/hombres atractivos | | | | |
| 7. Noto que estoy perdiendo peso | | | | |
| 8. Tengo problemas de estreñimiento | | | | |
| 9. Mi corazón late más rápidamente de lo normal. | | | | |
| 10. Me canso sin motivo | | | | |
| 11. Mi mente está despejada como siempre | | | | |
| 12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer | | | | |
| 13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto. | | | | |
| 14. Tengo esperanzas en el futuro. | | | | |
| 15. Me irrito más de lo normal | | | | |
| 16. Encuentro fácil tomar decisiones | | | | |
| 17. Siento que me necesitan y que soy útil | | | | |
| 18. Llevo una vida satisfactoria | | | | |
| 19. Siento que los demás estarían mejor si yo estuviere muerto. | | | | |
| 20. Todavía disfruto de las cosas que solía hacer. | | | | |

TEST ACTITUDES DISFUNCIONALES: (Según WEISSMAN)

Instrucciones: Señala en qué grado estás de acuerdo con cada una de las siguientes actitudes. Asegúrate de elegir sólo una respuesta para cada frase.

Opciones de respuesta:

1. Completamente de acuerdo
2. Moderadamente de acuerdo
3. Dudoso
4. Moderadamente en desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

| Afirmaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ser criticado hace que la gente se sienta mal. | | | | | |
| 2. Es mejor que renuncie a mis propios intereses para agradar a otras personas. | | | | | |
| 3. Para ser feliz necesito que otras personas me aprueben. | | | | | |
| 4. Si alguien importante para mi espera que yo haga algo determinado, debo hacerlo. | | | | | |
| 5. Mi valor como persona depende, en gran medida, de lo que los demás piensan de mí. | | | | | |
| 6. No puedo ser feliz si no me ama alguien. | | | | | |
| 7. Si a otras personas no les gustas, serás menos feliz. | | | | | |
| 8. Si la gente a la que cuido me rechaza, es porque me estoy equivocando en algo. | | | | | |
| 9. Si una persona a la que amo no me corresponde, es que soy poco interesante. | | | | | |
| 10. El aislamiento social conduce a la infelicidad. | | | | | |
| 11. Para considerarme una persona digna debo destacar, al menos, en algún área importante de mi vida. | | | | | |
| 12. Debo ser útil, productivo o creativo, o la vida no tiene sentido. | | | | | |
| 13. Las personas que tienen buenas ideas son más dignas que las que no las tienen. | | | | | |
| 14. No hacer las cosas tan bien como los demás significa ser inferior. | | | | | |
| 15. Si fallo en mi trabajo soy un fracasado. | | | | | |
| 16. Si no puedo hacer algo bien, es mejor que lo deje. | | | | | |
| 17. Es vergonzoso exhibir las debilidades de uno mismo. | | | | | |
| 18. Cualquiera persona debería intentar ser la mejor en todo lo que hace. | | | | | |
| 19. Si cometo un error, debo sentirme mal. | | | | | |
| 20. Si no tengo metas elevadas es posible que acabe siendo un segundón. | | | | | |
| 21. Si creo firmemente que merezco algo, tengo razones para esperar conseguirlo. | | | | | |
| 22. Si encuentras obstáculos para conseguir lo que deseas, es seguro que te sentirás frustrado. | | | | | |
| 23. Si antepongo las necesidades de los demás a las mías, me ayudarán cuando necesite algo de ellos. | | | | | |
| 24. Si soy un buen marido / mujer, mi cónyuge debe amarme. | | | | | |
| 25. Si hago cosas agradables para los demás, ellos me respetarán y me tratarán tan bien como yo les trato. | | | | | |
| 26. Debo asumir responsabilidades de cómo se comporta y siente la gente que está cerca a mí. | | | | | |
| 27. Si critico a alguien por su forma de hacer algo y se enfada o se deprime, esto quiere decir que le he trastornado. | | | | | |
| 28. Para ser una persona buena, valiosa y moral, tengo que tratar de ayudar a cualquiera que lo necesite. | | | | | |
| 29. Si un niño tiene dificultades de tipo emocional o conductual, esto significa que sus padres han fallado en algo importante. | | | | | |
| 30. Tengo que ser capaz de agradar a todo el mundo. | | | | | |
| 31. No creo que pueda controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo. | | | | | |
| 32. No tiene sentido el tratar de cambiar las emociones agradables, puesto que son parte válida e inevitable de la vida diaria. | | | | | |
| 33. Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado. | | | | | |
| 34. Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me suceda. | | | | | |
| 35. La gente señalada con las marcas del éxito (aprobación social, riqueza, fama) está destinada a ser más feliz que aquellas personas que mi presentan estas marcas. | | | | | |

TEST AUTOESTIMA: (Según COOPERSMITH)

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 | | | | | |
| 10. Siento que no valgo | | | | | |

TEST DINÁMICA FAMILIAR: (Según SMILKSTEIN)

Instrucciones: 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 en el cuadro sólo una X si sientes que se aplica a usted.

Opciones de respuesta:

0. Nunca
1. A veces
2. Siempre

| Afirmaciones | 0 | 1 | 2 |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando Ud. Tiene un problema? | | | |
| 2. ¿Conversan entre Uds. los problemas que tienen en la casa? | | | |
| 3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? | | | |
| 4. ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa? | | | |
| 5. ¿Siente que su familia lo quiere? | | | |

ESCALA DE IDEACION SUICIDA: (Según VILLARDÓN)

Contesta todas las preguntas que se te presentan a continuación, marcando con una sola (x) a los paréntesis contiguos a la respuesta que consideras se aplica mejor a tu situación.

- 1. Respecto a mis ganas de vivir...**
 - 1) He tenido muchas ganas de vivir
 - 2) He tenido bastantes ganas de vivir
 - 3) He tenido pocas ganas de vivir
 - 4) No he tenido ganas de vivir
- 2. En lo que se refiere a mis ganas de morir...**
 - 1) No he tenido ganas de morir
 - 2) He tenido pocas ganas de morir
 - 3) He tenido bastantes ganas de morir
 - 4) He tenido muchas ganas de morir
- 3. Mis razones para vivir han sido...**
 - 1) Más fuertes que las razones para morir
 - 2) Tan fuertes como las razones para morir
 - 3) Menos fuertes que las razones para morir
 - 4) Apenas he tenido razones para vivir
- 4. Refiriéndose a mis ganas de intentar suicidarme de una forma activa...**
 - 1) No he tenido ganas de intentarlo
 - 2) He tenido pocas ganas de intentarlo
 - 3) He tenido bastantes ganas de intentarlo
 - 4) He tenido muchas ganas de intentarlo
- 5. Si pensara en dejarme morir, se caracterizaría por...**
 - 1) No pensaría en dejarme morir
 - 2) Tomaría precauciones para salvar la vida
 - 3) Haría cosas arriesgadas (p. ej. Cruzar una calle con muchos tráfico sin cuidado)
 - 4) Dejaría de hacer cosas necesarias para salvar o mantener mi vida (ej. Dejar de comer...)
- 6. La idea de suicidarme...**
 - 1) No se me ocurre nunca
 - 2) Se me ocurre de un modo pasajero
 - 3) Está en mi cabeza durante un tiempo cuando se me ocurre
 - 4) Esta continuamente en mi cabeza
- 7. Pienso en el suicidio**
 - 1) Nunca
 - 2) Muy pocas veces
 - 3) Con cierta frecuencia
 - 4) Muchas veces
- 8. En lo que se refiere a mi opinión ante el deseo de suicidarme...**
 - 1) No tengo deseo de suicidarme
 - 2) Rechazo el deseo de suicidarme
 - 3) Unas veces rechazo y otras acepto el deseo de suicidarme
 - 4) Acepto mis deseos de suicidarme
- 9. Respecto a las razones que me llevan a pensar en la posibilidad de suicidio...**
 - 1) No pienso sobre el suicidio
 - 2) Pienso en el suicidio, en parte, para llamar la atención sobre mi situación
 - 3) Pienso en el suicidio como un modo de escapar de mis problemas o de resolverlos.
 - 4) Pienso en el suicidio tanto por las razones de la opción 2 como de la opción 3.
- 10. En relación a intentar realmente el suicidio**
 - 1) Estoy convencido de que no lo haría
 - 2) Creo que no lo haría
 - 3) Creo que lo haría
 - 4) Estoy convencido de que lo haría.

ANEXOS N° 04

PRUEBAS DE HIPÓTESIS

DINAMICA FAMILIAR

Si n es mayor que 30, se aplica lo siguiente:

- Para nuestro caso; n es igual a $128 > 30$, entonces utilizamos:

$$Z = r_s \sqrt{n-1}$$

Supuesto: Se supone que en la muestra estudiada tiene como variable independiente X (DINAMICA FAMILIAR) y variable dependiente Y (IDEACIÓN SUICIDA) y son medidas en por lo menos una escala ordinal.

- **Hipótesis:**

H₀: La Dinámica familiar y la Ideación suicida en los adolescentes de la Institución Educativa Jorge Chávez son mutuamente independientes.

H₁: Existe una tendencia de la Dinámica familiar a aumentar la Ideación suicida en los adolescentes de la Institución Educativa Jorge Chávez.

Sea $\alpha = 0.05$

- **Estadística de prueba:**

Donde: $Z = r_s \sqrt{n-1}$

$r_s = 0.1936$ (valor del cuadro N° 10)

$n = 235$

- **Distribución de estadística de prueba:** Los valores críticos de la estadística de prueba se encuentran en las tablas de textos estadísticos (Daniel, 2004; Bioestadística, Bases para el análisis de las ciencias de la salud).
- **Cálculo de la prueba:** Para probar la significación de r_s , sustituimos en la fórmula anterior:

$$Z = 2,962$$

- **Decisión estadística:** Dado que el valor calculado 2,962 es mayor que $z = 0,9984$, se rechaza H_0 (Hipótesis de nulidad).
- **Conclusión:** Dado que se rechazó H_0 se concluye que la H_1 (Hipótesis Alternativa) es verdadera, Es decir, las variables se encuentran directamente relacionadas, donde existe una tendencia de la Dinámica familiar a aumentar la ideación suicida en los adolescentes de la Institución Educativa Jorge Chávez.

Valor de p : Puesto que $2,962 > 0,9984$, se tiene que para esta prueba p es < 0.05 , lo cual hace que la relación de las variables sea altamente significativa.

A
**VERIFICACION DE HIPOTESIS PARA PRUEBA DE
 PROPORCIONES**

ACTITUDES DISFUNCIONALES (Dimensión aprobación)

| Ideación Suicida | | Sin ideación | Baja ideación | Alta ideación | Total N° |
|-----------------------|----|--------------|---------------|---------------|------------|
| | | N° | N° | N° | |
| Act. disfuncionales | | | | | |
| a.- APROBACION | | | | | |
| Sin problemas | Oi | 12 | 76 | 16 | 104 |
| | Ei | 16,4 | 77,0 | 10,6 | |
| Con problemas | Oi | 25 | 98 | 8 | 131 |
| | Ei | 20,6 | 97,0 | 13,4 | |
| Total | | 37 | 174 | 24 | 235 |

H₀: No hay relación entre la variable aprobación de la actitud disfuncional y la ideación suicida en los adolescentes de la Institución Educativa Jorge Chávez; son independientes.

H₁: Sí hay relación entre la variable aprobación de la actitud disfuncional y la ideación suicida en los adolescentes de la Institución Educativa Jorge Chávez; están asociados.

Pruebas de Chi-Cuadrado

Chi-cuadrado de Pearson = 7,006 grados de libertad = 2

P= 0.030 α = 0.05 P < α entonces se rechaza H₀

Conclusión:

Como se rechaza **H₀**, entonces la dimensión aprobación de las actitudes disfuncionales y la ideación suicida tienen una relación significativa en los adolescentes de la Institución Educativa Jorge Chávez.

ACTITUDES DISFUNCIONALES (Dimensión autonomía)

| Act. disfuncionales | Ideación Suicida | | Sin ideación | Leve | Con ideación | Total N° |
|----------------------|------------------|----|--------------|------------|--------------|------------|
| | Oi | Ei | N° | N° | N° | |
| h.- AUTONOMIA | | | | | | |
| Sin problemas | Oi | | 15 | 92 | 18 | 125 |
| | Ei | | 19,7 | 92,6 | 12,8 | |
| Con problemas | Oi | | 22 | 82 | 6 | 110 |
| | Ei | | 17,3 | 81,4 | 11,2 | |
| Total | | | 37 | 174 | 24 | 235 |

H₀: No hay relación entre la variable autonomía de la actitud disfuncional y la ideación suicida en los adolescentes de la Institución Educativa Jorge Chávez; son independientes.

H₁: Sí hay relación entre la variable autonomía de la actitud disfuncional y la ideación suicida en los adolescentes de la Institución Educativa Jorge Chávez; están asociados.

Pruebas de Chi-Cuadrado

Chi-cuadrado de Pearson = 6,970 grados de libertad = 2

P= 0.031 α = 0.05 P < α entonces se rechaza H₀

Conclusión:

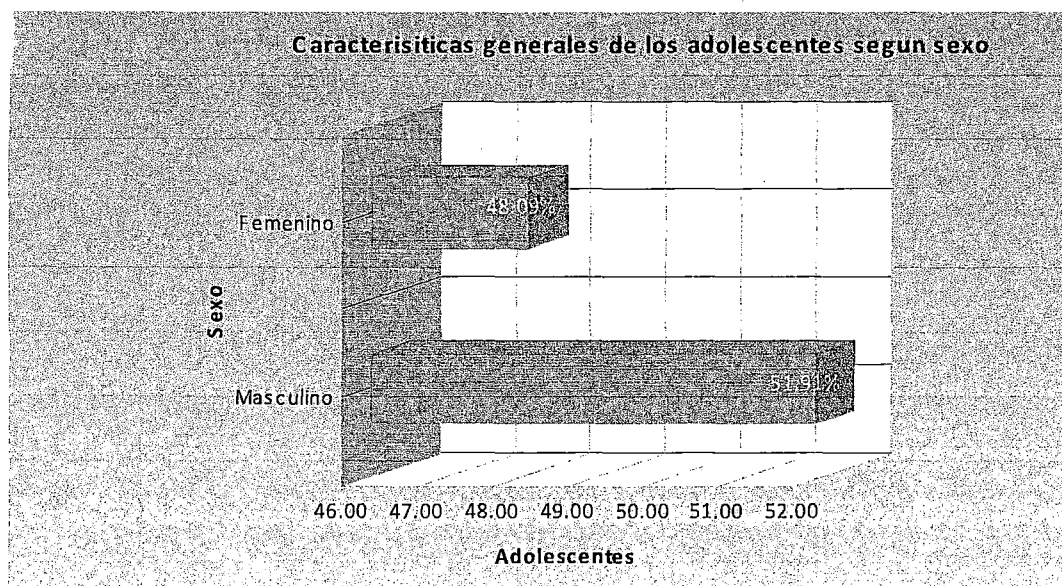
Como se rechaza **H₀**, entonces la dimensión autonomía de las actitudes disfuncionales y la ideación suicida tienen una relación significativa en los adolescentes de la Institución Educativa Jorge Chávez.

CUADRO N° 01

NUMERO DE LOS ADOLESCENTES SEGUN EL SEXO DE LA I. E. JORGE CHAVEZ DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA 2009

| Sexo de los Adolescentes | N° | % |
|--------------------------|-----|--------|
| Masculino | 122 | 51,91 |
| Femenino | 113 | 48,09 |
| Total | 235 | 100,00 |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009



FUENTE: Cuadro N° 01

En presente cuadro se observa que de acuerdo al género, ambos presentaron casi similares proporciones, siendo 51,91% para el sexo masculino y 48,09% para el femenino.

CUADRO N° 02

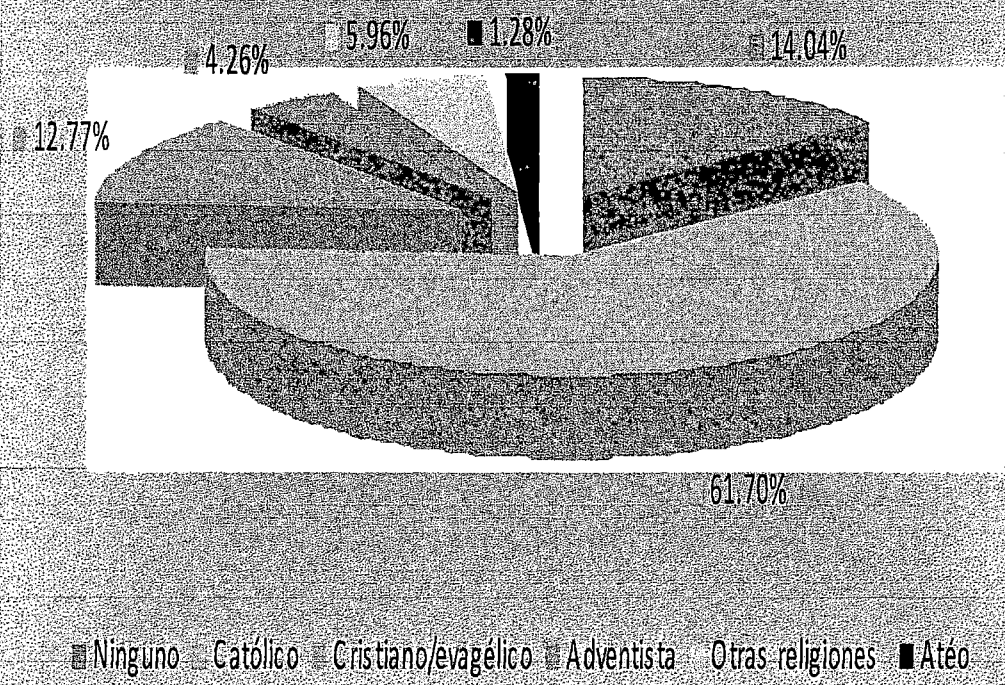
NUMERO DE LOS ADOLESCENTES SEGUN EL TIPO DE RELIGION DE LA I. E. JORGE CHAVEZ DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA 2009

| Adolescentes según el tipo de religión | N° | % |
|--|-----|--------|
| Ninguno | 33 | 14,04 |
| Católico | 145 | 61,70 |
| Cristiano/evangélico | 30 | 12,77 |
| Adventista | 10 | 4,26 |
| Otras religiones | 14 | 5,96 |
| Ateo | 3 | 1,28 |
| Total | 235 | 100,00 |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009

En lo concerniente a la religión, tenemos que el 61,7% manifestaron ser católicos, el 12,77% cristiano/evangélico y porcentajes por debajo del 5,96% refirieron ser adventista y otras religiones; cabe destacar que a pesar de que son adolescentes, tres de ellos manifestaron ser no creyentes (Ateos) y 14,04% expresaron no pertenecer a ninguna religión pero no se consideran ateos.

Nº de Adolescentes según el tipo de religión



FUENTE: Cuadro N° 02

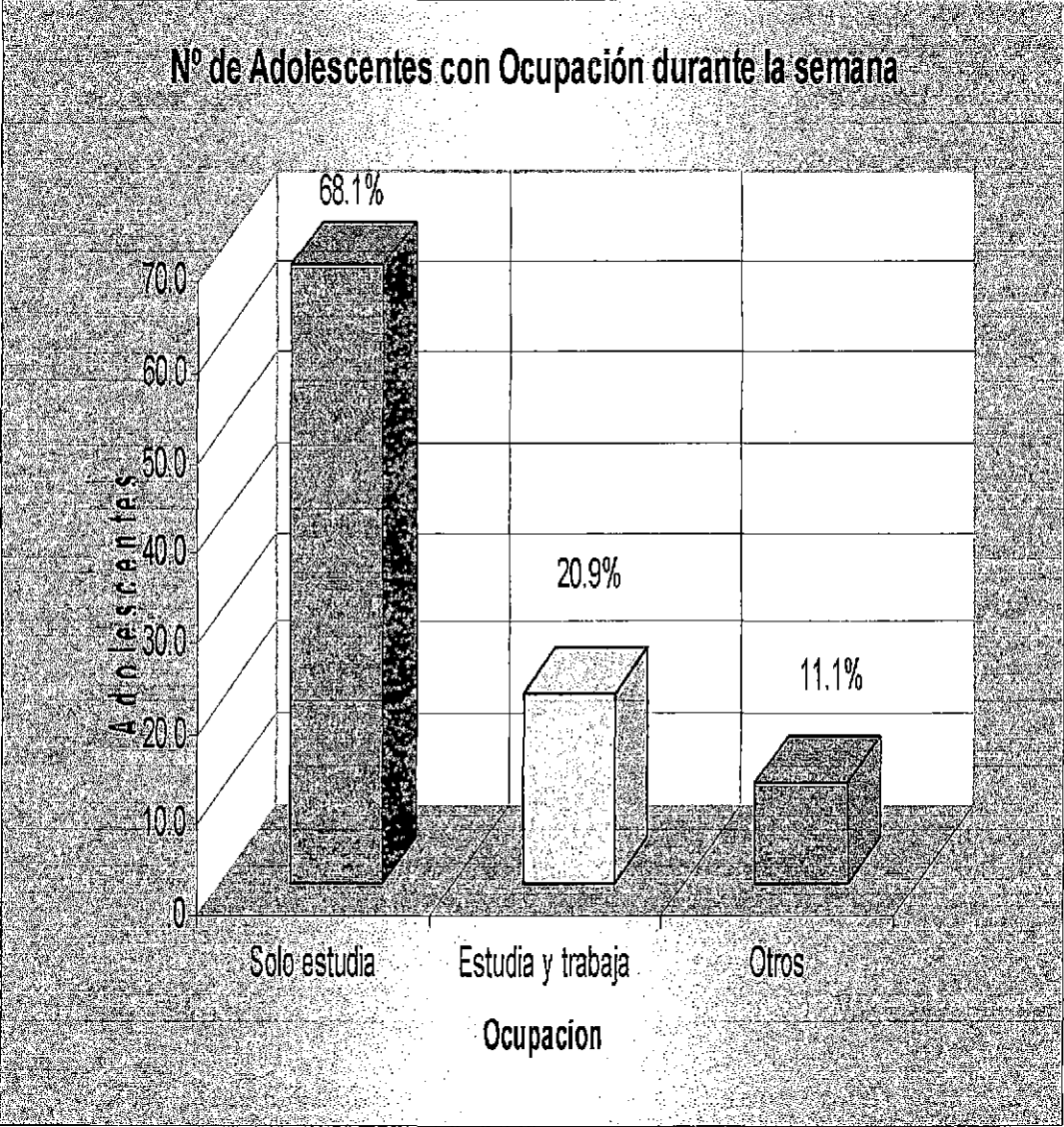
CUADRO N° 03

NUMERO DE LOS ADOLESCENTES CON OCUPACION DURANTE LA SEMANA DE LA I. E. JORGE CHAVEZ DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA 2009

| Adolescentes con Ocupación durante la semana | N° | % |
|--|-----|--------|
| Solo estudia | 160 | 68,1 |
| Estudia y trabaja | 49 | 20,9 |
| Otros | 26 | 11,1 |
| Total | 235 | 100,00 |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009

En cuanto al tipo de ocupación, se visualiza que el 68.1% admiten que solo estudian, el 20,9% estudian y trabajan y porcentajes de 11,1% refieren que aparte de estudiar ocupan su tiempo a otras actividades de diversos índoles.



FUENTE: Cuadro N° 03

CUADRO N° 04

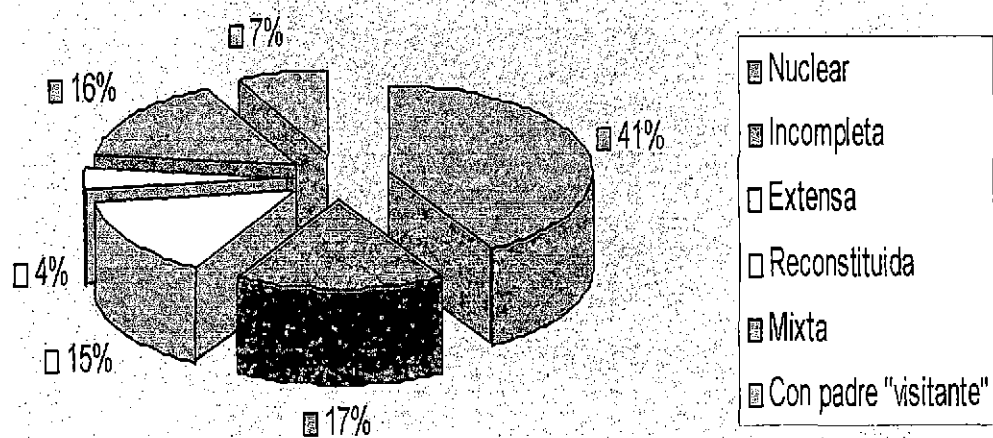
NUMERO DE LOS ADOLESCENTES SEGUN EL TIPO DE FAMILIA DE LA I. E. JORGE CHAVEZ DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA 2009

| Adolescentes según el tipo de familia | N° | % |
|---------------------------------------|------------|---------------|
| Nuclear | 98 | 41,7 |
| Incompleta | 39 | 16,6 |
| Extensa | 35 | 14,9 |
| Reconstituida | 9 | 3,8 |
| Mixta | 37 | 15,7 |
| Con padre "visitante" | 17 | 7,2 |
| Total | 235 | 100,00 |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009

Con respecto al Tipo de Familia, se identificó que el tipo de familia nuclear es el porcentaje que más predomina con 41,7%, seguidos del 16,6% en familias incompletas, 15,7% en familias mixtas, 14,9%, también se identificó aspectos de bajo predominio en tipos de familias con Padre "Visitante" con 7,2% y porcentaje debajo de 3,8% en la reconstituida.

Nº de Adolescentes según el tipo de familia



FUENTE: Cuadro Nº 04

CUADRO N° 05

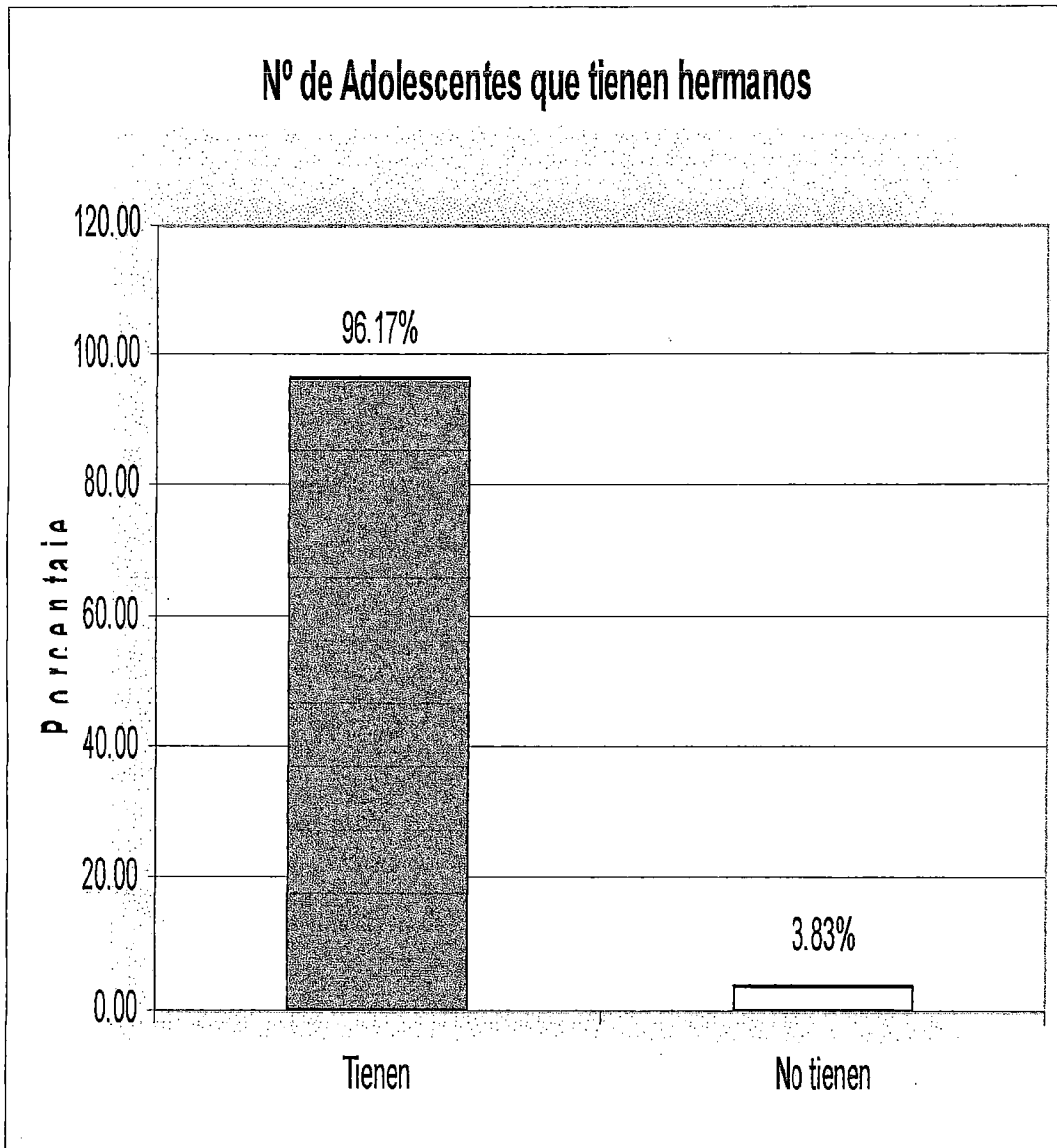
NUMERO DE LOS ADOLESCENTES QUE TIENEN HERMANOS EN LA I. E. JORGE CHAVEZ DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA 2009

| Adolescentes que tienen hermanos | N° | % |
|----------------------------------|-----|--------|
| Tienen | 226 | 96,17 |
| No tiene | 9 | 3,83 |
| Total | 235 | 100,00 |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009

También se apreció que el 97,17% de los adolescentes manifestaron tener hermanos y solo el 3,83% afirmaron no tenerlo, este aspecto permitió que muchos de los escolares logren ser más específicos de manifestar como se ubican de acuerdo a la categoría de hijo en la casa.

Nº de Adolescentes que tienen hermanos



FUENTE: Cuadro N° 05

CUADRO N° 06

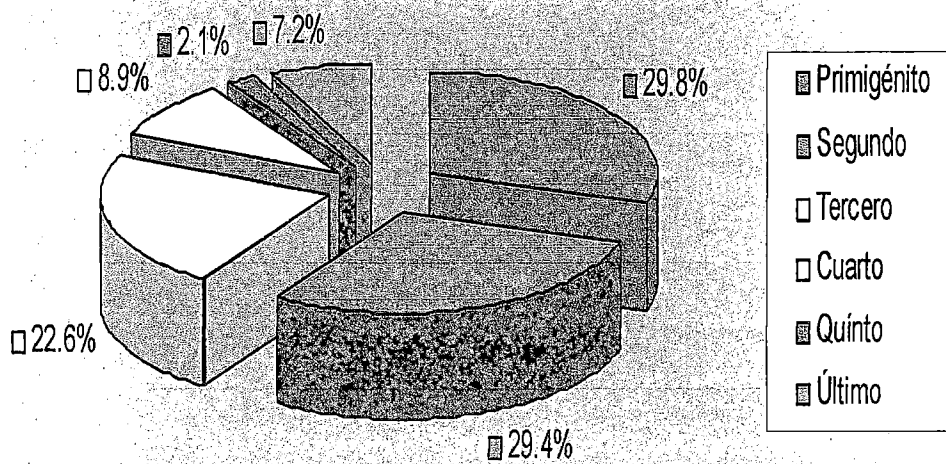
NUMERO DE HIJO EN LA FAMILIA DE LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. JORGE CHAVEZ DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA 2009

| Numero de hijo | N° | % |
|----------------|-----|-------|
| Primogénito | 70 | 29,8 |
| Segundo | 69 | 29,4 |
| Tercero | 53 | 22,6 |
| Cuarto | 21 | 8,9 |
| Quinto | 5 | 2,1 |
| Último | 17 | 7,2 |
| Total | 235 | 100,0 |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009

En cuanto al número de hijo, se observa que el 29,8% son primogénitos, el 29,4% son segundos, seguidos de 22,6% como terceros, pocos se identificaron ser cuartos con 8,9% y últimos con un 7,2% durante la encuesta.

Numero de hijo en la Familia



FUENTE: Cuadro N° 06

CUADRO N° 07

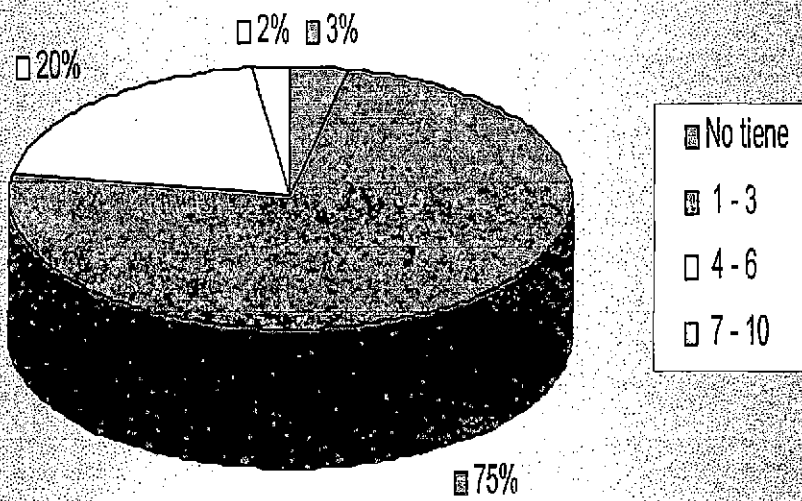
NUMERO DE LOS ADOLESCENTES CON HERMANOS VIVOS DE LA I.E. JORGE CHAVEZ DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA 2009

| Adolescentes con hermanos vivos | N° | % |
|---------------------------------|-----|--------|
| No tiene | 8 | 3,40 |
| 1 - 3 | 175 | 74,47 |
| 4 - 6 | 47 | 20,00 |
| 7 - 10 | 5 | 2,13 |
| Total | 235 | 100,00 |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009

Es necesario precisar que se percibió que el 74,47% manifestaron tener entre 1 a 3 hermanos vivos y el 20,00% argumentan tener entre 4 a 6 hermanos vivos a diferencia del aspecto que se mira en escolares.

Adolescentes con hermanos vivos



FUENTE: Cuadro N° 07

CUADRO N° 08

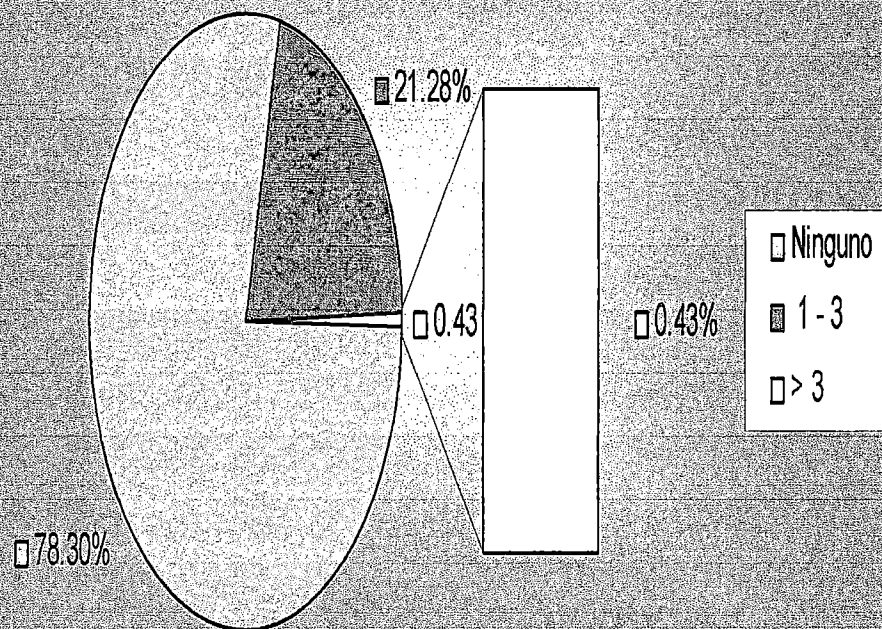
NUMERO DE LOS ADOLESCENTES CON HERMANOS FALLECIDOS DE LA I. E. JORGE CHAVEZ DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA 2009

| Adolescentes con hermanos fallecidos | N° | % |
|--------------------------------------|-----|--------|
| Ninguno | 184 | 78,30 |
| 1 - 3 | 50 | 21,28 |
| > 3 | 1 | 0,43 |
| Total | 235 | 100,00 |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009

En el estudio de adolescentes con hermanos fallecidos, se observa que el 78,3% afirmaron no tener ninguna situación semejante a esta, solo el 21,28% sostienen que tienen hermanos fallecidos por causas desconocidas, esto es según la encuesta aplicada en los escolares a nivel secundario de la I.E. Jorge Chávez del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2009.

Adolescentes con hermanos fallecidos



FUENTE: Cuadro N° 08

CUADRO N° 09

**RELACIÓN ENTRE OTROS FACTORES SOCIALES Y LA IDEACION SUICIDA
EN LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. JORGE CHAVEZ DEL
DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA
TACNA 2009**

| Ideación Suicida | Sin ideación | | Leve | | Con ideación | | Total N° | Prueba P |
|--------------------------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------------------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| Factores sociales | | | | | | | | |
| a.- Hermanos vivos | | | | | | | | |
| No tiene | 1 | 0,43 | 5 | 62,50 | 2 | 25,00 | 8 | X ² =4,645 0,591 |
| 1 - 3 | 30 | 12,77 | 129 | 73,71 | 16 | 9,14 | 175 | |
| 4 - 6 | 6 | 2,55 | 35 | 74,47 | 6 | 12,77 | 47 | |
| 7 - 10 | 0 | 0,00 | 5 | 100,00 | 0 | 0,00 | 5 | |
| Total | 37 | 15,74 | 174 | 74,04 | 24 | 10,21 | 235 | |
| b.- Hermanos fallecidos | | | | | | | | |
| Ninguno | 31 | 13,19 | 137 | 74,46 | 16 | 8,70 | 184 | X ² =3,025 0,524 |
| 1 - 3 | 6 | 2,55 | 36 | 72,00 | 8 | 16,00 | 50 | |
| > 3 | 0 | 0,00 | 1 | 100,00 | 0 | 0,00 | 1 | |
| Total | 37 | 15,74 | 174 | 74,04 | 24 | 10,21 | 235 | |

FUENTE: Encuesta aplicada -- Tacna 2009

CUADRO N° 10

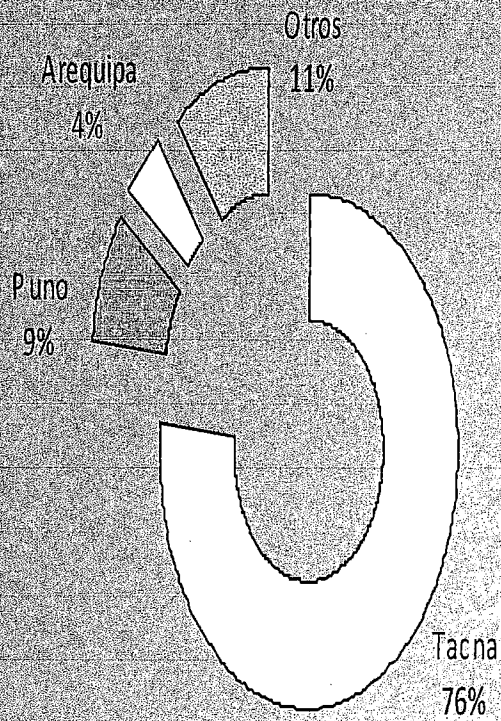
PROCEDENCIA DE LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. JORGE CHAVEZ DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA, TACNA 2009

| Procedencia de los Adolescentes | N° | % |
|---------------------------------|-----|--------|
| Tacna | 180 | 76,60 |
| Puno | 20 | 8,51 |
| Arequipa | 10 | 4,26 |
| Otros | 25 | 10,64 |
| Total | 235 | 100,00 |

FUENTE: Encuesta aplicada – Tacna 2009

En cuanto a la procedencia, tenemos que poco más de las tres cuartas partes de adolescentes 76,6% refirió ser de Tacna, mientras que menores proporciones fueron de Puno 8,51%, Arequipa (4,26%), así como de otros departamentos 10,64%.

Procedencia de los Adolescentes



FUENTE: Cuadro N° 10