

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES
DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO
CRNL. GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA - 2018

TESIS

Presentada por:

Bach. Deymer Yeyson Cuaquera Cárdenas

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL.

GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA-2018

TESIS

Presentada por:

BACH. DEYMER YEYSON CUAQUERA CÁRDENAS

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobado por; Unanimidad ante el siguiente jurado



Dr. Juan Guillermo Bornaz Acosta
PRESIDENTE



Dr. Eduardo López Villanueva
MIEMBRO



Dra. Zulma Boluarte Silva
MIEMBRO



Dr. José Alberto Revilla Urquiza
ASESOR

DEDICATORIA

A Dios quién permite dar bendición a mi y a mi familia para que sigamos juntos y que no nos falte nada. A mi madre Ayme quien siempre recibí su apoyo en los momentos más difíciles de mi vida, nunca me dejo solo y siempre estuvo a mi lado aconsejándome, dándome amor y guiándome por el camino correcto, gracias a ella quien me da toda la fuerza para seguir adelante. Al resto de mi familia que a pesar de los problemas podemos estar juntos y unidos. A mi abuela que ya no está con nosotros que desde pequeño me dejo, pero se que desde arriba me está cuidando y bendiciendo a mi familia.

AGRADECIMIENTOS

A todos y cada uno de mis queridos maestros que al mismo tiempo fueron orientadores y amigos, por brindarme sus conocimientos y consejos, que son eje primordial de mi formación.

A mi asesor y jurados por tomarse la molestia en corregir y mejorar este trabajo por el valioso conocimiento siempre al servicio del proyecto, por ser firme en los momentos que se requería.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 01

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA **Pág.**

1.1. Descripción del problema 03

1.2. Formulación de problema 10

1.3. Justificación e Importancia 10

1.4. Objetivos..... 12

 1.4.1. Objetivo general..... 12

 1.4.2. Objetivos específicos..... 12

1.5. Hipótesis..... 13

 1.5.1 Hipótesis de investigación..... 13

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación 14

 2.1.1. Antecedentes internacionales..... 14

2.1.2. Antecedentes nacionales.....	15
2.2 Bases teóricas	24
2.2.1 Ideación suicida	24
2.2.2 Ideación en los adolescentes.....	28
2.2.3 Causas y factores de la ideación suicida	31
2.2.4 Indicadores de ideación suicida.....	45
2.2.5 Fases de la ideación suicida.....	47
2.2.6 Efectos de la ideación suicida.....	48
2.2.7 Signos o señales de alerta.....	48

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y diseño de estudio.....	52
3.2. Ámbito de estudio y temporalidad	52
3.3. Población y muestra de estudio.....	53
3.4. Unidad de estudio.....	57
3.5. Criterios de inclusión	57
3.6. Criterios de exclusión	57
3.7. Definición de caso	58
3.8. Instrumentos.....	58
3.8.1. Riesgo suicida de Plutchik	58

3.8.2. Escala de depresión y ansiedad de Golberg.....	61
3.8.3. Escala de autoestima de Rosenberg	66
3.8.4. Dinámica familiar.....	67
3.9. Variables de estudio y operacionalización de variables	69
3.10. Técnicas y métodos de recolección de datos.....	72
3.11. Procesamiento y análisis de datos.....	72
3.11.1 Diseño de la estructura de matriz de base de datos	72
3.11.2 Ingreso de información.....	73
3.11.3 Análisis y creación de tablas y gráficos.....	73

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados	74
4.2. Discusión	105
CONCLUSIONES	124
RECOMENDACIONES	126
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
ANEXOS	136

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo determinar los factores asociados a ideación suicida en estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna-2018. Se planteó un estudio observacional, de corte transversal, comparativo y analítico, con muestra probabilística de 248 estudiantes a los cuales se aplicó una encuesta estructurada autoadministrada, separada en 5 secciones: datos generales, test de ideación suicida(Plutchik), factores intervinientes e independientes, utilizándose para el análisis de datos a ejecutar las siguientes pruebas estadísticas: Chi cuadrado de Pearson para variables cualitativas, Odds radio (OR) y regresión logística para el análisis multivariado estadísticos. Como resultado se obtuvo que el 29,44% de los estudiantes presentaron ideación suicida; la edad fue entre los 14 y 15 años representando el 28,77% y 30,14%. Los factores intervinientes no se asocia a ideación suicida. Dentro de los factores independientes solo la depresión se asocia a ideación suicida. Se concluye que existe asociación estadística significativa entre la ideación suicida y la depresión.

Palabras clave: Ideación suicida, conducta suicida.

ABSTRACT

The objective of this study is to determine the factors associated with suicidal ideation in students in the institution educative of the secondary level Crnl. Gregorio Albarracín of Tacna-2018. An observational, cross-sectional, comparative and analytical study was proposed, with a probabilistic sample of 248 students to whom a self-administered structured survey was applied, separated into 5 sections: general data, suicidal ideation test (Plutchik), intervening and independent factors, using for the data analysis to perform the following statistical tests: Pearson's chi square for qualitative variables, radio odds (OR) and logistic regression for the multivariate statistical analysis. As a result, it was obtained that 29,44% of the students presented suicidal ideation; the age was between 14 and 15 years representing 28,77% and 30,14%. The intervening factors are not associated with suicidal ideation. Among the independent factors, only depression is associated with suicidal ideation. It is concluded that there is a significant statistical association between suicidal ideation and depression.

Key words: Suicidal ideation, suicidal behavior.

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida es una gran preocupación para los clínicos que trabajan con adolescentes, siendo el suicidio una de las primeras 5 causas de muerte en adolescentes entre 15 y 19 años.

La Ideación Suicida en adolescentes es un fenómeno universal que se da en todas las culturas, tiempos y sociedades, y está en función del contexto social, familiar y cultural de la persona.

Dentro de los diagnósticos psiquiátricos, los trastornos afectivos tienen gran importancia al momento de evaluar el riesgo de conductas suicidas. En un estudio multicéntrico realizado en 17 países se informó que el diagnóstico de cualquier trastorno afectivo aumenta de forma significativa las probabilidades de presentar ideación suicida, plan suicida, e intento suicida.

En lo que a ideación suicida se refiere, en múltiples estudios se ha destacado su asociación con la conducta suicida. Tal es la magnitud de la prevalencia de ideación suicida en niños y adolescentes, que en Estados Unidos ya empiezan a considerarla como algo normal.

La ideación suicida se ha asociado con la depresión, los pensamientos disfuncionales y los eventos de vida negativos. En el Perú las estimaciones epidemiológicas de ideación y conducta suicida se fundamentan en los registros oficiales, sin embargo es conocida la dificultad que existe para

establecer y mantener los mecanismos y clasificaciones confiables que den cuenta de los suicidios consumados y de los intentos en la población.

La elección de la temática de este estudio se vio determinada por los altos índices de suicidio en la población adolescente a nivel mundial, nacional y local, poniendo así en riesgo su integridad física y psíquica, donde muchas veces no es abordada, y lamentablemente suceden desenlaces fatales, como el suicidio. Además, en el aprendizaje y experiencia como practicante pre-profesional, se detectó aspectos importantes en torno a la población adolescente de nuestra localidad, es por ello, que este estudio se enfoca en las ideaciones suicidas, ya que la psicología busca ejecutar una intervención primaria, y por ende, se decidió abordar desde los pensamientos o ideas suicidas que puede presentar el adolescente en riesgo, hecho que constituye la primera etapa e indicio para detener o evitar el hecho en sí mismo, es decir el suicidio consumado.

La finalidad del presente estudio es determinar que factores asociados a ideación suicida se presenta en estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna año 2018, para así poder obtener un panorama de cuál es la situación de esta población, buscando contribuir en la salud mental de los adolescentes de ésta zona a través de una intervención oportuna.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La conducta suicida es uno de los posibles desenlaces de los trastornos mentales y probablemente el más temido, por el costo que significa para la sociedad. El espectro de la conducta suicida está compuesto por la ideación suicida, el intento suicida y el suicidio. (1)

Una definición operacional del suicidio es lo que plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien lo define como: “Un acto con resultado fatal en el cual el fallecido, conociendo o esperando este resultado, lo ha iniciado y llevado a cabo con el propósito de provocar los cambios deseados” (2), la ideación suicida sería “la preocupación de pensamientos intrusivos de poner término a la propia vida” (U. S. Department of Health and Human Services, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro del periodo 2015-2016 más de 800 000 personas se quitaron la vida o lo han intentado entre los 14 y 28 años que afecta familias, comunidades y países que genera gran impacto para los familiares o allegados de la persona suicida. (3,4) Cabe decir, que el suicidio se puede producir a cualquier edad, e incluso, en el año 2012, fue la segunda causa principal de defunción en todo el mundo, hecho que causa desconcierto ya que se está hablando de cifras elevadas en una población joven.(3)

“Según estudios de la Organización Mundial de la Salud (2014). En el mundo una persona se suicida cada 40 segundos, generalmente adolescentes y jóvenes, entre 15 a 24 años”. (5)

En Estados Unidos, el suicidio es la tercera causa de muerte entre los 15 y los 19 años pudiendo llegar a representar la segunda entre 15 a 24 años en población autóctona. En 21 de 30 países de la región europea, el suicidio de adolescentes hombres entre 15 y 19 años tuvo un incremento en la década de los noventa. (2) La ideación suicida es un fenómeno muy habitual durante la adolescencia. Tal es la magnitud de su prevalencia, que en algunos países, como por ejemplo Estados

Unidos, ya empiezan a considerarla como algo normal. Y es que ciertamente las cifras que se aportan son muy elevadas. (6)

Según el anuario estadístico de la Organización Mundial de la Salud (2002, citado en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2012) en países europeos como Dinamarca, Islandia, Irlanda y Suiza, se suicidan un millón de personas al año aproximadamente. Los datos de países latinos no se alejan de esta cifra, pues, Estados Unidos, Canadá, Brasil, Cuba y Uruguay, reportaron índices muy altos de suicidio en el 2002. (7) Datos estadísticos de suicidio juvenil en el mundo muestran que algunas de las mayores tasas se registran en Europa oriental. En Belarus 35,1/100.000 habitantes, Lituania 30,4/100.000 y Rusia 30,1/100.000. Tasa bajas de suicidio se registran en países como Filipinas 2,1/100.000, Paraguay 4,1/100.000 y Colombia 4,9/100.000 (WHO, 1998). (2)

Para el continente americano se observa una gran variabilidad las incidencias más altas se encuentran en países como Uruguay, Cuba, Canadá, Estados Unidos y Argentina. Los países con menor incidencia son Perú y Bolivia. (8)

En América Latina los adolescentes y jóvenes representan el 30% de la población, siendo muy importante su participación para el progreso social, económico y político de la región, por tal motivo se debe de prestar atención a toda repercusión en su bienestar. Habitantes de las zonas urbanas y los jóvenes de entre 15 y 24 años son los grupos poblacionales de mayor riesgo suicida en el continente americano. (9)

En América Latina cada 40 segundos una persona se suicida y 20 tratan de hacerlo. Siendo los hombres quienes mayormente logran concretar el suicidio. Las razones son casi siempre desórdenes mentales, como la depresión. (10) Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2020 indican que las defunciones por suicidio aumentarán un 50%, alcanzando 1,5 millones de muertes anuales a nivel mundial y de 10 a 20 veces más personas realizarán intentos de suicidios, es decir aproximadamente una muerte cada 20 segundos y un intento cada 1-2 segundos. (8,11)

En el Perú se han realizado algunos estudios dentro de instituciones de salud y otros de tipo epidemiológico, incluido algunos distritos de Lima y Lima Metropolitana y Callao. En estos estudios se encontraron prevalencias importantes de conductas suicidas, estando presente el

deseo de morir alguna vez en la vida entre el 16 y 24,4% de adolescentes y el intento suicida alguna vez en la vida en un 3%. (12) Los resultados obtenidos en la Encuesta Global de Salud Escolar Perú 2010 son preocupantes, sobre todo por el elevado porcentaje de estudiantes que refieren haber tenido ideas suicidas (17% de los escolares adolescentes refieren haber intentado quitarse la vida una o más veces en el último año). (13) La literatura nos señala que en nuestro contexto se caracteriza por una incidencia de casos de suicidios consumados, mucho menor que en países desarrollados; pero, se ve que este fenómeno suicida es frecuente en Perú. (14)

Ya en nuestro país, en un reporte emitido por el Instituto Nacional de Salud mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, indican que el de los 334 casos presentados en nuestro país en el años 2013, 80% estuvieron asociados a los trastornos del estado de ánimo los cuales tienen antecedentes en la vida infantil, donde se indicó que de cada 20 adolescentes mayores de 15 años, uno se deprime al año, de cada 20 adolescentes con episodios depresivos, uno intenta suicidarse; y de cada 20 intentos suicidas, uno llega a concretarse. (15)

En el departamento de Tacna por otra parte, según el boletín estadístico 2015, elaborado por la Dirección Regional de Salud Tacna (2016) con respecto a muerte por suicidio se reportaron 15 casos, en el 2015 con 13 muertes y en el 2014 fueron 15 suicidios. La principal causa de los suicidios en Tacna sigue siendo la depresión a causa de conflictos familiares que desencadenan violencia física y psicológica, así como el maltrato. (3)

Según la literatura científica la depresión y la baja autoestima favorecen la presencia de ideación suicida. (16) Esto es ratificado por las investigaciones de Philippi y Rosselló (17), quienes hallaron en una muestra puertorriqueña de adolescentes, relación significativa entre autoconcepto e ideación suicida.

La prevalencia de ideación suicida en la población mundial es del 2 al 15% y puede presentarse en una de cada tres personas a lo largo de su vida. (18) Finalmente como se puede observar, las causas más importantes relacionadas con la ideación, intento y suicida consumado en América Latina en los adolescentes son: el bajo rendimiento académico, consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, baja autoestima, depresión, maltrato físico y psicológico, deseo de morir,

situación cognitiva, factores físicos, biológicos, sociales y psicológicos, enfermedades mentales, bullying y presión de su grupo y otras menos relevantes en el estudio. (19)

Los resultados obtenidos de este trabajo de investigación son de gran ayuda para los profesionales que laboran en la institución educativa ya que les proporciona mayores alcances con respecto a la ideación suicida y sus factores de riesgo asociado permitiendo así resolver de manera más eficaz problemas latentes que puedan estar relacionados con estas variables. Así mismo, contribuye para que los familiares de las estudiantes tengan un mayor conocimiento sobre la problemática de las adolescentes con respecto a la ideación suicida; de esta manera puedan tomar medidas concretas para combatir esta dificultad.

Esta investigación contribuirá a futuros estudios relacionados con las mismas variables. Los resultados son beneficiosos ya que favorecen con datos relevantes a otros investigadores en la elaboración de actividades de prevención, capacitación y actualización dirigida a personal docente, estudiantes y familiares en la institución educativa, con la finalidad de mejorar la atención que prestan a favor de dichos estudiantes para incrementar su calidad de vida y salud mental. (6)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Se planteó el presente estudio para responder a la siguiente interrogante:

¿Qué factores están asociados a ideación suicida en estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna- 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La ideación suicida no es una conducta aleatoria, y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos. Conocer bien estos factores es de gran importancia para evaluar adecuadamente el riesgo suicida de un individuo. Se podría clasificar a los factores en tres grandes grupos: sociodemográficos, clínicos y genéticos/neurobiológicos.

La importancia de este trabajo radica en el incremento de tasas de suicidio en el mundo como lo reporta la Organización Mundial de la

Salud (OMS), que en el periodo 2015-2016 más de 800 000 personas se quitaron la vida o lo han intentado, además en varios países de Latinoamérica el suicidio figura dentro de las tres primeras causas de muerte entre la población adolescente y joven, entre 15 a 24 años, siendo esta población que representa el 30% en América Latina, por tal motivo se debe prestar atención a toda repercusión en su bienestar. Las razones del suicidio son casi siempre desórdenes mentales y trastornos del ánimo, como la depresión. En nuestro país se reporta en algunos estudios de salud escolar un elevado porcentaje de estudiantes que refieren haber tenido ideas suicidas aproximadamente un 17%, por lo que el fenómeno suicida es frecuente en Perú.

En Tacna la principal causa de suicidio sigue siendo la depresión a causa de conflictos familiares que desencadenan violencia física y psicológica, así como el maltrato.

A todo es importante verificar la naturaleza de las afecciones que presentan los adolescentes del sur del Perú, permitiendo abrir nuevas ideas acerca de la conducta suicida e ideación suicida.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

- Determinar los factores asociados a ideación suicida en los estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna- 2018.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar la frecuencia de ideación suicida en los estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna- 2018.
- Determinar los factores asociados independientes e intervinientes a ideación suicida en los estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna-2018.

- Determinar el nivel de asociación de determinados factores en la ideación suicida en los estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna- 2018.

1.5. HIPÓTESIS

Existe asociación estadística entre el nivel de depresión con la ideación suicida en los estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna- 2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes internacionales

Fuentes Lerech MM y Cols. Tendencias de ideación suicida y factores de riesgo relacionados, en estudiantes de 6º a 11º grado en colegios de Manizales (Colombia). 2007- 2008. Es un estudio de corte transversal, en el cual se seleccionó una muestra probabilística de 339 alumnos de los colegios participantes, y se aplicaron diversos instrumentos para la medición del riesgo suicida y de las variables asociadas, de los cuales se mostró los siguientes resultados: El 56,8 % de los participantes fueron hombres y 43,2 % mujeres, predominio del grupo de edad fue entre los 8 y 14 años que representa el 58.5%, 147 participantes , y un promedio de 14,1 años; 15,3% fuman, un 8,8% consumen drogas. 19,9% presentan antecedentes familiares de intento suicida; solo el 31,6% tenían buena función familiar, 11,4% disfunción familiar severa, 16,6% presentaban ansiedad y 2,9%

depresión. 39,2% son dependientes del alcohol, 10,2% habían efectuado un intento suicida y 12,8% presentaron riesgo suicida. En este estudio se concluyó que ser mujer, tener una disfunción familiar severa, una decepción amorosa, antecedentes personales o familiares de intento suicida, fumar y consumir sustancias psicoactivas o padecer algún trastorno psiquiátrico como la ansiedad y la depresión mayor, aumentan el riesgo de ideación suicida. (20)

2.2.2. Antecedentes nacionales

Chipana Noa YM. Factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres, Tacna-2011. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna; 2011. Este estudio tiene como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres, Tacna 2011. Se planteó un estudio descriptivo, transversal y correlacional, con muestra probabilística de 179 escolares a los cuales se aplicó una encuesta estructurada autoadministrada, separada en 5 secciones: datos generales, test de ideación suicida, factores personales, familiares y escolares, utilizándose para el análisis de datos, estadísticos descriptivos y la

Rho de Spearman o X² según corresponda. Se obtuvo que el 67,04% presentó leve ideación suicida; el 75,98% tuvo nivel de autoestima medio, el nivel de depresión leve fue de 67,6%, los adolescentes entre 12-14 años conformaron la mayor proporción (52,51%) respecto al grupo de 15-19 años, siendo lo mismo para el sexo masculino (54,75%), pero resaltamos que tanto la edad y el sexo se asociaron significativamente a la presencia de ideación suicida ($p < 0,05$), la conducta alimentaria de riesgo sin alteración fue 84,36%, la disfunción familiar severa (59,78%), el 52,51% pertenecen a familias nucleares, la buena integración escolar (52,51%) y el 56,42% presentó bajo nivel de victimización escolar, en una muestra de 121 adolescentes presentan leve depresión, donde el 51,40% tiene una leve ideación suicida, luego el 9,50% una idea suicida moderada y el 6,7% no manifestó ideas suicidas y 25 escolares que no presentaron depresión, el 8,38% tiene una leve ideación suicida, el 4,47% sin ideación y 1, 12% con idea moderada, y de 136 escolares con nivel medio de autoestima, el 53,07% manifestaron una leve ideación suicida y 3,35% no tuvieron, y de 10 adolescentes con bajo nivel de autoestima, el 3,35% tuvieron una leve ideación suicida y 0,56% no.

Se concluye que existe asociación significativa entre la ideación suicida con los factores de riesgo personal: Autoestima, depresión y

conducta alimentaria; factores de riesgo familiares como funcionamiento y estructura familiar; factores escolares como integración escolar y victimización escolar y las características demográficas. (10)

Leal Zavala RA, Vásquez Rodríguez LE .Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos prevalencia y factores asociados. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; Cajamarca, 2012. Se trata de un estudio de tipo observacional de nivel descriptivo-correlacional. El diseño de la investigación será prospectivo y de cohorte transversal. La población de estudio estará integrada por los adolescentes de nivel secundario de la ciudad de Cajamarca matriculados en el año lectivo 2012. Esta asciende, según estimaciones del INSM HD-HN (2003), a 10 054 adolescentes. Para la selección de la muestra de estudio se realizará un muestreo Polietápico a partir de los centros educativos registrados en la Dirección de Educación Cajamarca.

En cuanto a la ideación suicida, resulta significativo el porcentaje de adolescentes que manifestaron que alguna vez en sus vidas

experimentaron deseos de estar muerto (38,5%). De igual modo, cerca de una quinta parte de los adolescentes manifestaron experimentar el deseo de estar muerto alguna vez en el último mes (21,4%). Porcentajes también altos se hallaron respecto a los adolescentes que pensaron que no vale la pena vivir (prevalencia vida = 31,3% y prevalencia mes = 18,1%).

De otro lado, se halló que 28,1% de los adolescentes entrevistados pensó en suicidarse alguna vez en sus vidas; mientras que 16,5%, lo pensó durante el último mes. Respecto a las modalidades de ideaciones suicidas, resultaron ser más prevalentes aquellos pensamientos de desesperanza y deseos de muerte así como aquellos concernientes a los beneficios asociados al suicidio se pudo confirmar que las adolescentes mujeres evaluadas presentan mayores niveles de riesgo suicida en comparación que los varones.

Se pudo identificar a nueve adolescentes que viven solos, en ellos se encontró que sus niveles de ideación suicida son marcadamente superiores a los del resto de adolescentes. Las variables psicosociales de funcionamiento familiar, estrés percibido y apoyo

social resultaron estar significativamente asociadas al suicidio. Mientras respecto a las de estrategias de afrontamiento, la auto-denigración y pasividad que resultó en mayor medida asociada al suicidio. (11)

Iquiapaza Fuentes RS .Ideación suicida y su relación con algunos aspectos psicológicos y familiares en un grupo de adolescentes escolarizados de la I.E. Romeo Luna Victoria del distrito de Cerro Colorado – Arequipa, Junio 2013. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2013. Se realizó este estudio a base de encuesta a estudiantes de quinto año de secundaria, aplicando cuestionarios de desesperanza de Beck, depresión de Beck, impulsividad de Barratt, apgar familiar y de ideación suicida de Beck. Se realizó asociación bivariada con odds ratio y multivariada con regresión logística.

De acuerdo a los resultados hubo más mujeres que varones (59,79% versus 40,21%), a predominio de 16 años (71,13%). Mediante escala de desesperanza de Beck 48,45% de adolescentes no tuvieron riesgo de suicidio, en 37,11% el riesgo fue leve y en 14,43% moderado.

Según escala de depresión de Beck, no hubo depresión en 42,27% de casos, fue leve en 28,87%, moderada en 25,77% y grave en 3,09%. Se encontró impulsividad (escala de Barratt) en 18,56% de adolescentes. En 30,93% de casos hubo disfunción familiar leve y en 11,34% disfunción grave. Se encontró ideación suicida (escala de Beck) en 20,62% de adolescentes. Los adolescentes con ideación suicida fueron en mayor proporción mujeres (75%), aunque similar con el control (55,84%; $p > 0,05$) pero con $OR = 2,37$. Hubo desesperanza en 40% de casos y en 7,79% del grupo control ($p < 0,05$), con $OR = 7,89$, similar a la depresión (65% con ideación suicida, 19,48% en controles, $p < 0,05$), y asociada a un $OR = 7,68$. La impulsividad se presentó similar entre casos (20%) y controles (18,18%; $p > 0,05$; $OR = 1,13$). El funcionamiento familiar fue similar (65% de disfunción entre casos, 70,13% entre controles), y no se asoció a ideación suicida ($OR < 1$). Mediante modelo de regresión logística se confirmó a la desesperanza y la depresión como predictores de ideación suicida ($p < 0,05$). Como conclusión en este estudio la ideación suicida en adolescentes es frecuente y se asocia a características personales de desesperanza y depresión. (13)

Morales Gallegos ME. Maltrato intrafamiliar relacionado al riesgo de suicidio en los adolescentes de 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Enrique Paillardelle Tacna 2014, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2014. El presente estudio se realizó en la I.E. Enrique Paillardelle a los adolescentes de 4to y 5to año de secundaria, durante el mes de octubre del 2014, con el objetivo de determinar la relación entre el maltrato intrafamiliar y el riesgo de suicidio en adolescentes, para tal efecto se realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal; tomando como unidades de estudio a 180 adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria. Para el recojo de la información se utilizó como método la encuesta, referida al maltrato intrafamiliar y riesgo de suicidio, para la relación entre variables se utilizó la prueba Pearson por ser la más adecuada para el estudio. Los resultados obtenidos indicaron que el 46,7% presentó un nivel bajo de maltrato intrafamiliar y el 54,4% mostró mediano riesgo suicida; concluyéndose que existe correlación positiva considerable entre el maltrato intrafamiliar y el riesgo de suicidio en adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle. (correlación de Pearson: 0,750). (21)

Macedo Long JM y Cols. Funcionalidad familiar y autoestima relacionado con la ideación suicida en estudiantes del cuarto y quinto de secundaria de la institución educativa Generalísimo José de San Martín Punchana 2016, Universidad Privada de la Selva Peruana; Iquitos. 2016. El objetivo de este estudio fue determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar, la autoestima y la ideación suicida en estudiantes; el método fue cuantitativo descriptivo correlacional; la población estuvo conformada por 180 estudiantes de cuarto y quinto de secundaria, la muestra por 123 estudiantes; la técnica fue la entrevista, los instrumentos fueron el test de apgar familiar, la escala modificada de autoestima de Rosenberg, y la escala modificada de ideación suicida de Beck; los resultados fueron: al relacionar la funcionalidad familiar y la ideación suicida se observa que del 100% (123 estudiantes), 43,9% (54 estudiantes) presentan disfunción familiar leve. De los cuales 41,5% (51 estudiantes) no tienen ideación suicida y 2,4% (3 estudiantes) si tienen ideación suicida; el 27,6% (34 estudiantes) presentan familia normofuncional, de los cuales 26,0% (32 estudiantes) no tienen ideación suicida y el 1,6% (2 estudiantes) tienen ideación suicida; el 17,9% (22 estudiantes) presentan disfunción familiar moderada, de los cuales el 14,6% (18 estudiantes) no tienen ideación suicida y el

3,3% (4 estudiantes) tienen ideación suicida; el 10,6% (13 estudiantes) presentan disfunción familiar severa, de los cuales 5,7% (7 estudiantes), no tienen ideación suicida y el 4,9% (6 estudiantes), si tienen ideación suicida. Se encontró $X^2_c = 18,225$ g.l = 3 $p = 0,000$ ($p < 0,05$); al relacionar la autoestima y la ideación suicida se encontró $X^2_c = 12,590$ g.l = 1 $\alpha = 0,05$ $p = 0,000$ ($p < 0,05$). el 100% (123 estudiantes), el 91,1% (112 estudiantes) presentan autoestima alta, de los cuales el 82,9% (102 estudiantes) no tienen ideación suicida y el 8,1% (10 estudiantes), si tienen ideación suicida; el 8,9% (11 estudiantes) presentan autoestima baja, de los cuales el 4,9% (6 estudiantes) no tienen ideación suicida y el 4,1% (5 estudiantes) si tienen ideación suicida, demostrando que existe relación estadísticamente significativa entre las variables; las conclusiones fueron: existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la ideación suicida $p = 0,0000$ ($p < 0,05$). Existe relación estadísticamente significativa entre la autoestima y la ideación suicida $p = 0,0000$ ($p < 0,05$), en los estudiantes de la I.E. Generalísimo José de San Martín Punchana, 2016. (22)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. IDEACIÓN SUICIDA

La ideación suicida es considerada como la de menor riesgo en cuanto al comportamiento suicidio se refiere; no obstante, representa su primera manifestación. Esto ubica a la ideación suicida como un asunto de vital importancia para la toma de decisiones orientadas a la identificación de personas con riesgo de suicidio. (4)

Esto significa que un suicidio puede comenzar por la ideación, es decir, por pensamientos acerca de la posibilidad de acabar con la propia vida, seguir con la imaginación del acto suicida, después con la elaboración de planes y preparación, hasta llegar a la ejecución de un intento que puede culminar en el suicidio consumado. (6) Levy y Deykin (10), mencionan que la ideación suicida es un síntoma inespecífico y frecuente que refleja el grado de conflicto interno; frecuentemente asociado con desesperanza y baja autoestima, con los intentos de suicidio, la depresión y el abuso de sustancias, además de ser un constructo cognitivo que se presenta con frecuencia en los adolescentes. Marchiori (7), menciona que la ideación suicida es un

comportamiento que pone en riesgo la vida de la persona que lo ha intentado, presentándose de diferentes maneras y con diversas características, clasificándola en cuatro fases: 1. Intento gravísimo de suicidio, 2. Intento grave, 3. Intento leve, y 4. Intento sin daño.

La distinción entre ideación y el intento suicida difieren en términos del grado de severidad o intensidad de la motivación para terminar con la propia vida así como la naturaleza de su expresión. En el caso de la ideación suicida, está más relacionada con procesos cognitivos, mientras que intento se relaciona al comportamiento. Asimismo, las ideaciones suicidas presentan distintos grados de severidad, desde aquellas relacionadas a deseos pasivos de morir hasta planes completamente formulados para morirse. Estos últimos son de mayor importancia clínica. (11)

La ideación suicida, es un fenómeno multifactorial y complejo en donde intervienen factores de riesgo que afectan a las personas, especialmente a los adolescentes en su calidad de vida, para ello Ros, Ch (2009), propone tres factores de riesgo: psicológicos, sociales y en general , los cuales a continuación se mencionaran. (23)

Factores psicológicos: representa el grupo de variables con una mayor relación con la ideación suicida como depresión, baja autoestima, consumo de drogas, desórdenes alimenticios, violencia.

- Depresión: es la variable más relacionada con la ideación suicida, ya que se caracteriza por desesperanza y tristeza aunado a una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
- Baja autoestima: predispone al adolescente a la depresión y por ende a las ideas suicidas.
- Consumo de drogas: es una variable que frecuentemente están asociadas a la ideación y el comportamiento suicida.
- Desórdenes alimenticios: existe una relación importante entre variables asociadas a problemas alimentarios y la ideación suicida.
- Violencia: el intento de suicidio está relacionada con las diferentes formas de violencia que existe: la violencia escolar, violencia entre la pareja y violencia intrafamiliar.

Factores sociales: en este periodo de vida del ser humano, el entorno social se transforma, las amistades y el grupo de iguales adquieren una mayor relevancia, por lo que resulta necesario analizar

la relación existente entre el adolescente y sus contextos más significativos: contexto Familiar, contexto escolar.

- Contexto Familiar: cuando la relación entre padres e hijos se fundamenta en el conflicto y en la carencia de apoyo y diálogo, pueden surgir graves problemas de ajuste en los adolescentes como, por ejemplo, problemas de autoestima y de satisfacción con la vida, síntomas depresivos, estrés y ansiedad, así como la implicación en conductas antisociales y en comportamientos de riesgo poco saludables para la persona.
- Contexto escolar: los problemas de integración escolar se constituyen como factores de riesgo de conductas desadaptativas en los adolescentes, lo cual conduce al riesgo suicida.

Factores en general

- Sentirse víctima de algo o alguien.
- Sentimientos de rechazo o pérdida.
- Muerte de un ser querido.
- Crisis emocional.
- Problemas financieros.
- Ruptura sentimental.

- Estar en prisión.
- Familiares con antecedentes de suicidio.
- Medios de comunicación que propagan actos suicidas con sensacionalismo morboso.
- Fácil acceso con armas de fuego y medicamentos. (23)

2.2.2. LA IDEACIÓN SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES

La adolescencia es un periodo particularmente vulnerable en la vida. Aun no equipados con las suficientes habilidades para la vida, los adolescentes se involucran en comportamientos de alto riesgo, buscan desesperadamente la aprobación de sus coetáneos y experimentan más conflictos con la autoridad. (11) En opinión de Ann (11), el escenario antes descrito, sería razón para no sorprendernos que los adolescentes tengan mayores índices de muertes violentas, especialmente el suicidio.

En el Perú se han realizado algunos estudios dentro de instituciones de salud y otros de tipo epidemiológico, incluido algunos distritos de Lima y Lima Metropolitana y Callao. En estos estudios se encontraron prevalencias importantes de conductas suicidas, estando presente el

deseo de morir alguna vez en la vida entre el 16 y 24,4% de adolescentes y el intento suicida alguna vez en la vida en un 3%. (12) El adolescente por naturaleza es vulnerable, ya que se encuentra en la última etapa para consolidarse como adulto, por lo tanto requiere de personas con quienes puedan establecer una relación de confianza que les ayuden a entender y resolver sus dificultades, preocupaciones y expectativas de vida. (23)

La Organización Mundial de la Salud (2012) considera a la adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez estableciendo las posibilidades de independencia socioeconómica. (21) Para Lippincott, Williams y Wilkins (11) las ideas o pensamientos suicidas es común entre los niños y adolescentes de ambos sexos y no siempre están asociados a rasgos psicopatológicos. No obstante, son de interés clínico cuando se presentan como amenazas serias para la integridad del adolescente. Asimismo, los trastornos del comportamiento incrementan el riesgo de ideación suicida en niños de 12 años de edad y los más jóvenes. De otro lado, el consumo de sustancias psicoactivas y la ansiedad de separación podría provocar en los

adolescentes con ideas suicidas de ambos sexos un intento de suicidio. Dichos autores refieren también que los trastornos del humor y la ansiedad incrementa el riesgo de ideación suicida. Así por ejemplo, los ataques de pánico son un factor de riesgo de la ideación suicida; mientras que la agresividad incrementa el riesgo de ideación o intento de suicidio en los varones. Los adolescentes con intento de suicidio se diferencian de aquellos con ideas suicidas por presentar una severa y más duradera desesperanza, aislamiento, ideación suicida y resistencia para discutir sobre los pensamientos suicidas.

(11)

En el caso de Latinoamérica, la ideación suicida en muchas ciudades sudamericanas está por encima del promedio mencionado en la revisión sistemática, pues oscila entre 17,1% en Brasil (2005) y 59,7% en Chile (2007). Llama la atención que en Perú, en estudios realizados sobre todo en zonas urbanas, este problema aparece con una frecuencia hasta 20% mayor al promedio sudamericano. En Perú el antecedente de intento suicida fluctúa entre 2,9% en la sierra (2003) y 22,3% en la costa norte (2011), por lo que sería importante estudiar cuáles son los factores que lo propician, pues la evidencia de estudios realizados en este grupo etario lo proyecta como la principal

comorbilidad y causa de mortalidad asociada con los trastornos mentales para 2020. (4)

2.2.3. CAUSAS Y FACTORES DE LA IDEACIÓN SUICIDA

Los datos existentes sugieren que hay una amplia variedad de factores que pueden ser considerados como de riesgo para la presencia de ideación suicida. (24)

La ideación suicida como etapa inicial del proceso suicida, es un fenómeno multifactorial, complejo e interconectado, en el cual, intervienen factores psicológicos, sociales y biológicos. Además, es preciso considerar que estos factores de riesgo de suicidio se influyen entre sí de manera recíproca, por lo que la identificación de dichos factores y su relación con el comportamiento suicida son elementos esenciales en el proceso de prevención. El establecimiento de los factores capaces de determinar una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas, son importantes mencionar. (3)

En cuanto a las características del adolescente con conducta suicida es importante destacar tres de ellas, a saber:

1. Las características psicológicas del adolescente en la actualidad: desinhibición, conductas agresivas y búsqueda del riesgo.
2. Las características del entorno sociocultural de nuestro país, y dentro de este, las relaciones que se establecen en el núcleo familiar.
3. El aumento de la morbilidad psiquiátrica en este grupo etario, especialmente: la depresión, el abuso de tóxicos, los trastornos de la alimentación y la organización límite de la personalidad. (25)

En otra clasificación, los factores de riesgo del suicidio se establecen como: 1) Los primarios, que incluyen los trastornos psiquiátricos antes mencionados y la enfermedad médica crónica. 2) Los secundarios, que son los factores que llevan a una actitud disfuncional, como la dificultad en la solución de problemas y el pesimismo. 3) Los terciarios, que incluyen los factores demográficos como la edad, el género, ciertos periodos vulnerables (periodo premenstrual y cambios estacionales) y el formar parte de un grupo socialmente minoritario que con frecuencia es perseguido o vetado. (26)

Factores genéticos. Aunque las ideas suicidas en sí no se heredan, los padecimientos de salud mental que las causan pueden ser heredados de nuestros padres biológicos. La probabilidad de que una persona tenga ideas suicidas puede depender de sus antecedentes genéticos si existe el factor de una enfermedad mental y esto es especialmente cierto cuando hay antecedentes familiares de depresión, trastorno bipolar y ansiedad. Este tipo de predisposición genética infiere que las ideas suicidas pueden heredarse inadvertidamente.

Factores físicos. Los investigadores han determinado que las personas que tienen ideas suicidas presentan un desequilibrio en los neurotransmisores del cerebro. Estos neurotransmisores tienen la función de transmitir mensajes por todo el cuerpo, además de regular las emociones y los estados de ánimo.(4)

Si los neurotransmisores no han llegado a la homeostasis, el estado de ánimo de la persona puede desestabilizarse, lo que pudiera propiciar el diagnóstico de una enfermedad mental. Cuando este es el caso, es posible que la persona presente ideas suicidas si dicha enfermedad incluye la ideación suicida como un síntoma.(4)

Factores ambientales. Hay varias influencias ambientales que pueden causar que una persona desarrolle síntomas de un padecimiento de salud mental, particularmente las ideas suicidas. Aquellas personas que experimentan un estrés continuo, son víctimas de un crimen, padecen de abuso y/o abandono o pierden a un ser querido debido al suicidio pueden deprimirse y pensar potencialmente en su propia muerte. Adicionalmente, las personas que carecen de las aptitudes necesarias para lidiar con el estrés o que no cuentan con el apoyo adecuado de otras personas pueden desarrollar ideas suicidas si el estrés elevado es un factor presente en sus vidas. Por último, si una persona pierde su empleo, tiene dificultades financieras o enfrenta el fracaso académica, es posible que se manifiesten las ideas suicidas. (4)

Factores culturales y sociodemográficos.

Los problemas de índole socioeconómica, así como el bajo nivel educacional y el desempleo constituyen indicadores de riesgo con respecto a la conducta suicida ya que restringen una activa participación social del adolescente, y a su vez limitan la satisfacción

de las necesidades más básicas y reducen la autonomía de quienes los padecen. Sumando a lo anterior, los factores coligados a la cultura obtienen una importancia esencial en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso de coloniaje cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres y también se manifiesta entre los inmigrantes.

Cabe señalar aquí el aporte de Kalervo Oberg (1954), quien acuñó el término culture shock o también llamado choque cultural, el cual es definido como “la ansiedad que se deriva de la pérdida de todos los signos que nos son familiares en un intercambio social”. Según este autor, una persona no nace con una cultura establecida, sino sólo cuenta con la capacidad de aprenderla y hacer uso de ella. Mientras que el ser humano está en crecimiento, desarrollándose en un medio cultural específico y aprende a desenvolverse socialmente en este, esta cultura se convierte en el modo de vida y forma segura, de conseguir lo que quiere, no obstante cuando la persona abandona el entorno social que conoce y en el cual se siente cómodo y seguro, por uno nuevo y diferente, deberá ajustarse y adaptarse al nuevo entorno y cultura nueva. Por todo esto, el individuo estará propenso a estímulos que no sabrá cómo interpretar de forma adecuada ya que

pretenderá emplear esquemas de interpretación que usaba en su anterior entorno cultural. Está comprobado que cualquier individuo que entre en un entorno cultural nuevo se verá expuesto a sufrir este choque cultural.

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. Además, entre los factores que pueden contribuir al acto suicida en la población adolescente se encuentran anhelar la tierra de origen y sus costumbres, problemas a nivel de pareja, bajo número de amigos o familiares, aislamiento social y escaso nivel comunicativo. A su vez, la exposición o efecto “contagio” a casos de suicidio cercanos o a determinado tipo de informaciones sobre el suicidio en los medios de comunicación, se ha asociado también a la conducta suicida. Un tipo particular son los suicidios en “racimo”, por comunidades, más frecuentes entre jóvenes.

Situación familiar y eventos vitales adversos.

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, entre los rasgos más resaltantes se tienen:

- Presencia de algún desorden mental en los progenitores.
- Consumo de alcohol, drogas u otras conductas disociales en la familia.
- Antecedentes de suicidio o intentos de suicidio.
- Violencia familiar.
- Escasa comunicación entre los integrantes de la familia.
- Manifestaciones continuas de agresividad, lo que genera un ambiente de tensión.
- Apartamiento de los progenitores por divorcio, separación o fallecimiento.
- Frecuentes cambios de residencia a diferentes lugares.
- Pensamiento rígido en la familia, lo cual dificulta el relacionamiento con las generaciones más jóvenes.

- Convivencia de varias generaciones en un solo espacio, lo cual imposibilita la intimidad de los miembros.
- Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.
- Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los padres, lo que permite conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- Inhabilidad de los progenitores para atender a las inquietudes del adolescente.
- Imposibilidad de dar un apoyo adecuado a sus miembros en situaciones estresantes.
- Requerimientos desmedidos o total falta de exigencia con los adolescentes.
- Llamadas de atención con un carácter humillante hacia el adolescente.

En correspondencia con los factores familiares existe una poderosa ambivalencia; protección versus riesgo. En esta línea Greydanus et al. (27) Consideran la historia familiar de suicidio como un factor muy importante. La desorganización familiar por diferentes causas (separaciones y/o pérdidas) no permite la estabilidad familiar y un

estilo afectivo y educativo coherente. La mala relación padres e hijos es otro factor de riesgo que podría incrementar el de suicidio en los adolescentes; a esto último habría que añadir la falta de comunicación y de diálogo entre unos y otros. Asimismo, se ha hallado que los adolescentes con intento suicida experimentaron más alteraciones familiares, separación de los padres, cambios de cuidadores, cambios de domicilio y mayor inestabilidad social en el año anterior al intento, en comparación con adolescentes deprimidos no suicidas y normales. (27)

Durkheim (27), destacó el papel de la familia y el estado civil en el desencadenamiento del acto suicida. Para García de Jalón y Peralta (27) la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas. Las disfunciones familiares son un factor de riesgo conocido desde hace tiempo en el que se ha venido insistiendo tal y como nos recuerdan Agerbo, Nordentof y Mortensen y Riesch et al. (27) Estos autores señalan que el suicidio consumado juvenil es cinco veces más frecuente en los hijos de madres que murieron por suicidio y dos veces más cuando fue el padre el que se suicidó, que en el resto de la población.

Psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio.

Una proporción muy elevada de personas suicidas muestran patología de índole mental, y la población adolescente no es ajena a esto. Los estados depresivos, los trastornos de ansiedad, el abuso de alcohol y de otras drogas, trastornos alimenticios, trastornos de la personalidad y los trastornos psicóticos, son todos ellos estados psicopatológicos que comportan un riesgo de conductas suicidas. (3)

Depresión. Se considera que más de un 50% de los adolescentes, que se suicidan, sufren depresión mayor, de estos un 25% hace un intento de suicidio en algún momento de su vida y un 15% finalmente se suicida. (3)

Trastornos de ansiedad. Varios estudios han confirmado la correlación entre ansiedad y el intento de suicidio en adolescentes varones. Este trastorno constituye un estado emocional en el que se percibe una sensación desagradable de gran riesgo para la integridad tanto física como psicológica de la persona, quien ante ello puede temer perder la razón o morir de un ataque cardíaco. Si no es

diagnosticado y tratado pertinentemente este trastorno, puede afectar la cotidianidad de la persona para desempeñarse. (3) La ansiedad representa un espectro psicopatológico amplio; puede ser patognomónica de un trastorno psiquiátrico primario, o un síntoma fundamental en la depresión, abuso de sustancias o en la psicosis; a veces, reacción emocional ante una amenaza existencial, pérdida o conflicto. Su intensidad también es amplia en un continuum que se extiende desde la ansiedad moderada de la vida cotidiana hasta el cuadro grave, resistente al tratamiento, facilitador del suicidio persistente o incrementando del riesgo en otros trastornos psiquiátricos a los que se asocia con frecuencia. (28)

Consumo alcohol y otras sustancias. Ejerce un papel muy significativo ya que uno de cada cuatro suicidas presenta abuso de alcohol o de otras sustancias. No es sólo un factor de riesgo sino también un factor precipitante, existiendo una asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida. Según Shaffer (28), la incidencia de suicidio entre usuarios de drogas es aproximadamente 20 veces la de la población general, y el 70% de suicidios en jóvenes se asocian de alguna manera con el abuso de estas sustancias. Diferentes estadísticas describen que un 25% de

todos los suicidios están relacionados con el alcohol, y que en un 60% de los suicidios existen antecedentes de trastorno por uso de sustancias. (28)

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas ilegales, los resultados de diversos estudios de la revisión sistemática, indican una asociación con intentos suicidas, siendo la asociación más fuertes con el consumo de “drogas duras” (por ejemplo cocaína). La asociación entre ideación suicida y el consumo de drogas ilícitas también parece tener una fuerte asociación. Sobre la base de análisis multivariados, el balance de la evidencia indica una asociación directa con fenómenos suicidas. (29)

Desesperanza. La desesperanza ha adquirido un rol protagónico en las investigaciones contemporáneas. Aun cuando se trata de un estado psicológico complejo, existe el consenso que incluye una importante disminución de la motivación. Percepción pesimista, falta de esperanza y proyecto a futuro, e incluso anhedonia y depresión. Es por ello, que la desesperanza es también un factor de riesgo

vinculado con la conducta suicida y se utiliza asiduamente en la práctica clínica por su fácil detección. (3)

Beck (3), define la desesperanza como un deseo de escape de algo que uno considera que es un problema insoluble, y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro. La desesperanza tiene que ver en este sentido con un sistema de esquemas cognitivos que parte del elemento común de las expectativas negativas, hasta que lleva a un sentimiento general de desesperación y de falta de intención de vivir. (3)

Trastornos alimenticios. Los diagnósticos de anorexia y bulimia también se han visto asociados a intentos de suicidio, además de los trastornos de personalidad, ansiedad y otros. Cabe decir, que cuando existe comorbilidad entre los trastornos alimenticios y los de personalidad, como el trastorno límite de la personalidad o borderline, existe un riesgo bastante elevado, y hay mayores niveles de los síntomas como por ejemplo ansiedad, descontrol impulsos, autoagresiones y sobretodo los intentos de suicidio. (3)

Trastornos de personalidad. Los que se asocian con más frecuencia son el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de personalidad. El riesgo de suicidio para las personas con trastornos de personalidad límite es un 4-8% superior al de la población general.

(3)

Trastorno psicóticos. Un estudio mostró que los intentos suicidas son comunes en todos los Trastornos Psicóticos excepto en el Trastorno Delirante. Son particularmente frecuentes en los cuadros psicóticos inducidos por sustancias y en el uso comórbido de sustancias, siendo también los jóvenes los de mayor riesgo. Además se describe que se asocian con la severidad de los síntomas depresivos y no con la gravedad de los síntomas psicóticos. (30)

Trastorno esquizofrénico. Enfermedad devastadora que puede en su debut, tener como primer y único síntoma evidente el suicidio del adolescente. Se piensa que la asistencia al derrumbe psicológico, a las diversas sensaciones y percepciones anómalas, el cambio del mundo circundante y del propio yo, cuando aún se conserva algún

lazo con el mundo no esquizofrénico, explicaría este desenlace en un adolescente aparentemente normal. (3)

2.2.4. INDICADORES DE IDEACIÓN SUICIDA

Según Beck existen 4 indicadores de la ideación suicida:

Actitud hacia la vida / muerte

En cuanto a esto, Guevara (6), afirma que entre las especies vivas, la humana es la única para quién la muerte está omnipresente en el transcurso de la vida, la única especie que rodea a la muerte con un ritual funerario complejo y cargado de simbolismo; la única especie que ha podido creer y que a menudo cree todavía, en la supervivencia y renacimiento de los difuntos; en definitiva, la única para la cual la muerte biológica, hecho natural, se ve constantemente desbordada por la muerte como hecho de cultura.

Las actitudes cambian con el tiempo, a partir del desarrollo evolutivo individual y por la influencia de factores socioculturales; reflejan los temores, las esperanzas, las expectativas, la conciencia comunitaria y también individual de la muerte. (6)

Pensamientos/Deseos suicidas

Los pensamientos suicidas pueden ser un síntoma de depresión o una señal de que la persona no puede enfrentarse a una serie de acontecimientos personales que le parecen, en su momento, insoportables. (6)

Proyecto de intento suicida

Según Beck (6), es la disposición que la persona se ha formado para realizar o ejecutar un plan estratégico que tenga como fin acabar con su vida.

Desesperanza

Bobadilla (6), manifiesta que la desesperanza es el sentimiento de no tener expectativas de futuro y que frecuentemente se acompaña a la ausencia de un sentimiento de trascendencia, siendo el estado de ánimo que priva previo a la tentativa o al acto suicida.

2.2.5. FASES DE LA IDEACIÓN SUICIDA

Perez (1999) hace referencia (citado en Guevara, 2006) a 5 fases de la ideación suicida:

Deseo de morir: en donde la persona cree que ya no vale la pena vivir.

Representación suicida: que implica imágenes relacionadas con quitarse la vida.

La idea de autodestrucción: sin haber planeado aún el procedimiento para hacerlo.

La idea suicida con un plan inespecífico: donde la persona puede mencionar varias posibilidades para suicidarse pero ninguna de manera concreta.

La idea suicida planificada: conocida como plan suicida, donde la persona ha pensado cómo, cuándo, dónde y en qué momento llevar a cabo el plan para suicidarse.

Por lo tanto, la ideación suicida se refiere a aquellos pensamientos acerca de una conducta autodestructiva, la cual puede ir de ideas vagas sobre la posibilidad de quitarse la vida, hasta el punto de tener planes muy concretos para cometerlo. (6)

2.2.6. EFECTOS DE LA IDEACIÓN SUICIDA

El Hospital San Juan Medrano (4), afirma que si las ideas suicidas persisten por mucho tiempo, es probable que la persona las lleve a cabo mediante un proceso de pensamiento inadaptivo. Las personas que luchan contra las ideas suicidas y no reciben la ayuda de un profesional de la salud mental son más propensas a intentar el suicidio. Los siguientes son algunos efectos potenciales que pueden ocurrir cuando una persona lucha contra las ideas suicidas. (4) Estos efectos pueden prevenirse a través de un tratamiento eficaz de salud mental: cicatrices o daños permanentes en los tejidos, conductas autolesivas recurrentes, daños en el cerebro, parálisis, estado de coma, hemorragia, huesos rotos, daños en los órganos o insuficiencia orgánica, muerte prematura debido a un acto suicida. (4)

2.2.7. SIGNOS O SEÑALES DE ALERTA

Según De la Torre Marti (31), las personas que se encuentran en riesgo suicida, presentan los siguientes signos o señales de alerta habituales:

- Verbaliza directamente la idea o posibilidad de suicidarse, con frases como “quiero quitarme de en medio”, “la vida no merece la pena”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto”. Es posible que las verbalizaciones de algunos pacientes sean menos completas por lo que es imprescindible mantenerse atentos cuando aparecen otras sutiles como “esto no durará mucho”, “pronto aliviaré mi sufrimiento”, “dejaré de ser una carga”; así como las dirigidas hacia él mismo, el futuro o la vida tales como “no valgo para nada”, “esta vida no tiene sentido”, “estaríais mejor así”, “estoy cansado de luchar”, “quiero terminar con todo”, “las cosas no van a mejorar nunca”. (31)

- Piensa a menudo en el suicidio y no puede dejar de darle vueltas. Si esto ocurre, se requiere diferenciar la posibilidad de suicidarse con el miedo a perder el control en un problema de ansiedad u obsesión.

- Amenaza o se lo comenta a personas cercanas, lo cual se podría entender como una petición de ayuda. Es frecuente que se comente la insatisfacción y poca voluntad de vivir a otras personas cercanas antes que al profesional sanitario, por lo que puede ser de gran utilidad obtener información adicional de la familia y relaciones íntimas siempre que sea posible.

- Lleva a cabo determinados preparativos relacionados con su desaparición, como por ejemplo, arreglar documentos, cerrar asuntos, preparar el testamento, regalar objetos o bienes y llamar a otras personas para despedirse.

- Reconoce sentirse solo, aislado y se ve incapaz de aguantarlo o solucionarlo. Piensa en ello constantemente y no ve ninguna salida a su situación. Se puede notar que transmite sentimientos de impotencia, indefensión, depresión y especialmente desesperanza.

- Pierde interés por aficiones, obligaciones, familia, amigos, trabajo y apariencia personal y comienza a aislarse personal y socialmente. Por ejemplo, deja de ir a clase, salir los fines de semana, llamar a sus amigos, se encierra en su cuarto más de lo habitual.

- Está muy deprimido y mejora de forma repentina e inesperada, momento en el cual el paciente puede sentirse con fuerzas suficientes para llevar a cabo sus planes de suicidio.

- Aparece un cambio repentino en su conducta. Por ejemplo, un aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual, calma o tranquilidad repentina cuando previamente ha presentado gran agitación, etc.

- Se observa u obtiene información de autolesiones, sean éstas lesiones más o menos relevantes. (31)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional de corte transversal, comparativo y analítico, donde se realizó encuestas que incluyen dantos generales, factores intervinientes e independientes a 248 estudiantes en la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna en el año 2018.

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO Y TEMPORALIDAD

El ámbito de estudio está comprendido por la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna, en el área geográfica que corresponde a la Unidad Gestión Educativa Local – Tacna (UGEL-Tacna), año 2018.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

Población: la población objeto está conformada por el total de estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín correspondiente a la UGEL-Tacna, tomándose como referencia el compendio estadístico 2018, en el cual se registra un total de 643 estudiantes matriculados.

Muestra: para la determinación del tamaño de muestra, ésta se obtiene de a través de las siguientes fases donde:

En la **primera fase**, se reconoció a los salones y grados a estudiar, luego se obtendrá el tamaño muestral mediante la ecuación de *Cochran* para poblaciones conocidas:

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n : Tamaño de la muestra = ¿?

N : Población objeto = 643

z : Nivel de significación = 1,97

p : Probabilidad de éxito = 0,5

q : Probabilidad de fracaso = 0,5

e : Error = 0,04888

Reemplazando:

$$n = \frac{(643)(1,97)^2 (0,5)(0,5)}{(0,048888)^2 (643 - 1) + 1,97^2 (0,5)(0,5)}$$

$$n = \frac{623,854675}{1,533901 + 0,9702}$$

$$n = \frac{623,854675}{2,504101}$$

$$n = 247,632$$

Dando como resultado a 248 adolescentes como muestra.

En una segunda fase una vez obtenido el tamaño muestral de la población objeto, se procedió a elegir el tamaño estratificado mediante la ecuación de Kish que se muestra a continuación:

$$fh = \frac{n}{N} = KSh$$

En donde fh es la fracción del estrato, n el tamaño de la muestra, N el tamaño de la población elegida, sh es la desviación estándar de cada elemento del estrato h , y K es una proporción constante que nos dará como resultado una n óptima para cada estrato.

Así tenemos, para la obtención del primer estrato una población de 643 adolescentes de los seis grados elegidos donde $n = 248$, la fracción de los estratos fh será:

$$fh = \frac{n}{N} = \frac{248}{643} = 0,3856$$

De manera tal que el número total de adolescentes de cada sección educativa del nivel secundario se multiplicó por esta fracción

constante a fin de obtener el tamaño de muestra para cada estrato.

Así tenemos el siguiente cuadro:

Cuadro N° 01 : Estratificación muestral

institución educativa	N	n	n=248
Coronel Gregorio Albarracín	Varones	Varones	248
Primero	134	52	
Segundo	150	58	
Tercero	114	44	
Cuarto	115	44	
Quinto	130	50	
Total	643	248	

Muestreo: el muestreo que se aplicó fue no probabilístico para la asignación de los grados del nivel secundario. Mientras que para elección de los participantes adolescentes fue probabilístico utilizándose el azar simple sin reposición.

3.4. UNIDAD DE ESTUDIO

La unidad de estudio es el estudiante menor de 18 años de la institución educativa del nivel secundario Crnl Gregorio Albarracín de Tacna-2018.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Son todos los estudiantes menores de 18 años del nivel secundario que de manera voluntaria deseen colaborar con el estudio.

3.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes que tienen algún impedimento físico y/o moral en responder los instrumentos de recolección de datos.
- Estudiantes con alguna enfermedad crónica o trastorno esquizofrénico.

3.7. DEFINICIÓN DE CASO

Un caso es aquel estudiante que mediante el test de Plutchik (instrumento para determinar la ideación suicida) se determine la presencia del riesgo suicida (6 a más puntos).

3.8. INSTRUMENTOS

Se utilizó los siguientes instrumentos para la identificación de las variables de estudio:

3.8.1. RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK (IDEACIÓN SUICIDA)

Escala de riesgo suicida diseñada por Plutchik:

La escala de riesgo suicida fue diseñada por Plutchik con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica.

En España ha sido validada por Rubio y cols.

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta si-no. Procede de una versión de 26 ítems. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems.

Las cuestiones están relacionadas con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. Resulta fácil y rápida de administrar (1-2 minutos).

Interpretación:

Admitiendo las dificultades que implica la detección de pacientes con riesgo suicida de una manera fiable, la escala resulta útil para distinguir en nuestro medio a pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas.

Algunos autores consideran que la escala no es efectiva para discriminar la severidad del riesgo suicida y describen la escala como una medida del riesgo más que como un predictor de acciones futuras. Debemos decir, que en este estudio se utilizó

una muestra con unas características muy concretas (soldados israelíes que consultaban por ideas autolíticas).

Los autores de la escala original proponen un punto de corte de 8 puntos (cuando utilizan la versión de 26 ítems), con una sensibilidad y especificidad del 68 %.

En la validación española el punto de corte propuesto son 6 puntos. Sensibilidad de 74% y especificidad de 95 % para distinguir entre controles y pacientes (tentativas de suicidio y trastornos de la personalidad). Con el mismo punto de corte la sensibilidad y especificidad son del 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativa de suicidio frente a los que nunca habían realizado ninguna.

Propiedades psicométricas:

Fiabilidad:

La consistencia interna de la escala original era de 0,84 (alfa de Cronbach).

En la validación española, era incluso superior 0,90. La fiabilidad test-retest tras 72 horas era de 0,89.

Validez:

En la escala original para un punto de corte de 8 (26 ítems) la sensibilidad y especificidad era del 68%.

En la validación española para un punto de corte de 6 la sensibilidad y especificidad era de 88 % para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativas suicidas y aquellos que nunca las habían tenido.

El análisis factorial de la escala demostró la existencia de 4 factores subyacentes principales.(18)

3.8.2. ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

El cuestionario de Goldberg, o E.A.D.G. en la versión española (escala de ansiedad y depresión de Goldberg), fue desarrollado por este autor en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de cribaje. La versión en castellano ha sido validada por Montón C. y cols. (1993).

Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Si / No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. Su aplicación es hetero-administrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas alguno de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. Puede ser aplicado incluso por personal no médico, sin precisar estandarización.

Interpretación:

Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión.

Existe una clara mejora de la sensibilidad al aumentar la gravedad del trastorno psicopatológico, obteniendo puntuaciones más altas que pueden proporcionar una medida dimensional de la gravedad de cada trastorno por separado. La elevación de los puntos de corte a ≥ 5 y ≥ 3 mejora la especificidad y la capacidad discriminante de las escalas, con una ligera disminución de la sensibilidad (especificidad 93 %, sensibilidad 74 %).

Como cualquier instrumento de su género, el EADG está diseñado para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos; su capacidad discriminativa ayuda a orientar el diagnóstico, pero no puede sustituir al juicio clínico. El hecho de que las respuestas sean dicotómicas, obliga a interpretar la respuesta en los casos de intensidad leve en función de su significación clínica. Algunas situaciones, tales como acontecimientos vitales estresantes, problemática social, y enfermedad somática grave, pueden producir falsos positivos al reflejar el malestar del paciente en las contestaciones a algunos ítems, pero sin que ello comporte un estado psicopatológico con relevancia clínica. Otras situaciones

(trastornos crónicos, trastornos de la personalidad, alcoholismo, conductas de negación) pueden producir falsos negativos.

En población geriátrica la validez predictiva de la subescala de ansiedad es pobre, y la capacidad discriminante de las dos subescalas es menor, por lo que se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .

Su sencillez, unida a los buenos índices de sensibilidad y especificidad, a su capacidad discriminante entre ansiedad y depresión y a su capacidad de aportar información dimensional sobre gravedad, han hecho que esta escala haya sido ampliamente recomendada como instrumento de cribaje, tanto con fines asistenciales como epidemiológicos, y/o como guía de la entrevista clínica en el ámbito de la Atención primaria. Su utilidad en población geriátrica está peor establecida.

Propiedades psicométricas:

En el estudio de validación mostró una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%. Considerando cada una de las subescalas, la de depresión muestra una alta sensibilidad para captar los pacientes diagnosticados de trastornos depresivos (85,7%), con una capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad algo baja (captó el 66% de los pacientes con trastornos de ansiedad). La escala de ansiedad tiene una sensibilidad algo menor (72%), pero mayor capacidad discriminante (sólo detecta un 42% de los trastornos depresivos).

La validez convergente de la E.A.D.G. con otros instrumentos de cribaje de amplia difusión como el GHQ-28, el MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) o el PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders), es alta. Así, con el GHQ-28 1 muestra una sensibilidad del 82 % y una especificidad del 85 %; con el MINI 2, una sensibilidad del 74 % y una especificidad del 72 %; y con el PRIME-MD3, una sensibilidad del 90 % y una especificidad del 73 %. (15)

3.8.3. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Indicación: cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Administración: la escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1.
.De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada, considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media, no presenta problemas de autoestimas graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja, existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80.(22)

3.8.4. DINÁMICA FAMILIAR

La escala apgar familiar, cuya estructura psicométrica se estudia en este trabajo, es una escala de autoaplicación desarrollada por Smilkstein (1978).

En sus inicios la escala fue creada con el fin de poder valorar de forma general y sencilla el funcionamiento familiar, a través, del grado de satisfacción del encuestado con su vida familiar y la percepción que tiene del propio funcionamiento familiar, sin embargo recientemente, Gómez y Ponce (2010) propusieron nuevas interpretaciones del apgar familiar, sustentando que aunque la escala fue creada para medir el funcionamiento familiar, ésta en realidad no brinda la posibilidad de establecer la funcionalidad y la disfuncionalidad, ya que el concepto que tenía Smilkstein sobre la función familiar era el cuidado y el apoyo que un individuo recibe de su propia familiar, por ello los autores de la investigación establecen que la escala en sí

evalúa la percepción del funcionamiento familiar, mediante la exploración de su satisfacción en las relaciones que tiene con sus familiares, por medio de cinco áreas diferentes las cuales a su vez dieron origen a los reactivos.

Adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Estos componentes son evaluados a través de 5 preguntas cerradas, construidas según una escala de tipo Likert de cinco alternativas, una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.

El instrumento se aplica a adolescentes escolares con una edad promedio entre 11 y 18 años, de manera colectiva con una duración aproximada de 10 a 15 minutos.(13)

3.9. VARIABLES DE ESTUDIO Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORÍA	ESCALA
VARIABLE DEPENDIENTE			
Riesgo suicida	Ideación autolítica	Riesgo suicida (6 a más puntos)	Nominal
		Sin riesgo suicida (menos de 6 puntos)	
VARIABLES INDEPENDIENTES:			
Ansiedad	-Excitación, nerviosismo, tensión -Irritabilidad -Dificultada para relajarse	Con algún grado de ansiedad \geq 5 puntos	Nominal
		Sin ansiedad <4 puntos	
Depresión	-Sentirse con poca energía -Perdida del interés por las cosas -Pérdida de confianza por si mismo -Desesperanza	Con algún grado de depresión \geq 3 puntos	Nominal
		Sin depresión <2 puntos	
Autoestima	-Satisfacción con uno mismo -Importante para algo bueno -Capacidad de poder hacer cosas -Actitud frente a la vida -Se que valgo.	Autoestima elevada 30 a 40 pts.	Ordinal
		Autoestima media: 26-29 pts.	
		Autoestima baja: <25 pts.	

Dinámica familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptabilidad - Cooperación - Desarrollo, - Afectividad - Capacidad resolutiva. 	Buen funcionamiento familiar: 7-10 pts.	Ordinal
		Disfunción familiar leve: 4-6 pts.	
		Disfunción familiar severa: 0-3 pts.	
VARIABLES INTERVINIENTES			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	Razón
Género	Características sexuales secundarias	Masculino	Nominal
Procedencia institucional	Institución en el que está matriculado	Estatad	Nominal
Grado de instrucción	Año o grado académico en el que se encuentre matriculado	Primero secundaria	Ordinal
		Segundo secundaria	
		Tercero secundaria	
		Cuarto secundaria	
		Quinto secundaria	
Antecedentes de intento de suicidio.	Directo	Si	Nominal
		No	
Vivencia junto a los padres	Directo	Si	Nominal
		No	
Antecedente de maltrato físico y abuso sexual	Directo	Si	Nominal
		No	
medicamento para dormir	Uso de medicamentos	Si	Nominal
		No	

Uso de sustancias psicoactivas	Consumo de sustancias psicoactivas	Si	Nominal
		No	
Abuso de alcohol	Uso de alcohol controlado	Si	Nominal
		No	
Alcoholismo familiar	Directo	Si	Nominal
		No	
Sustancia tóxica en casa	Obtención y presencia de la sustancia en casa	Si	Nominal
		No	

3.10. TÉCNICAS Y MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Método: de acuerdo a la forma como abordamos la realidad tenemos como método utilizado, al analítico, porque que plantea a la disciplina en cuestión de relación con su objeto de estudio.

Técnicas: la técnica de investigación elegida para la obtención de datos es la técnica de evaluación por medio de test de aproximación diagnóstica en los estudiantes.

3.11. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

3.11.1 DISEÑO DE LA ESTRUCTURA DE MATRIZ DE BASE DE DATOS

Se diseñará la estructura de la matriz de base quedando en conformidad para el adecuado ingreso de la información al computador, dando propiedades a las variables, creando estructura de algoritmos para su aplicación en el software estadístico.

3.11.2 INGRESO DE INFORMACIÓN

Se procedió a ingresar los registros a la base de datos del software estadístico SPSS versión 22 para Windows en español, configurando lectura de variables cuantitativas o numéricas y cualitativas o de cadena, previa numeración de cada registro.

3.11.3 ANÁLISIS Y CREACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICOS

Se realizará el análisis estadístico y la demostración de los resultados en tablas de frecuencia, descriptivas y de doble entrada, se crearán gráficos necesarios, luego se procedió a ejecutar las siguientes pruebas estadísticas como pruebas de dependencia o asociación como Chi cuadrado de Pearson para variables cualitativas, Odds ratio (OR) o razón de ventajas para estimar asociación con respecto a un grupo control y regresión logística para el análisis multivariado.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Los resultados que se muestran a continuación son reflejo de la obtención de 5 test de aproximación diagnóstica, los cuales permitieron la identificación de factores intervinientes, riesgo o ideación suicida (Plutchik) y los factores como autoestima, ansiedad, depresión y dinámica familiar, que inciden en la probabilidad de intento de autolisis. Los datos fueron obtenidos de los estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de la ciudad de Tacna año 2018, según muestra tenemos a 248 estudiantes para la caracterización de riesgo o ideación suicida, que éstas se detallan a continuación.

TABLA N°01

**DISTRIBUCIÓN POR GRADO EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL GREGORIO
ALBARRACÍN DE TACNA-2018.**

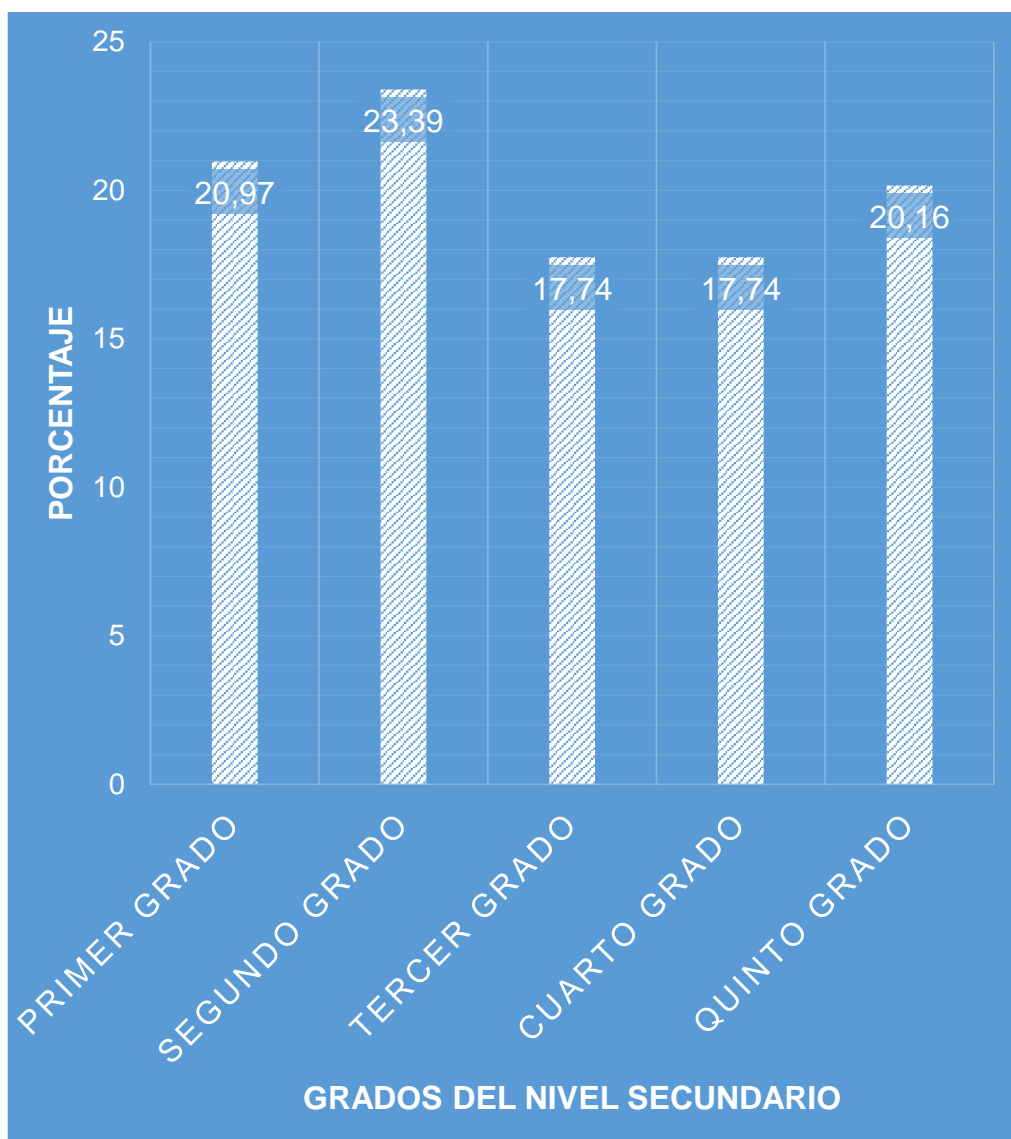
GRADO	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Primer Grado	52	20,97
Segundo Grado	58	23,39
Tercer Grado	44	17,74
Cuarto Grado	44	17,74
Quinto Grado	50	20,16
Total	248	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos. 2018

Los resultados obtenidos en esta tabla N°01, indican que el segundo grado del nivel secundario representa el grado con mayor muestra con un 23,39% de los estudiantes encuestados, seguido de primero y quinto grado de secundaria con un 20,97% y 20,16%, así mismo tercer y cuarto grado de secundaria representan una muestra menor con respecto a los otros grados con una igualdad en un 17,74% de los estudiantes encuestados de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna.

GRÁFICO N°01

DISTRIBUCIÓN POR GRADO EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA-2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos. 2018

TABLA N°02

**DISTRIBUCIÓN POR EDAD EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL GREGORIO
ALBARRACÍN DE TACNA- 2018.**

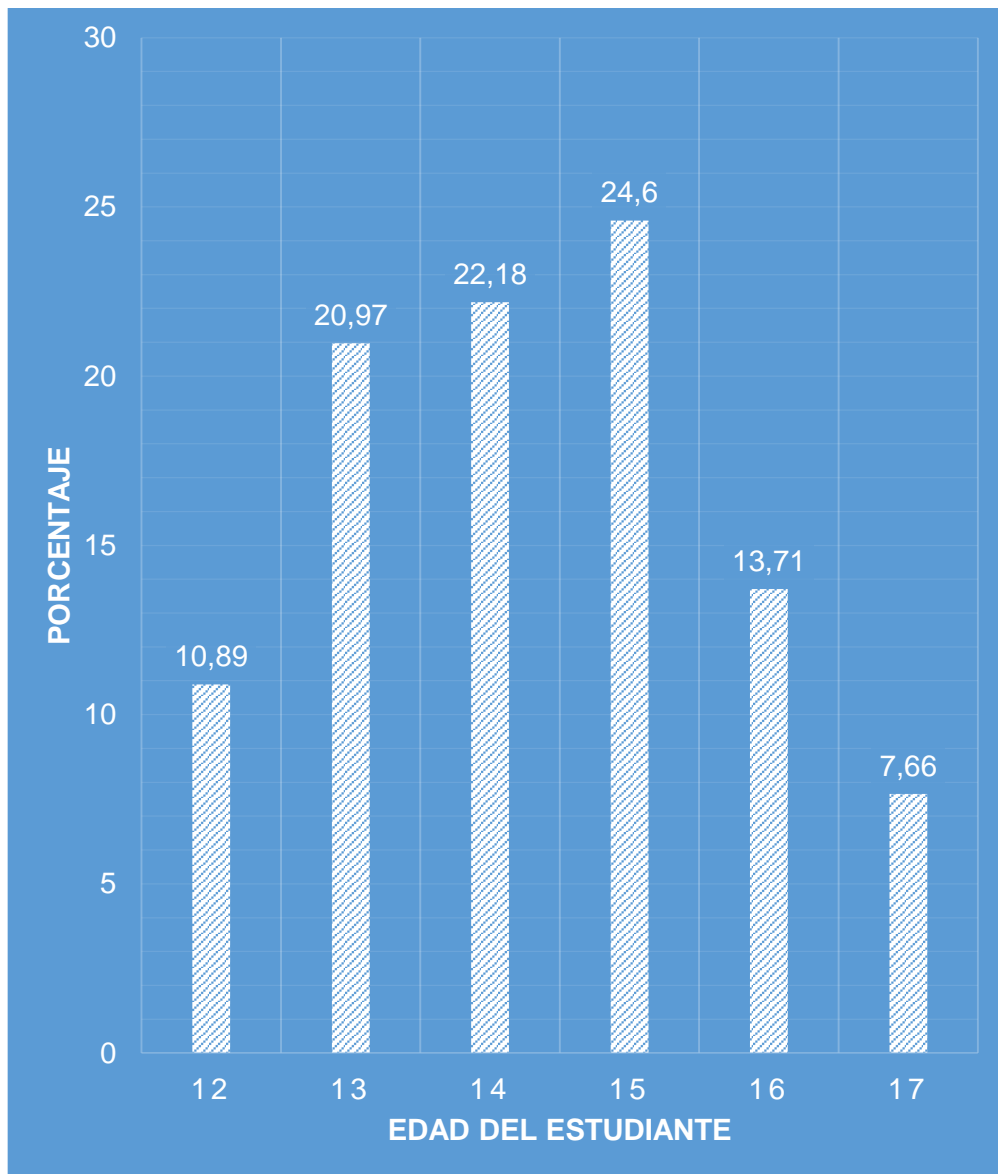
Edad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
12	27	10,89
13	52	20,97
14	55	22,18
15	61	24,60
16	34	13,71
17	19	7,66
Total	248	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

Se observa en esta tabla N° 02, que los estudiantes encuestados que poseen 15 años de edad, corresponden al 24,6% de la muestra que conforman la mayor cantidad de estudiantes encuestados seguido de 14 años (22,18%), 13 años (20,97%) y 16 años (13,71%), siendo la edad de 12 y 17 años con menor frecuencia respecto a las otras edades de los estudiantes encuestados con un 10,89% y 7,66% de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna.

GRÁFICO Nº02

DISTRIBUCIÓN POR EDAD EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA- 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos. 2018

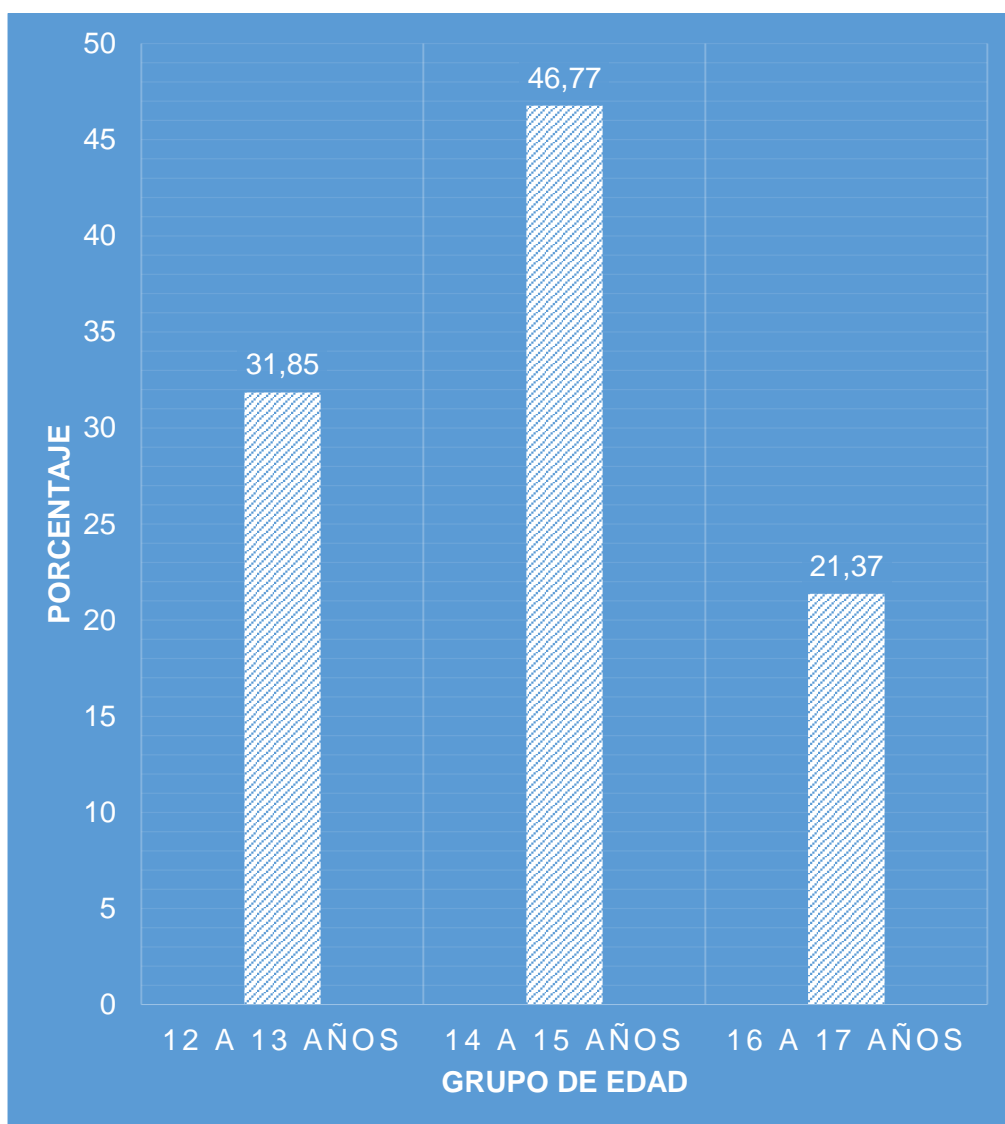
TABLA N°03
DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD EN ESTUDIANTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL
GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA-2018.

GRUPO DE EDAD	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
12 a 13 años	79	31,85
14 a 15 años	116	46,77
16 a 17 años	53	21,37
Total	248	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

Se observa en esta tabla N° 03, que el grupo de edad entre 14 y 15 años de edad, corresponden al 46,77% del total, conforman la mayor cantidad de estudiantes encuestados, seguido por el grupo de edad de 12 a 13 años que representa el 31,85%, por último se encuentra el otro grupo de edad entre 16 y 17 años de edad que corresponden al 21,37% de los estudiantes encuestados de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna.

GRÁFICO N°03
DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD EN ESTUDIANTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL
GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA- 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

TABLA N°04
DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL
GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA- 2018.

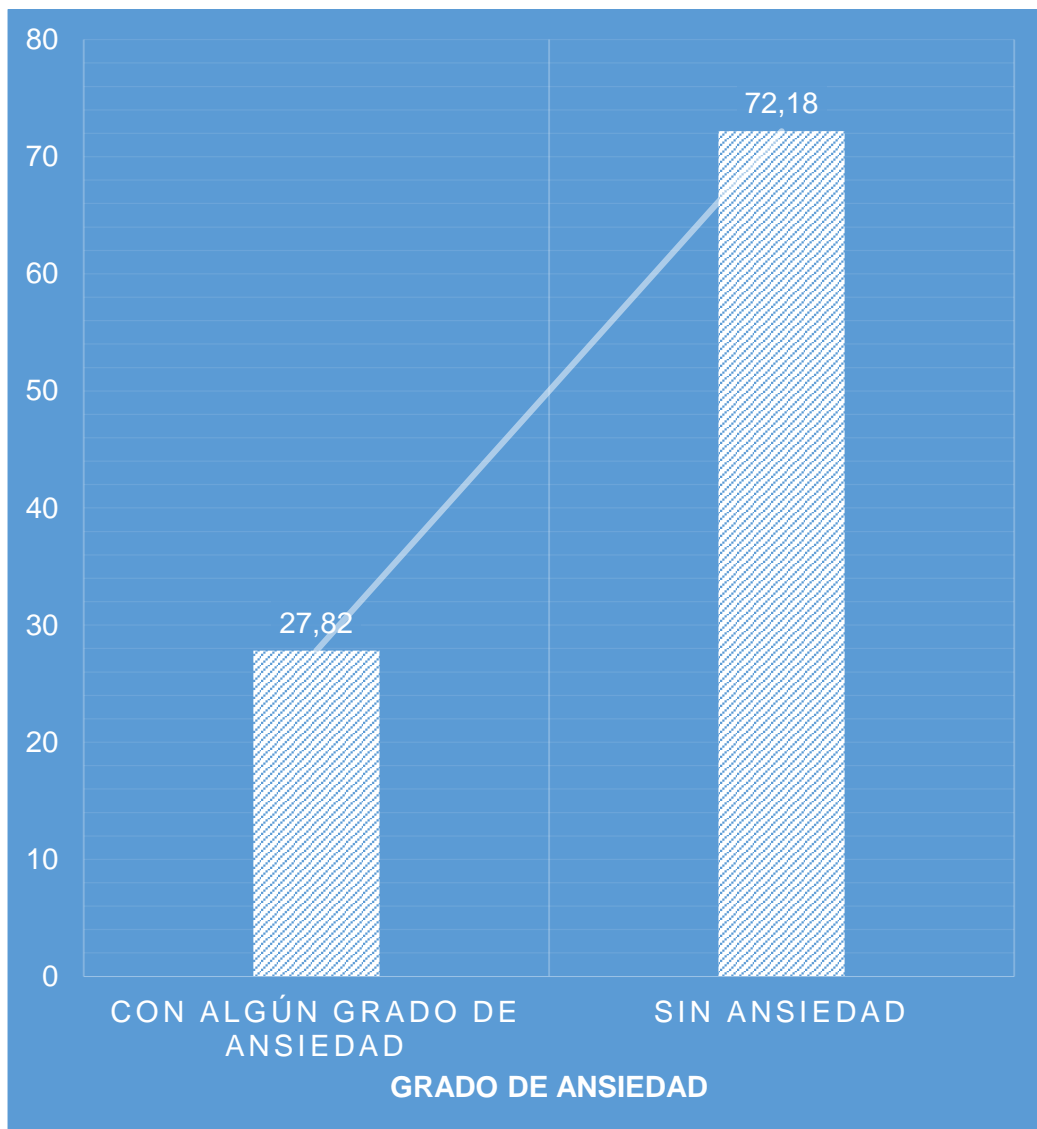
ANSIEDAD	Frecuencia(n)	Porcentaje (%)
Con algún grado de ansiedad	69	27,82
Sin ansiedad	179	72,18
Total	248	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

Se observa en esta tabla N° 04, que los estudiantes encuestados no presentan ansiedad en un 72,18% a comparación de los estudiantes que presentan con algún grado de ansiedad que representa un 27,82% de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna.

GRÁFICO N°04

**DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL
GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA-2018.**



Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

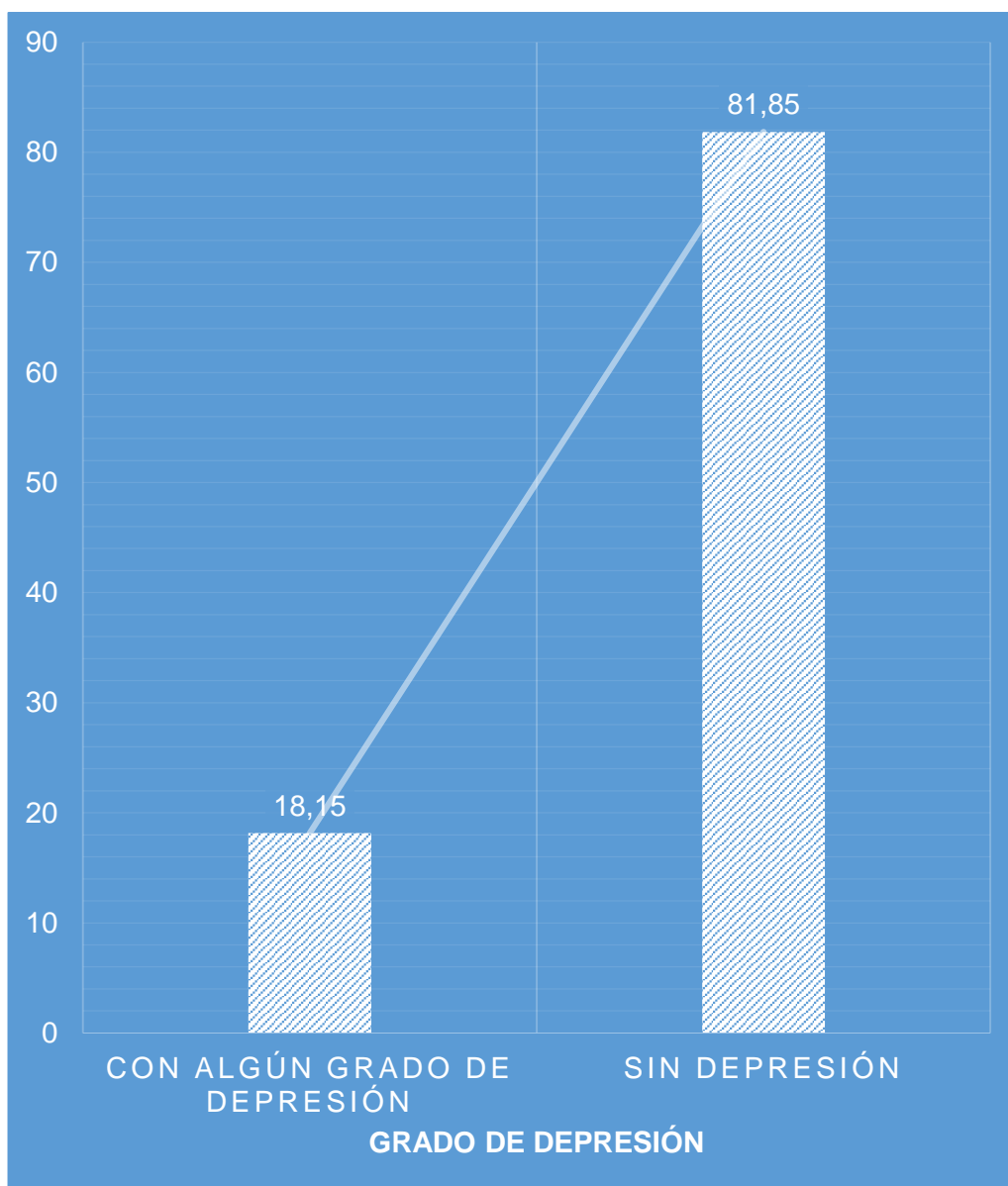
TABLA N°05
DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL
GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA- 2018.

DEPRESIÓN	Frecuencia(n)	Porcentaje (%)
Con algún grado de Depresión	45	18,15
Sin Depresión	203	81,85
Total	248	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

Se observa en esta tabla N° 05, que los estudiantes encuestados no presentan depresión en un 81,85% a comparación de los estudiantes que presentan con algún grado de depresión que representa un 18,15% de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna.

GRÁFICO Nº05
DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL
GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA- 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

TABLA N°06
DISTRIBUCIÓN POR DINÁMICA FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL
GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA- 2018.

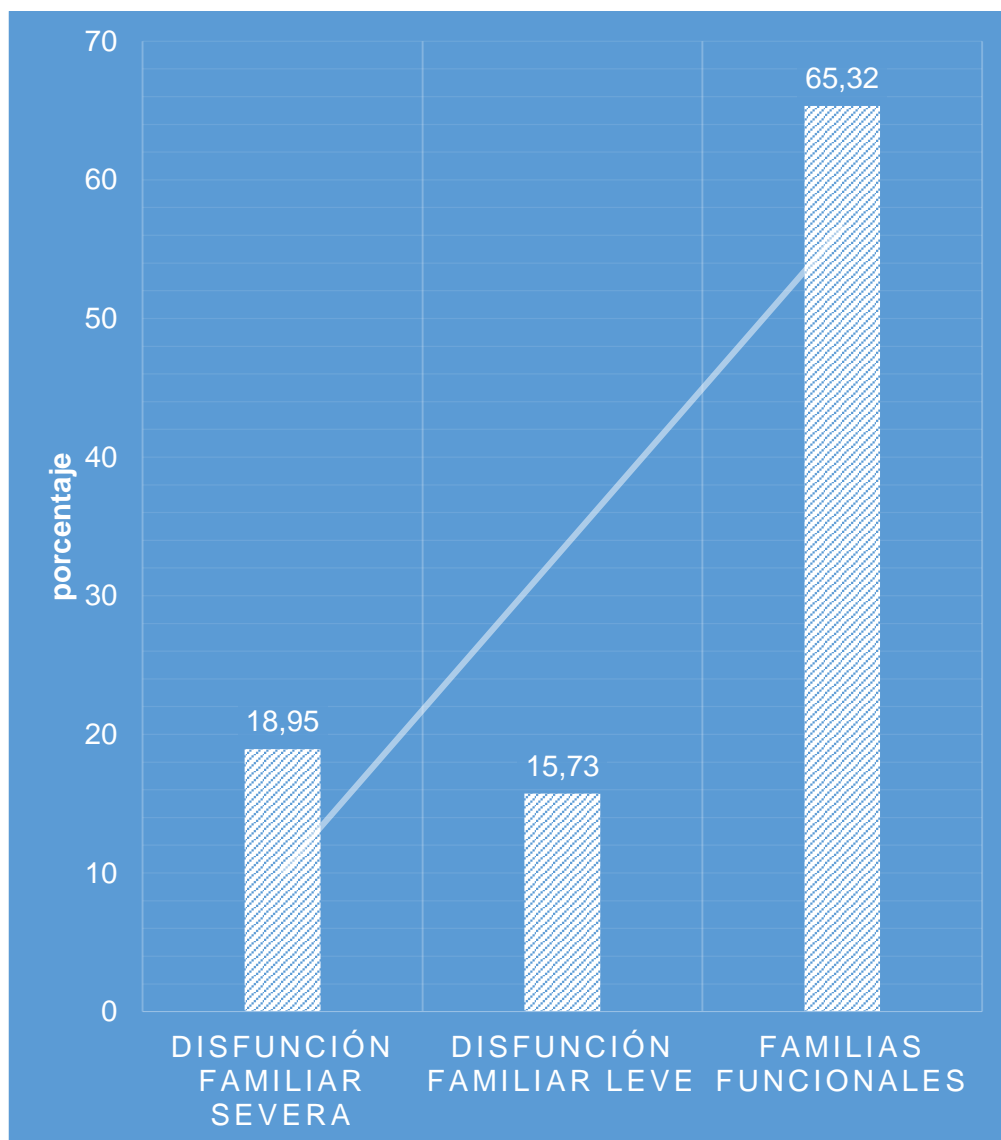
DINÁMICA FAMILIAR	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Disfunción familiar severa	47	18,95
Disfunción familiar leve	39	15,73
Familias funcionales	162	65,32
Total	248	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

Se observa en la tabla N° 06, que los estudiantes encuestados presentan familias funcionales en un 65,32%, siendo el 18,95% que presentan disfunción familiar severa y solo el 15,73% presentan disfunción familiar leve en los estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna.

GRÁFICO N°06

DISTRIBUCIÓN POR DINÁMICA FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA- 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

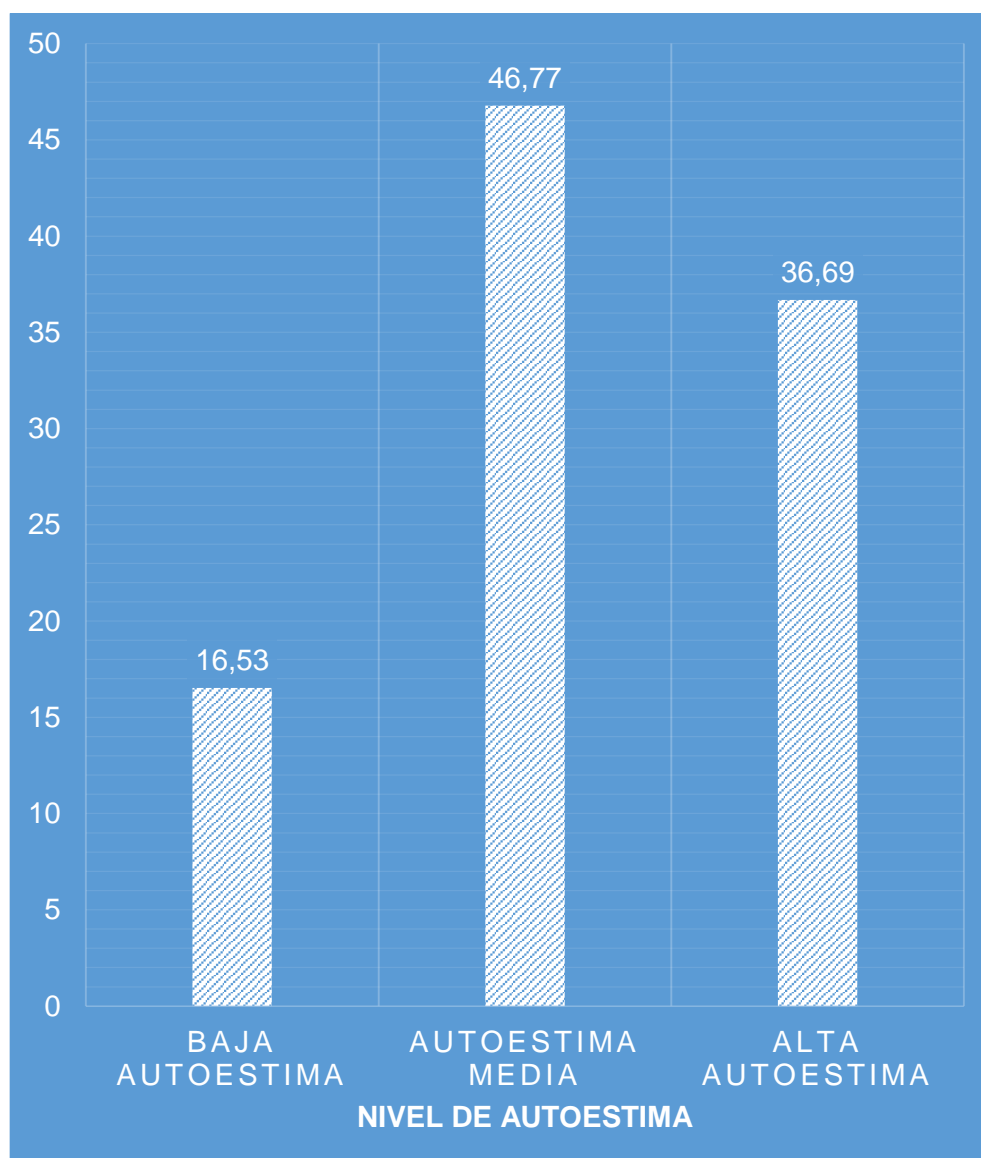
TABLA N°07
DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL
GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA- 2018.

AUTOESTIMA	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Baja autoestima	41	16,53
Autoestima media	116	46,77
Alta autoestima	91	36,69
Total	248	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

Se observa en la tabla N° 07, que los estudiantes encuestados del predomina la autoestima media con un 46,77% y solo el 36,69% presentan autoestima alta y el resto de estudiantes encuestados presentan baja autoestima con un 16,53% en la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna.

GRÁFICO N°07
DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL
GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA-2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

TABLA N°08
DISTRIBUCIÓN POR IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL
GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA- 2018.

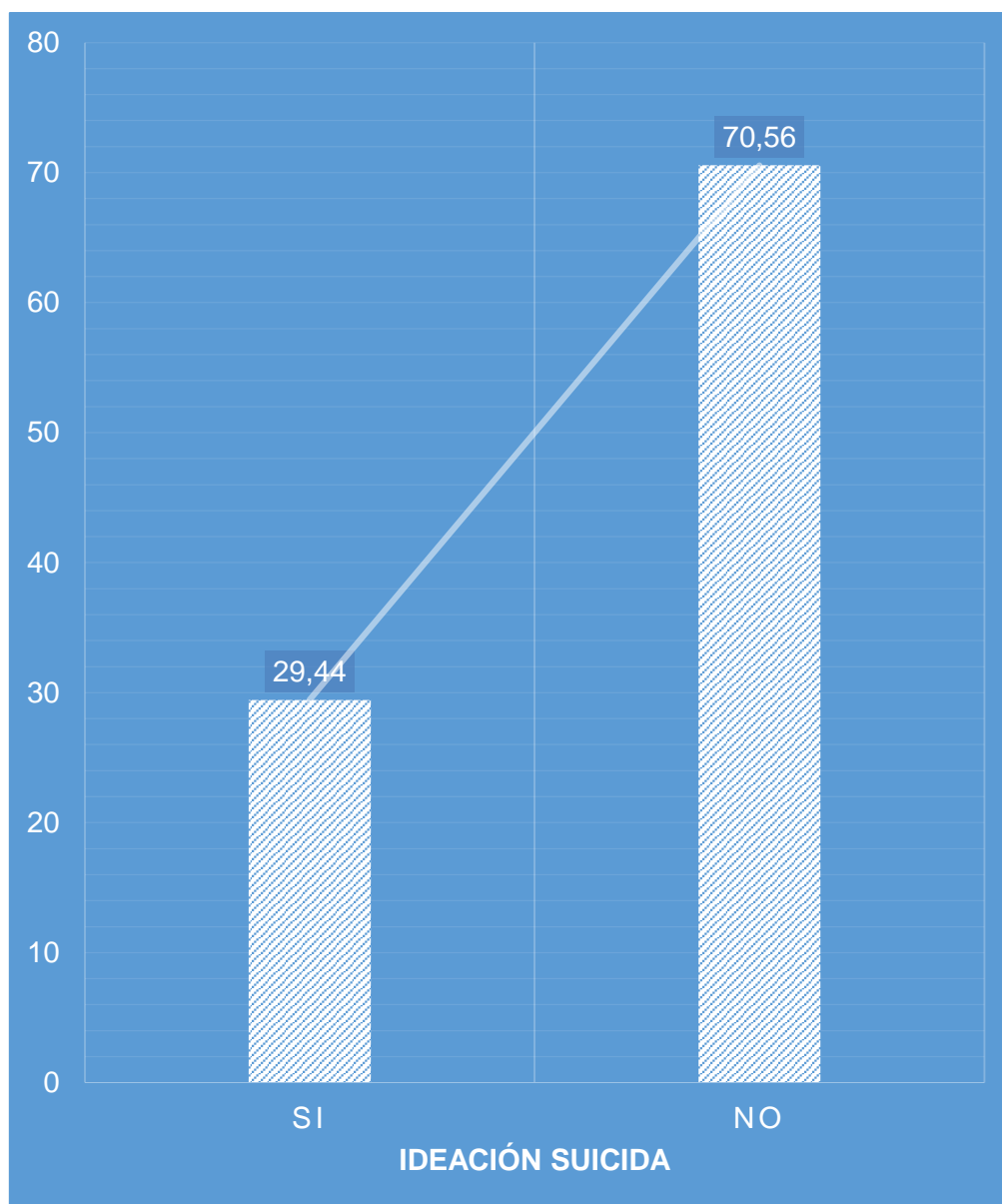
IDEACIÓN SUICIDA	Frecuencia(n)	Porcentaje (%)
Si	73	29,44
No	175	70,56
Total	248	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

Se observa en la tabla N° 08, que los estudiantes encuestados no presentan ideación suicida que corresponde al 70,56% y solo el 29,44% lo han presentado, en la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna.

GRAFICO Nº 08

**DISTRIBUCIÓN POR IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL
GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA- 2018.**



Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

TABLA N° 09

DISTRIBUCIÓN POR GRADO Y EDAD ASOCIADO A IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA-2018.

	IDEACIÓN SUICIDA				TOTAL		Valor p
	Si		No		Si		
	n	%	n	%	n	%	
GRADO							
Primer Grado	10	13,70	42	24,00	52	20,97	0,251
Segundo Grado	15	20,55	43	24,57	58	23,39	
Tercer Grado	17	23,29	27	15,43	44	17,74	
Cuarto Grado	14	19,18	30	17,14	44	17,74	
Quinto Grado	17	23,29	33	18,86	50	20,16	
EDAD							
12	5	6,85	22	12,57	27	10,89	0,143
13	10	13,70	42	24,00	52	20,97	
14	21	28,77	34	19,43	55	22,18	
15	22	30,14	39	22,29	61	24,60	
16	11	15,07	23	13,14	34	13,71	
17	4	5,48	15	8,57	19	7,66	
Total	73	100,00	175	100,00	248	100,00	

Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

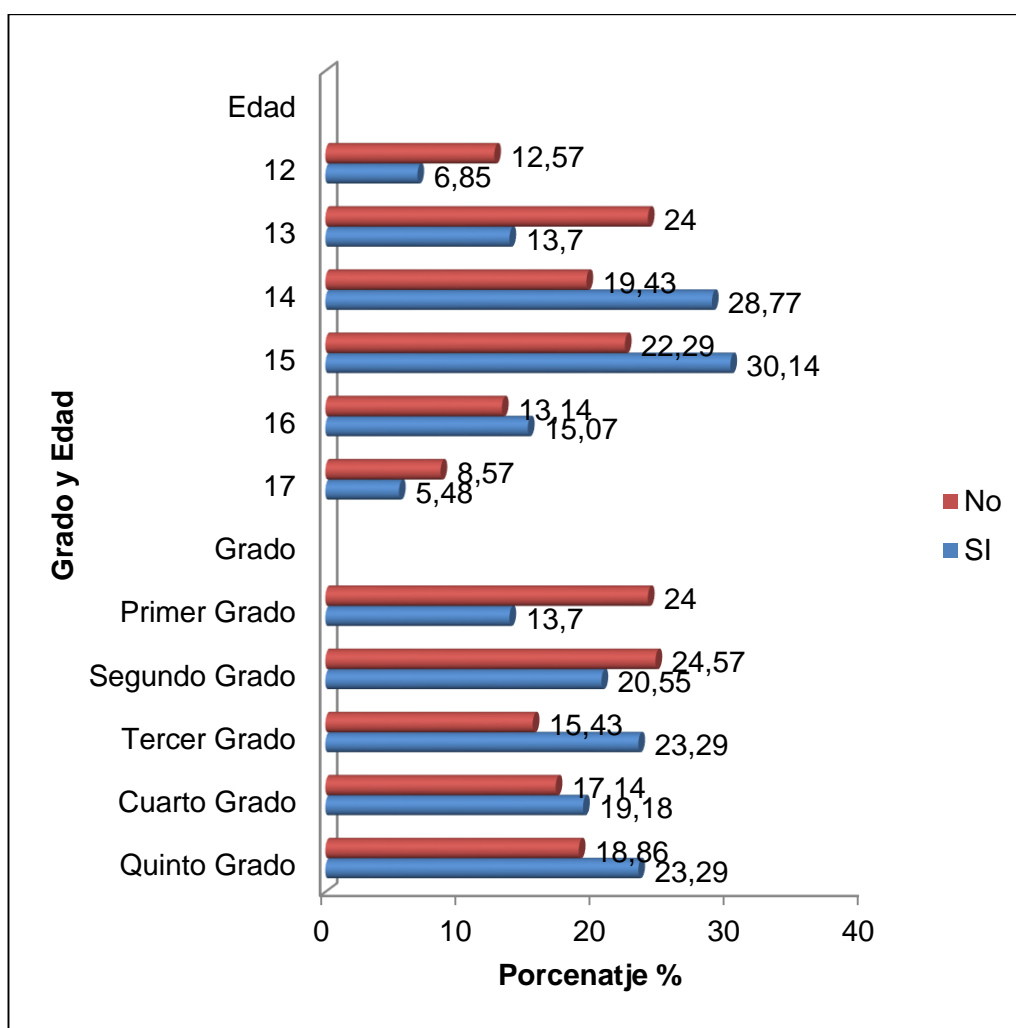
En la tabla N°09 se puede apreciar la distribución por grado y edad asociado a ideación suicida de los estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna, observando lo siguiente:

Existen 73 casos de los estudiantes con ideación suicida contra 175 estudiantes que no presentan ideación suicida. Las edad de mayor frecuencia son los 15 años que son 22 casos (30,14 %) que presentan ideación suicida, le sigue los 14 años de edad con 21 casos (28,77 %), seguido de los 16 años con 11 casos (15,07%), y 13 años con 10 casos (13,70%), siendo las edades con menor frecuencia las de 12 años con 5 casos (6,85%) y de 17 años con 4 casos (5,48%).

En el análisis por grado de estudios: el grado de mayor frecuencia que presentan ideación suicida corresponde a tercer y quinto grado ambos con 17 casos (23,29 %) seguido de segundo grado con 15 casos (20,55 %), cuarto grado con 14 casos (19,18 %), siendo primer grado con menor número de casos 10 (13,70%) que presentan ideación suicida los estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna.

GRAFICO Nº 09

DISTRIBUCIÓN POR GRADO Y EDAD ASOCIADO A IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA-2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

TABLA N°10

FACTORES INTERVINIENTES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA

EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA DEL

NIVEL SECUNDARIO CRNL. GREGORIO ALBARRACÍN

DE TACNA-2018

FACTORES INTERVINIENTES	IDEACIÓN SUICIDA						Valor p
	Si		No		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Intento suicida previo							
Si	10	13,70	0	0,00	10	4,03	<0,001
No	63	86,30	175	100,00	238	95,97	
Vive junto a sus padres							
Si	62	84,93	153	87,43	215	86,69	0,060
No	11	15,07	22	12,57	33	13,31	
Maltrato físico psicológico							
Si	33	45,21	58	33,14	91	36,69	0,072
No	40	54,79	117	66,86	157	63,31	
Uso de sustancias psicoactivas							
Si	8	10,96	10	5,71	18	7,26	0,147
No	65	89,04	165	94,29	230	92,74	
Uso de medicamentos para dormir							
Si	6	8,22	10	5,71	16	6,45	0,464
No	67	91,78	165	94,29	232	93,55	
Consumo de bebidas alcohólicas							
Si	22	30,14	40	22,86	62	25,00	0,228
No	51	69,86	135	77,14	186	75,00	
Alcoholismo familiar							
Si	2	2,74	8	4,57	10	4,03	0,504
No	71	97,26	167	95,43	238	95,97	
Acceso a sustancias tóxicas en casa							
Si	38	52,05	80	45,71	118	47,58	0,362
No	35	47,95	95	54,29	130	52,42	
Total	73	100,00	175	100,00	248	100,00	

Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

En la tabla N°10 se aprecia los factores intervinientes asociado a ideación suicida donde observamos lo siguiente:

Primero, que los estudiantes que presentan ideación suicida que no han tenido intento suicida previo representa 63 casos (86,30%), a comparación de 10 estudiantes (13,70%) que presentan intento suicida previo asociado a ideación suicida.

Segundo, la vivencia con los padres asociado a ideación suicida corresponde a 62 estudiantes (84,93%) mientras 11 estudiantes (15,07%) que no viven junto a sus padres han presentado una ideación suicida.

Tercero, los estudiantes que no presentan maltrato físico-psicológico asociado a ideación suicida representa 40 estudiantes (54,79%) de los cuales 33 estudiantes (45,21%), presentan maltrato físico-psicológico asociado a ideación suicida.

Cuarto, los estudiantes que presentan ideación suicida que no usaron sustancias psicoactivas representa 65 casos (89,04%) a comparación de 8 estudiantes (10,96%) que presentan ideación suicida hacen uso de sustancias psicoactivas.

Quinto, los estudiantes que presentan ideación suicida que no usaron medicamentos para dormir representan 67 estudiantes (91,78%), de los

cuales 6 estudiantes (8,22%) que presentan ideación suicida usaron medicamentos para dormir.

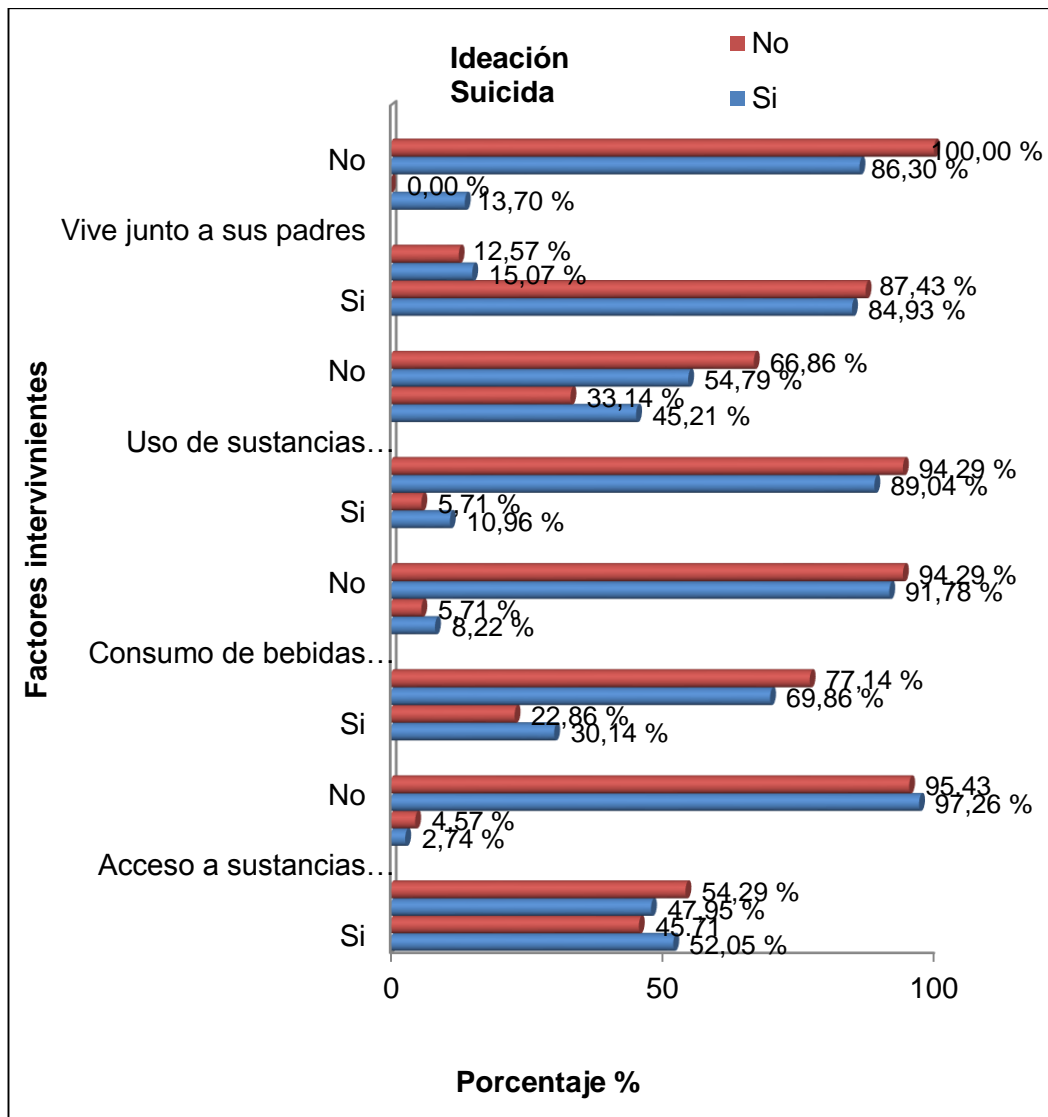
Sexto, los estudiantes que presentan ideación suicida que no consumieron bebidas alcohólicas representa 51 casos (69,86%), mientras que los estudiantes que presentan ideación suicida que consumen bebidas alcohólicas representan 22 casos (30,14%).

Séptimo, los estudiantes que presentan ideación suicida que no refieren alcoholismo familiar representan 71 casos (97,26%), mientras aquellos estudiantes que presentan ideación suicida que refieren alcoholismo familiar representan 2 casos (2,74%).

Octavo, los estudiantes que presentan ideación suicida que tienen acceso a sustancias tóxicas en casa representa 38 casos (52,05%), mientras que 35 estudiantes (47,95%) que presentan ideación suicida no tienen acceso a dichas sustancias tóxicas en casa.

GRAFICO N°10

FACTORES INTERVINIENTES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA DEL NIVEL SECUNDARIO CRNL. GREGORIO ALBARRACÍN DE TACNA-2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

TABLA N°11

**FACTORES INDEPENDIENTES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA
EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA DEL NIVEL
SECUNDARIO CRNL. GREGORIO ALBARRACÍN
DE TACNA-2018.**

FACTORES INDEPENDIENTES	IDEACIÓN SUICIDA						Valor p
	Si		No		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Ansiedad							
Con algún grado de ansiedad	15	20,55	54	30,86	69	27,82	0,099
Sin ansiedad	58	79,45	121	69,14	179	72,18	
Depresión							
Con algún grado de depresión	21	28,77	24	13,71	45	18,15	0,005
Sin depresión	52	71,23	151	86,29	203	81,85	
Dinámica familiar							
Disfunción familiar severa	16	21,92	31	17,71	47	18,95	0,384
Disfunción familiar leve	14	19,18	25	14,29	39	15,73	
Familias funcionales	43	58,90	119	68,00	162	65,32	
Autoestima							
Baja autoestima	10	13,70	31	17,71	41	16,53	0,160
Autoestima media	41	56,16	75	42,86	116	46,77	
Alta autoestima	22	30,14	69	39,43	91	36,69	
Total	73	100,0	175	100,0	248	100,00	

Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

En la tabla N° 11 se puede observar los factores independientes asociados a ideación suicida según orden:

Así tenemos primero que los estudiantes que presentan ideación suicida sin ansiedad representan 58 casos (79,45%) mientras que 15 estudiantes (20,55%) presentan ideación suicida asociado con algún grado de ansiedad.

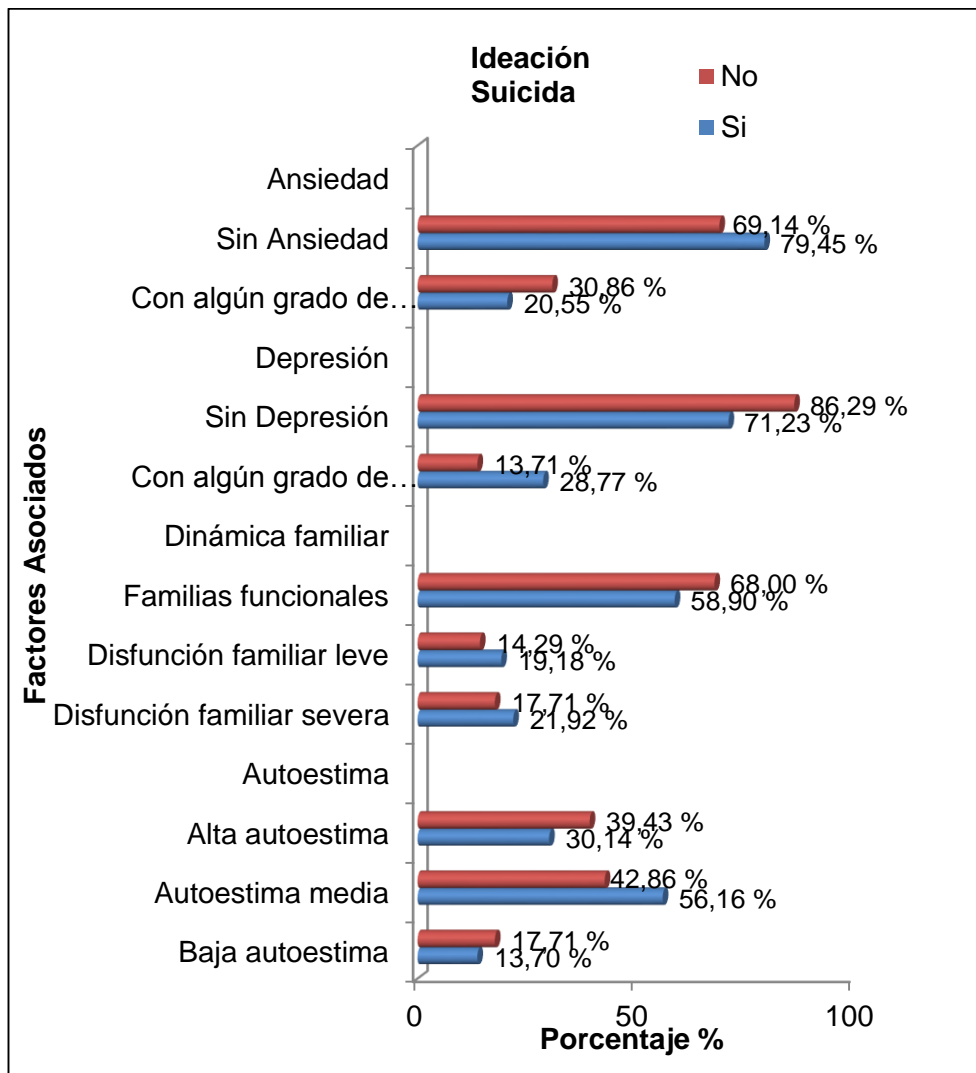
En segundo lugar los estudiantes que presentan ideación suicida que no presentan depresión representan 52 casos (71,23%), mientras que 21 estudiantes (28,77%) que presentan ideación suicida presentan algún grado de depresión.

Tercer lugar los estudiantes que presentan ideación suicida que presentan familias funcionales representa 43 casos (58,90%), seguido de disfunción familiar severa que representa 16 casos (21,92%) y 14 estudiantes (19,18%) que presentan ideación suicida asociado a disfunción familiar leve.

Finalmente los estudiantes con ideación suicida con autoestima media representan con mayor frecuencia 41 casos (56,16%) seguido de 22 estudiantes (30,14%) que presentan ideación suicida con autoestima alta y 10 estudiantes (13,70%) con ideación suicida que presentan baja autoestima.

GRAFICO N°11

**FACTORES INDEPENDIENTES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA
EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA DEL
NIVEL SECUNDARIO CRNL. GREGORIO ALBARRACÍN
DE TACNA-2018.**



Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

TABLA N°12

ANÁLISIS MULTIVARIADO (REGRESIÓN LOGÍSTICA) DE LOS

FACTORES INTERVINIENTES A IDEACIÓN SUICIDA EN

ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL

NIVEL SECUNDARIO CRNL. GREGORIO ALBARRACÍN

DE TACNA-2018.

FACTORES INTERVINIENTES	β	PRUEBA χ^2	VALOR p	RIESGO (OR)	IC 95 %
Intento suicida previo	- 22,233	,000	,999	,000	000 – 000
No vive junto a sus padres	-,129	,075	,784	,879	,349 – 2,214
Maltrato físico-psicológico	-,278	,801	,371	,758	,413 – 1,391
Uso de sustancias psicoactivas	-,464	,721	,396	,629	,215 – 1,835
Uso de medicamentos para dormir	-,240	,171	,679	,786	,252 – 2,454
Consumo de bebidas alcohólicas	-,278	,666	,414	,757	,389 – 1,476
Alcoholismo familiar	1,100	1,019	,313	3,004	,355 – 25,418
Acceso a sustancias toxicas en casa	-,362	1,459	,227	,696	,387 – 1,253

Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

En la tabla N°12 al realizar el análisis de regresión logística para los factores intervinientes, ésta muestra que el intento de suicida previo, no vive junto a sus padres, maltrato físico-psicológico, uso de sustancias psicoactivas, uso de medicamentos para dormir, consumo de bebidas alcohólicas, alcoholismo familiar, acceso a sustancias tóxicas en casa, no se asocia a ideación suicida en estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna.

TABLA N°13

**ANÁLISIS MULTIVARIADO (REGRESIÓN LOGÍSTICA) DE LOS
FACTORES INDEPENDIENTES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA
EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA DEL NIVEL
SECUNDARIO CRNL. GREGORIO ALBARRACÍN
DE TACNA-2018.**

FACTORES INDEPENDIENTES	β	PRUEBA χ^2	VALOR p	RIESGO (OR)	IC 95 %
Ansiedad	- 0,635	2,862	0,091	0,530	0,254 – 1,106
Depresión	0,846	4,376	0,036	2,329	1,055 – 5,144
Disfunción familiar severa	0,266	0,353	0,552	1,304	0,543 – 3,131
Disfunción familiar leve	0,402	0,909	0,340	1,495	0,654 – 3,419
Baja autoestima	- 0,265	0,326	0,326	0,767	0,309 – 1,904
Autoestima media	0,309	0,888	0,888	1,363	0,716 – 2,594

Fuente: Ficha de recolección de datos.2018

En la tabla N° 13 al realizar el análisis de regresión logística para los factores independientes asociados, donde la Depresión se asocia a ideación suicida con un valor $p < 0,05$ (OR 2,3291 con IC 1,055 – 5,144). Mientras que la ansiedad, disfunción familiar severa, disfunción familiar leve, baja autoestima no se asocia a ideación suicida en estudiantes de la institución educativa del nivel secundario CnI. Gregorio Albarracín de Tacna.

4.2. DISCUSIÓN

En la actualidad la ideación suicida en el estudiante es un problema que va tomando importancia en el mundo. El presente estudio es uno de los pocos en el departamento de Tacna que se ha investigado sobre ideación suicida en estudiantes. En tal sentido, el presente trabajo de investigación tiene por objetivo determinar los factores asociados que se relacionan con la ideación suicida en los estudiantes del nivel secundario de la institución educativa Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna- 2018. 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.

En los resultados obtenidos en las tablas N° 1,2 y 3, se observa que el segundo grado del nivel secundario representa el grado con mayor muestra con un 23,39%, seguido de primer y quinto grado que representan el 20,97% y 20,16% de los estudiantes encuestados. La edad de mayor frecuencia de los estudiantes encuestados es la de 15 años de edad que corresponden al 24,6%.La mayor cantidad de

estudiantes encuestados corresponde al grupo de edad entre 14 y 15 años de edad, corresponden al 46,77%, seguido por el grupo de edad de 12 a 13 años que representa el 31,85%, por último se encuentra el grupo de edad de 16 y 17 años de edad que corresponden al 21,37%. Estos resultados podrían corresponder a que los estudiantes encuestados la mayor parte de la muestra se encuentra en segundo, primero y quinto grado de secundaria donde el grupo de edad, varía desde los 12 a 17 años de edad, siendo el grupo de edad de 14 y 15 años el más frecuente, de un total de 248 estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín.

En la tabla y gráfico N° 4, se observa que el 72,18% de los estudiantes no presentan ansiedad y un 27,82% presentan algún grado de ansiedad. Difiere del estudio realizado por Fuentes M y Cols (20), menciona que los estudiantes encuestados de una muestra de 339 estudiantes el 16,6% presentan ansiedad. Estos resultados podrían explicar que la ansiedad es uno de los factores asociados más importantes a la conducta suicida dentro de los trastornos del ánimo, donde varios estudios han confirmado la correlación entre ansiedad y el intento suicidio en adolescentes varones.

En la tabla y gráfico N°5 se observa que el 81,85% de los estudiantes no presenta depresión y el 18,15% presentan algún grado de depresión. Difiere del estudio de Fuentes M y Cols (20), que en una muestra de 339 alumnos de los colegios participantes solo 10 alumnos (2,9%) presenta depresión. Difiere también del estudio de Chipana Y (10), que de una muestra de 179 escolares el 67,60% presentan depresión leve y el 13,97% de estudiantes no presenta depresión. También difiere del estudio de Iquiapaza R (13), donde se realizó una encuesta a quinto año de secundaria que se reportó que el 42,27% de casos no hubo depresión y fue leve en un 28,87%. Estos datos se podrían explicar a que la depresión es un factor asociado clave en la conducta suicida donde estudios informan que un 50% de los adolescentes sufren depresión mayor del cual un 25% hace un intento de suicidio y un 15% finalmente se suicida.

En la tabla y gráfico N° 6, se observa que el 65,32% de los estudiantes presentan familias funcionales, siendo el 18,95% que presentan disfunción familiar severa y el 15,73% presentan disfunción familiar leve. Difiere del estudio de Fuentes M y Cols (20) que en una muestra de 147 estudiantes el 31,6% tienen buena función familiar, el 33,6% disfunción familiar leve y el 11,4% disfunción familiar severa. Difiere

también del estudio de Chipana Y (10) que de una muestra de 179 escolares el 59,78% presentan disfunción familiar severa, el 14,53% disfunción familiar leve y el 10,06% buena función familiar. Así mismo difiere también del estudio de Macedo J y Cols(22) que del 100% (123 estudiantes), 43,9% (54 estudiantes) presentan disfunción familiar leve. El 27,6% (34 estudiantes) tienen familia normofuncional y el 10,6% (13 estudiantes), familia con disfunción severa. Con similar resultado al nuestro en el estudio de Iquiapaza R (13), menciona que el 57,73% los estudiantes presentan familias funcionales, el 30,93% disfunción familiar leve y 11,34% disfunción familiar severa. Estos resultados podrían explicarse que la dinámica familiar influye en el acto suicida, según Durkheim(30), destacó el papel de la familia y es el estado civil en el desencadenamiento del acto suicida, donde la desorganización familiar por diferentes causas no permite la estabilidad familiar, por lo tanto contribuye al riesgo suicida en el adolescente.

En la tabla y gráfico N° 7, se observa que el 46,77% de los estudiantes presentan autoestima media, el 36,69% presentan autoestima alta y el 16,53% presentan autoestima baja. Difiere del estudio de Chipana Y (10), donde de los 179 escolares el 75,98% tuvo nivel de autoestima medio, el 18,44% un nivel alto, y una minoría de 5,59% de nivel bajo.

Difiere también del estudio de Macedo J y Cols(22), que de los 123 estudiantes el 91,1% presentan autoestima alta y el 8,9% presentan autoestima baja. Estos datos podrían explicar que el nivel de autoestima resulta un problema común en adolescentes donde influye según las revisiones el funcionamiento familiar que juega un rol importante, muchas veces el adolescente no se siente escuchado por los miembros de su familia o viven solos o presentan parejas disfuncionales que influyen en el nivel de autoestima del adolescente. En este caso nuestros resultados indica un buen funcionamiento familiar por lo tanto el nivel de autoestima bajo como se evidencia en nuestro estudio no es predominante.

En la tabla y gráfico N° 8 se observa que el 70,56% de los estudiantes no presentan ideación suicida y el 29,44% presentan ideación suicida. Difiere del estudio de Chipana Y(10) que se obtuvo que el 67,04% presentó leve ideación suicida y 21,23% nivel moderado en los estudiantes de la institución educativa Mariscal Cáceres en una muestra de 179 estudiantes. Difiere también del estudio de Leal R (11) que resulta significativo el porcentaje de adolescentes que manifestaron que alguna vez en sus vidas experimentaron deseos de estar muerto 38,5%. Con similares resultado al nuestro en el estudio de

Iquiapaza R (13), se encontró que la ideación suicida se presenta en 20,62% en los estudiantes. Así mismo también lo resalta en el estudio de Macedo J y Cols (22), donde 123 estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria el 87,7% no presenta ideación suicida y el 12,2% presentan ideación suicida. Similar resultado se encontró en el estudio de Fuentes M(20), que realizado en 339 alumnos el 87,2 % no presentan ideación suicida, y el 12,8% si lo presentan. Esto explicaría que en general la ideación suicida en estudiantes de las instituciones educativas intervienen diversos factores que influyen en la ideación suicida siendo la población joven y adolescente de mayor riesgo, además en el Perú se realizaron estudios dentro de las instituciones de salud y otros de tipo epidemiológicos donde demuestra que el deseo de morir alguna vez en la vida representa el 16 y 24,4% de los adolescentes y el intento suicida alguna vez en la vida en un 3%, lo que demuestra que en nuestro estudio realizado hay estudiantes con riesgo suicida con porcentajes similares.

En la tabla y gráfico N°9 se puede apreciar la distribución por grado y edad asociado a ideación suicida en los estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna, observando lo siguiente:

Se observa que el 30,14 % del total de adolescentes con ideación suicida tienen 15 años de edad y el 28,77 % tienen 14 años de edad. Difiere del estudio de Fuentes M y Cols(20), menciona que el 58,5% entre 8 y 14 años, presentan ideación suicida con un promedio de 14,1 años. Difiere también del estudio de Chipana Y (10), que el 52,51% los adolescentes entre 12-14 años conformaron la mayor proporción. Así mismo difiere del estudio de Iquiapaza R(13), que el predominio de edad es de 16 años (71,13%), siendo el quinto grado de secundaria donde se obtuvo la mayor frecuencia asociado a ideación suicida. Estos resultados explicarían que la conducta suicida es frecuente en personas jóvenes y adolescentes donde el grupo de edad varía de 15 a 19 años o de 15 a 24 años, siendo esta población de mayor riesgo.

En la tabla y gráfico N°10 se aprecia los factores intervinientes asociados a ideación suicida en estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna y observamos lo siguiente:

Primero, se observa que el 13,70% de los estudiantes presentan intento suicida previo asociado a ideación suicida. Con similar resultado se

encontró en el estudio de Fuentes M y Cols (20), quien menciona que el 10,2% habían efectuado un intento suicida previo en estudiantes de 6° y 11° grado en colegios de Manizales en Colombia. Estos resultados explicarían que el intento suicido previo es un factor de riesgo significativo para llevar una ideación suicida.

Segundo, se observa que los estudiantes que viven junto con sus padres el 84,93% presentan ideación suicida, mientras los que no viven junto a sus padres el 15,07% presentan una ideación suicida. Difiere del estudio de Chipana Y (10), donde menciona que 94 adolescentes viven juntos a sus padres, el 39,66% manifestaron una leve ideación suicida, el 8,94% fueron normales y el 3,91% presentaron moderada ideación suicida. De 40 escolares con familia incompleta, el 13,41% manifestó una leve ideación suicida, el 7,82% una nivel moderado y 1,12% no presentó ideas suicidas. Sin embargo con resultado similar al nuestro, en un estudio de Leal R y Cols(11), menciona que se pudo identificar a nueve adolescentes que viven solos, en ellos se encontró que sus niveles de ideación suicida son marcadamente superiores a los del resto de adolescentes cosa evidenciada similar a nuestro trabajo. Estos datos explicarían que la no vivencia con los padres es un factor

importante asociado a ideación suicida ya que la familia es el núcleo de la estabilidad emocional del adolescente.

Tercero, se observa que los estudiantes que no presentan maltrato físico-psicológico el 54,79% presentan ideación suicida y los que presentan maltrato físico-psicológico el 45,21% presentan ideación suicida. Similar resultado en el estudio de Morales M (21), donde 180 adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la I.E Paillardelle indicaron que el 46,7% presento un nivel bajo de maltrato intrafamiliar y el 54,4% mostro mediano riesgo suicida. Estos resultados explicarían que a pesar que no se encuentran estudios sobre el abuso físico y psicológico de los menores en la etapa de adolescencia, en la etapa infantil se convierte en uno de los factores que inducen a ansiedad y depresión en este grupo por lo tanto incrementarían el riesgo a intento suicidio. El abuso sexual de menores constituiría un trastorno psicopatológico originario de depresión y causante de suicidio en los adolescentes susceptibles de enfrentar el miedo u condiciones externas o futuras, la decisión sería la de autolisis.

Cuarto, se observa que los estudiantes que no usaron sustancias psicoactivas el 89,04% presentan ideación suicida y los que si la usaron el 10,96% presentan ideación suicida. Estos datos difiere del estudio de Fuentes M y Cols(20), titulado “Tendencias de ideación suicida y factores de riesgo relacionados, en estudiantes de 6º a 11º grado en colegios de Manizales (Colombia). 2007- 2008” tiene como resultado final que un 15,3% fuman y un 8,8% consumen drogas, siendo más frecuente el consumo de sustancias psicoactivas en esta población que la nuestra por lo cual el riesgo suicida es significativo en este estudio. Esto explicaría que los estudiantes han bebido alcohol, fumado, o han consumido marihuana, etc. Pero no hace referencia el grado de consumo ni tampoco que sustancia psicoactiva consumió, siendo una pregunta en general sin especificar para todos los estudiantes, estudios acerca del uso de sustancias psicoactivas y el suicidio, se sabe que es predictor de sucesos adversos en las personas.

Quinto, se observa que los estudiantes que no usaron medicamentos para dormir el 91,78% presentan ideación suicida, y los que usaron medicamentos para dormir el 8,22% presentan ideación suicida. Esto explicaría que el uso de medicamentos en los adolescentes, sea para conciliar el sueño o medicamento de uso crónico, está presente solo en

6 estudiantes con riesgo suicida, por lo tanto no existe evidencia para afirmar que es un factor asociado en nuestro estudio. No se hace referencia en otros estudios de ésta variable, se describen que los medicamentos de uso frecuente influirían, para hacer uso de éstos para fines suicidas, pero no se ha estimado su asociación.

Sexto, se observa que los estudiantes que no consumieron bebidas alcohólicas el 69,86% presentan ideación suicida, mientras aquellos que consumen bebidas alcohólicas el 30,14% presentan ideación suicida. Difiere del estudio de Fuentes M y Cols(20), donde menciona que el 32,3% (113) de los participantes manifestó consumir alcohol, de los cuales 39,2% (47) son dependientes, mientras 27,5% (33) tiene problemas con el mismo lo cual existe un problema significativo en este estudio que comparado con el nuestro no hace diferencias del grado de consumo pero es un factor importante asociado en la ideación suicida en los estudiantes.

Séptimo, se observa que los estudiantes que no refieren alcoholismo familiar el 97,26% presentan ideación suicida, mientras aquellos que refieren alcoholismo familiar el 2,74% presentan ideación suicida. Este

resultado explicaría que el alcoholismo familiar no es un factor relevante en nuestro estudio.

Octavo, se observa que los estudiantes que tienen acceso a sustancias tóxicas en casa el 52,05% presentan ideación suicida, mientras aquellos que no tienen acceso a dichas sustancias tóxicas en casa el 47,95% presentan ideación suicida. Este resultado explicaría que los estudiantes dentro de sus hogares encuentran dichas sustancias tóxicas como: insecticidas, raticidas, lejía, etc. El acceso de a sustancias tóxicas en casa constituye un factor asociado a riesgo suicida y aumenta la misma, adolescentes que sabe o que conoce la ubicación, su acceso rápido y fácil nos debe hacer suponer que ante ideación suicida sería un factor asociado importante.

En la tabla y gráfico N° 11 se puede observar los factores independientes asociados a ideación suicida en los estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna:

Así primero tenemos que los factores como la ansiedad y depresión, los estudiantes que no presentan ansiedad el 79,45% presentan ideación suicida, mientras aquellos que tienen algún grado de ansiedad el 20,55% presentan ideación suicida. Difiere del estudio de Fuentes M y Cols(20), donde menciona que el 29,1% de los estudiantes se encontraba como caso probable de ansiedad, lo que explicaría que estos resultados se evidencia que es un factor importante al igual que nuestro estudio como factor asociado a ideación suicida.

Los estudiantes que no presentan depresión el 71,23% presentan ideación suicida, mientras aquellos que presentan algún grado de depresión el 28,77% presentan ideación suicida. Difiere del estudio de Fuentes M y Cols (20), que los estudiantes presentan depresión un 8,2% siendo un porcentaje mucho menor al nuestro que valora que la depresión en nuestro estudio tiene un valor significativo asociado a la ideación suicida, así mismo en otro estudio Chipana Y(10), en una muestra de 121 adolescentes presentan leve depresión, donde el 51,40% tiene una leve ideación suicida, luego el 9,50% una idea suicida moderada y el 6,7% no manifestó ideas suicidas y 25 escolares que no presentaron depresión, el 8,38% tiene una leve ideación suicida, el 4,47% sin ideación y 1, 12% con idea moderada, lo que explicaría en

este estudio que la depresión juega un papel importante al igual que el nuestro como un factor asociado a ideación suicida. Así mismo difiere del estudio de Iquiapaza R (13), resalta que la depresión (moderada a severa) que se presentó en 65% del grupo con ideación suicida y en un 19,48% del grupo control, ($p < 0,05$), se asocia a un riesgo 7,68 veces mayor, lo cual resalta lo dicho anteriormente. Estos datos obtenidos explicarían que la ansiedad y depresión se ubican como coadyuvantes principales para el surgimiento de la conducta suicida como se mencionó anteriormente en las revisiones bibliográficas muestran que dentro de los principales factores de riesgo se encontraban los trastornos del ánimo donde la ansiedad y depresión eran los más frecuentes asociado a conducta suicida, hecho que se evidencia en nuestro estudio.

Segundo, se observa que los estudiantes que presentan familias funcionales el 58,90% presentan ideación suicida, seguido de disfunción familiar severa que el 21,92% presentan ideación suicida y aquellos que presentan disfunción familiar leve el 19,18% presentan ideación suicida. Difere del estudio de Chipana Y (10), aquí observamos que de 107 adolescentes que presentaron una severa disfunción familiar, el 40,78% manifestaron una leve idea de intento

suicida, el 17,88% se encontró con nivel moderado y el 1,12% fueron normales. De 28 escolares con disfunción familiar moderada, el 12,29% tuvo una leve ideación suicida, el 2,23% con nivel moderado y 1,12% sin ideación, lo cual hay un incremento de disfuncionalidad familiar severa en los estudiantes en este estudio que como conclusión es una de los factores principales asociado a ideación suicida. También difiere del estudio de Macedo J y Cols(22), donde resalta que el 43,9%(54) de estudiantes de un total de 123 presentan una disfunción familiar leve de los cuales el 2,4% tienen ideación suicida y presentan disfuncionalidad familiar severa el 10,6% de los cuales 4,9% tienen ideación. Estos resultados se pueden explicar que la dinámica familiar o funcionalidad familiar juega también un rol importante en la conducta suicida sobre todo en población adolescente y joven, siendo esta población de mayor riesgo a tener conductas suicidas por falta de apoyo, comprensión, cooperación y afectividad. Por lo tanto en nuestros resultados al ver buen funcionamiento familiar significa que la ideación suicida puede estar asociado a otros factores.

Finalmente los estudiantes con autoestima media, el 56,16% presentan ideación suicida, seguido de autoestima media que, el 30,14% presentan ideación suicida y los que tienen baja autoestima, el 13,70%

presentan ideación suicida. Similar resultado se observa en el estudio de Chipana Y (10), donde 136 escolares con nivel medio de autoestima, el 53,07% manifestaron una leve ideación suicida y 3,35% no tuvieron, y de 10 adolescentes con bajo nivel de autoestima, el 3,35% tuvieron una leve ideación suicida y el 0,56% no. Difiere del estudio de Macedo J y Cols(22), donde el 100% (123 estudiantes), el 91,1% (112 estudiantes) presentan autoestima alta, de los cuales el 82,9% (102 estudiantes) no tienen ideación suicida y el 8,1% (10 estudiantes), si tienen ideación suicida; el 8,9% (11 estudiantes) presentan autoestima baja, de los cuales el 4,9% (6 estudiantes) no tienen ideación suicida y el 4,1% (5 estudiantes) si tienen ideación suicida, que comparado con nuestros resultados hay una diferencia en lo que se refiere al nivel de autoestima. Estos datos obtenidos explicaría que la autoestima influye en el comportamiento de la conducta suicida. La baja autoestima en los adolescentes debe ser un hecho de preocupación en las instituciones educativas de nuestra localidad; generar motivación pensamiento sistémico, crear ideales en los adolescentes. Se puede hacer referencia a los trastornos de conducta que se asocian autoestima baja, algunos trastornos de personalidad o conductas antisociales.

En la tabla N°12 y 13 al realizar el análisis de regresión logística para los factores intervinientes e independientes asociados a ideación suicida en estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna, ésta muestra que el intento de suicida previo, no vive junto a sus padres, maltrato físico-psicológico, uso de sustancias psicoactivas, uso de medicamentos para dormir, consumo de bebidas alcohólicas, alcoholismo familiar, acceso a sustancias toxicas en casa, no se asocia a, ideación suicida. Difiere del estudio de Fuentes M (20), en su estudio demostró que el intento suicida, fumar y consumir sustancias psicoactivas aumentan el riesgo suicida. Difiere también de otro estudio de Morales M (21), llevado en estudiantes de cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle de Tacna comprueba una relación estadística con el maltrato familiar asociado a ideación suicida según la prueba de Pearson. Todo estos resultados a comparación con nuestro estudio solo el intento suicido previo ($p < 0,001$) tiene significancia estadística como factor único asociado, esto resultado explicaría que un intento suicido previo tiene un mayor riesgo una conducta suicida a futuro, pero en un análisis multivariado con los demás factores intervinientes no tiene significancia ($p > 0,05$).

En el análisis de regresión logística para los factores independientes asociados a ideación suicida, la depresión se asocia a ideación suicida con un valor $p < 0,05$ (OR 2,3291 con IC 1,055 – 5,144). Mientras que la ansiedad, disfunción familiar severa, disfunción familiar leve, baja autoestima no se asocia a ideación suicida. Similar al resultado en el estudio de Tuesca R y Cols(19), menciona que los trastornos del comportamiento asociado a los casos fue la ansiedad (OR= 7,33; $p < 0,01$) y depresión (OR=18,16; $p < 0,01$). Como conclusión en este estudio se determina que la ansiedad y la depresión son factores de riesgo a la conducta suicida. Similar al estudio de Chipana Y (10), se concluye que existe asociación significativa entre la ideación suicida con los factores de riesgo personal: autoestima y depresión, así mismo en un estudio realizado por Iquiapaza R(13), su estudio llevado a cabo en grupo de adolescentes de la I.E Romeo Luna en Arequipa se concluye que se asocia estadísticamente a la depresión y desesperanza como factor asociado a ideación suicida. Difiere de nuestro estudio el de Fuentes M y Cols (20), en su estudio en estudiantes de sexto y décimo primer grado se concluyó que una disfunción familiar severa aumenta el riesgo de ideación suicida que comparado con nuestro estudio no es significativo. Difiere también del estudio de Macedo J y Cols (22), en estudiantes de cuarto y quinto de

secundaria de la I.E Generalísimo José de San Martín Puchana en Iquitos, las conclusiones fueron una relación estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y autoestima a ideación suicida. Estos resultados explicarían que todos estos estudios muestran estadísticamente a la depresión como el principal factor determinante en la ideación suicida, como se evidencia en nuestro estudio. Concluyendo que la depresión dentro de los trastornos afectivos aumenta de forma significativa las probabilidades de presentar ideación suicida, plan suicida e intento suicida.

CONCLUSIONES

1. La ideación suicida en los estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna en el año 2018 corresponde a un 29,44 %.
2. Las edades más frecuentes asociado a ideación suicida en los estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna en el año 2018, fue entre los 14 y 15 años representando el 28,77% y 30,14%.
3. Dentro de los factores intervinientes asociado a la ideación suicida: no vive junto a sus padres, maltrato físico-psicológico, uso de sustancias psicoactivas, uso de medicamentos para dormir, consumo de bebidas alcohólicas, alcoholismo familiar, acceso a sustancias tóxicas en casa, no se asocia a ideación suicida. Por lo tanto los factores intervinientes no se asocian a ideación suicida. (Valor $p > 0,05$).

4. Dentro de los factores asociados a ideación suicida: la ansiedad, disfunción familiar severa, disfunción familiar leve, baja Autoestima no se asocia a ideación suicida. (Valor $p > 0,05$).

5. Existe asociación estadística con la depresión como factor asociado a ideación suicida en estudiantes de la institución educativa del nivel secundario Crnl. Gregorio Albarracín de Tacna, por lo que se aprueba la hipótesis general.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere fortalecer las relaciones intrafamiliares del estudiante, ya que la familia constituye un elemento protector contra la conducta suicida. Con un enfoque de salud mental familiar, se debe brindar apoyo emocional y social, así como una buena comunicación, mejorando las habilidades con información y herramientas necesarias para que los estudiantes puedan enfrentar situaciones adversas, estableciendo reglas y límites para detectar conductas problemáticas oportunas con el fin de evitar intenciones o eventos de suicidio.
- Se recomienda a la gestión administrativa de la institución educativa Crnl Gregorio Albarracín, contar con un servicio especial en psicología dentro de la institución educativa para que imparta un programa de intervención, dado que el colegio es un ambiente donde se define el desarrollo de la personalidad, cognitivo y emocional de los niños. Por tal motivo, los maestros también deben ser capacitados para reconocer cuando un niño o adolescente está en riesgo de cometer una conducta suicida y canalizar al servicio especial en psicología de la institución educativa para su atención personalizada, donde el profesional de salud a través de las escuelas saludables, sensibilice al personal

docente y a la familia, para que estos sean agentes promotores de salud y prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro Díaz S, Gómez Restrepo C, Gil F, Uribe Restrepo M. Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2013 diciembre; 42(1).
2. Pacheco Bernardo, Peralta Paula. La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. Rev ciencias medicas. 2015 enero; 1(40).
3. Flores Rosado C. ideación suicida y alexitimia en alumnos de quinto de secundario de las instituciones educativas de Viñani, Tacna 2016. [Tesis doctoral]. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2016.
4. Quenta Condori L. Bullying escolar e ideación suicida en los estudiantes del tercer año de secundaria de instituciones educativas públicas, Tacna, 2015. [Tesis Doctoral]. Tacna: Universidad Peruana Unión; 2015.

5. Hidrobo Chaparro Y. Estado de la investigación sobre el riesgo suicida en adolescentes y jóvenes latinoamericanos, en los últimos diez años.[Tesis Doctoral].Bogotá: Universidad Nacional Abierta y a Distancia;2015.
6. Santiago Prado A. Ideación suicida y clima social familiar en estudiantes de una institución educativa estatal de Chiclayo en el 2011. [Tesis Doctoral].Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mocache;2012.
7. Pescador Varón LK, Jiménez Jiménez WA. Factores de riesgo de la ideación suicida en adolescentes de media vocacional de dos Instituciones Educativas de la localidad de Fontibón. Un análisis desde la Psicología Forense.2015;1(2): 103 – 125.
8. Ríos Pinto JE. Funcionamiento familiar y riesgo suicida en estudiantes que acuden a clínica universitaria en la ciudad de Huancayo.[Tesis Doctoral].Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2014.

9. Ideación suicida: Factores asociados a su presentación en escolares adolescentes de Lima Metropolitana, 2007. URL disponible en: “http://www.spaj.org.pe/wp-content/uploads/2016/05/2Ganador_Primer_Premio_2008.pdf”.
10. Chipana Noa YM. Factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres, Tacna – 2011. [Tesis Doctoral]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2011.
11. Leal Zavala RA, Vasquez Rodríguez LE. Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos prevalencia y factores asociados. [Tesis Doctoral]. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2012.
12. Bazán López JL, Olórtegui Malaver VM, Vargas-Murga HB, Huayanay Falconí L. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. Rev Neuropsiquiatr. 2016; 79(1):3-15.

13. Iquiapaza Fuentes RS. Ideación suicida y su relación con algunos aspectos psicológicos y familiares en un grupo de adolescentes escolarizados de la I.E. Romeo Luna Victoria del distrito de Cerro Colorado – Arequipa, Junio 2013. [Tesis Doctoral].Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2013.
14. Huarsocca Lobon Y, Condori Chambi OA. Factores asociados al suicidio en adolescentes, jóvenes y adultos en la ciudad de Juliaca – 2014. [Tesis Doctoral].Juliaca: Universidad Nacional del Altiplano; 2014.
15. Príncipe Vejarano, C. Salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote. [Tesis Doctoral].Chimbote: Universidad Cesar Vallejo; 2016.
16. Gedeon Barros Dos Santos H, Reschetti Marcon S, Martínez Espinos M, Nunes Baptista M, Cabral de Paulo PM. Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25:e2878.Disponible en: “http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2878.pdf”.

17. Ceballos Ospino GA, Suarez Colorado Y, Suescún Arregocés J, Gamarra Vega LM, González KE, Sotelo Manjarres AP. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. Revista Duazary.2015; 12(1):15-22. Disponible en: “<http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1394/795>”.
18. Urtecho García AK. Disfuncionalidad familiar relacionado a ideación suicida en los adolescentes. [Tesis Doctoral].Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
19. Tuesca Molina R,Navarro Lechuga E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. Salud Uninorte[Internet]. 2003; 1(17):19-28. Disponible en: “<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81701703>”.
20. Fuentes Lerech MM,González Arias AF,Castaño Castrillón JJ; Hurtado Arias CF, Ocampo Campoalegre PA, Páez Cala ML. et al. Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en

colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). 2007-2008. Archivos de Medicina (Col)[Internet]. 2009[2 - Diciembre de 2009];9(2):110-122.Disponible en: “<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273820455004>”.

21. Morales Gallegos ME. Maltrato intrafamiliar relacionado al riesgo de suicidio en los adolescentes de 4° y 5° año de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle Tacna 2014.[Tesis Doctoral].Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2014.

22. Macedo Long JM,Rimachi López MV.Funcionalidad familiar y autoestima relacionado con la ideación suicida en estudiantes del cuarto y quinto de secundaria de la Institución Educativa Generalísimo José de San Martín Punchana 2016.[Tesis Doctoral].Iquitos: Universidad Privada De La Selva Peruana;2016.

23. Guevara Pérez M, Severino Marchena A. Resiliencia y riesgo suicida en adolescentes de un centro juvenil, diagnóstico y rehabilitación.

Pimentel. 2016. [Tesis Doctoral].Chiclayo: Universidad Privada Juan Mejía Baca; 2016.

24. González JE, Camejo ZV. Ideación suicida, diagnóstico psiquiátrico y factores de riesgo suicida en pacientes adolescentes con conducta suicida. Alcmeon[Internet].2014[citado 23 de Nov 2014];19(1):62-78.Disponible en: “https://www.alcmeon.com.ar/19/09_suicidioadolesc_gonzalez.pdf”.

25. Ayuso Mateos JL, Saiz Ruiz J, Morant C, Baca García E, Miret M,Nuevo R. Estudio de la conducta suicida en la comunidad de Madrid.Madrid:SaludMadrid;2010.

26. Varengo J. Ideación Suicida en Adolescentes. [Tesis Doctoral].Córdoba: Universidad Siglo 21; 2016.

27. Ros S, Arranz FJ. Conducta suicida. En: Vallejo Ruiloba Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 8ª ed. España: Elsevier; 2015. p. 173-198.
28. Gutiérrez García AG, Contreras, CM, Orozco Rodríguez RC. El suicidio, conceptos actuales. Salud Mental [Internet]. 2006 [Citado Sep.-Oct 2006]; 29(5):66-74. Disponible en: "<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229510>".
29. Mejía Luchinger M, Sanhueza Ojeda P, González Hernández J. Factores de riesgo y contexto del suicidio. Memoriza. 2011; 8:15-25.
30. Sanchis Cordellat F, Domènech Llaberia E. Ideación y conducta suicida en los jóvenes. Revista de psicoterapia. 2010; 21(84):5-24.
31. Vargas HB, Saavedra JE. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Rev Neuropsiquiatr. 2012; 75(1):19-28.

ANEXOS

ANEXO 01

Nro de Ficha: _____

FICHA DE LLENADO DEL ADOLESCENTE

Estimado participante a continuación verás cinco cuestionarios que deseamos que respondas con total sinceridad; el presente se trata con la finalidad de identificar aspectos que en la vida nos es difícil de expresar, basta que una no concuerde con la realidad sería complejo determinar algunos aspectos de gran importancia para su salud.

Si hay alguna pregunta que no se entienda inmediatamente levanta la mano y acudiremos en orden para poder ser aclarada.

ESTO ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL, INDIVIDUAL Y ANÓNIMO

Bueno expresando mi más afectuoso agradecimiento, te invito a leer detenidamente las preguntas.

Fecha _____ / _____ / _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA _____

PROCEDENCIA INSTITUCIONAL: ESTATAL _____ PARTICULAR _____

GRADO DE ESTUDIOS _____

TURNO: MAÑANA _____ TARDE _____

EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS _____

SEXO/GENERO: MASCULINO _____ FEMENINO _____

¿Tuvo alguna vez algún intento de quitarse la vida o llamar la atención físicamente? SI___NO___

¿Actualmente vive junto a sus padres? SI_____NO_____

¿Alguna vez ha sido maltratado físicamente, psicológicamente o abusado sexualmente? SI__NO__

¿Actualmente usa alguna sustancia psicoactiva, marihuana, éxtasis, u otro? Si___ NO___ y para dormir algún medicamento? SI___ Cual?_____NO_____

¿Bebe con frecuencia bebidas alcohólicas? SI_____NO_____

¿En casa algún familiar “bebe demasiado” alcohol? SI___NO___

¿Encuentras con facilidad alguna sustancia tóxica (Lejía, insecticidas, raticidas, etc) en casa? SI_____NO_____

ANEXO 02

RIESGO SUICIDA DE *PLUTCHIK*

Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho.

Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un “SI” o “NO”.

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

ANEXO 03

ESCALA DE ANSIEDAD DEPRESIÓN DE GOLDBERG

SUBESCALA DE ANSIEDAD	SI	NO
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable últimamente?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea ? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse		
SUBESCALA DE DEPRESIÓN		
1.- ¿Se ha sentido con poca energía?		
2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		

6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
ANSIEDAD:		
DEPRESIÓN:		

ANEXO 04

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

- DE 30 a 40 puntos: autoestima elevada (3)
- DE 26 a 29 puntos: autoestima media (2)
- Menos de 25 puntos: autoestima baja (1)

Las preguntas 1,3,4,7,10 se calificaran del 4 al 1

Las preguntas 2,5,6,8,9 se calificaran del 1 al 4

El cuestionario tiene 10 preguntas. Por favor, contéstelas todas. Principio del formulario

		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	En general, estoy satisfecho conmigo mismo.				
2	A veces pienso que no soy bueno en nada.				
3	Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.				
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
5	Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.				
6	A veces me siento realmente inútil.				
7	Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.				
8	Ojalá me respetara más a mí mismo.				
9	En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.				
10	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				

ANEXO 05

DINAMICA FAMILIAR

(Según Smilkstein)

Nunca = 0 A veces =1 Siempre =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?	()	()	()

Nunca = cero pts A veces = un punto Siempre = dos puntos

