

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA
EN ADOLESCENTES DE LA I.E. MARISCAL
CÁCERES, TACNA - 2011”**

TESIS

Presentada por:

Bach. Yeny Maribel Chipana Noa

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2011

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN
ADOLESCENTES DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES,
TACNA - 2011”**

TESIS

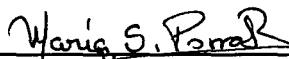
Presentada por:

BACH. YENY MARIBEL CHIPANA NOA

Para Optar el Título Profesional de:

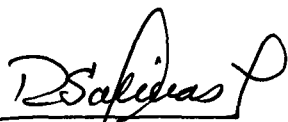
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Aprobada por Unanimidad : Ante el Siguiete Jurado



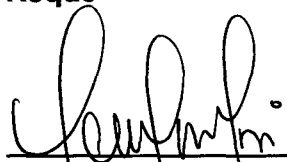
Mgr. Maria S. Porras Roque

PRESIDENTA




Mgr. Ruth Salinas Lunario

JURADO



Lic. Wender Condori Chipana

JURADO



Mgr. Eloína Tejada Monroy

ASESOR

*Aquellos que decidieron partir de este mundo,
Porque no contaron con una mano que los retuviera,
Tal vez cansados de esperar lo incierto,
O porque supusieron que volverían.*

*Aquellos que se fueron
Sin ver las lágrimas y a una mano diciendo adiós
Y solo dejaron en la espalda
Las huellas dolorosas del amor*

*A mis colegas
Para que recuerden que la atención
Y cuidado de enfermería
A la par que es un deber, es también un privilegio.*

AGRADECIMIENTOS

- * A Dios, por la vida, por haberme dado fuerza, valor y sabiduría para terminar esta etapa importante en mi vida, y la posibilidad tan maravillosa de usar lo aprendido en beneficio de otros.
- * A mis padres Martha y Humberto, que confiaron en mí y me apoyaron siempre, por su aliento a estudiar enfermería, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.
- * A mi hermano Deybis, por su granito de arena para el desarrollo de este trabajo y por inculcarme el valor de la puntualidad.
- * A la Lic. Jenny Mendoza Rosado y la Mgr. Eloína Tejada Monroy, por su apoyo en la realización del presente trabajo.
- * Al Dr. Rafael Azócar Prado y al Lic. Isaac Humpiri, por su gran apoyo y aporte de conocimientos en la realización del presente estudio.
- * Al Lic. Javier Villanueva, por el asesoramiento continuo a lo largo del presente estudio.
- * A mis compañeras (os) que de una u otra forma cooperaron con la aplicación de los instrumentos e hicieron realidad este trabajo.
- * A los estudiantes que colaboraron con el estudio, por aceptar desinteresadamente su participación en la aplicación del instrumento.

Este trabajo no hubiese podido ver la luz sin la ayuda de ellos y de muchas personas más que decidieron confiar en que esta idea de investigación podría ser un aporte para un mejor futuro y a quienes por olvido (mas no por falta de gratitud) he omitido.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	01
 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Fundamentos y Formulación del Problema	03
1.2. Objetivos.....	09
1.3. Justificación	10
1.4. Formulación de la Hipótesis	12
1.5. Operacionalización de Variables	13
 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la Investigación	18
2.2. Bases Teóricas.....	27
2.3. Definición Conceptual de Términos.....	88
 CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Material y Métodos	92
3.2. Población y Muestra	92

3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	93
3.4. Procedimientos de Recolección de Datos	94
3.5. Procesamiento de Datos	95

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados.....	97
4.2. Discusión	136

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS

ANEXOS

RESUMEN

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 X^2 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%, 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. 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: Funcionamiento y estructura familiar; factores escolares: Integración escolar y victimización escolar y las características demográficas.

ABSTRACT

This study aims to determine the risk factors associated with suicidal ideation in adolescents in the IE Mariscal Caceres, Tacna 2011. It raised a cross-sectional study and correlation with probability sample of 179 schoolchildren who were surveyed structured self-administered, separated into 5 sections: general data, test of suicidal thoughts, personal, family and school, used for the analysis data, descriptive statistics and Spearman's Rho or X2 accordingly. It was found that the 67.04% presented mild suicidal ideation, the 75.98% level of self-esteem was half the level of mild depression was 67.6%, risk eating behavior was 84.36% without altering the severe family dysfunction (59.78%), 52.51% belong to the nuclear family, good school integration (52.51%) and 56.42% had low levels of school victimization. It is concluded that significant association between suicidal ideation with personal risk factors: Self-esteem, depression and eating disorders, family risk factors: Functioning and family structure; school factors: school integration and school victimization and demographic characteristics.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se estudio los factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres del Distrito de Ciudad Nueva - Tacna.

El interés de este trabajo radica en el hecho de que en la literatura sobre el tema existen muy pocas investigaciones en las que se hayan analizado la asociación conjunta de diversos factores personales, familiares, escolares y demográficos; y los pocos que existen han analizado sólo algunos de los factores considerados de riesgo.

La adolescencia es la población más propensa a intentar suicidarse debido a características propias de su desarrollo, es decir, son personas que frecuentemente tienen conflictos en sus relaciones interpersonales y actúan en forma impulsiva cuando enfrentan una situación estresante.

Las investigaciones dan cuenta, que muchos de los jóvenes potencialmente suicidas tienen una pobre o ninguna relación con sus padres, así como, inadecuadas relaciones con los compañeros, ausencia total de relaciones sociales consistentes y serias dificultades escolares.

Debido a lo expresado anteriormente, se considera importante el investigar la ideación suicida al representar un factor importante para su

planeamiento suicida, y así tener una aproximación preventiva de este fenómeno en los adolescentes.

En esta perspectiva, se busca establecer si la edad, el sexo, el nivel de autoestima, la sintomatología depresiva, la conducta alimentaria de riesgo, el funcionamiento familiar, el nivel de integración escolar y victimización escolar, son factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes escolares de la I.E. Mariscal Cáceres - Tacna.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Al intentar comprender el suicidio se toma conciencia de su enorme complejidad; no es una entidad psicopatológica, tampoco una mera reacción a situaciones que generan malestar y angustia. Es un acontecimiento vital en el que están presentes componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos. En numerosos casos la decisión de quitarse la vida aparece como un comportamiento funcional, en tanto pone fin a situaciones de sufrimiento y tensión que se han convertido en insostenibles para la persona que las padece¹.

En la actualidad, el suicidio es una problemática relevante a nivel internacional, debido a su alta prevalencia y a su progresivo aumento a través de las décadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el suicidio dentro las tres primeras causas mundiales de

¹ Casullo María Martina. Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social [revista en la internet]. 2004 Ene. [citado 2011 Ago 19]; 12(17): 173-182. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a17.pdf>

muerte en personas de 15 a 44 años y asegura que es la primera causa de muerte violenta en el mundo, así mismo estima que alrededor de un millón de personas muere cada año en todo el mundo por suicidio y que para el 2020 la cifra llegará al millón y medio. Un promedio de casi 3000 personas se suicida en el mundo cada día y por cada una que logra quitarse la vida, se registran 20 intentos.

La OMS estima que cada 40 segundos se suicida una persona. Durante los últimos 60 años se han incrementado las tasas de suicidio en un 60% siendo más importante el incremento en los países desarrollados. Por cada persona que logra suicidarse unas 20 lo habrán intentado. Otro dato a tener en cuenta es que una de cada cuatro personas que se quitan la vida (250 000), son jóvenes menores de 25 años².

Solo durante el 2010 aproximadamente 4 400 menores de 18 años decidieron matarse, según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)³.

² Forumclínic.org [Sede Web]. España: Juan Miguel Garrido; 2011 [acceso 12 de Setiembre de 2011]. 10 de Septiembre del 2011 Día Mundial de Prevención del Suicidio: Prevención del suicidio en las Sociedades Multiculturales. [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.forumclinic.org/actualidad/10-de-septiembre-del-2011-dia-mundial-de-prevencion-del-suicidio-prevencion-del-suicidio-en-las-sociedades-multiculturales/?searchterm=accidente>

³ Elcomercio.pe [Sede Web]. Perú: Nelly Nula Amancio; 2011 [acceso 15 de setiembre de 2011]; Aumenta el suicidio de menores: 80 se quitaron la vida el 2010. Disponible en: <http://elcomercio.pe/lima/702704/noticia-aumenta-suicidio-menores-80-se-quitaron-vida-2010>

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. América Latina no es la región con los índices más elevados del mundo, pero el doctor Jorge Rodríguez, Coordinador del Proyecto de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud, explica que en muchos países no se conocen las verdaderas cifras, porque muchas familias prefieren no reportar suicidios por razones culturales, religiosas o por vergüenza⁴.

Perú no es la excepción y, si bien sus tasas de suicidio no son las más altas del resto del mundo, el problema amerita en ser considerado precisamente, por su nefasta naturaleza. Según la World Health Organization (OMS) el número de suicidios por grupos de edad y sexo que reportó el Perú durante el año 2007 es de 407 víctimas, cabe resaltar que el mayor número de víctimas suicidas (total 150) tienen entre 15 – 24 años, tanto varones y mujeres en la misma proporción⁵.

⁴ Radio de las Naciones Unidas [Sede Web]. New York: Laura Kwiatkowski; 2008 [acceso 13 de setiembre de 2011]; El suicidio en América Latina. Disponible en: <http://www.unmultimedia.org/radio/spanish/detail/107366.html>

⁵ World Health Organization [Sede Web]. Ginebra: Gael Kernen; 2011 [acceso 13 de setiembre de 2011]. Country reports and charts available. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html

Durante el año 2008 según las estadísticas de suicidios en el Perú, aproximadamente 650 personas se quitan la vida al año, siendo esta cifra baja en comparación con Lituania, Hungría, Dinamarca y Japón quienes se suicidan proporcionalmente 20 veces más, en Cuba 8 veces más, en Uruguay 7 veces más, en Estados Unidos 5 veces más y en Chile 50 % más⁶.

En el Perú, durante el 2010 más de 80 menores de edad se suicidaron y más de 300 lo intentaron. Las cifras en el país esconden un serio problema de salud pública. Y es que si bien el número total de suicidios se redujo en los últimos tres años, la tasa en niños y adolescentes pasó de representar el 10% en el 2009 al 12% en el 2010.

Según el doctor Freddy Vásquez, médico psiquiatra, Jefe del Programa de Prevención del Suicidio del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi" (Perú), refiere que se ha incrementado no solo el porcentaje de menores que piensan en suicidarse, sino también el de los que lo intentan y el de los que lo consuman.

⁶ Generación.com [Sede Web]. Perú: Willy Quevedo; 2008 [acceso 13 de setiembre de 2011]; Suicidios en el Perú: Tipos, estadísticas y más. Disponible en: <http://www.unmultimedia.org/radio/spanish/detail/107366.html>

Tener ocasionalmente pensamientos suicidas no es anormal. Estos son parte de un proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia al tratar de elucidar los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte. Según el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, realizó estudios epidemiológicos de salud mental durante el 2002 – 2006, revela que la idea de suicidio tiene más prevalencia en la selva (21%) que en la sierra (16%). Así mismo informa que el promedio nacional de deseos suicidas en el Perú es de 10.30%, y la provincia con mayor deseo suicida es Huamanga, departamento de Ayacucho con 16.94%, en segundo lugar se ubica el departamento de Puno con 12.47 %, y en el sexto lugar se ubica el departamento de Tacna con 10.70%. Mientras que el departamento con menor deseos de suicidio es Ica con 6.96%.

Tacna no está excluida de esta problemática, ya que los casos de trastorno de salud mental tienen la tendencia a incrementarse, desde el 2005 al 2009 se incrementó de 0.1% a 8.76% de casos de conducta suicida⁷. Según el Análisis de la Situación de Salud Mental en la Región de Salud Tacna año 2009⁸, informa que una de las

⁷ Dirección Ejecutiva de Epidemiología/ Región de Salud Tacna; Análisis de Situación de Salud Tacna 2010; disponible en: <http://www.tacna.minsa.gob.pe/>

⁸ Región de Salud Tacna/Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz; Informe técnico de la Situación de Salud Mental por Etapas de Vida en la Región de Salud Tacna Año 2009; disponible en: http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/desp/Informe_Salud_Mental_09.pdf

causas de mortalidad en la etapa adolescente es el suicidio que representa el tercer lugar con 10%, en el año 2008, y durante el año 2009 y 2010 se constituyó como la primera causa.

A nivel nacional y local no se han realizado muchos estudios acerca del suicidio, y los pocos que existen han analizado solo algunos de los factores considerados de riesgo. Por lo tanto se considera importante el investigar la ideación suicida al representar un factor importante para el planeamiento suicida, y así tener una aproximación a este fenómeno. En esta perspectiva se busca establecer si el factor demográfico, personal, familiar y escolar, son factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Tacna 2011.

Las consideraciones descritas anteriormente, permitieron plantear la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores de riesgo que están asociados a la ideación suicida en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres, Tacna - 2011?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres, Tacna - 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de ideación suicida en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres.
- Determinar los factores demográficos: sexo y edad de los adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres.
- Identificar los factores de riesgo personales como: nivel de autoestima, sintomatología depresiva y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres.
- Caracterizar el factor de riesgo del nivel de funcionamiento familiar y estructura familiar en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres.
- Caracterizar el factor de riesgo del nivel de integración escolar y victimización escolar en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres.
- Asociar los factores de riesgo personales, familiares, escolares y características demográficas con el nivel de ideación suicida en los adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El suicidio en adolescentes es, desgraciadamente, una realidad cada vez más latente en nuestro país y al igual que en la mayoría de países del mundo, va en aumento.

Según la Región de Salud Tacna a través de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz; explica que el suicidio en adolescentes ocupa la tercera causa de muerte con un 10%⁹.

La adolescencia es la población más propensa a intentar suicidarse debido a características propias de su desarrollo, es decir, son personas que frecuentemente tienen conflictos en sus relaciones interpersonales y actúan en forma impulsiva cuando enfrentan una situación estresante. Las investigaciones dan cuenta que muchos de los jóvenes potencialmente suicidas tienen una pobre o ninguna relación con sus padres, así como, inadecuadas relaciones con los compañeros, ausencia total de relaciones sociales consistentes y serias dificultades escolares.

Tener ocasionalmente pensamientos suicidas no es anormal, pero estos, se vuelven anormales en los adolescentes cuando la

⁹ Región de Salud Tacna/Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz; Informe técnico de la Situación de Salud Mental por Etapas de Vida en la Región de Salud Tacna Año 2009; disponible en: http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/desp/Informe_Salud_Mental_09.pdf

concretización de estos pensamientos parece ser la única salida para sus dificultades. Existe entonces un serio riesgo de suicidio o intento de suicidio.

Este es un tema que impacta y cuestiona nuestro sistema familiar y social; sin embargo, es importante encarar el problema y tratar de comprender las posibles razones para que un adolescente, con todo un futuro por vivir, acabe repentinamente con su existencia motivado por una situación, o en muchos casos un sufrimiento, que lo obliga a tomar tal decisión.

El presente trabajo se enmarca en la multiplicidad de factores y contextos para analizar los efectos directos e indirectos en la ideación suicida, identificando los factores demográficos, personales (*nivel autoestima, sintomatología depresiva, conducta alimentaria de riesgo*), familiares (*funcionamiento familia, estructura familiar*) y escolares (*nivel de integración escolar, nivel de victimización escolar*) de la población sujeto de estudio, a través de la encuesta estructurada autoadministrada en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres.

1.4 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Existen factores de riesgo como: demográficos (edad, sexo), personales (nivel de autoestima, sintomatología depresiva, conducta alimentaria de riesgo), familiares (funcionamiento familiar, estructura familiar) y escolares (nivel de integración escolar, nivel de victimización escolar), asociados a la ideación suicida en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres, Tacna - 2011.

1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
VARIABLE DEPENDIENTE:				
IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES	<p>Escala de Ideación Suicida: adaptada y modificada por Villardón. Esta escala permite cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que el adolescente pensó o está pensando suicidarse.</p>	<p>IDEACIÓN SUICIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin ideación • Leve ideación • Moderada ideación • Alta ideación 	<ul style="list-style-type: none"> • <= 10 pts. • 11 – 20 pts. • 21 – 30 pts. • 30 – 40 pts. 	Ordinal
VARIABLE INDEPENDIENTE:				
FACTORES DE RIESGO	<p>Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), consta de 10 afirmaciones de los sentimientos que tiene la persona sobre ella, 5 direccionadas positivamente (ítems 1, 2, 4, 6 y 7) y 5 negativamente (ítems 3, 5, 8, 9 y 10).</p>	<p>NIVEL DE AUTOESTIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel bajo de autoestima • Nivel medio de autoestima • Nivel alto de autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 – 20 pts. • 21 – 30 pts. • 31 – 40 pts. 	Ordinal

<p>La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica, formado por 20 frases, da mayor peso al componente somático conductual del trastorno depresivo.</p>	<p>SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> • No depresión • Depresión leve • Depresión moderada • Depresión grave 	<ul style="list-style-type: none"> • <= 35 pts. • 36 – 51 pts. • 52 – 67 pts. • > 68 pts. 	<p>Ordinal</p>
<p>Cuestionario breve de conducta alimentaria de riesgo de Unikel, Bojórquez y Carreño. Consta de 10 preguntas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conducta Purgativa ▪ Conductas Compensatorias ▪ Atracones 	<p>CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin alteración. • Con alteración. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 – 24 pts. • 25 – 40 pts. 	<p>Ordinal</p>
<p>El cuestionario APGAR Familiar, para explorar la funcionalidad familiar. Los componentes evaluados de la función familiar a través de este instrumento son: A: Asociación P: Participación</p>	<p>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buena función familiar. • Disfunción familiar leve. • Disfunción familiar moderada. • Disfunción familiar severa. 	<ul style="list-style-type: none"> • 18 – 20 pts. • 14 – 17 pts. • 10 – 13 pts. • < 13 pts. 	<p>Ordinal</p>

<p>G: Ganancia A: Afecto R: Recursos</p> <p>Permite conocer cómo percibe el adolescente, el funcionamiento y nivel de satisfacción de su familia en un momento determinado.</p>			
<p>Formas de organización familiar y de parentesco.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Familia nuclear: Conviven con ambos padres. ▪ Familia incompleta o monoparental: Conviven solo con uno de los padres. ▪ Familia extensa: Conviven con otros miembros de la familia. ▪ Familia reconstituida: Madre/ padre y nueva pareja. ▪ Vive solo: Sin familia. 	<p>ESTRUCTURA FAMILIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familia nuclear • Familia incompleta • Familia extensa • Familia reconstituida • Vive solo(S/F) 	<p>Número de integrantes de la familia según grado de parentesco.</p>	<p>Nominal</p>

	<p>Subescala de Problemas de Integración Escolar de Moral, Sánchez- Sosa y Villarreal-González.</p> <p>Evalúa el grado en que el adolescente está integrado a su medio escolar.</p> <p>Está constituida por cinco reactivos que reflejan problemas de adaptación al medio escolar.</p>	<p>NIVEL DE INTEGRACIÓN ESCOLAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buena integración escolar • Regular integración escolar • Mala integración escolar 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 – 11 pts. • 12 – 18 pts. • 19 – 25 pts. 	Ordinal
	<p>Subescala de Victimización Escolar de Rubini y Pombeni. Consta de seis reactivos. Muestra correlaciones positivas con la presencia de sintomatología depresiva.</p>	<p>NIVEL DE VICTIMIZACIÓN ESCOLAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja victimización escolar • Regular victimización escolar • Alta victimización escolar 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 – 13 pts. • 14 – 21 pts. • 22 – 30 pts. 	Ordinal
VARIABLE INTERVINIENTE				
<p>FACTOR DE RIESGO: Demográfico</p>	<p>La OMS, considera la adolescencia entre los 11 y 19 años, en dos fases: adolescencia temprana y la adolescencia tardía.</p>	<p>EDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia temprana • Adolescencia tardía 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 – 14 años • 15 – 19 años 	Ordinal

	<p>El sexo como género hace referencia a aquellas características físicas, psíquicas y conductuales que dividen a los seres humanos en varones y mujeres.</p>	<p style="text-align: center;">SEXO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	<p>Características fenotípicas</p>	<p>Nominal</p>
--	---	--	------------------------------------	----------------

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Para responder a requerimientos referenciales de estudio, se presenta a continuación algunas investigaciones consultadas a nivel internacional, nacional y local, relacionadas al problema en estudio.

2.1.1 INVESTIGACIONES INTERNACIONALES

ROSSELLÓ Y BERRÍOS HERNÁNDEZ (2004); en el estudio titulado "Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Portorriqueños/as". El trabajo tiene como propósito examinar la relación entre ideación suicida, depresión, autoestima, actitudes disfuncionales y eventos de vida negativos en una muestra clínica de adolescentes puertorriqueños/as, entre las edades de 12 a 18 años (61 mujeres, 52 varones). Los/as participantes fueron evaluados con los siguientes instrumentos: Identificación de Riesgo Suicida en Adolescentes (IRSA), Inventario de Depresión para Niños/as (CDI), Escala de Auto-Concepto de Piers-Harris (PHCSCS), Lista de

Eventos Estresantes (EVE) y la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS). Los análisis estadísticos revelaron una relación significativa entre ideación suicida y las variables estudiadas. Se discuten las implicaciones de estos resultados para la prevención, tratamiento y futuros estudios.

AMEZQUITA MEDINA, GONZÁLEZ PÉREZ Y ZULUAGA MEJÍA (2008); en la investigación titulada “Prevalencia de Depresión e Ideación Suicida en Estudiantes de 8º,9º,10º y 11º grado, en Ocho Colegios Oficiales de Manizales, (México)”. El objetivo general del estudio era determinar la prevalencia, grado de depresión e ideación suicida en estudiantes. Emplearon una investigación empírica - analítica, diseño descriptivo relacional. Para la recolección de los datos, se aplicó el Cuestionario de Depresión de Beck (BDI). La muestra se compuso de la población total de los ocho colegios de los grados mencionados, 1298 estudiantes de ambos sexos, entre las edades de 9 y 20 años. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: prevalencia de 38% de depresión clínica global; el más alto porcentaje de depresión correspondió a la categoría de leve (21,3%) y el 45% presento ideación suicida. Entre las asociaciones para depresión que resultaron estadísticamente significativas fueron: los colegios 2 y 7, género femenino y el grupo de edad 12-14 años (altamente significativo), 15-17 años (significativo) y 18-20. Los más

altos porcentajes de ideación suicida se encontraron en el grupo de edad entre los 15 y 17 años, de sexo femenino y las comunas Cinco y Nueve. Para la variable de ideación suicida, las asociaciones no resultaron estadísticamente significativas.

SALVO Y MELIPILLÁN (2008); en el trabajo de investigación titulado: "Predictores de Suicidalidad en Adolescentes, (Chile)". Se determinó la contribución de la autoestima, impulsividad, cohesión familiar, la adaptabilidad de la familia y el apoyo social en la predicción de suicidio en los 763 adolescentes estudiantes de la escuela. Para el análisis estadístico, se utilizó: t de student, coeficiente de correlación de Pearson y varios análisis de regresión lineal. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el 19,1% cometió intentos suicidas y el 7,9% había pensado muchas veces para terminar con su vida. Existe diferencias en la relación entre el género y suicidio ($r: -6,69, p < 0,001$), siendo mayor en las mujeres. La edad ($r: 0,12, p < 0,01$) y la impulsividad ($r: 0,28, p < 0,001$) se relaciona directamente con el suicidio, la autoestima ($r: -0,49, p < 0,001$), la cohesión familiar ($r: -0,36, p < 0,001$) y el apoyo social ($r: -0,34, p < 0,001$) en sentido inverso. La predictores explican 33,8% de los suicidas ($R^2: 0.338$), que contribuyen en orden de importancia: autoestima ($\beta: -0,33; SR-2: 0.08, p < 0,001$), sexo ($\beta: -0,19; SR-2: 0,033, p < 0,001$), la impulsividad ($B: 0,17; SR-2: 0,025, p < 0,001$), la cohesión de la familia ($\beta: -0,14;$

SR-2: 0,011, $p < 0,001$), el apoyo social (B: -0,11; SR-2: 0,008, $p < 0,01$) (β : -0,07; SR-2: 0,005, $p < 0,05$) y la edad.

Llegando a la conclusión que los adolescentes con menos autoestima, mayor impulsividad, con problemas de cohesión familiar y menos apoyo social presentan una mayor tendencia al suicidio.

SÁNCHEZ SOSA, VILLAREAL GONZÁLEZ, MUSITU Y MARTÍNEZ FERRER (2010); en la investigación titulada: "Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial, (México)". Se especificó y contrastó un modelo explicativo psicosocial de ideación suicida en adolescentes, mediante un estudio explicativo de tipo transversal. Se utilizó una muestra probabilística estratificada de 1285 estudiantes mexicanos de escolaridad media y media superior. Los instrumentos utilizados tenían índices adecuados de fiabilidad. Se contrastó el modelo con la técnica de ecuaciones estructurales utilizando el paquete estadístico EQS 6.1 que explicó el 33.10 % de varianza explicada. Los resultados mostraron que el modelo obtuvo niveles adecuados de bondad de ajuste absoluto (RMSEA=.41; GFI=.953; AGFI=.939) y comparativo (CFI=.951; IFI=.958; NFI=.925; NNFI=.943). Se concluyó que el Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida (MEPIS) se ajustaba bien a los datos y era compatible con el modelo teórico propuesto, al integrar una estructura contextual que presentaba una relación indirecta y significativa del

funcionamiento familiar y los problemas de integración escolar con la variable dependiente.

Además, también se observó, una relación directa y significativa de la victimización escolar, sintomatología depresiva y conducta alimentaria de riesgo con la ideación suicida.

PÉREZ AMEZCUA, RIVERA RIVERA, ATIENZO, CASTRO, LEYVA LÓPEZ Y CHÁVEZ AYALA (2010); en la investigación titulada: "Prevalencia y Factores Asociados a la Ideación Suicida e Intento Suicida en Adolescentes de Educación Media Superior de la República mexicana, (México)". Identificaron prevalencias y factores asociados a la ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes de México, mediante un estudio transversal en 12424 adolescentes de escuelas públicas en el año 2007. Se utilizaron modelos de regresión logística para obtener razones de momios (RM) con intervalos de confianza de 95% (IC 95%).

Los resultados del estudio fueron los siguientes: el 47% reportó al menos un síntoma de ideación; 9% refirieron antecedente de intento. Los factores asociados a la conducta suicida fueron: poca confianza en la comunicación hacia los padres (RM=1.30, RM=1.54); abuso sexual (RM=1.92, RM=1.57), sintomatología depresiva (RM=5.36, RM=1.51), consumo de tabaco (RM=1.30, RM=2.57), alcohol

(RM=1.60, RM=1.31) y, para las mujeres, haber tenido relaciones sexuales (RM=1.28, RM=1.65).

Llegando a la conclusión que casi la mitad de los(as) estudiantes del nivel medio superior presentaron al menos un síntoma de ideación.

VENTURA JUNCA, CARVAJAL, UNDURRAGA S., VICUÑA P., EGAÑA Y GARIB (2010); en el estudio “Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago, (Chile)”. Se determinó la prevalencia de ideación suicida y las tasas de intento de suicidio entre los adolescentes de entre 14 y 19 años, que viven en el área metropolitana de Santiago y se analizó los factores relacionados con el suicidio. Aplicaron una encuesta estructurada auto-administrado, que contiene una escala de depresión y cinco preguntas sobre la tendencia de suicidio, a una muestra representativa de adolescentes de entre 14 y 19 años, que asisten a escuelas públicas y privadas en el área metropolitana de Santiago.

En los resultados: 62% reconoció ideación suicida y el 19%, intentos de suicidio. Estas cifras fueron significativamente más altas entre las mujeres y los asistentes a las escuelas públicas. Los adolescentes de dieciséis años de edad tenían las mayores tasas de ideación e intentos suicidas. Concluyen que existe una alta tasa de ideación e

intentos suicidas entre los adolescentes que viven en el área metropolitana de Santiago.

2.1.2 INVESTIGACIÓN NACIONAL

HUAPAYA CÁCERES (2009); en la tesis “Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima, (Perú)”. En su estudio por establecer si la sintomatología depresiva, disfunción familiar, abuso de alcohol, conducta antisocial y problemas de pareja son factores asociados a la ideación suicida en adolescentes. Mediante un estudio transversal y analítico, se aplicó a 321 escolares una encuesta estructurada tipo cuestionario para ser autoadministrada, separada en 6 secciones: disfunción familiar, depresión, ideación suicida, rasgos disociales, riesgo alto de alcoholismo y conflicto de pareja. Obteniendo como resultados: 83,1% presentó bajo nivel de ideación suicida, 14,3% nivel medio y 2,6% nivel alto. Con el análisis multivariado la depresión y la edad de 16 a 19 años demostraron tener asociación significativa con la ideación suicida. Por lo tanto concluyen que existe asociación significativa entre la ideación suicida con la sintomatología depresiva y el rango de edad de 16 a 19 años. Los síntomas depresivos presentes fueron el factor de riesgo más fuertemente asociado en el actual estudio,

avalando lo encontrado en la mayoría de trabajos alrededor de la ideación suicida.

2.1.3 INVESTIGACIONES REGIONALES

AGUILAR (2009); en su tesis Doctoral: “Factores personales, familiares y sociales asociados a la ideación suicida en estudiantes del quinto año de secundaria del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, (Tacna)”; trató de un estudio prospectivo, de corte transversal con una población de estudio de 581 estudiantes del quinto año de nivel Secundario del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: la alta ideación suicida se presentó en el 2,93%; en un nivel medio 14,29%, en un nivel bajo 75,04% y no presentaron 7,75%. Entre las características personales asociadas se encontró la autocomprensión, resiliencia y entre las características familiares: dinámica familiar y antecedente familiares ($P < 0,05$). Entre las características personales que no estuvieron asociados fueron el sexo, autoestima y depresión; las características familiares fueron el tipo de familia y nivel socioeconómico y entre las sociales fueron: pertenencia a grupos sociales positivos, religión, práctica de deporte, relación amorosa y frecuencia de asistencia a reuniones sociales ($p > 0,05$). En conclusión se encontró que la insuficiente autocomprensión, baja resiliencia,

disfunción familiar, antecedente familiar de suicidio estuvieron asociados a la ideación suicida en los participantes del estudio.

CALDERÓN SOSA (2009); en la tesis titulada “Factores Psicosociales Relacionados a la Idea de Intento de Suicidio en los Adolescentes de la I.E. Jorge Chávez del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa – Tacna, (Perú)”. Determinó que los factores psicosociales se relacionan con la idea de intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años; mediante un estudio descriptivo correlacional con un muestreo aleatorio simple de 269 estudiantes. La mayoría de adolescentes presentó bajo nivel de idea de intento de suicidio (74,04%); en relación a los factores psicológicos, el 98,89% no presentaron depresión, las actitudes disfuncionales predominantes fueron las creencias como la ejecución, perfección y derecho sobre otros (64,26%) y el nivel de autoestima en su mayoría fue baja (52,34%); en relación a los factores sociales se encontró que no hubo diferencia significativa en cuanto al sexo, la mayoría provienen de una familia nuclear (41,7%) y en cuanto al nivel de dinámica familiar se observó un buen funcionamiento familiar (52,34%).

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 GENERALIDADES DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. (Organización Panamericana de la Salud, Salud del Adolescente. OPS/OMS).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Dentro del desarrollo psicosocial, la psicología de la adolescencia aborda una de las etapas más críticas y decisivas del ciclo vital humano, que afecta a su familia y al entorno educativo, siendo uno de los cambios más significativos, el paso desde la vida familiar a la inserción en la vida social.

2.2.1.1 Características de la Adolescencia

La adolescencia es una etapa de transformaciones físicas, emocionales e intelectuales, que comprende una reorganización del esquema psicológico para adecuarse a grandes cambios sexuales que tienen un efecto muy importante en el individuo.

Se dice que la persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse, a esto se le conoce como el inicio de la pubertad. Sin embargo, se ha dicho que este periodo inicia cuando las hormonas sexuales se activan y aparecen las características sexuales secundarias. En la mayoría de los niños esta edad varía de entre los 10 y 15 años y en las niñas, entre los 9 y 14 años. Sin embargo, los factores ambientales, así como los fisiológicos internos, parecen tener influencia sobre la edad en la que se presentará la pubertad en cada individuo.

En sí, la adolescencia es una etapa en la que el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo, intenta poner a prueba sus conceptos desorganizados del yo y trabaja gradualmente para dar paso a una estabilización que va a caracterizar su vida adulta. Aprende el rol personal y social que adaptará al concepto de si mismo que se vaya forjando, así como al concepto que tenga de los demás y busca el status como individuo. En esta época, también es cuando las relaciones de grupo adquieren mayor importancia debido a que el adolescente necesita lograr un status entre los individuos de su misma edad. A la par van surgiendo los intereses sexuales, lo que conlleva a hacer complejas y conflictivas sus emociones y actividades.

También cabe mencionar, que existen otros cambios fisiológicos como los que ocurren en la circulación, específicamente en el pulso, en la presión sanguínea y cambios en el metabolismo de respiración y energía. Uno de los aspectos más importantes del desarrollo fisiológico es la gran variación y fluctuación individual que ocurre.

Retomando lo anterior se puede decir que el adolescente pasa por muchos ajustes fisiológicos, los cuales alcanzaran la estabilidad en la edad adulta. Por tal motivo, a la adolescencia se le puede considerar como un período de aprendizaje fisiológico (Harrocks, 1994).

Las características biológicas de la adolescencia son principalmente: un notable aumento de la rapidez de crecimiento, un desarrollo muy rápido de los órganos reproductores y la presencia de los rasgos sexuales secundarios. En las mujeres, esta se caracteriza por el inicio de la menstruación (menarquía) y en los hombres por la primera emisión de semen.

Por otra parte, es importante mencionar que todos los cambios que se presentan en esta etapa pueden tener repercusiones tanto psicológicas como físicas, que tienen que ver en como los adolescentes se sienten acerca de si mismos, la forma en la cual perciben a su cuerpo, es decir si lo ven con orgullo, con incomodidad, o con vergüenza, lo cual va a depender del contexto psicosocial en el que se encuentren al momento en que se presente esta etapa.

2.2.1.2 Desarrollo Cognoscitivo

La cognición es un proceso por el que un organismo adquiere conciencia u obtiene conocimientos en relación a un objeto. El desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia, se caracteriza por presentar un pensamiento abstracto y por el uso de la metacognición.

Las operaciones de inteligencia infantil son puramente concretas, sin embargo entre los 11 y 12 años el pensamiento sufre una transformación, es decir que del pensamiento concreto se pasa al pensamiento formal o también llamado pensamiento hipotético-deductivo (Piaget, 1959 en Copland, 1973, pp. 23-35).

A medida que la persona entra a la etapa de la adolescencia, sus procesos mentales presentan una continua tendencia a hacerse más elaborados y complejos, como resultado de la experiencia y la maduración.

En esta etapa el adolescente ya es capaz de construir sistemas y teorías, se preocupa por problemas que no tienen relación alguna con los acontecimientos que se viven diariamente, es decir que tienen la capacidad de construir teorías abstractas.

Una de las características principales de la adolescencia es la libre actividad de la reflexión espontánea, lo que quiere decir que el adolescente siente como una necesidad el razonar y consigue una gran satisfacción al hacerlo. Sin embargo, aún no adquiere la suficiente autocritica y debido a ello en ocasiones se involucra en discusiones, de las cuales va adquiriendo las herramientas para madurar (Piaget, 1959 en Copland, 1973, pp. 23-25).

2.2.1.3 Desarrollo Emocional

“La emoción es esencialmente un sentimiento personal de actitudes motrices provocadas por las situaciones de la vida diaria. A medida que el sistema de acción va cambiando de una edad a otra, así cambian también las situaciones y el modo de reaccionar de la conducta”. (Gesell, 1958, p.352).

Las emociones que se presentan comúnmente en los adolescentes son: el miedo, la preocupación, la ansiedad, la ira, el disgusto, la frustración, los celos, la envidia, la curiosidad, el afecto, el pesar y la felicidad.

Toda experiencia que se vive acompañada de una emoción intensa, puede ejercer una gran influencia sobre las actitudes, los valores y el comportamiento futuro del individuo. La incidencia puede ser favorable o desfavorable; las consecuencias desfavorables de las emociones desagradables pueden ser destructivas, por lo tanto, es necesario que estén controladas si se desea que el individuo logre un adecuado ajuste personal y social (Hurlock, 1994).

El estar expuesto a una constante tensión emocional, que surge de la inadecuación personal o de condiciones ambientales que no son

adecuadas, mantiene al adolescente excitado y dispuesto a responder excesivamente frente a cualquier situación. Es decir, que se convierte en una persona inadaptada, e ineficaz, lo cual puede conducir a tener una salud deficiente tanto en el aspecto físico como en el mental y adoptar conductas de riesgo como las conductas suicidas.

2.2.1.4 Desarrollo Social

La separación de la familia es un suceso muy importante en la vida de los adolescentes. Para que este cambio tenga lugar, el adolescente debe desarrollar un sentido de sí mismo estable o de identidad (Erikson, 1968 citado en Morris, 1992).

Por lo tanto, una de las tareas principales que se presentan en la adolescencia es la formación de la identidad, que es un sentido coherente de individualidad que se forma a través de la personalidad y de las experiencias del adolescente. (Craig, 2001).

De acuerdo con Erikson, la formación de la identidad es un proceso prolongado y complejo de autodefinición que ofrece continuidad entre el pasado, el presente y el futuro de cada persona y crea una estructura que permite organizar e integrar las conductas en diversas áreas de la vida. El proceso de formación de la identidad es

el principal obstáculo que los adolescentes tienen que superar, para que puedan realizar una transición exitosa hacia la vida adulta.

Resulta difícil separar estas distintas áreas del desarrollo porque están estrechamente vinculadas entre sí. Por ejemplo, los cambios físicos provocan cambios cognitivos y en la pubertad se registra un desarrollo tanto físico como emocional. También es importante observar que el ritmo de desarrollo en cada una de estas tres áreas puede ser diferente: por ejemplo, una adolescente puede parecer físicamente madura, pero es probable que no esté plenamente desarrollada desde el punto de vista psicológico. Su apariencia puede hacer que las personas crean y esperen que su modo de pensar sea maduro o que sea capaz de controlar sus emociones, cuando es probable que esto no sea así¹⁰.

Por lo tanto, se puede decir que, el estado de identidad influye de modo profundo en las expectativas sociales del adolescente, en su imagen personal y en sus reacciones ante el estrés.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Salud y desarrollo del niño y adolescente. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Ginebra: OMS; 2011. Programa y proyectos OMS.

2.2.1.5 Desarrollo de la Personalidad

La personalidad es el centro de la individualidad de una persona y determina la condición en como ésta se va adaptar a su ambiente. La personalidad se ha definido como la estructura de los hábitos y significados personales que le dan un trayecto a la conducta (Horrocks, 1994).

Los principales cambios que se dan en la personalidad, se presentan en la etapa de la adolescencia, con algunas fluctuaciones año con año. La personalidad del adolescente, se caracteriza por ciertas conductas y algunas reacciones que tienen dichos adolescentes. Por ejemplo, se experimenta la autosuficiencia, se presentan algunas conductas de dependencia, al igual que la ansiedad y la hostilidad.

Asimismo, conforme va avanzando la etapa, el adolescente va adquiriendo mayor experiencia y conductas de enfrentamiento más efectivas, y disminuye la necesidad de desarrollar conductas como la hostilidad y la ansiedad, pero esto solo sucede cuando el desarrollo es normal.

En el último periodo de la adolescencia, los jóvenes muestran rasgos de ser más convencionales realistas y prácticos. Esta última etapa está establecida cada vez más por la cultura, a medida que los jóvenes se vuelven menos idiosincrásicos y empiezan a participar dentro del grupo cultural de la sociedad adulta.

2.2.1.6 Problemas de la Adolescencia

En las últimas décadas se ha observado un incremento paulatino pero constante de la conducta suicida en los adolescentes, tanto en Perú como en otros países del mundo. Cabe mencionar, que las tasas de suicidio consumado son más altas en los hombres, mientras que los intentos de suicidio son mayores en las mujeres (González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón & Medina-Mora, 1998).

Es importante tener en cuenta que un intento de suicidio no es el resultado de un impulso repentino impredecible, sino que es el eslabón final de una larga cadena de acontecimientos psicológicos internos y externos, que inicia con problemas tempranos de desarrollo en la infancia, las cuales hacen que el adolescente no sea capaz de tratar con las demandas normales que implica su desarrollo (Laufer, 1999).

Para el adolescente la vida es caótica y confusa, además le falta la estabilidad que le proporciona la experiencia; sin embargo, puede anticipar el futuro, con frecuencia piensa que lo que siente en un momento durará por siempre, no puede concebir todavía que el “tiempo cura todas las heridas”; por eso algunos buscan una solución permanente para sus problemas del momento (Morris, 1992).

La mayor parte de los suicidas adolescentes han experimentado la disolución de vínculos familiares y sociales significativos y una constante sensación de aislamiento y desamparo. Tanto los que piensan en el suicidio como los que realmente lo intentan, con frecuencia han pasado por enojo extremo de los padres, depresión de los mismos y malas relaciones con ellos. Los adolescentes que intentan suicidarse suelen tener una larga historia familiar desequilibrada, que se caracteriza por la desavenencia conyugal entre sus padres, los problemas emocionales de éstos, su divorcio mal manejado o unas segundas nupcias e incluso el abandono por parte de ambos. En casos donde estos signos no son claramente visibles, es probable que exista una pérdida de la comunicación entre los padres y sus hijos. De esta manera, el adolescente se siente incapaz de acudir a ellos en busca de apoyo. Frecuentemente los adolescentes tratan de compensar esta deficiencia buscando apoyo emocional en otras personas, pero de no servirle de ayuda, las

consecuencias pueden ser muy serias. La sensación de estar solo puede hacer que el adolescente sienta el suicidio como el único y último recurso posible.

Como se puede recordar, la adolescencia es una etapa crítica y trascendental en la vida del ser humano debido a la serie de cambios fisiológicos y psicológicos, e interpersonales que conlleva. Aunque no siempre es así, generalmente dichos cambios hacen al adolescente vulnerable, pues surge una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares y de la sociedad, produciéndoles gran ansiedad, rabia y confusión. Se expuso también, que en ocasiones los adolescentes al no ser capaces de afrontar tales sentimientos, son vulnerables a las conductas de riesgo suicida, como son la ideación suicida, intento suicida y el suicidio.

Es así, que en la sección siguiente se abordaran varios aspectos relacionados con la conducta suicida y sus categorías, teorías y modelos explicativos del suicidio e ideación suicida e investigaciones que se relacionan con estos fenómenos.

2.2.2 CONDUCTA SUICIDA: IDEACION SUICIDA, INTENTO SUICIDA Y SUICIDIO CONSUMADO

Se denomina Conducta Suicida a los gestos o conductas relacionadas a la intención en un individuo, de causarse daño físico y/o la muerte. Las conductas suicidas son un síntoma de una psicopatología que generalmente es compleja y que involucra un conjunto de conflictos.

Porkorny (1986, citado en: Villardón, 1993) propone el término “conductas suicidas” para una serie de términos relacionados al suicidio. Menciona tres grandes categorías de conductas suicidas: el suicidio consumado, el intento de suicidio y las ideas de suicidio.

Es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. Se puede originar esta conducta en función a una decisión voluntaria, motivos inconscientes, en estados psicopatológicos que cursan con alteraciones del afecto, del pensamiento, de la conciencia y de los impulsos (Durkheim, 1897).

2.2.2.1 Ideación suicida

Al intentar definir la ideación suicida, la situación se torna aún más compleja, debido a que no se sabe en qué forma, intensidad y duración se presenta tal conducta, ya que se puede presentar como una idea momentánea, hasta una idea permanente y / o impulsiva o planeada.

Esquirol (1837), Deshaies (1947) y Meerloo (1966), plantean que la ideación suicida puede surgir cuando las personas se exponen a determinados estímulos. Sin embargo el hecho de pensar en el suicidio no predispone a que se realice el acto suicida (Sarró, 1991).

Levy y Deykin, (1989, citado en González-Forteza, 1996) 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.

Para Beck, (1979, citado en Mondragón, 2001), la ideación suicida son: los planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del

suicidio, así como de las expectativas de cómo llevarlo a cabo. Esta definición concuerda con lo planteado por la OMS (2006, citado por Calderón, 2009), y es la que se utilizará en la presente investigación.

Según Téllez (2006) y Barrero (1996), al hablar del fenómeno suicida se manejan diversas definiciones entre las que se mencionan, como parte del comportamiento suicida:

- *El deseo de morir*: inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente, manifestándose en frases como: “la vida no merece la pena”, lo mejor sería estar muerto”.
- *Representación suicida*: Imágenes mentales del suicidio del propio individuo (por ejemplo estar ahorcado)
- *Ideas suicidas*: Pensamientos de terminar con la propia existencia. Se incluye:
 - Idea suicida sin un método específico.
 - Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado,
 - Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo o en qué lugar lo va a ejecutar, sin tener en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto.

- El plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo ha elegido un método habitualmente mortal, el lugar donde lo realizará y el momento oportuno para no ser descubierto.

Niveles de ideación suicida

La escala de Ideación Suicida, en su versión traducida, adaptada, modificada y abreviada por Lourdes Villardón Gallego (1993), de la escala de Ideación Suicida de Beck (ISB), nos permite cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos o deseos suicidas en adolescentes; y poner en la balanza varias dimensiones de autodestructividad.

En su tesis, Calderón Sosa (2009) afirma que también se modifica la forma de aplicación de entrevista semiestructurada a cuestionario para que pueda ser respondida por el propio sujeto de manera anónima, ahorrando tiempo y número de encuestadores.

Esta escala consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta. La consistencia interna de la escala hallada a través de Alpha de Cronbach es muy alta (0,90). Este coeficiente fue corroborado en la investigación de Fernández y Merino (2001) y en el

de Calderón (2009), lo que indica una alta precisión del instrumento. Así mismo en la presente investigación se obtuvo un Alpha Cronbach de 0,82 (VER ANEXO N°08).

Villardón (1993), citado por Calderón (2009), refiere que la validez del constructo fue probada por la correlación entre la puntuación de la escala, la desesperanza, la depresión y las actitudes dicotómicas ante la vida. Además de un análisis factorial realizado con una adaptación de la escala original indicando que los ítems miden una sola dimensión denominada “Deseo de suicidio” y que explica el 54,4% de la varianza.

En el presente estudio se ajustaron los criterios de evaluación, para una mejor valoración y clasificación de los niveles de ideación suicida como son: sin ideación suicida, leve ideación suicida, moderada ideación suicida y alta ideación suicida.

2.2.2.2 Intento de suicidio

El intento suicida, denominado también parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o lesión intencionalmente autoinfligida (CIE-10 capítulo XX: X60 al X84). Es el acto en el cual

el individuo se hace daño deliberadamente a sí mismo pero sin tener como resultado la muerte.

Según la OMS, el intento de suicidio es cuando no se consuma el suicidio propiamente dicho, pero a través de acciones que realiza el adolescente intenta que se produzcan cambios ambientales o familiares.

La mitad de los suicidios tienen antecedentes de parasuicidio, el 1% de los parasuicidas cometen el suicidio en el transcurso del año siguiente al intento, lo cual implica un riesgo 100 veces mayor que el de la población general. Algunos autores consideran que el Intento de Suicidio es apenas un suicidio frustrado.

En su estudio, Hjelmeland y Hawton (2004) encuentran que los motivos de las personas que intentan suicidarse constituyen cinco grupos importantes:

- Búsqueda de cuidado: manifiesto en la búsqueda de expresiones de afecto, empatía, interés o ayuda por parte de otras personas importantes.
- Influir en los demás: que se hace evidente en intenciones tales como que alguien se sienta culpable o que pague por haberle

tratado mal o que cambie su forma de ser o de pensar frente a algo importante para el suicida.

- Escape temporal: el cual abarca la intención de evadir una realidad dolorosa o “descansar” de algo que resulta tormentoso.
- Salida final: que implica la evaluación de que no se puede aguantar una situación por más tiempo, o que no hay más alternativas ante ella, o hacerle la vida más fácil a otras personas o querer morir.
- Perder el control: que se da cuando la persona siente que no tiene control sobre su vida y que no sabe cómo reasumirlo.

Así, mientras mayor sea la impulsividad de un individuo, mayor será la posibilidad de autodestrucción.

2.2.2.3 Suicidio

También se le denomina suicidio consumado o completo y hace referencia a la muerte que se da como consecuencia de un acto suicida.

Desde otra postura, O' Carroll et al. (1996) lo definen como “la muerte debida a lesiones, envenenamiento o sofocación, donde hay

evidencia (explícita o implícita) de que la lesión fue auto-inflingida y que la intención del occiso era matarse” (p. 246-247).

Para Durkheim (1897/1989) el suicidio se refiere a la muerte que se produce como resultado directo o indirecto de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la víctima, sabiendo o creyendo que el acto producirá este resultado.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es un gran problema de Salud Pública extensamente prevenible (OMS, Comunicado de prensa, 2004).

A continuación se mencionan los principales enfoques y modelos y/o teorías que han aportado explicaciones en torno al fenómeno de la conducta suicida.

2.2.3 ENFOQUES Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL SUICIDIO

2.2.3.1 Enfoque Sociológico

La vertiente sociológica explica el suicidio como producto de un determinado conjunto de aspectos de la sociedad, sus estructuras y características. El representante más importante y clásico de esta orientación es Durkheim (1897, citado por Alcántar Escalera, 2002)

quien define al suicidio como “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo ejecutado por la propia víctima, a sabiendas que habría de producir este resultado. El intento de suicidio, es ese mismo acto, pero interrumpido antes de que sobrevenga la muerte”. Dicho autor, analiza los diferentes factores que podrían influir en la tasa de suicidios y establece dos grandes grupos: el primero hace referencia a los factores extrasociales y el segundo a los sociales. Además opina que para cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio, que debe ser producto de causas sociales y no de factores extrasociales o individuales.

De acuerdo con su concepción sociológica, Durkheim, describe tres principales tipos de suicidio: el egoísta, el altruista y el anómico.

- Suicidio egoísta: Es consecuencia de la falta de integración social o de la individuación excesiva. Si el vínculo que liga al hombre a la vida, se minimiza, es porque el vínculo que lo une a la sociedad se ha diluido también. Egoísmo es el estado en que se encuentra el yo cuando vive su vida personal y no obedece más que a sí mismo.
- Suicidio altruista: Se deriva de una integración social demasiado fuerte, y sucede cuando la autoridad de grupo es tan fuerte

sobre el individuo que pierde su identidad personal y desea sacrificar su vida por la comunidad.

- Suicidio anómico: aparece cuando la sociedad está perturbada por transformaciones demasiado repentinas, y no es capaz de ejercer su acción reguladora –anomía- y el individuo pierde los puntos de referencia.

2.2.3.2 Enfoque Psiquiátrico

Por otra parte desde la perspectiva psiquiátrica, el suicidio se ha considerado principalmente desde dos orientaciones: la clásica y la epidemiológica.

Orientación psiquiátrica clásica

La orientación psiquiátrica clásica se ha basado sobre todo en la idea de suicidio como consecuencia de enfermedad mental, es decir, un individuo se suicida porque está enfermo. Esta perspectiva se remonta a principios del siglo XIX, cuando se comenzaron diversas investigaciones para encontrar anomalías morfológicas y funcionales en las personas que intentaban suicidarse. Se pretendía encontrar en las autopsias de los suicidios las lesiones que podían condicionar el suicidio. La escuela frenológica buscaba la causa del suicidio en las

localizaciones cerebrales (Ros, 1998). Ladame (1987) en su estudio opina que todos los intentos de suicidio en adolescentes se asocian a una patología. Otros autores mantienen la determinación biológica de la conducta suicida, en función de los niveles de ciertos neurotransmisores entre ellos la serotonina y de otro tipo de disfunciones orgánicas (Villardón, 1993, en: Alcántar, 2002).

Orientación epidemiológica

Esta perspectiva, trata de aunar aspectos individuales con aspectos sociales. Los estudios epidemiológicos del suicidio, se han convertido en un enfoque de investigación de suicidio bastante común. Este tipo de estudios se centra principalmente en la identificación de grupos de riesgo y de las características del mismo. La probabilidad de que se manifieste una conducta suicida está determinada por el factor o el conjunto de factores de riesgo. Entre los factores considerados para la identificación de los grupos de riesgo, se distinguen las variables sociodemográficas, psicopatológicas y sociales.

La epidemiología ha aportado interesantes datos sobre la población con riesgo suicida, como la identificación de factores de

riesgo de la población suicida, tanto de tipo sociodemográfico como psicopatológico (Villardón, 1993, en: Alcántar, 2002).

Dentro de los factores sociodemográficos se consideran la edad y el sexo. La edad es uno de los factores que se tienen en cuenta para identificar grupos de riesgo en conducta suicida. Parece existir acuerdo con que “a medida que avanza la edad existe mayor riesgo de suicidio” (Villardón, 1993, en: Alcántar, 2002).

2.2.3.3 Enfoque Psicoanalítico

Dentro de la orientación psicoanalítica, Freud habla del suicidio como una forma de castigo que el individuo se infringe a sí mismo. En la obra “Duelo y Melancolía” (1917) interpreta las tendencias autoagresivas que se dan en la melancolía como “agresiones” a la persona amada, a quien ha perdido y con quien el individuo se había identificado. La melancolía hace que trate al “sí mismo” como un objeto y que dirija contra él la hostilidad que desearía dirigir contra un objeto exterior. En 1920, Freud desarrolla sus ideas sobre “Eros” y “Thanatos” (instintos de vida y muerte, respectivamente) como dos tendencias de signo contrapuesto que existen en el hombre desde el comienzo de la vida. El suicidio pertenecería al Thanatos (instinto de muerte). Con base a esto Freud, afirma que todas las personas son

potencialmente suicidas a través de una fuerza intrapsíquica del instinto de muerte.

Por otra parte, en su ensayo “Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte” (1915), en el apartado de “Nuestra actitud ante la muerte” (citado en: Ros, 1998; Alcántar, 2002), Freud afirma que “la muerte propia es desde luego, inimaginable, y cuantas veces más lo intentemos podemos observar que continuamos siendo en ello meros espectadores”, es decir; nadie cree en su propia muerte, o incluso en el inconsciente todos estamos convencidos de nuestra inmortalidad. Sin embargo, el inconsciente sí es capaz de representarse y aceptar la muerte de los demás, sobre todo cuando se trata de alguien extraño o del enemigo. Nuestros instintos suprimen constantemente a todos aquellos que nos estorban, que nos ofenden o nos perjudican. En otras palabras, el inconsciente sí puede asesinar aunque esto trae consigo intensos sentimientos de culpa totalmente intolerables. De esto se deriva que, para Freud, el suicidio se pueda interpretar como un impulso agresivo que es introyectado.

En esta orientación, se puede citar también a Menninger 1972, (citado en: Ros, 1998; Alcántar, 2002), quien distingue tres elementos como esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de ser muerto y el deseo de morir. De acuerdo con este, el

comportamiento suicida se gesta desde la temprana infancia, cuando la frustración de los deseos y las amenazas generan un intenso resentimiento y el impulso autodestructivo, con el fin de la autodefensa, sin embargo, como es sabido, este deseo es inhibido por numerosos factores externos e internos. En la mayoría de los casos este deseo se neutraliza y desaparece, mientras que en otros persiste, en estos casos el deseo de matar surge inesperadamente en el inconsciente contra la persona, entonces el Yo es tratado como objeto externo.

2.2.3.4 Enfoque Psicológico

Por otra parte, la orientación psicológica también ha dado explicaciones a dicha conducta. En ella se encuentra el enfoque fenomenológico, cuyo principal exponente es Shneidman 1988, (citado en: Villardón, 1993; Alcántar, 2002), quien señala algunos componentes del suicidio. Estos son: la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. Además, presenta ciertas características comunes a todo acto suicida.

Estas características son:

- ✓ El propósito común del suicidio es buscar una solución.
- ✓ El objetivo común es el cese de la conciencia- del contenido insufrible de la muerte.

- ✓ El estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas.
- ✓ La emoción común en el suicidio es la indefensión-desesperanza.
- ✓ El estado cognoscitivo común es la ambivalencia.
- ✓ El estado perceptual común en el suicidio es la constricción. La persona percibe solamente una posibilidad ante los problemas.
- ✓ La acción común es el escape.
- ✓ El acto interpersonal común es la comunicación de la intención.
- ✓ El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida.

2.2.3.5 Triángulo Letal de Schneiderman

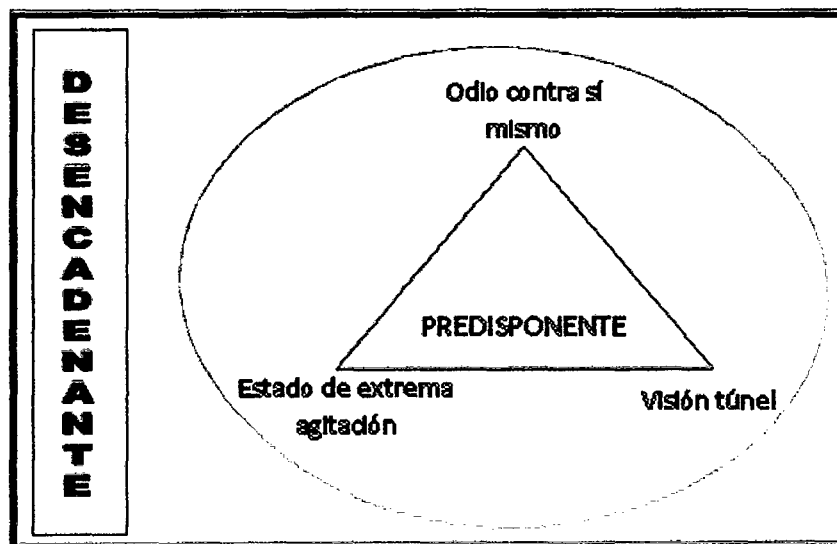
Schneiderman ha descrito un contexto para el suicidio compuesto por tres factores predisponentes y un factor desencadenante del acto. El factor desencadenante del comportamiento suicida, es la idea de que el dolor asociado con la situación actual puede ser anulado quitándose la vida (Rivas, 2006).

Los tres factores predisponentes son:

- Odio contra sí mismo, por culpa o debido a una disminución importante de la autoestima.

- Un estado de extrema agitación, en el cual el sujeto se encuentra tenso y no piensa claramente.
- Limitación de las posibilidades intelectuales o "visión túnel" que determinan que el sujeto no pueda ver más allá de la situación inmediata.

El acto suicida tiene su lógica para el individuo y se convierte en la única salida. También, cuando la idea de culpa es agobiante, la explicación necesaria se traduce en suicidio. Lo mismo pasa con el sentimiento de indefensión y desesperanza, la salida o escape necesario se traducen en el suicidio.



Esquema del Triángulo Letal de Schneiderman. Tomado de Rivas (2006).

2.2.3.6 Modelo Teórico Ecológico de Bronfenbrenner

Bronfenbrenner (1987) propone una perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana. Esta perspectiva concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. Bronfenbrenner denomina a esos niveles el macrosistema, el exosistema, el microsistema y el individual.

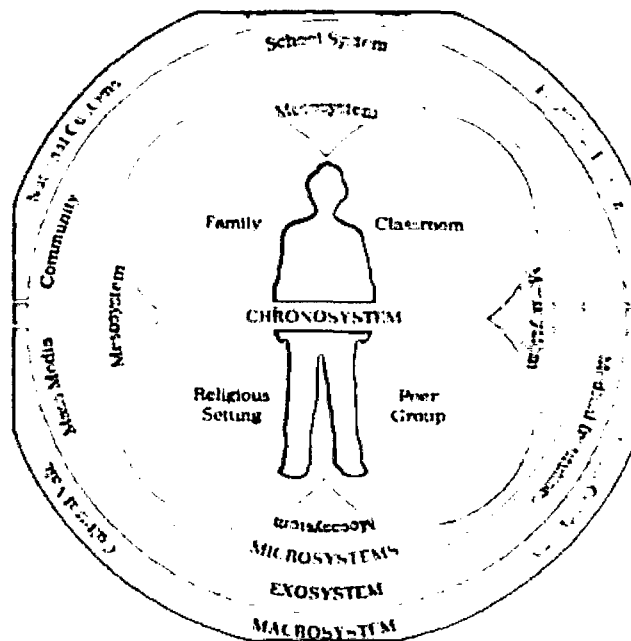
El modelo teórico ecológico de Bronfenbrenner ha sido ampliamente usado en investigaciones sobre los factores asociados a la conducta suicida. Dicho modelo plantea cómo la interacción de sistemas puede influir en cada persona de modo significativo:

- **Macrosistema**, que abarca los sistemas económicos, sociales, educativos, médicos y legales que dan contexto a la conducta suicida, también incluye a las creencias y valores culturales.
- **Exosistema**, aquí están implicadas las instituciones y los espacios sociales, tales como los medios de comunicación, los profesores, los prestadores de servicios de salud, entre otros. De igual forma, se encuentran los factores de riesgo.

- **Microsistema**, que se refiere a los ámbitos que el adolescente tiene de manera inmediata y en los cuales se desarrolla, como por ejemplo la familia.
- **Individual**, que implica a las historias personales, y algunas características psicológicas y demográficas, que podrían aumentar los riesgos de presentar conductas suicidas, también considera, a las características que hacen que el individuo pueda resistir las situaciones adversas, dichas características son los llamados factores protectores.

Al abordar la conducta suicida bajo esta perspectiva, se estaría abarcando esta problemática de una forma multidisciplinaria y se podría estar de acuerdo, en que dicha problemática es un proceso dinámico y no un hecho aislado y estático, como se pensaba.

Es decir al explicar los diversos enfoques y analizar los resultados que presentan las diferentes investigaciones, se puede saber que existen varios factores que intervienen en la aparición de las conductas suicidas.



Esquema del Modelo Teórico Ecológico de Bronfenbrenner (1987).

2.2.3.7 Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida (MEPIS)

La OMS (2000), citado por Sánchez Sosa (2010), señala que un suicidio individual afecta profundamente al menos a otras seis personas y, en caso de ocurrir en una institución educativa o en el lugar de trabajo, el impacto es todavía mayor.

La ideación suicida se considera como un trastorno, como el inicio o primera etapa de un continuo que lleva al individuo a consumar el suicidio. La literatura disponible sobre el tema, al destacar su carácter multifactorial, pone de manifiesto la necesidad de plantear modelos explicativos que coadyuven a la prevención de este

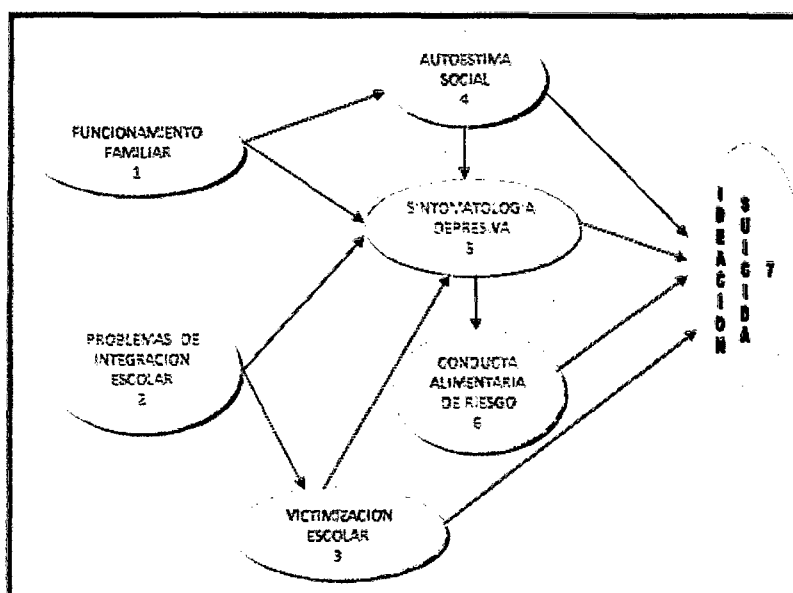
problema, que deberá de ser considerado no como causa o síntoma sino más bien como consecuencia de una serie de factores de riesgo que potencian el desarrollo de conductas desadaptativas en los adolescentes y que a su vez propician la ideación suicida.

El modelo explicativo psicosocial de ideación suicida de Sánchez-Sosa JC, permite contrastar un modelo explicativo hipotético en adolescentes escolarizados en el que se analizan los efectos directos e indirectos en la ideación suicida a partir de variables personales (autoestima social, sintomatología depresiva, conducta alimentaria de riesgo) y variables contextuales familiares (funcionamiento familiar) y escolares (ajuste y victimización escolar).

El interés de este objetivo radica en el hecho de que en la literatura sobre el tema existen muy pocas investigaciones en las que se hayan analizado la influencia conjunta de diversos contextos y variables personales (Sun, Hui y Watkins 2006; Yoder y Hoyt, 2005).

Se considera que con este análisis se coadyuvará en la explicación de este problema y servirá de base para el diseño de programas de prevención de la ideación suicida. La representación grafica del modelo teórico denominado Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida (MEPIS), es la siguiente:

Modelo hipotético de ideación suicida



En el gráfico se observan las relaciones entre variables contextuales y personales con la ideación suicida.

Este modelo nos muestra que el buen funcionamiento familiar y una adecuada integración escolar pueden considerarse como factores protectores indirectos de la ideación suicida. El funcionamiento familiar se relaciona positivamente con la autoestima social y, negativamente, con la sintomatología depresiva y los problemas de integración escolar se relacionan positivamente con la sintomatología depresiva y con la victimización escolar, dimensiones éstas que tienen una relación directa con la ideación suicida. Se podría decir que un buen ajuste en los adolescentes reduciría el riesgo de ser victimizados, de padecer sintomatologías depresivas y llevar a cabo

conductas alimentarias de riesgo y de tener ideaciones suicidas. Estos resultados son coherentes con los obtenidos por Villalobos (2009) en el sentido de que existen relaciones entre diferentes variables de riesgo y de protección con las conductas suicidas en general, y la ideación suicida en particular.

“El modelo que proponemos muestra la idea en gran parte defendida por la comunidad internacional de que la ideación suicida es un fenómeno multifactorial y que es en esta dirección por donde hay que caminar en los futuros trabajos científicos” (Cheng, et al. 2009, párr.280).

La finalidad de Sánchez Sosa (2010), es construir modelos con mayor poder heurístico que permita el diseño de programas de prevención e intervención en ideación suicida.

Investigaciones relacionadas al MEPIS:

La ideación suicida es un fenómeno complejo en donde intervienen factores tanto personales, como familiares y escolares (Cheng, Tao, Riley, Kann, Ye, Tian, Tian, Hu y Che, 2009). En relación al contexto familiar, Lai y Shek (2009) en una investigación de 5557 estudiantes de secundaria de Hong Kong obtuvieron correlaciones significativas ($r=-.460$) entre funcionamiento familiar e

ideación suicida. También, Van Renen y Wild (2008) constataron en una muestra de adolescentes que el grupo que mostraba mayor ideación suicida también tenía una menor comunicación y mayores conflictos con sus padres. En un estudio de prevalencia realizado en la Ciudad de México, Pérez, Rivera, Atienzo, de Castro, Leyva, y Chávez, (2010) concluyeron que los estudiantes que informaron que tenían un bajo apoyo familiar tenían un 69% más de probabilidad de presentar ideación suicida.

Además del contexto familiar, la escuela representa para el adolescente un contexto interactivo crucial en su desarrollo psicosocial (Estévez, Jiménez y Musitu, 2007; Musitu, Jiménez y Estévez, 2009). En un trabajo reciente, Sánchez-Sosa (2009) observó una relación negativa y significativa entre el ajuste escolar y la ideación suicida. También, Pérez et al. (2010) constataron que los adolescentes con poco reconocimiento escolar son más proclives a manifestar ideación suicida, y, en la misma línea conceptual, Bonanno y Hymel (2010) observaron mediante un análisis de regresión que la victimización escolar es un factor predictivo de la ideación suicida. Junto con los contextos familiar y escolar el factor personal o psicológico representa el otro escenario en donde las variables que lo representan tienen una mayor relación con la ideación suicida que las variables que representan los escenarios familiar y escolar (Sánchez-

Sosa, 2009; Sun, Hui y Watkins 2006). Por ejemplo, se ha observado en numerosas investigaciones que la depresión es la variable más relacionada con la ideación suicida (Au, Lau y Lee, 2009; Garlow, Rosenberg, Moore, Haas, Koestner, Hendin, y Nemeroff, 2008; McLaren y Challis, 2009). En este sentido, Hintikka, Koivumaa, Lehto, Tolmunen, Honkalampi, Haatainen, y Viinamaki, (2009) concluyeron en un interesante trabajo que un estado de ánimo depresivo se debe considerar como una condición previa necesaria para que surja la ideación suicida.

En relación con las conductas alimentarias de riesgo, en estudios recientes se han obtenido relaciones significativas entre variables asociadas a problemas alimenticios y la ideación suicida (Sánchez-Sosa, Villarreal, Musitu, 2010). Recientemente, Goldney, Dunn, Air, Dal Grande y Taylor (2009) realizaron un estudio para determinar la relación entre índice de masa corporal, salud mental e ideación suicida y concluyeron que no existe relación entre valores altos de índice de masa corporal e ideación suicida.

En una investigación con adolescentes coreanos, Don-Sik, Youngtae, Sung-II y In-Sook (2009) observaron una relación significativa entre valores bajos de índice de masa corporal, conductas alimentarias de riesgo y la ideación suicida. Estos

hallazgos sugieren que más que una relación con índices antropométricos, la ideación suicida está asociada a trastornos de conducta alimentaria.

Entre las variables psicológicas, se ha demostrado que la autoestima es una variable particularmente importante para explicar la ideación suicida. En este sentido, Miranda, Cubillas, Román y Valdez (2009) encontraron que el grupo con ideación suicida presentaba una autoestima significativamente más baja que el grupo sin ideación. Por otra parte, Au, Lau y Lee (2009) observaron correlaciones significativas con medidas de autoconcepto social.

En el presente estudio se tomó como línea base los factores personales, familiares y escolares planteados por el Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida, ya que la ideación suicida es un fenómeno multifactorial y es necesario estudiarlo en todas sus dimensiones.

2.2.4 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA

El factor de riesgo determina la vulnerabilidad de un sujeto para cometer actos suicidas, incluyendo situaciones personales y contextuales. Se refieren también a las situaciones que funcionan como “disparadores” de las conductas suicidas. Pueden ser circunstancias de la vida que son vivenciadas de manera estresante.

En este sentido, se puede decir que el suicidio es resultado de la unión de diversas situaciones y factores que se combinan para generar las conductas suicidas, que van desde la ideación, pasando por el intento y puede terminar en el suicidio consumado.

Existen varios factores de riesgo implicados en la conducta suicida, para fines de esta investigación se considero los factores personales, familiares y escolares, del Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida (MEPIS).

2.2.4.1 FACTORES DE RIESGO DEMOGRÁFICOS

✓ **Edad**

Es el tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento actual de una persona. La OMS, considera la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.

Aunque los suicidios aumentan con la edad, los suicidios en la población total y el número de muertes por grupo de edad, indica que la mayor incidencia se da en la población joven y adolescente.

✓ **Sexo**

El sexo como género hace referencia a aquellas características físicas, psíquicas y conductuales que dividen a los seres humanos en varones y mujeres.

Según la Real Academia de la Lengua Española (1990), sexo se define como la “propiedad según la cual pueden clasificarse los organismos de acuerdo con sus funciones reproductivas”.

También refiere al sexo como la “condición orgánica que distingue al hombre de la mujer”.

La variable sexo es una de las mejores predictoras de intentos de suicidio. Numerosos estudios indican que las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor que los varones de verse involucradas en ideaciones suicidas y están más expuestas a concretar parasuicidios o intentos de suicidio que los hombres, pero tienen menores probabilidades de morir en sus intentos de matarse.

Esta información lleva a pensar que el fenómeno suicida se da de manera diferente en hombres y en mujeres. Así pues, Hawton (2000) sugiere que los actos deliberados de autolesión en mujeres están más basados en una motivación no suicida y son usados para comunicar “distress” o para modificar las conductas y reacciones de las otras personas. Ello explicaría por qué las mujeres que intentan suicidarse presentan este comportamiento de manera más repetitiva y haciendo un mayor uso del envenenamiento. Por su parte, en los hombres el daño autoinfligido está asociado con una mayor intención suicida y es, a veces, un reflejo de un trastorno mental subyacente (Kumar et al., 2006).

2.2.4.2 FACTORES DE RIESGO PERSONALES

✓ **Autoestima**

Es la capacidad para desarrollar confianza y respeto en sí mismo, es la característica fundamental de la persona psíquicamente sana. Disponer de un alto nivel de autoestima garantiza el éxito para enfrentar situaciones estresantes.

Rosenberg (1965), citado por Rojas - Barahona (2009), entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características.

Así mismo, afirma que cuando la autoestima es baja; es decir, cuando se da una autoevaluación negativa, ésta normalmente está acompañada de reacciones emocionales que pueden implicar las conductas autodestructivas.

Niveles de autoestima

La Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), es una de las escalas más utilizadas por el mundo, consta de 10 ítems, divididos equitativamente en positivos (ítems 1, 2, 4, 6 y 7) y negativos (ítems 3, 5, 8, 9 y 10).

Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas, que va desde “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”. Permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40.

Los rasgos para determinar el nivel de autoestima son:

Autoestima baja: Incluye la autoestima baja pasiva y agresiva.

Las personas de baja autoestima pasiva, no conoce ni respeta sus propios derechos; lo contrario sucede con la persona con baja autoestima agresiva, estos son presumidos, engreídos o prepotentes que necesitan sobresalir, aparentar y llamar la atención para sentirse importante. Ocultan un enojo contra otros y contra ellos mismos. Generalmente están marcados por el fracaso.

Autoestima media: Es típico del mediocre. Generalmente están incluidas las personas tímidas, indecisas, irresponsables, que salen del paso, no intenta cambiar y lo deja todo para mañana.

Autoestima alta: Las personas tienen una sensación permanente de valía y de capacidad positiva que les conduce a enfrentarse mejor a las pruebas y a los retos de la vida. Acepta sus errores y aprende de ellos, reconociendo lo bueno en los demás.

✓ **Sintomatología depresiva**

La depresión es un trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de interés o placer, que perdura durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día. (Bello, 2005, p. 47).

A juicio de Rudd (1990), la depresión es un fenómeno que está presente en la mayoría de conductas suicidas y aparece normalmente en pacientes que se pueden considerar como potenciales suicidas, pues se ha demostrado su papel predictor tanto de las ideas y tentativas suicidas, así como del suicidio consumado.

En el estudio de Konick y Gutiérrez (2005) se demuestra que la depresión es un predictor directo de la ideación suicida en jóvenes, constituyéndose en el factor de riesgo más fuerte en comparación con la desesperanza y en un mediador de la relación entre eventos vitales estresantes e ideación suicida.

Estas investigaciones son una muestra de la gran cantidad de estudios que demuestran el importante carácter predictivo que tiene la depresión frente a las conductas suicidas, ya sean éstas ideas, intentos o simplemente riesgo suicida.

Niveles de depresión

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (1965), es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.

Para la clasificación de los niveles de depresión se considero el sistema de puntuación total, que utiliza los puntos de corte propuestos por Conde y cols. :

- No depresión
- Depresión leve
- Depresión moderada
- Depresión grave

No obstante, la escala de depresión de Zung no asegura por sí sola el diagnóstico de depresión, tiene la ventaja de que permite identificar el nivel de sintomatología de depresión que experimentan las personas en un momento de interacción y que, por tanto, puede aportar información clínica valiosa,

particularmente en personas que viven con alguna enfermedad crónica (Passik & cols., 2000).

En los episodios leves, moderados o graves se presenta decaimiento del ánimo, reducción de la energía y disminución de la actividad. Además se presenta un deterioro de la capacidad de disfrutar. Habitualmente el sueño esta perturbado, hay disminución del apetito. Casi siempre hay sentimientos de culpa y pérdida de la autoestima y confianza en sí mismo. El decaimiento del ánimo cambia poco día a día y es discordante con las circunstancias. Puede acompañarse de síntomas tales como insomnio de despertar precoz, empeoramiento matinal de los síntomas, retraso psicomotor, pérdida del apetito y peso. También puede existir conductas de riesgo de tipo autoagresivas (no suicidas), y además, bajo rendimiento escolar y aislamiento social. El ánimo depresivo en algunos casos se expresa mas como irritabilidad que como depresión del ánimo. Puede haber consumo de sustancias antisociales, las cuales no reflejan necesariamente un trastorno de personalidad.

Niveles de gravedad de la depresión según la CIE-10:

Episodio depresivo leve: Están presentes dos o tres síntomas mencionados anteriormente. La persona con un episodio leve probablemente esta apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: La persona con episodio moderado probablemente tendrá grandes dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. Están presentes al menos 6 síntomas ya mencionados.

Episodio depresivo grave: Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiables, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Deben existir con un mínimo de 8 síntomas en total.

✓ **Conducta alimentaria de riesgo (CAR)**

La conducta alimentaria debe ser entendida como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos.¹¹ La alteración de ésta ha dado origen a lo que se conoce como conductas alimentarias de riesgo (CAR) y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en los cuales los patrones de ingestión de alimentos se ven distorsionados.

Las CAR incluyen: atracones o episodios de ingestión excesiva, la sensación de pérdida de control al comer, seguimiento de dietas restringidas, ayunos, vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, y el ejercicio físico en exceso, conductas realizadas con la finalidad de perder peso y mejorar la figura corporal¹².

¹¹ Saucedo-Molina Teresita de Jesús, Unikel Santoncini Claudia. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Ment* [revista en la Internet]. 2010 Feb [citado 2011 Nov 18] ; 33(1): 11-19. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100002&lng=es.

¹² Unikel-Santoncini Claudia, Bojórquez-Chapela Letza, Villatoro-Velázquez Jorge, Fleiz-Bautista Clara, María Elena Medina-Mora Icaza. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Rev. invest. clín.* [revista en la Internet]. 2006 Feb [citado 2011 Nov 18] ; 58(1): 15-27. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000100003&lng=es.

Por insatisfacción con sus propios cuerpos, muchos niños y adolescentes tratan de perder peso y se preocupan de lo que deben y no deben comer. Entre 1-2% de las jóvenes adolescentes sufren de anorexia o bulimia. Las jóvenes anoréxicas sucumben frecuentemente a la depresión y el riesgo de suicidio es 20 veces mayor que para los jóvenes en general. Hallazgos recientes muestran que también los varones pueden sufrir de bulimia o anorexia.

Los trastornos de la alimentación se caracterizan básicamente por el temor casi fóbico a engordar, la distorsión de la imagen corporal, y por todo el amplio arsenal de conductas que se despliegan con el único objetivo de intentar adelgazar y así, conseguir estar más a gusto consigo mismo.

Un Trastorno de la conducta alimentaria es una enfermedad provocada por la ansiedad y preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Esto ocurre cuando una persona coloca a la comida como eje central en su vida.

Para la persona que padece algún trastorno alimenticio la comida adquiere un protagonismo especial (le da un significado específico de acuerdo a diversos factores psicológicos y

evolutivos) y basa en ella todos los pensamientos y actos que forman parte de su vida diaria sintiéndose superdependiente de esa idea.

La comida se convierte en la razón por la cual se acude o no a una fiesta o reunión, se evitan las visitas a los amigos en las horas de comida, se deja de salir a comer a restaurantes que sirvan comidas que “engordan” ingiriendo tan sólo una fruta o yogur en todo el día, de manera que la comida controla la vida de las personas que sufren este trastorno.

Estas enfermedades ocurren por lo general en la adolescencia, entre los 13 y 20 años, ya que es un período en el cual el cuerpo se va desarrollando y cambia de manera abrupta, mientras que la imagen mental que se tiene del propio cuerpo es mucho más lenta que su evolución fisiológica.

Podríamos decir que la publicidad y los medios de comunicación mediante la aparición de modelos o prototipos “perfectos” de hombre y mujer, bellos y muy delgados, son en parte, los responsables de la aparición de estos trastornos alimenticios en un adolescente enfermo, ya que en esta delicada etapa el adolescente está en plena evolución tanto

física como psíquica y está más propenso a caer en desarreglos alimenticios al no tener aún formado ni su cuerpo, su personalidad ni su identidad.

La familia también juega un papel importante en esos trastornos, ya que se originan en su mismo seno, y que pueden aparecer como síntoma de conflictos internos, personales y de tensiones en las interrelaciones padres-hijos-hermanos.

Niveles de Conducta Alimentaria de Riesgo

El cuestionario de Conducta Alimentaria de Riesgo de Unikel, Bojorquez y Carreño (2004), fue diseñado para identificar la alteración de las conductas alimentarias, más no los trastornos de la alimentación, que son de naturaleza patológica.

Presenta una estructura factorial de tres dimensiones:

- Conducta purgativa (“he vomitado después de comer para tratar de bajar de peso”).
- Conductas compensatorias (“he hecho dietas para tratar de bajar de peso”)
- Atracones (“en ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida”)

El puntaje obtenido se clasifica en, adolescentes con:

- Sin alteración en la conducta alimentaria
- Con alteración en la conducta alimentaria

2.2.4.3 FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

✓ Función familiar

La familia es la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.

En el Perú, el funcionamiento familiar es preocupante desde el ámbito de la formación de las familias, tanto en la nuclear como en la extensa se puede dar la ausencia física de uno o ambos progenitores, implicando la falta de figuras necesarias en el desempeño de acciones vitales para el grupo familiar, donde la violencia y los conflictos paternofiliales son frecuentes así como también la falta de autoridad eficiente para normar a los hijos, lo cual produce desestabilización que, unida al proceso de

cambios y transformaciones por los que atraviesa el adolescente, le acarrea confusiones (Camacho, 2009, p. 80).

El conflicto familiar es un factor de estrés frecuente relacionado con el suicidio, y es un hecho habitual que un incidente con un miembro de la familia proceda a la conducta suicida. Estos pacientes pueden experimentar efectos angustiosos con el conflicto. El adolescente puede considerar que su relación con el familiar en cuestión ha quedado irremediabilmente dañada o rota. Como consecuencia de esto puede sentirse herido o irritado. La idea suicida asociada puede incluir en los adolescentes la aparición de problemas relacionados con la demanda de mayor autonomía y su lucha por afianzar su identidad.

Reyes y Torres (11) señalan que el funcionamiento familiar en los individuos que realizaron intento suicida es predominantemente disfuncional, con poca adaptabilidad (67,7%) y baja cohesión (70,9%), es decir, estas familias se caracterizaron por la falta de unidad física y emocional ante situaciones de la vida cotidiana, incapacidad para establecer comunicaciones claras y directas entre sí, siendo incapaces de

conciliar los intereses y necesidades individuales con los grupales.

Trabajos previos han reconocido que la dinámica familiar basada en el funcionamiento familiar, vista desde la cohesión y adaptabilidad familiar, son considerados factores de riesgo predominantes para los problemas de ideación suicida e intento suicida, problemas psicopatológicos, rendimiento académico y trastornos de conducta.

Nivel de funcionamiento familiar

El cuestionario APGAR familiar, fue diseñado por Gabriel Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar.

El APGAR, no sólo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar sino que guía al profesional de la salud a explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas.

Componentes del APGAR familiar:

Adaptación: Adaptación es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el

equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis.

Participación: Es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.

Ganancia o Crecimiento: Es el logro en la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua.

Afecto: Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.

Recursos: Es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia.

Para fines de este trabajo de investigación se considero los puntajes y niveles propuestos por: Liliana Arias C., M.D. y Julian A. Herrera, M.D. Catedráticos de la Universidad del Valle, Cali. Colombia.

- Buena función familiar
- Disfunción familiar leve
- Disfunción familiar moderada
- Disfunción familiar severa

✓ **Estructura familiar**

La familia como célula fundamental de la sociedad participa de forma importante en las decisiones o conductas que pueden o no tomar sus miembros (Álvarez, 2001). La ruptura, desorganización, ausencia de lazos familiares durante la infancia y las disputas y desavenencias conyugales en los adultos; son los motivos desencadenantes que con mayor frecuencia determinan la conducta suicida. En las tentativas de suicidio juveniles, la distorsión de las relaciones afectivas intrafamiliares parecen tener mayor influencia que en las demás características de la estructura familiar: familia de origen o de adopción, filiación legítima, natural o adoptiva, etc. La familia es el núcleo de socialización básico influye decisivamente en el mantenimiento y adecuación de los demás vínculos interpersonales del individuo. Suelen acompañarse de dificultades o deterioro de la adaptación social, favoreciendo las situaciones de desarraigo y aislamiento que facilitan el acto suicida (Gilbert, 2001).

Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido:

Familia nuclear o elemental: Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

Familia extensa o consanguínea: Se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

Familia monoparental: Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos.

Familia reconstituida: Es la formada por una pareja adulta en la que al menos uno de los cónyuges tiene un hijo de una relación anterior, o en casos más complejos ambos cónyuges tienen hijos previos.

Vive solo: Sin familia (por ejemplo sus padres viven en otra ciudad).

2.2.4.4 FACTORES DE RIESGO ESCOLARES

✓ **Integración escolar** (*componente del ajuste escolar*)

El ajuste escolar hace referencia a la capacidad del adolescente para adaptarse a las demandas y situaciones estresantes en el ámbito escolar e implica aspectos cognitivos, conductuales y afectivos como el grado en que los alumnos se sienten cómodos, comprometidos y aceptados socialmente.

Lo que se busca con la integración escolar es alcanzar un nivel de integración social, ya que en este, es posible establecer vínculos afectivos y sociales que posibiliten al individuo una mayor desenvolvura en su vida futura.

La escuela con respecto a la integración debe ser un instrumento para la igualdad de oportunidades, un espacio de integración social; donde se conoce, comparte y convive con personas provenientes de otros grupos sociales; donde se aprende a respetar y valorar lo diferente. La escuela debe ser el espacio privilegiado en que todos aprendamos a convivir con los otros y donde cada uno tenga la oportunidad de desarrollar al máximo sus capacidades de aprendizaje.

En el contexto escolar también se han identificado varios factores que pueden influir en el ajuste psicológico del adolescente tales como el fracaso escolar, las expectativas negativas de éxito académico (baja autoestima académica/escolar) o los problemas interpersonales con los compañeros en términos de victimización o aislamiento social. Así, el fracaso escolar y la baja autoestima académica/escolar son íntimamente relacionados que, a su vez, parecen ejercer una influencia negativa en la salud mental del estudiante.

El término compuesto Ajuste Escolar, es un concepto construido para intentar comprender las variables que inciden en el bienestar o malestar del adolescente en su desempeño diario en el colegio.

Así entonces consideramos que el ajuste del adolescente finalmente va a depender de¹³:

- La percepción que él mismo tiene (propia o inducida) de la institución educativa así como de sus figuras de autoridad. Esto deviene actitud que se mostrará en su desempeño cotidiano ajustado o no a normas, exigencias y oportunidades.

¹³ Labb. Buhs y Troop, modificado 2007. Modelo Interpersonal de Ajuste Escolar. Disponible en: http://www.grupocidep.org/biblioteca_bull2.html

- En relación a lo anterior entonces será importante ver si el adolescente está cómodo o estresado en el lugar, sin necesidad que la incomodidad se manifieste a través de conductas externalizadoras (generalmente indisciplina y violación de normas) sino que con frecuencia será a través de conductas internalizadoras (más precisamente inhibición conductual). El afecto puesto por el adolescente en el colegio se verá reflejado en su desempeño tanto social como académico más allá de resultados.
- La participación del adolescente en las actividades escolares, de su clase u otras también son una medida de los anteriores, un adolescente desinteresado y desmotivado (desafectivizado en relación a la escuela) difícilmente logre ajustes adecuados a las exigencias, desafíos y oportunidades.
- Finalmente el desempeño académico en consonancia con una actitud social solidaria y cooperativa favorecerán el ajuste del adolescente al sistema escolar.

Nivel de integración escolar

La subescala de Problemas de Integración Escolar de Moral, Sánchez-Sosa y Villarreal-González (2010), de la escala

general de Ajuste Escolar; permite evaluar la integración escolar en los siguientes niveles:

- Buena integración escolar
- Regular integración escolar
- Mala integración escolar

✓ **Victimización escolar**

La violencia escolar, por tanto, es un problema que perjudica gravemente el proceso de enseñanza-aprendizaje en el aula, así como las relaciones sociales existentes en la misma, tanto entre compañeros como entre alumnos y profesores. Más específicamente, algunos investigadores destacan que la violencia escolar ejerce un triple impacto en el funcionamiento y funciones de la escuela (Trianes, Sánchez y Muñoz, 2001): desmoraliza y desmotiva laboralmente al profesorado, produce en la institución escolar un abandono de sus objetivos prioritarios de enseñanza de conocimientos puesto que la atención recae en las medidas disciplinarias, y provoca también el abandono de los objetivos de formación humana del alumnado, al centrarse la atención en aquellos estudiantes que muestran más problemas de disciplina. La violencia escolar y el

acoso entre escolares son conocidos internacionalmente como bullying.

Nivel de victimización escolar

La subescala de victimización escolar de Rubini y Pombeni (1992), de la escala general de Conductas Predelictivas; consta de 6 reactivos y un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.84 y considera los siguientes niveles:

- Baja victimización escolar
- Regular victimización escolar
- Alta victimización escolar

2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

2.3.1 ACTO SUICIDA: Incluye el intento de suicidio y el suicidio.

2.3.2 ADOLESCENCIA: Es una etapa de transición de la infancia a la edad adulta y desarrollo biológico, psicológico, sexual y social. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y posiciones médicas, científicas y psicológicas pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años y su finalización a los 19 o 20.

2.3.3 AMENAZA SUICIDA: Expresiones verbales o escritas del deseo de matarse. Tiene la particularidad de comunicar algo que está por suceder (acto suicida) a personas estrechamente vinculadas con el sujeto que realiza la amenaza.

2.3.4 ANTECEDENTES SUICIDAS: Incluye, principalmente, los actos suicidas previos que haya realizado un sujeto. Puede ser utilizado también para referirse a la presencia de familiares que hayan tenido estos antecedentes.

2.3.5 CONDUCTA SUICIDA: Término colectivo que incluye los pensamientos suicidas, el intento de suicidio y el suicidio.

2.3.6 DAÑO AUTOINFLIGIDO: Son los efectos perjudiciales que resultan de la realización de un intento suicida o un suicidio. Incluye también las consecuencias de actos autodestructivos realizados por el sujeto sin la intención de morir.

2.3.7 FACTOR DE RIESGO: Atributo o característica que confiere a un sujeto un grado variable de susceptibilidad para contraer determinada enfermedad o alteración de la salud. Tienen como características las siguientes: son individuales, pues lo que para algunos es un riesgo, para otros no representa problema alguno, son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o la vejez, son genéricos porque los factores de riesgo en la mujer no son similares a los de los hombres, están mediatizados por la cultura y el entorno de los individuos, comprobándose que lo que es aceptado en determinado medio social puede ser reprobado en otros.

2.3.8 FACTORES PROTECTORES DEL SUICIDIO: Factores que, para una persona en particular, reducen el riesgo de realización de un acto suicidio, como el apoyo que se reciba en situaciones de crisis, el tratamiento del dolor en una enfermedad terminal, el tratamiento de las enfermedades depresivas, la adecuada capacidad para

resolver problemas, la razonable autoestima y autosuficiencia, la capacidad para buscar ayuda en personas competentes, etc.

2.3.9 IDEACIÓN SUICIDA: Conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Sinónimo de pensamiento suicida.

2.3.10 PARASUICIDIO: Sinónimo de intento suicida.

2.3.11 PLAN SUICIDA: Pensamientos o ideas suicidas con una adecuada estructuración, sumamente grave para quien los presenta pues significa que desea suicidarse, utilizando un método específico y no otro, a determinada hora, por un motivo concreto, para dejar de vivir y ha tomado las debidas precauciones para no ser descubierto.

2.3.12 RIESGO SUICIDA: Termino utilizado para referirse a los sujetos en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o aquellos que lo pudieran cometer durante sus vidas.

2.3.13 SUICIDA: Termino con múltiples significados entre los que se incluye el que ha terminado su vida por suicidio, el que ha realizado intentos de suicidio de carácter grave con peligro para la vida, el

que realiza actos temerarios con peligro para la vida o para su integridad física, psicológica o su desarrollo social.

2.3.14 SUICIDIO: Es una de las formas de morir en la que el individuo, utilizando determinado método se auto agrede, el resultado de esta agresión conduce a la muerte. Es el homicidio de sí mismo, el acto suicida que termina en la muerte.

2.3.15 SUICIDIOLOGÍA: Es el estudio científico de la conducta suicida en sus aspectos preventivos, de intervención y rehabilitación. Comprende el estudio de los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio, el suicidio y su prevención.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA
INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 MATERIAL Y MÉTODOS

En la Institución Educativa Mariscal Cáceres – Tacna, durante el mes de Julio 2011, se estudió a 179 adolescentes del nivel secundario. Se planteó un estudio descriptivo, transversal y correlacional.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La muestra probabilística parte de un universo de 650 estudiantes del nivel secundario de la I.E. Mariscal Cáceres del distrito de Ciudad Nueva; para este estudio se consideraron como objeto de estudio a 179 estudiantes adolescentes de 1^{er} a 5^{to} año de educación secundaria, entre mujeres y varones de 12 a 19 años de edad. (VER ANEXO N° 01)

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó a través de la técnica de la encuesta, mediante un cuestionario estructurado autoadministrado, separado en 5 secciones:

SECCIÓN I: En esta primera sección se recoge información general del adolescente, como edad, sexo, año y sección, composición familiar.

SECCIÓN II: En esta sección se recoge información respecto a la ideación suicida, mediante la Escala de Ideación Suicida, adaptada y modificada por Villardón, que consta de 10 ítems. (VER ANEXO N° 02)

SECCIÓN III: En esta sección se recoge información respecto a los factores personales, mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg, Test de Depresión de Zung-Conde y el Cuestionario de Conducta Alimentaria de Riesgo. Haciendo un total de 40 ítems. (VER ANEXO N° 03)

SECCIÓN IV: En esta sección se recoge información sobre el factor familiar, mediante el Cuestionario de Funcionamiento Familiar. Consta de 5 ítems. (VER ANEXO N° 04)

SECCIÓN V: En esta sección se recoge información sobre los factores escolares, a través de la Subescala de Problemas de Integración Escolar y la Subescala de Victimización Escolar. Consta de 11 ítems. (VER ANEXO N° 05)

3.4 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Previa autorización del Director de la I.E. Mariscal Cáceres, se realizó una prueba piloto (Validez Interna) con 10 estudiantes del nivel secundario, de los distintos años de 1^{ero} a 5^{to}, entre las edades de 12 a 19 años; con el objetivo de reajustar a redacción y comprensión de los ítems de los instrumentos a utilizar y de esta manera poder darle la confiabilidad adecuada al instrumento.

Una vez establecida la validez externa por parte de los expertos (01 Psicólogo, 01 Enfermero Asistencial Especialista en Salud Mental, 01 Enfermera Docente Especialista en Salud del Adolescente, 01 Enfermera con Doctorado en Psicología y 01 Estadista) y la confiabilidad, a través de la prueba piloto, se procedió a solicitar fechas y tiempo disponible para realizar la encuesta, a la oficina de Tutoría y Orientación Educativa (TOE) del nivel secundario. (VER ANEXO N° 06 Y N° 07).

Posteriormente se generó una tabla de números aleatorios considerando el número de estudiantes por cada sección y año de estudios. Con este procedimiento se seleccionaron los 179 estudiantes del nivel secundario, seleccionados aleatoriamente, para proceder a la aplicación de los cuestionarios.

En cada aula, se entregaron a cada estudiante los cuestionarios correspondientes y se asignaron dos encuestadores para cada grupo, donde informaron los objetivos del estudio y solicitaron la colaboración voluntaria garantizando la confidencialidad y el anonimato de las respuestas.

3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos a través de los instrumentos inicialmente fueron codificados y pasaron por control de calidad, luego se elaboró una base de datos donde también se hizo un segundo control de calidad, para después exportarlos al software SPSS versión 19.0.

Luego surgieron dos momentos: el análisis estadístico descriptivo y el análisis estadístico bivariado; en el primero se empleó la frecuencia absoluta y relativa simple, en el segundo momento se

utilizó la prueba de Rho de Spearman para variables cuantitativas y el Ji-Cuadrado cuando una de las variables era cualitativa.

Además se hizo uso de:

- Índice de consistencia interna Alfa de Cronbach: para la confiabilidad de los instrumentos. (VER ANEXO N° 08)
- Distancia de puntos múltiples (DPP), Distancia Máxima (Dmáx) para establecer el grado de adecuación de los instrumentos. (VER ANEXO N° 06)

CAPITULO IV
DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los cuadros y gráficos estadísticos que corresponden a la información obtenida como resultados de la investigación y el análisis de los factores de riesgo significativos asociados a la ideación suicida en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres, Tacna - 2011.

CUADRO N° 01

FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES TACNA - 2011

Factores Demográficos	N°	%
Edad		
12-14 años	94	52,51
15-19 años	85	47,49
Total	179	100,00
Sexo		
Femenino	81	45,25
Masculino	98	54,75
Total	179	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de la I.E. Mariscal Cáceres, Julio – 2011

En el cuadro N° 01, se observa que el 52,51% corresponde al grupo etareo de 12 a 14 años y el 47,49% al grupo de 15 a 19 años.

En cuanto al sexo, el 54,75% pertenece al sexo masculino y el 45,25% pertenece al sexo femenino.

CUADRO N° 02

IDEACIÓN SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES TACNA - 2011

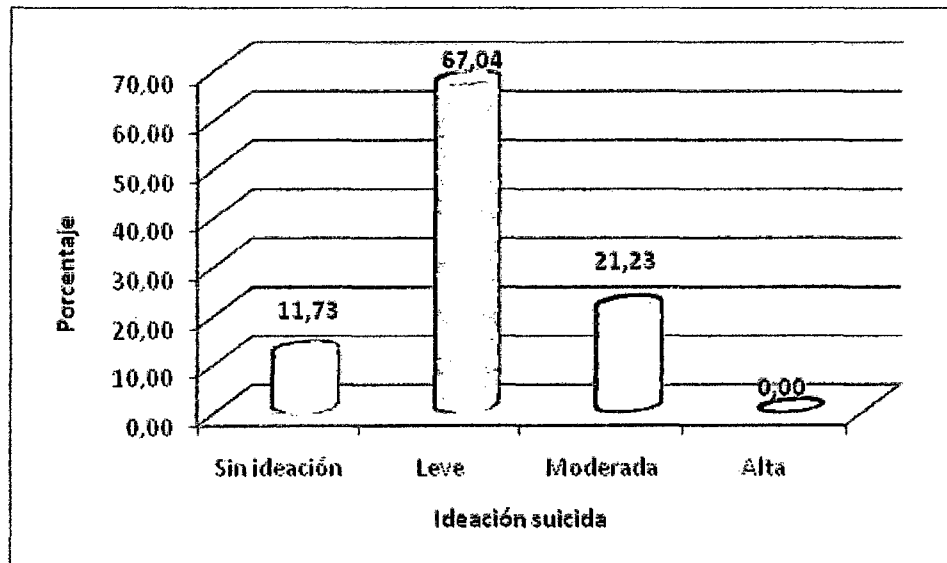
Nivel de Ideación Suicida	N°	%
Sin ideación	21	11,73
Leve	120	67,04
Moderada	38	21,23
Alta	0	0,00
Total	179	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de la I.E. Mariscal Cáceres, Julio – 2011

El segundo cuadro muestra que el 67,04% de adolescentes escolares tienen un nivel de ideación suicida leve, el 21,3% nivel moderado, el 11,73% no calificaron con ideación suicida y ninguno presentó nivel alto.

GRÁFICO N° 01

IDEACIÓN SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES TACNA - 2011



FUENTE: Cuadro N° 02

CUADRO N° 03

NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES
DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES
TACNA - 2011

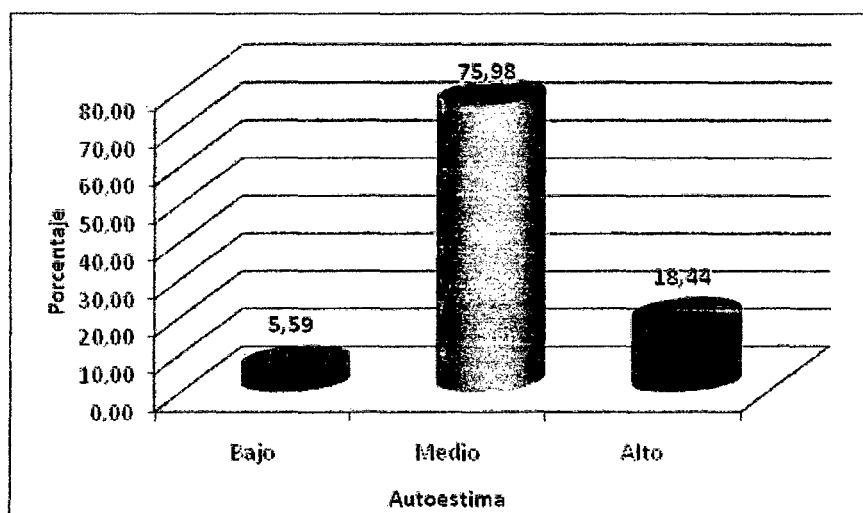
Nivel de Autoestima	N°	%
Bajo	10	5,59
Medio	136	75,98
Alto	33	18,44
Total	179	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de la I.E. Mariscal Cáceres, Julio – 2011

En el cuadro N° 03, se observa que el 75,98% de adolescentes presentaron un nivel de autoestima medio, el 18,44% un nivel alto y una minoría de 5,59% bajo nivel.

GRÁFICO N° 02

NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS ADOLESCENTES
DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES
TACNA – 2011



FUENTE: Cuadro N° 03

CUADRO N° 04

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DE LOS ADOLESCENTES
DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES
TACNA – 2011

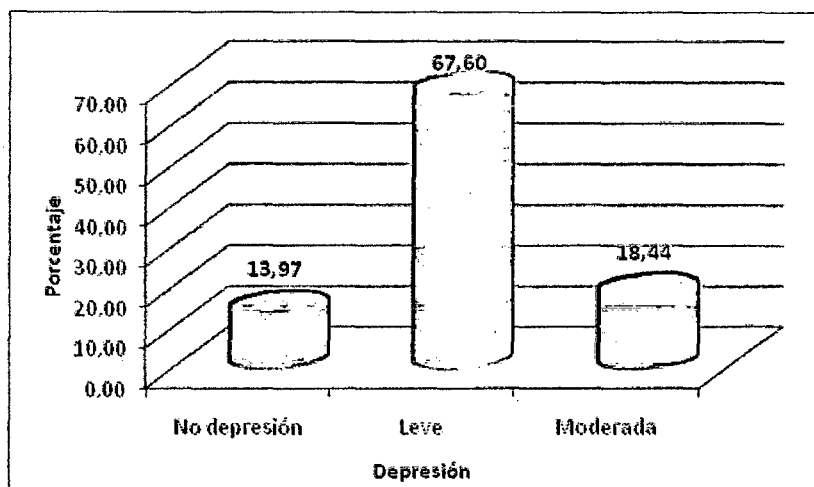
Nivel de Depresión	N°	%
No depresión	25	13,97
Leve	121	67,60
Moderada	33	18,44
Grave	0	0,00
Total	179	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de la I.E. Mariscal Cáceres, Julio - 2011

El cuarto cuadro muestra que el 67,60% presentó un nivel leve de depresión, el 18,44% un nivel moderado, mientras que el 13,97% no presentó depresión y ninguno depresión grave.

GRAFICO N° 03

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DE LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES TACNA – 2011



FUENTE: Cuadro N° 04

CUADRO N° 05

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES TACNA – 2011

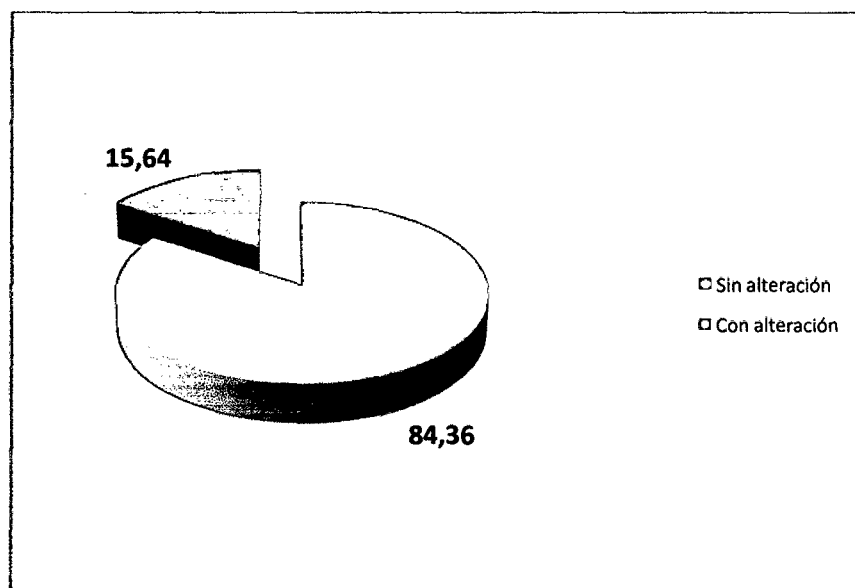
Conducta Alimentaria	N°	%
Sin alteración	151	84,36
Con alteración	28	15,64
Total	179	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de la I.E. Mariscal Cáceres, Julio - 2011

El cuadro N° 05, indica que el 84,36% de escolares adolescentes no presentaron alteración en la de conducta alimentaria y un 15,64% evidenció este problema. Dichos porcentajes se muestran en el gráfico N° 04.

GRÁFICO N° 04

**CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES
DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES
TACNA – 2011**



FUENTE: Cuadro N° 05

CUADRO N° 06

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES TACNA – 2011

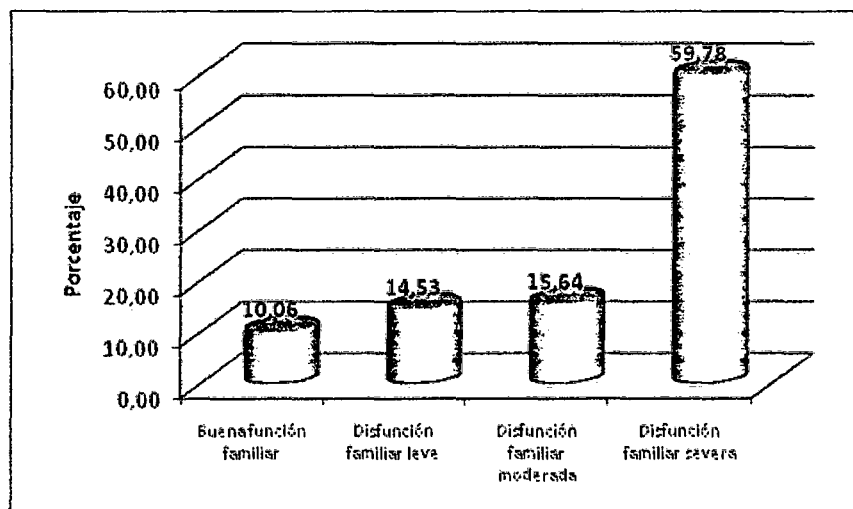
Funcionamiento Familiar	N°	%
Buena función familiar	18	10,06
Disfunción familiar leve	26	14,53
Disfunción familiar moderada	28	15,64
Disfunción familiar severa	107	59,78
Total	179	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de la I.E. Mariscal Cáceres, Julio – 2011

Aquí destacamos que el 59,78% de escolares adolescentes viven en un entorno de disfunción familiar severa, luego el 15,64% está en disfunción moderada, el 14,53% en leve y el 10,06% manifestó tener una buena función familiar.

GRÁFICO Nº 05

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES TACNA – 2011



FUENTE: Cuadro Nº 06

CUADRO N° 07

NIVEL DE SATISFACCIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES TACNA – 2011

APGAR familiar	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1. Me satisface la ayuda que percibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.	60	33,52	21	11,73	30	16,76	48	26,82	20	11,17	179
2. Me satisface que en mi casa se tomen decisiones en conjunto.	20	11,17	52	29,05	44	24,58	53	29,61	10	5,59	179
3. Me satisface como mi familia me expresa afecto.	41	22,91	13	7,26	69	38,55	36	20,11	20	11,17	179
4. Me satisface como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios de la casa y el dinero.	25	13,97	27	15,08	37	20,67	66	36,87	24	13,41	179
5. Me satisface como mi familia acepta mis deseos de emprender nuevas actividades.	15	8,38	42	23,46	36	20,11	66	36,87	20	11,17	179

FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de la I.E. Mariscal Cáceres, Julio – 2011

Aquí se observa que la mayor proporción de adolescentes (33,52) perciben que nunca se satisfacen con la ayuda de su familia cuando tienen algún problema o necesidad; un grupo de 29,05% casi nunca se satisface que en su casa se tomen decisiones en conjunto y una igual proporción refirió que casi siempre se toman decisiones en conjunto.

También se observa que la mayor proporción de escolares (38,55%), algunas veces se satisface con el afecto que expresa su familia, mientras que el 36,87% se satisface de cómo comparte su familia y de cómo acepta los deseos de emprender nuevas actividades.

CUADRO N° 08

ESTRUCTURA FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES TACNA – 2011

Estructura Familiar	N°	%
Familia nuclear	94	52,51
Familia incompleta	40	22,35
Familia extensa	24	13,41
Familia reconstituida	13	7,26
Vive solo (S/F)	8	4,47
Total	179	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de la I.E. Mariscal Cáceres, Julio – 2011

El presente cuadro, muestra que el 52,51% de adolescentes tienen una familia nuclear (viven con padre y madre), luego el 22,35% pertenecen a una familia incompleta (viven con padre o madre), el 13,41% manifestaron tener una familia extensa y finalmente el 4,47% viven solos (sin familia).

CUADRO N° 09

NIVEL DE INTEGRACIÓN ESCOLAR DE LOS ADOLESCENTES
DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES
TACNA – 2011

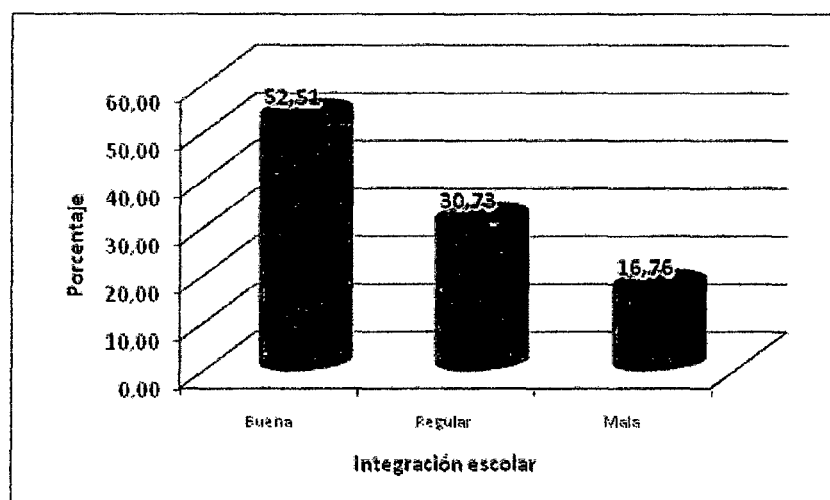
Nivel de Integración Escolar	N°	%
Buena	94	52,51
Regular	55	30,73
Mala	30	16,76
Total	179	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de la I.E. Mariscal Cáceres, Julio – 2011

El presente cuadro indica que poco más de la mitad de escolares (52,51%) se muestra con buen nivel de integración escolar y un 30,73% con una regular integración, mientras que el 16,76% tienen una mala integración.

GRÁFICO N° 06

NIVEL INTEGRACIÓN ESCOLAR DE LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES TACNA – 2011



FUENTE: Cuadro N° 09

CUADRO N° 10

NIVEL DE VICTIMIZACIÓN ESCOLAR DE LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES TACNA – 2011

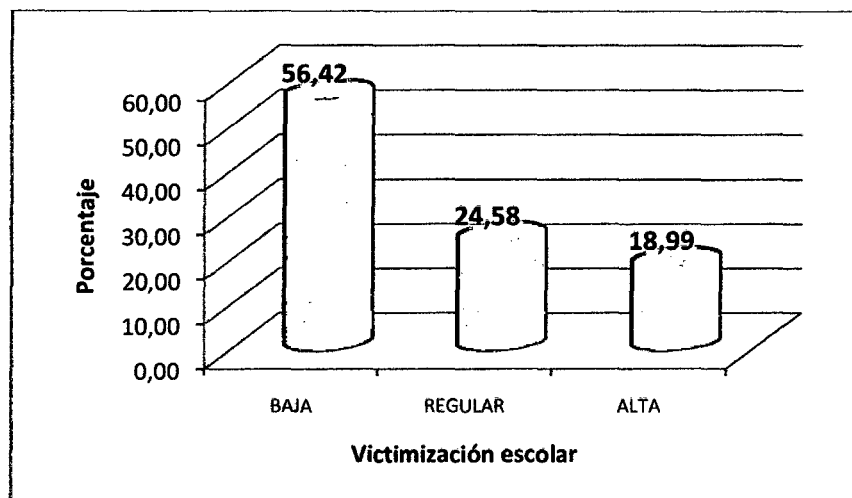
Nivel de Victimización Escolar	N°	%
Baja	101	56,42
Regular	44	24,58
Alta	34	18,99
Total	179	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de la I.E. Mariscal Cáceres, Julio – 2011

Este cuadro expresa que la mayoría de escolares adolescentes (56,42%) presentaron un bajo nivel de victimización escolar y el 24,58% manifiestan una regular victimización escolar, mientras que una minoría de 18,99% presentaron un alto nivel de victimización.

GRÁFICO N° 07

NIVEL DE VICTIMIZACIÓN ESCOLAR DE LOS ADOLESCENTES DE LA
I. E. MARISCAL CÁCERES
TACNA – 2011



FUENTE: Cuadro N° 10

CUADRO N° 11

NIVEL DE AUTOESTIMA Y SU ASOCIACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES

Autoestima	Sin ideación		Leve		Moderada		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	1	0,56	6	3,35	3	1,68	10	5,59
Medio	6	3,35	95	53,07	35	19,55	136	75,98
Alto	14	7,82	19	10,61	0	0,00	33	18,44
Total	21	11,73	120	67,04	38	21,23	179	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de la I.E. Mariscal Cáceres, Julio – 2011

$$r_s = -0,38; p = 0,0000$$

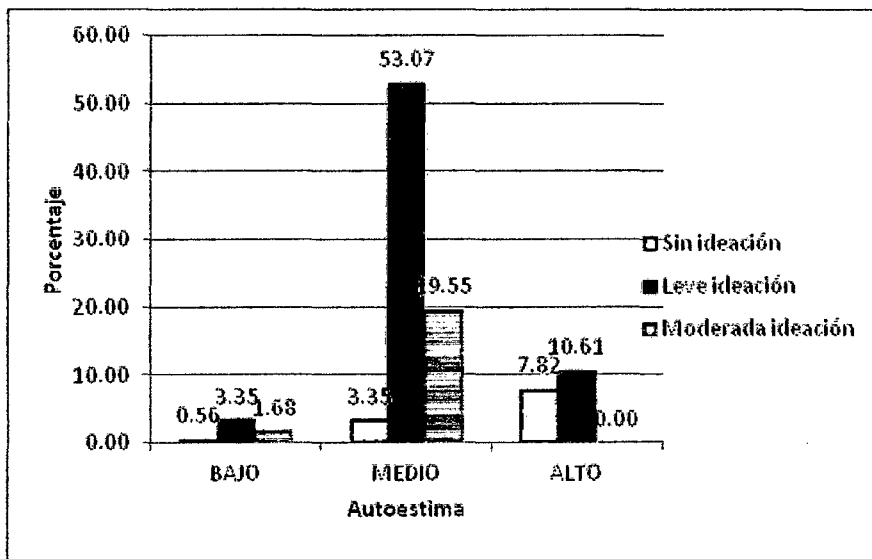
Prueba: Rho de Spearman; Significativo a nivel $P < 0.05$

El Cuadro N° 11, muestra que de 33 escolares con nivel de autoestima alto, el 10,61% manifestó tener leve ideación suicida y 7,82% estuvieron sin ideación. De 136 escolares con nivel medio de autoestima, el 53,07% manifestaron una leve ideación suicida y 3,35% no tuvieron. De 10 adolescentes con bajo nivel de autoestima, el 3,35% tuvieron una leve ideación suicida y 0,56% no.

El análisis estadístico por jerarquías de Rho de Spearman determina una leve correlación inversa ($r = -0,38$) y como $\alpha = 0.05$ es mayor a P-Valor = 0.0000, se rechaza la hipótesis nula, lo que significa, que existe evidencia que cuando aumenta el nivel de autoestima, disminuye en proporción la ideación suicida en los escolares.

GRÁFICO Nº 08

NIVEL DE AUTOESTIMA Y SU ASOCIACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES



FUENTE: Cuadro Nº 11

CUADRO Nº 12

NIVEL DE DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES

Ideación Suicida	Sin ideación		Leve		Moderada		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Depresión								
No depresión	8	4,47	15	8,38	2	1,12	25	13,97
Leve	12	6,70	92	51,40	17	9,50	121	67,60
Moderada	1	0,56	13	7,26	19	10,61	33	18,44
Grave	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	21	11,73	120	67,04	38	21,23	179	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de la I.E. Mariscal Cáceres, Julio – 2011

Rho de Spearman: $r_s = 0,41$; $p = 0,0000$

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

En este cuadro se aprecia que entre 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.

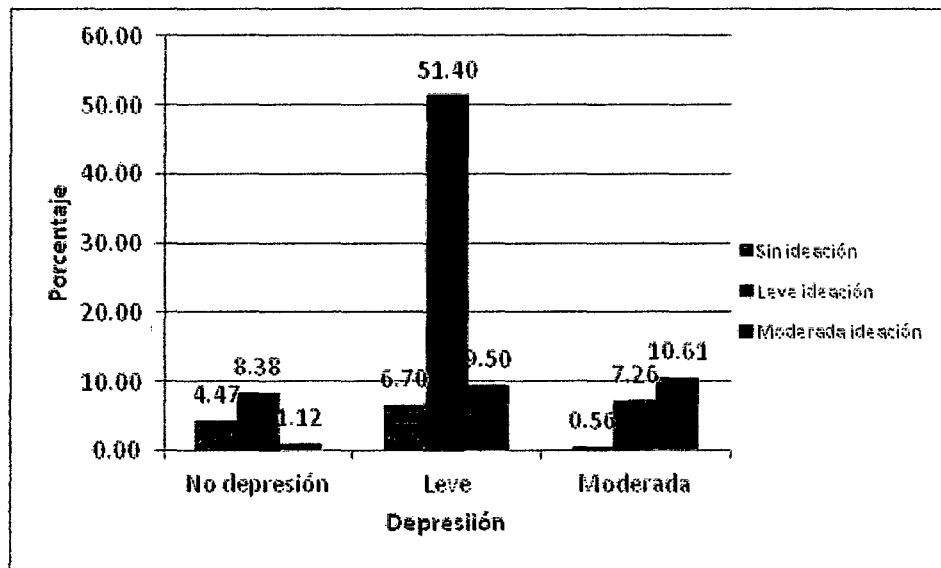
De 121 adolescentes con leve depresión, el 51,40% tiene una leve ideación suicida, luego el 9,50% una idea suicida moderada y el 6,7% no manifestó ideas suicidas.

De 33 escolares con depresión moderada, el 10,61% se encontró con idea moderada de intento de suicidio, el 7,26% con nivel leve. Resaltamos además, que ningún adolescente se presentó con una situación de depresión grave.

El análisis estadístico por jerarquías de Rho de Spearman determina una correlación positiva directa ($r = 0,41$) y como $\alpha = 0.05$ es mayor a P-Valor = 0.0000 en la prueba, se rechaza la hipótesis nula, lo que significa que existe evidencia que cuando aumenta el nivel de depresión, también aumenta la ideación suicida en los escolares.

GRÁFICO N° 09

NIVEL DE DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES



FUENTE: Cuadro N° 12

CUADRO N° 13

NIVEL DE CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO Y SU ASOCIACIÓN
CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES
DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES

Conducta Alimentaria	Ideación Suicida		Sin ideación		Leve		Moderada		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin alteración	20	11,17	104	58,10	27	15,08	151	84,36		
Con alteración	1	0,56	16	8,94	11	6,15	28	15,64		
Total	21	11,73	120	67,04	38	21,23	179	100,00		

FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de la I.E. Mariscal Cáceres, Julio – 2011

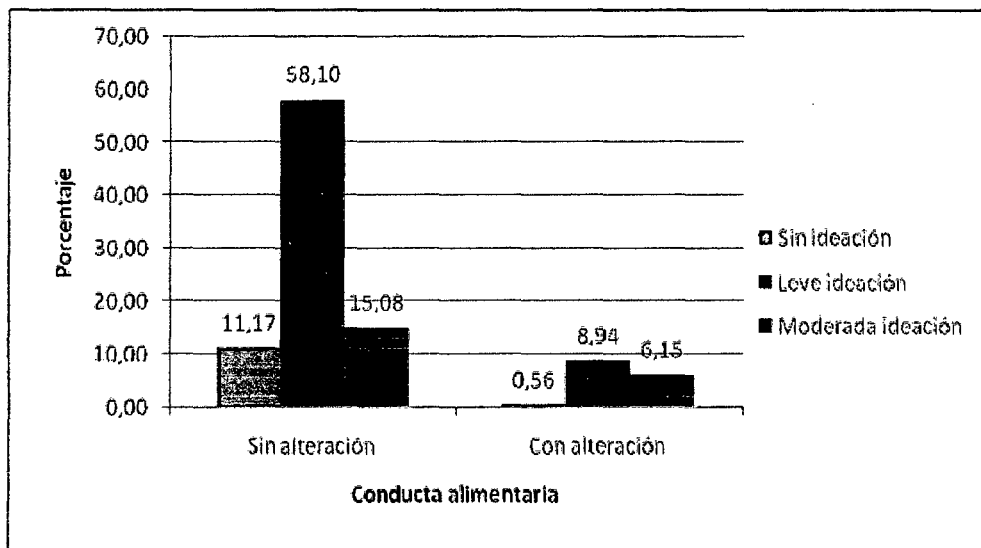
Prueba de chi-cuadrado $X^2=7,467$ G.L=2 $p=0,024$

En este cuadro se aprecia que de 151 escolares sin alteración en su conducta alimentaria de riesgo, el 58,1% presentaron una leve ideación suicida, luego el 15,08% tuvo un nivel moderado y un 11,17% no presentó ideación. De 28 escolares con alteración en la conducta alimentaria de riesgo, el 8,94% se encontró con leve ideación suicida y el 6,15% con moderada ideación suicida.

El análisis estadístico correspondiente determina que existe una asociación estadísticamente significativa ($p=0,024$).

GRÁFICO N° 10

NIVEL DE CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO Y SU ASOCIACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES



FUENTE: Cuadro N° 13

CUADRO N° 14

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES

Funcionamiento Familiar	Ideación Suicida		Sin ideación		Leve		Moderada		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Buena función familiar	12	6,70	6	3,35	0	0,00	18	10,06		
Disfunción familiar leve	5	2,79	19	10,61	2	1,12	26	14,53		
Disfunción familiar moderada	2	1,12	22	12,29	4	2,23	28	15,64		
Disfunción familiar severa	2	1,12	73	40,78	32	17,88	107	59,78		
Total	21	11,73	120	67,04	38	21,23	179	100,00		

FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de la I.E. Mariscal Cáceres, Julio – 2011

Rho de Spearman: $r_s = 0,46$; $p = 0,0000$

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

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.

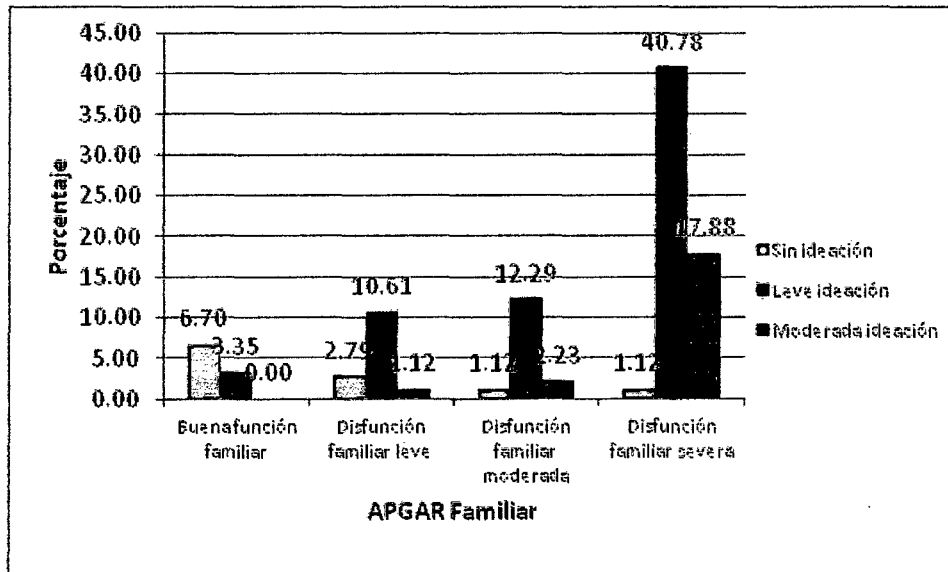
De 28 escolares con disfunción familiar moderada, el 12,29% tuvo una leve ideación suicida, el 2,23% con nivel moderado y 1,12% sin ideación.

Los porcentajes de leve o sin idea suicida disminuyen para aquellos escolares con una leve disfunción familiar, no presentándose ninguno con moderada idea de intento en aquellos que tienen una buena función familiar.

El análisis estadístico correspondiente revela una correlación positiva directa ($r = 0,46$), y como $\alpha = 0.05$ es mayor a P-Valor = 0.0075 en la prueba, se rechaza la hipótesis nula. Existe una intensidad moderada de correlación, es decir, cuando aumenta la disfunción familiar de los escolares, aumenta la idea de intento de suicidio.

GRÁFICO Nº 11

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES



FUENTE: Cuadro Nº 14

CUADRO N° 15

ESTRUCTURA FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES

Estructura Familiar	Ideación Suicida		Sin ideación		Leve		Moderada		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Familia nuclear	16	8,94	71	39,66	7	3,91	94	52,51		
Familia incompleta	2	1,12	24	13,41	14	7,82	40	22,35		
Familia extensa	3	1,68	15	8,38	6	3,35	24	13,41		
Familia reconstituida	0	0,00	5	2,79	8	4,47	13	7,26		
Vive solo (S/F)	0	0,00	5	2,79	3	1,68	8	4,47		
Total	21	11,73	120	67,04	38	21,23	179	100,00		

FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de la I.E. Mariscal Cáceres, Julio – 2011

Prueba de chi-cuadrado.: $X^2 = 32,344$; $p = 0,0001$

En el presente cuadro se aprecia que de 94 adolescentes que pertenecen a una familia nuclear, 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.

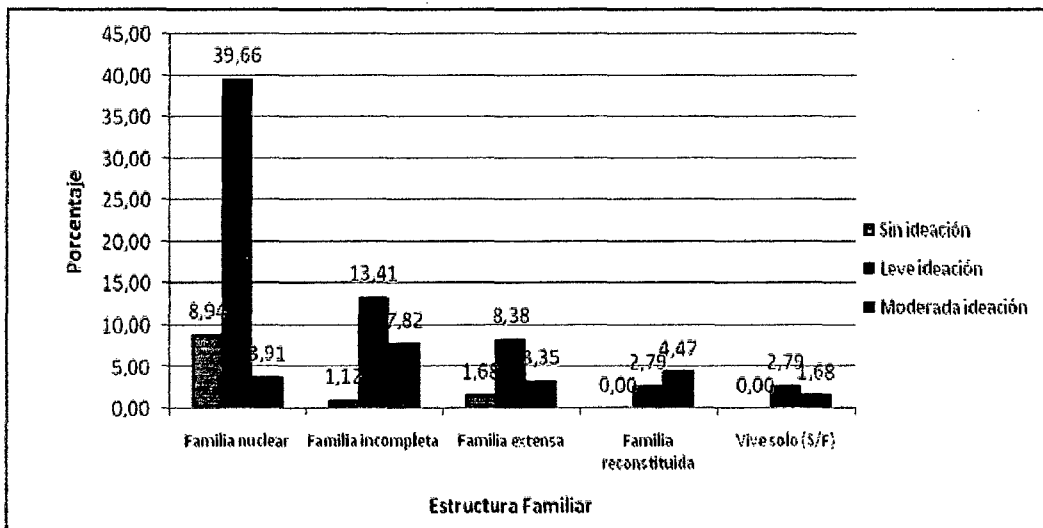
De 24 escolares con familia extensa, el 8,38% tiene una leve idea suicida y de 13 adolescentes con familia reconstituida, el 4,47% tiene moderada idea

suicida. Por último, de aquellos que viven solos (sin familia), todos tienen idea suicida, ya sea leve (2,79%) o moderada (1,68%).

El análisis estadístico correspondiente, determina que el tipo de familia se encuentra asociado significativamente a la ideación suicida en los escolares ($p= 0.0001$).

GRÁFICO Nº 12

ESTRUCTURA FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES



FUENTE: Cuadro Nº 15

CUADRO N° 16

NIVEL DE INTEGRACIÓN ESCOLAR Y SU ASOCIACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES

Ideación Suicida	Sin ideación		Leve		Moderada		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Integración Escolar								
Buena	16	8,94	76	42,46	2	1,12	94	52,51
Regular	5	2,79	35	19,55	15	8,38	55	30,73
Mala	0	0,00	9	5,03	21	11,73	30	16,76
Total	21	11,73	120	67,04	38	21,23	179	100,00

FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de la I.E. Mariscal Cáceres, Julio – 2011

Rho de Spearman: $r_s = 0,54$; $p = 0,0000$

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

En el cuadro N° 16, se observa que de 94 adolescentes con buena integración escolar, la mayoría (42,46%) tuvieron una leve ideación suicida, el 8,94% no presentaron ideas suicidas y en el 1,12% fue moderada.

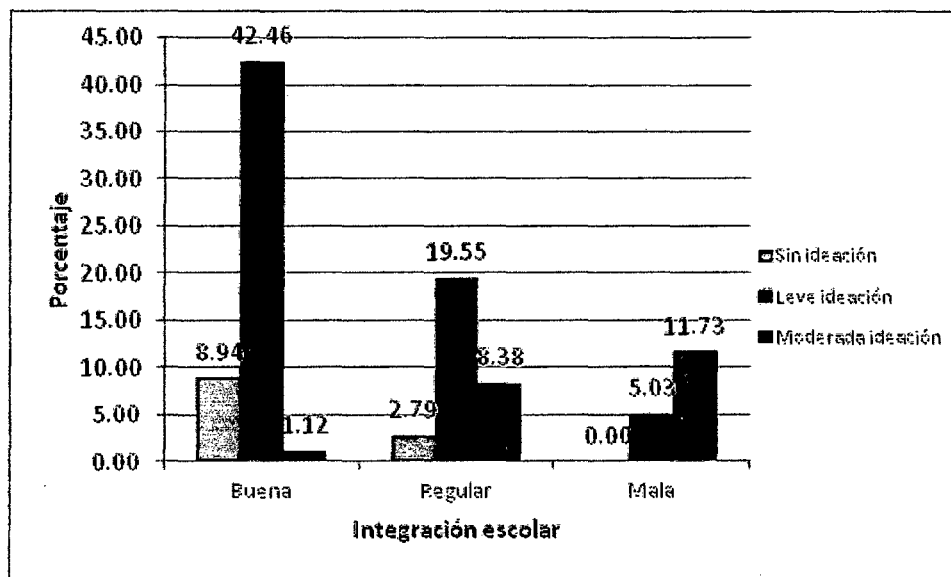
De 55 adolescentes con regular integración escolar, el 19,55% tuvo una leve idea de intento de suicidio, el 8.38% con moderada ideación y 2,79% sin ideación.

De 30 adolescentes con mala integración escolar, el 11,73% presentó moderada ideación suicida y el 5,03% una leve ideación.

El análisis estadístico por jerarquías de Rho de Spearman determina una correlación positiva directa ($r = 0,54$) y como $\alpha = 0.05$ es mayor a P-Valor = 0.0000 en la prueba, se rechaza la hipótesis nula, lo que significa que existe evidencia que cuando empeora el nivel de integración escolar, aumenta la ideación suicida en los escolares.

GRÁFICO N° 13

NIVEL DE INTEGRACIÓN ESCOLAR Y SU ASOCIACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES



FUENTE: Cuadro N° 16

CUADRO N° 17

NIVEL DE VICTIMIZACIÓN ESCOLAR Y SU ASOCIACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES

Victimización Escolar	Ideaación Suicida		Sin ideaación		Leve		Moderada		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BAJA	15	8,38	77	43,02	9	5,03	101	56,42		
REGULAR	5	2,79	34	18,99	5	2,79	44	24,58		
ALTA	1	0,56	9	5,03	24	13,41	34	18,99		
Total	21	11,73	120	67,04	38	21,23	179	100,00		

FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de la I.E. Mariscal Cáceres, Julio – 2011

Rho de Spearman: $r_s = 0,415$; $p = 0,0000$

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

El cuadro N° 17, muestra que de 101 adolescentes con bajo nivel de victimización escolar, el 43,02% manifestó una leve ideaación suicida, el 8,38% fueron normales y el 5,03% tuvieron una moderada ideaación.

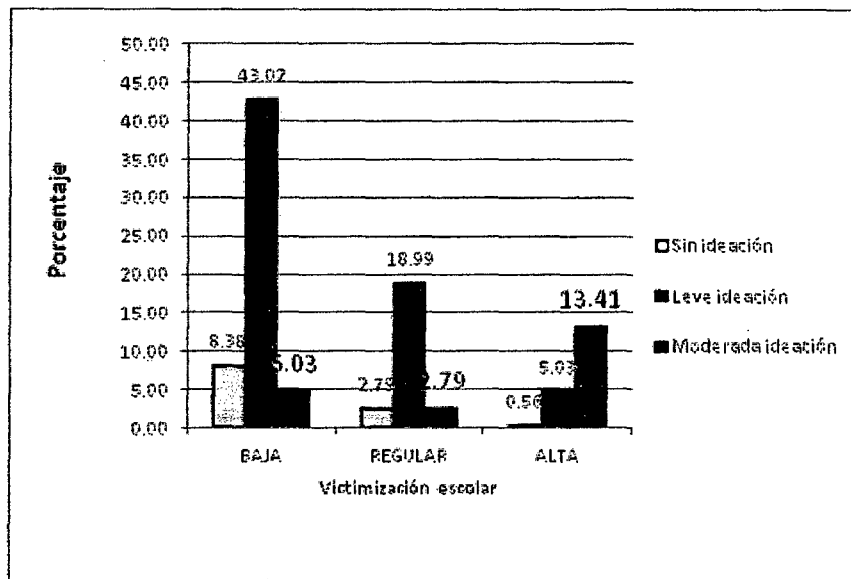
De 44 escolares con regular victimización escolar, el 18,99% tuvieron una leve ideaación suicida y en el 2,79% fue moderada, similar a los que no lo presentaron (2,79%).

De 34 adolescentes con alto nivel de victimización escolar, el 13,41% se encontró con moderada ideación suicida, el 5,03% manifestó una leve ideación y 0,56% no presentaron.

El análisis estadístico correspondiente revela una correlación positiva directa ($r = 0,415$), y como $\alpha = 0.05$ es mayor a $P\text{-Valor} = 0.0000$ en la prueba, se rechaza la hipótesis nula. Existe una intensidad moderada de correlación, es decir, cuando aumenta la victimización escolar, aumenta la idea de intento de suicidio.

GRÁFICO Nº 14

NIVEL DE VICTIMIZACIÓN ESCOLAR Y SU ASOCIACIÓN CON LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES



FUENTE: Cuadro Nº 17

CUADRO N° 18

EDAD Y SEXO ASOCIADO A LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA I. E. MARISCAL CÁCERES

Ideación Suicida Factores Demográficos	Sin ideación		Leve		Moderada		Total		Prueba P
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
EDAD									
12-14 años	17	9,50	54	30,17	23	12,85	94	52,51	X ² =10,505 P=0,005
15-19 años	4	2,23	66	36,87	15	8,38	85	47,49	
Total	21	11,73	120	67,04	38	21,23	179	100,00	
SEXO									
Femenino	7	3,91	50	27,93	24	13,41	81	45,25	X ² =6,744 P=0,034
Masculino	14	7,82	70	39,11	14	7,82	98	54,75	
Total	21	11,73	120	67,04	38	21,23	179	100,00	

FUENTE: Encuesta aplicada a los estudiantes de la I.E. Mariscal Cáceres, Julio – 2011

El cuadro N° 15, revela que de 94 escolares entre 12-14 años, el 30,17% tienen una leve idea de intento de suicida, en el 12,85% fue moderada y el 9,50% no presentó. Entre 85 escolares de 15-19 años, el 36,87% tuvo una leve ideación suicida, en el 8,38% fue moderada y en el 2,23% fue normal.

En cuanto al sexo, las mujeres (13,41%) superan a los hombres (7,82%) en tener ideas moderadas de intento de suicidio, sin embargo, lo contrario se observa en los que tienen una leve idea suicida, donde las mujeres representan el 27,93% frente a los hombres (39,11%).

Al análisis estadístico, vemos que como $\alpha = 0.05$ es mayor a P-Valor = 0.005 (Edad) y 0,034 (Sexo) en la prueba χ^2 , se rechaza la hipótesis nula, lo que significa que existe evidencia, que la edad y el sexo se encuentran asociadas significativamente a la idea de intento de suicidio en los escolares.

4.2 DISCUSIÓN

El presente estudio es uno de los pocos en el departamento de Tacna que se ha investigado sobre ideación suicida en adolescentes; el objetivo general fue determinar los factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres, Tacna-2011, demostrándose evidencia de asociación estadísticamente significativa entre factores de riesgo personal, familiares, escolares y características demográficas con el nivel de ideación suicida en dicha población. Este relevante hallazgo, constituye una preocupación trascendental en la salud pública de este tema, que debe ser fortalecida a través del trabajo preventivo que realiza el profesional de enfermería, considerando que la ideación suicida es un acontecimiento vital en el que están presentes componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos, sobre las cuales debe actuarse para prevenir o poner fin a situaciones de sufrimiento y tensión que se convierten en insostenibles para la persona que las padece, que en nuestro caso, la población estudiada presenta tales defectos.

En coherencia con el primer objetivo específico, es preocupante haber encontrado la presencia de ideación suicida en la población escolar, aunque no en nivel alto, pero sí en nivel leve (67,04%) y moderado (21,3%); destacándose que un grupo de 11,73% no calificaron con ideación suicida (Cuadro N° 02). Un estudio de Tesis Doctoral reciente, por Julio Aguilar, sobre "Factores personales, familiares y sociales asociados a la ideación suicida en estudiantes del quinto año de secundaria del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2009", reportó un mínimo porcentaje de alta ideación suicida (2,93%), que en el presente trabajo no se encontró (0.0%); también en nivel bajo (75,04%) fue ligeramente mayor que el nivel leve de nuestra población (67,04%), el nivel medio (14,29%) fue menor respecto al nuestro (21,23%) y para los que no presentaron idea suicida, este autor reportó el 7,75%, mientras que la población de la I.E. Mariscal Cáceres fue de 11,73%. Otro estudio similar de Tesis pregrado, por Raúl Calderón, Tacna 2009, reportó un mayor porcentaje para el nivel leve de ideación suicida (74,04%) respecto al nuestro, pero el nivel moderado fue menor (10,21%), coincidiendo en que el nivel alto fue de 0,0% tanto para la población escolar de I. E. Jorge Chávez y la I. E. Mariscal Cáceres. Por otro lado, teniendo en cuenta una investigación similar realizada por Huapaya

Cáceres, Lima 2009, también revela un mayor porcentaje de bajo nivel de ideación suicida (83,1%) en escolares comprendidos de 16 a 19 años. Las discrepancias de la prevalencia en nuestro estudio (2011), con el de Julio Aguilar y Raúl Calderón, no varían significativamente comparado al estudio de H. Cáceres de Lima (2009), sin embargo, debo destacar que constituyen evidencias reales de la problemática de salud mental por la que viene pasando la población adolescente, siendo similar para las obtenidas en Tacna como en la ciudad capital de Lima.

Estos resultados establecen las bases para el conocimiento de las causas de mortalidad por suicidio en el departamento de Tacna, principalmente en los adolescentes, que en el año 2008 fue la tercera causa de mortalidad, en el 2009 y 2010 constituyó la primera causa, por la cual, la Dirección Regional de Salud Tacna, la consideró a la salud mental como una de las 10 prioridades regionales de salud (Análisis de Situación de Salud, DEEPI/DRST 2011).

De acuerdo a lo señalado queda claro la situación de esta problemática, que es el punto central del presente estudio, sin embargo, los factores que estarían asociados, también fueron tomados en cuenta y uno de ellos, son las características demográficas, coherente con el

segundo objetivo específico (Cuadro N° 01), en la cual, 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 ($p < 0,05$), teniendo que la adolescencia temprana figura con mayor intención moderada de idea suicida (12,85%) respecto a los de 15-19 años (8,38%) y es relevante connotar que el sexo femenino presentó mayor intención moderada de idea suicida (13,41%) que los hombres (Cuadro N° 18); esta evidencia indica que los adolescentes de la I. E. Mariscal Cáceres requieren atención profesional psicológica urgente, en la cual debe incluirse la labor de enfermería. Sin embargo una situación diferente se aprecia en lo que reporta Raúl Calderón (2009), donde el sexo masculino y femenino, presentaron porcentajes similares de ideación suicida moderada (11,0%) y no se asociaron a la idea suicida de los adolescentes de la I. E. Jorge Chávez ($p > 0,05$); lo mismo también reportó H. Cáceres D., en su estudio: Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima, 2009, en el cual evidenció que el sexo no presentó asociación significativa ($p > 0,05$).

Sin embargo, las cifras indicadas para ambos sexos en este trabajo, son menores comparado al estudio realizado por Ventura Junca R. Santiago 2010, quien informa una clara prevalencia de suicidalidad en mujeres, donde el 71% ha tenido ideación suicida y 26% ha intentado quitarse la vida. Con respecto a los hombres, 49% presentó ideación suicida y 12% cometió un intento de suicidio, asimismo, según edades, se observa que la incidencia más alta de ideación grave ocurre a los 15 años, un año antes que la mayor frecuencia de intentos suicidas (16 años). Obviamente estos resultados son más alarmantes que los obtenidos en este estudio.

La autoestima es un factor de riesgo personal contemplado en el tercer objetivo específico (Cuadro N° 03), resaltando que predomina el nivel medio con 75,98% respecto al nivel alto (18,44%), estos suman el 94,41%, lo cual es un elevado porcentaje de déficit en cuanto se refiere a autoestima, lo que estaría reflejado en que a veces los adolescentes perciben que no tienen demasiadas cosas por las que pueden sentirse orgullosos, en definitiva, tienden a pensar que son un fracaso y la falta de respeto a sí mismo, fueron los aspectos que con mayor frecuencia estuvieron de acuerdo y muy de acuerdo, los cuales, son valores que estarían afectando a los adolescentes y probablemente conduzcan a la

presencia de ideas suicidas. En la tesis doctoral de Julio Aguilar (2009) se reportó un nivel de autoestima medio de 52,67%, nivel alto de 2,24%; en la tesis de pregrado de Raúl Calderón (2009) encontró un nivel de autoestima medio de 43,83% y nivel alto de 1,28%; estos valores resultan menores que lo indicado en este estudio, pero igual se aprecia un importante déficit de autoestima ideal en estas poblaciones.

La sintomatología depresiva es otro factor de riesgo personal considerado en el tercer objetivo específico (Cuadro N° 04), en la cual se encontró un notorio predominio de escolares con depresión (86,03%) de ellos, el nivel leve fue mayor (67,60%) respecto al nivel moderado (18,44%) y no presencia depresiva (13,97%). Resultados similares fueron reportados en la Tesis doctoral de Julio Aguilar (Tacna 2009), quien divulgó una depresión de nivel leve de 77,12%, moderado (15,32%) y sin presencia depresiva (7,40%). Sin embargo, son discordantes con lo reportado por Raúl Calderón (Tacna 2009), que reportó un alto porcentaje de adolescentes sin sintomatología depresiva (94,89%), leve (5,11%) y ninguno con moderada o grave nivel depresivo en la I. E. Jorge Chávez, también, es discordante con lo reportado por H. Cáceres D. (Lima 2009), quién señaló que más de la mitad de los escolares adolescentes (56,8%) no presentaba depresión.

Respecto a la conducta alimentaria como otro factor personal contemplado en el segundo objetivo específico (Cuadro N° 05), se encontró que el 84,36% de escolares adolescentes no presentaron alteración en la conducta alimentaria y un 15,64% si tuvo. En este tema, los únicos autores en la literatura que consideran la conducta alimentaria como factor de riesgo para la ideación suicida fue Sánchez Sosa JC, Villareal González ME., y col, que trató sobre "Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial"- México, Estado de Nuevo León 2010, quienes reportaron un resultado similar al obtenido en este trabajo.

En cuanto al funcionamiento familiar establecido en el cuarto objetivo específico (Cuadro N° 06), destacamos que más de la mitad de escolares adolescentes (59,78%) viven en un entorno de disfunción familiar severa, el 15,64% es moderado, el 14,53% es leve. Estos porcentajes indican que los adolescentes no tienen en su mayoría familias saludables, lo cual, es el primer núcleo donde comienza la prevención de la idea suicida, sin embargo esta se ve afectada en su estructura, principalmente cuando el adolescente no se satisface con la ayuda que percibe de su familia ante algún problema o necesidad, también, no se satisfacen en su casa, en cuanto a la toma de decisiones en conjunto y no se satisfacen con el afecto expresado en su familia,

estos fueron los aspectos que refirieron con mayor frecuencia. Al comparar con el Trabajo de Raúl Calderón, Tacna 2009, denotamos un contraste en este tema, dado que reportó a más de la mitad (52,34%) de escolares de la I. E. Jorge Chávez con buen funcionamiento familiar y 34,47% con disfunción familiar leve; También porcentajes menores a nuestro estudio, se reportó en la Tesis Doctoral de Julio Aguilar, Tacna 2009, donde la disfunción familiar severa representó el 17,9%, moderada el 29,78%, leve el 32,53% y buen funcionamiento el 19,79%; por otro lado, H. Cáceres D., (Lima 2009), reportó que el 16,2% pertenecían a familias funcionales, 62,3% a moderadamente funcionales y 21,4% a familias disfuncionales, destacándose que las prevalencias de familias con buen funcionamiento familiar de estos trabajos son bajas comparado al obtenido en este estudio.

Con referencia a los factores de riesgo escolares coherentes con el quinto objetivo específico (Cuadros N° 09 y N° 10), se resalta que el 52,51% de adolescentes mostraron un buen nivel de integración escolar, 30,73% un nivel regular y muy pocos manifestaron mala integración. Respecto a la victimización escolar también el 56,42% presentaron un bajo nivel de victimización escolar, el 24,58% en nivel regular y 18,99% en alto nivel. Con estos resultados aparentemente el problema referido a

este tema no sería alarmante, aunque al momento de la encuesta, los escolares podrían haber ocultado la situación real.

El punto central de este estudio es demostrar la hipótesis planteada, que también es coherente con el cumplimiento del sexto objetivo específico.

En primer lugar, se evidenció que el nivel de autoestima como factor personal (Cuadro N° 11), presentó una asociación estadísticamente significativa ($r = -0,38; p < 0,05$) a la ideación suicida, el coeficiente de correlación indica que cuando aumenta el nivel de autoestima, disminuye en proporción la ideación suicida, destacándose que existe una mayor proporción de escolares con ideación suicida leve cuando presentaron una moderada autoestima, hallazgo que es similar con lo reportado por Salvo L. y Melipillan R., donde encontraron que la autoestima se relacionó inversamente con la suicidalidad. Sin embargo contrasta con los resultados del estudio realizado por Alcantar Escalera MI., donde los adolescentes que intentaron suicidarse presentaron menor autoestima en comparación con los que no lo intentaron. Al respecto González-Forteza (1996), también identificó la baja autoestima como un factor de riesgo asociado a la conducta suicida. Al comparar con los

estudios realizados en Tacna 2009, por Julio Aguilar y otro de Raúl Calderón, estos no evidenciaron relación significativa entre el autoestima y la ideación suicida, ya sea en forma directa o inversa ($p>0,05$).

Segundo; se demostró que la sintomatología depresiva como factor personal mostró una correlación positiva directa con intensidad moderada a la ideación suicida ($r=0,41$; $p<0,05$), denotándose que cuando empeora la depresión, aumenta en proporción la ideación suicida moderada y leve (Cuadro N° 12), por lo tanto, este hallazgo indica que la depresión es un factor que plantea las ideas suicidas en el escolar; esta asunción también fue sustentada por diversos investigadores, como Amezcua Medina ME., Sánchez Sosa JC, Rosselló J y Berríos Hernández MN., señalando que esta sintomatología es la variable que mejor predice la ideación suicida. Tal resultado coincide con el reportado por H. Cáceres D., (Lima 2009), donde encontró asociación entre ideación suicida y depresión. Los adolescentes sin depresión presentaron bajo nivel de ideación suicida y en aquéllos con depresión mayor se encontró mayor porcentaje de idea suicida ($p<0,05$). No obstante, son discordantes con los resultados obtenidos en estudios realizados en Tacna 2009 por Raúl Calderón y otro de Julio Aguilar,

donde ambos autores no encontraron asociación significativa entre los niveles de depresión y la idealización suicida ($p > 0,05$).

Tercero; también se demostró que la conducta alimentaria (factor personal) evidenció asociación estadísticamente significativa a la ideación suicida ($p < 0,024$), denotándose que de los escolares con alteración en la conducta alimentaria, el 8,94% se mostró con leve ideación suicida y el 6,15% con moderada ideación suicida (Cuadro N° 13). Referente a este tema, estudios recientes han obtenido relaciones significativas entre variables asociadas a problemas alimenticios y la ideación suicida (Sánchez-Sosa, Villarreal, Musitu, 2010); también otra investigación con adolescentes coreanos, Don-Sik, Youngtae, Sung-Il y In-Sook (2009) determinaron una relación significativa entre valores bajos de índice de masa corporal, conductas alimentarias de riesgo y la ideación suicida. Estos hallazgos sugieren que más que una relación con índices antropométricos, la ideación suicida está asociado a la alteración de la conducta alimentaria. Sin embargo no ocurría lo mismo en el estudio de, Goldney, Dunn, Air, Dal Grande y Taylor (2009) donde concluyeron que no existe relación entre valores altos de índice de masa corporal e ideación suicida.

Cuarto; los factores familiares como el funcionamiento familiar (Cuadro N° 14), también evidenciaron una correlación significativa directa de intensidad moderada ($r = 0,46$; $p < 0,05$), con la ideación suicida de los escolares, es decir, cuando aumenta la disfunción familiar de los escolares, aumenta la idea de intento de suicidio; se resalta, que de los adolescentes con una severa disfunción familiar, el 40,78% manifestaron una leve idea de intento suicida; de los que presentaron moderada disfunción familiar, también el mayor porcentaje se presentó con una leve idea de intento de suicidio (12,29%). Este resultado es similar al de Van Renen y Wild (2008), que constataron en una muestra de adolescentes con mayor ideación suicida también tenía una menor comunicación y mayores conflictos con sus padres; sin embargo, contrasta con los estudios de Lai y Shek (2009) que en una investigación de 5557 estudiantes de secundaria de Hong Kong, obtuvieron correlaciones inversas significativas ($r = -.460$) entre funcionamiento familiar e ideación suicida. También no coincide con los resultados de Huapaya Cáceres (Lima 2009), en donde su análisis multivariado no encontró asociación entre la idea suicida y el grado de funcionamiento familiar y otro estudio de prevalencia realizado en la ciudad de México, Pérez, Rivera, Atienzo, de Castro, Leyva, y Chávez, (2010) concluyeron

que los estudiantes que informaron un bajo apoyo familiar tenían un 69% más de probabilidad de presentar ideación suicida.

Respecto a la estructura familiar (Cuadro N° 15), también se encontró asociación estadísticamente significativa a la ideación suicida, resaltando que la mayoría de adolescentes pertenecen a una familia nuclear y presentan mayor porcentaje de leve ideación suicida, coincidiendo con Calderón Sosa M, al determinar que la mayoría de adolescentes proviene de familias nucleares y que las ideas suicidas se presentan mayormente en familias nucleares y monoparentales. También en nuestro estudio se evidenció que el mayor porcentaje con ideación suicida moderada lo presentan los escolares con familia incompleta, concordante con la teoría, que señala que existe cierta relación entre el tipo de familia y la conducta suicida, asociado a factores como el divorcio de los padres, muerte de seres queridos, problemas de comunicación, entre otros, que favorecen el desarrollo de peligros suicidas.

Quinto; en el marco de los factores de riesgo escolar, se demostró que la integración escolar, presentó una correlación significativa directa de intensidad moderada ($r = 0,53; p < 0,05$), con la ideación suicida de los escolares, es decir, cuando aumenta el riesgo de integración, aumenta la

ideación suicida; destacándose que de aquellos con moderada ideación suicida, incrementan del bajo nivel de riesgo (1,12%) al nivel alto (11,73%). Resultado similar a lo reportado por Pérez et al. (2010) que constató que los adolescentes con poco reconocimiento escolar eran los más proclives a manifestar ideación suicida. Respecto a la victimización escolar, se encontró una correlación significativa directa de intensidad moderada ($r = 0,415$; $p < 0,05$), con la ideación suicida de los escolares, coincidente a lo reportado por Bonanno y Hymel (2010) donde observaron mediante un análisis de regresión que la victimización escolar es un factor predictivo de la ideación suicida. Ambas asunciones podrían tener como causa en las relaciones sociales que se dan en el colegio, tanto entre compañeros como con profesores y puede verse afectada por un clima hostil donde el más débil es el punto de todos, conocido internacionalmente como bullying. Por lo tanto decimos que la interacción escolar, inciden en el bienestar o malestar del adolescente, en el desempeño diario en el colegio, este a su vez se relaciona con factores externos que le proveen de situaciones con las cuales tiene que lidiar, tanto positivas como negativas. Pero también con factores internos individuales y contruidos por sí mismo, solo o a partir de su interacción tanto en el seno de su familia como de su o sus grupos de referencia.

Finalmente, considero que ante las evidencias mostradas en este estudio, es trascendental la participación profesional de la enfermera para el fortalecimiento de las medidas preventivas en los factores de riesgo personal, familiares y escolares enfocado a la salud mental, priorizando el tema de suicidios o intento de suicidio que actualmente se constituye como la primera causa de mortalidad en la etapa de vida adolescente del departamento de Tacna, Por lo tanto, las evidencias ilustradas en este informe contribuye sustancialmente al conocimiento técnico científico en el tema, que conllevará a promover mejores decisiones políticas y sanitarias para controlar desde la ideación mental para el suicidio de la población adolescente, considerada como una de las más vulnerables para el suicidio.

CONCLUSIONES

- Se aprueba la hipótesis de investigación, porque existe asociación significativa entre los factores de riesgo y la ideación suicida en los adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres.
- Se identificó que el nivel de ideación suicida leve (67,04%) predominó respecto al nivel moderado (21,23%), al nivel alto (0%) y a los normales (11,73%) en los adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres.
- Se determinó que la edad de 12-14 años de los adolescentes conformó la mayoría (52,51%), de forma similar el sexo masculino (54,75%) predominó sobre el sexo femenino, así mismo, la edad y el sexo constituyeron factores demográficos asociados significativamente ($p < 0,05$) a la ideación suicida de los adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres.
- Entre los factores personales: El nivel de autoestima medio representó la mayoría (75,98%), frente al nivel alto y bajo; el nivel de depresión leve fue predominante (67,6%) y los adolescentes sin alteración de la conducta alimentaria conformaron la mayor proporción (84,36%) frente a los que tuvieron esta alteración en los escolares de la I.E. Mariscal Cáceres.

- De los factores familiares: La disfunción familiar severa (59,78%), fue predominante respecto a la moderada (15,64%), leve (14,53%) y buen funcionamiento familiar (10,06%). De acuerdo a la estructura familiar, la mayoría lo conformaron adolescentes con familia nuclear (52,51%), disminuyendo en proporción para las familias incompletas (22,35%), extensa (13,41%), reconstituida (7,26%) y los que viven solos (4,47%).
- Se demostró que de los factores de riesgo escolar, la buena integración escolar representó la mayoría (52,51%) sobre el nivel regular (30,73%) y mala integración (16,76%). Respecto a la victimización escolar, el nivel bajo predominó (56,42%) frente al nivel regular (24,58%) y nivel alto (18,99%).
- Se comprobó que los factores de riesgo personal: Autoestima, sintomatología depresiva y conducta alimentaria ($p < 0,05$); los factores de riesgo familiares: funcionamiento y estructura familiar ($p < 0,05$); los factores escolares: Integración escolar y victimización escolar ($p < 0,05$) y las características demográficas: edad y sexo ($p < 0,05$), se asociaron significativamente al nivel de ideación suicida presentado en los adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres.

RECOMENDACIONES

- ✓ Basándonos en el alto porcentaje de ideación suicida leve y moderada, hace evidente la necesidad de considerar a los estudiantes adolescentes como una población de riesgo para el suicidio o para lesiones autoinfligidas, por ello, es imperante la necesidad de trabajar con un abordaje multidisciplinario, incluyendo el psicosocial y psicoeducativo, teniendo en cuenta el género, características individuales y el medio en el que se desarrolla el adolescente.

- ✓ Se sugiere fortalecer las relaciones intrafamiliares del adolescente, 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 adolescentes 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 I. E. Mariscal Cáceres, acudir al apoyo profesional de un Psicólogo para que imparta un programa de intervención, dado que el colegio es un

ambiente donde se define el desarrollo de la personalidad, cognitivo y emocional de los 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 a los servicios de salud para su atención personalizada, donde el profesional de enfermería a través de las escuelas saludables, sensibilice al personal docente y la familia, para que estos sean agentes promotores de salud y prevención del evento suicida.

- ✓ Se sugiere a los estudiantes de enfermería, desarrollar más estudios de investigación en este tema, dirigido a otros escenarios poblacionales como los estudiantes universitarios enfocando aspectos psicosociales y culturales, debido a que las ideas suicidas se van llevando de la adolescencia temprana a la adultez y con la carga de la actividad académica muchos podrían concretar un acto suicida.
- ✓ Por último, cabe mencionar que en futuros estudios que se realicen sobre conducta suicida en el adolescente, deben tomarse en cuenta factores personales, contextuales y culturales. También es necesario considerar los factores socioeconómicos, ya que los cambios sociales ocurridos en las últimas décadas, que consecuencia de variaciones en la dinámica y composición de la estructura demográfica, las recurrentes crisis económicas y una acelerada apertura social-cultural

frente al proceso de modernización y globalización, han afectado las vidas de las personas en los ámbitos individual, familiar y social.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Amezquita Medina María Eugenia, González Pérez Rosa Elena, Zuluaga Mejía Diego. Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8º, 9º, 10º y 11º grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. Hacia promoc. Salud [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2011 Sep 23] ; 13(1): 143-153. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772008000100010&lng=es.
- Alcántar Escalera María Isabel. Prevalencia del intento suicida en estudiantes Adolescentes y su relación con el consumo de Drogas, la autoestima, la ideación suicida y el Ambiente familiar. Tesis. [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 2011 Sep 23]: 1-91. Disponible en: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_isabel_alcantar.pdf
- Arias L. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. D.C. [en línea]. [citado 2011 Sep 25]: 15(09). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol25No1/apgar.html>
- Canales F.H. Alvarado E. Metodología de la Investigación, 1era. Edición. Washington: Editorial Limusa; 1994.

- Cano Pablo. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía Peruana. Rev Peru Med. [revista en la Internet]. 2009 May [citado 2011 Sep 23]: 175-81. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a07v26n2.pdf>
- Casullo María Martina. Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. Anu. investig. [revista en la Internet]. [citado 2011 Sep 23]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100017&lng=es.](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100017&lng=es)
- Departamento de Medicina Preventiva-Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Manual de Atención Integral a la Depresión y el Suicidio en Adolescentes. Costa Rica: 2005. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/manualdepreionsuicidio.pdf>
- Dirección Ejecutiva de Epidemiología/ Región de Salud Tacna; Análisis de Situación de Salud Tacna 2010; disponible en: <http://www.tacna.minsa.gob.pe/>
- González C, Villatoro J, Alcántar I, Medina ME, Fleiz Cr, Bermúdez P, Amador N. Prevalencia de intento suicida en estudiantes

adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. Salud Mental 2002; 251-12. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58262501>. Consultado el 23 de agosto de 2011.

- Huapaya Cáceres Diana Beatriz. Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima [revista en la Internet]. 2009 Ene [citado 2011 Ago 19]; 19(1): 1-19. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2010/huapaya_cd/pdf/huapaya_cd.pdf
- Instituto Epidemiológico de Salud Mental (IESM). Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la sierra Peruana- H.Delgado- H. Noguchi, Ed. Especial de Anales de Salud Mental. Lima-Perú; 2003.
- Labb. Buhs y Troop. Modelo Interpersonal de Ajuste Escolar. Modificado 2007. Disponible en: http://www.grupocidep.org/biblioteca_bull2.html
- Larraguibel Q. Marcela, González M. Patricia, Martínez N. Vania, Valenzuela G. Ricardo. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet].

2000 Mayo [citado 2011 Sep 23] ; 71(3): 183-191. Disponible en:
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300002&lng=es.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300002&lng=es) doi: [10.4067/S0370-41062000000300002.](http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000300002)

- Martínez Ferrer, Belén. Ajuste escolar, rechazo y violencia escolar en adolescentes. Tesis. [revista en la Internet]. [citado 2011 Sep 23]. Disponible en: <http://tesis.com.es/documentos/ajuste-escolar-rechazo-violencia-escolar-adolescentes/>
- Miranda de la Torre Ixchel, Cubillas Rodríguez María José, Román Pérez Rosario, Abril Valdez Elba. Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. Salud Ment [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2011 Sep 23] ; 32(6): 495-502. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000600007&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000600007&lng=es)
- Muñoz M, Jerson, PINTO M, Verónica, Callata C, Héctor et al. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. Rev. Perú. med. exp. salud pública. [online]. oct./dic. 2006, vol.23, no.4 [citado 23 Septiembre 2011], p.239-246. Disponible en la World Wide Web:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-

[46342006000400002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400002&lng=es&nrm=iso). ISSN 1726-4634.

- Paz Robledo, H. Suicidio en Adolescentes: Lo que el equipo de salud debe saber. Rev. Perú. Pediátrico. Chile: 2007.
- Pérez- Amezcua Berenice, Rivera-Rivera Leonor, Atienzo Erika E, Castro Filipa de, Leyva-López Ahidee, Chávez-Ayala Rubén. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. Salud pública Méx [serial on the Internet]. 2010 Aug [cited 2011 Sep 23]; 52(4): 324-333. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342010000400008>.
- Región de Salud Tacna/Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz; Informe técnico de la Situación de Salud Mental por Etapas de Vida en la Región de Salud Tacna Año 2009. Disponible en: http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/desp/Informe_Salud_Mental_09.pdf

- Rossello Jeanntte, Berríos Hernández Mayra N. Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as. Salud Ment [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2011 Sep 23]; 38(2): 295-302. Disponible en: <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03831.pdf>
- Sánchez-Sosa Juan Carlos, Villarreal-González María Elena, Musitu Gonzalo, Martínez Ferrer Belen. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. Intervención Psicosocial [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2011 Ago 19]; 19(3): 279-287. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000300008&lng=es.
- Salvo G Lilian, Melipillán A Roberto. Predictores de suicidalidad en adolescentes. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2011 Sep 23] ; 46(2): 115-123. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272008000200005&lng=es. doi: 10.4067/S0717-92272008000200005.

- Saucedo-Molina Teresita de Jesús, Unikel Santoncini Claudia. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. Salud Ment [revista en la Internet]. 2010 Feb [citado 2011 Nov 18] ; 33(1): 11-19. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100002&lng=es.
- Unikel-Santoncini Claudia, Bojórquez-Chapela Letza, Villatoro-Velázquez Jorge, Fleiz-Bautista Clara, María Elena Medina-Mora Icaza. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. Rev. invest. clín. [revista en la Internet]. 2006 Feb [citado 2011 Nov 18] ; 58(1): 15-27. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000100003&lng=es.
- Ventura-Juncá D RAÚL, Carvajal César, Undurraga Sebastián, Vicuña Pilar, Egaña Josefina, Garib María José. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2011 Sep 23] ; 138(3): 309-315.

Disponible

en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

[98872010000300008&lng=es.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300008&lng=es) doi: [10.4067/S0034-](https://doi.org/10.4067/S0034-)

[98872010000300008.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300008)

- Villalobos Galvis Fredy Hernán. Ideación suicida en jóvenes: formulación y Validación del modelo integrador explicativo en Estudiantes de educación secundaria y superior. Salud Ment. [revista en la Internet]. 2009 Abr [citado 2011 Sep 23]:1-195. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>
- Villalobos Galvis Fredy Hernán. Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. Salud Ment [revista en la Internet]. 2009 Abr [citado 2011 Sep 23] ; 32(2): 165-171. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000200009&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000200009&lng=es)

ANEXOS

ANEXO N° 01

POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN Y MUESTRA

FÓRMULA PARA POBLACIONES FINITAS:

$$n = \frac{Z_{\infty^2} \cdot N \cdot p \cdot q}{E^2 (N-1) + Z_{\infty^2}^2 p \cdot q}$$

N	650	Población de escolares de la I. E. Mariscal Cáceres
Z	1.96	Valor Z para un nivel de significancia = 0,05
P	0.20	Proporción de escolares que tienen la característica de interés
E	0.05	Margen de Error
n	179	Tamaño de muestra

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA:

GRADO	SECCIÓN								TOT	Afijación proporcional
	A	B	C	D	E	F	G	H		
1ero	19	20	22	22	21	22	22		148	41
2do	17	17	17	15	16	16	18		116	32
3ro	20	19	19	18	12	15	16		119	33
4to	22	22	24	22	18	20	17		145	40
5to	15	16	16	17	15	16	13	14	122	34
TOTAL	93	94	98	94	82	89	86	14	650	179
								n =	179	

ANEXO N° 02

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA, según VILLARDÓN

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

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

- Sin ideación : ≤ 10 pts.
- Leve ideación : 11 – 20 pts.
- Moderada ideación : 21 – 30 pts.
- Alta ideación : 30 – 40 pts.

ANEXO N° 03

FACTORES PERSONALES

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Opciones de respuesta:

1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. De acuerdo 4. Muy de acuerdo

Ítems	1	2	3	4
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
6. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.				
7. En general me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Desearía valorarme más a mí mismo.				
9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A menudo creo que no soy una buena persona.				

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

- Nivel bajo de autoestima : 10 – 20 pts.
- Nivel medio de autoestima : 21 – 30 pts.
- Nivel alto de autoestima : 31 – 40 pts.

ESCALA AUTOAPLICADA DE DEPRESIÓN (ZUNG)

Opciones de respuesta:

1. Nunca o muy pocas veces 2. Algunas veces 3. Frecuentemente 4. La mayor parte del tiempo o siempre

Ítems	1	2	3	4
1. Me siento desanimado, melancólico y triste				
2. Por la mañana es cuando mejor me siento				
3. Siento deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormir durante la noche				
5. Como tanto como solía comer antes				
6. Mantengo mi deseo e interés por el sexo opuesto				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo problemas de estreñimiento				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal				
10. Me canso sin motivo				
11. Mi mente está despejada como siempre				
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo esperanzas en el futuro				
15. Me irrito más de lo normal				
16. Me resulta fácil tomar decisiones				
17. Siento que me necesitan y que soy útil				
18. Llevo una vida satisfactoria				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo estuviese muerto				
20. Todavía disfruto de las cosas que solía hacer				

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

- No depresión : < = 35 pts.
- Depresión leve : 36 – 51 pts.
- Depresión moderada : 52 – 67 pts.
- Depresión grave : > 68 pts.

CUESTIONARIO BREVE DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO (CBCAR)

Opciones de respuesta:

1. Nunca o casi nunca 2. A veces 3. Con frecuencia dos veces en una semana 4. Con mucha frecuencia más de dos veces en una semana

Ítems	1	2	3	4
1. Me ha preocupado engordar				
2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3. He perdido el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4. He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso				
5. He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más)				
6. He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
7. He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8. He usado pastillas para tratar de bajar de peso.				
9. He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso.				
10. He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso.				

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

- Sin alteración : 10 – 24 pts.
- Con alteración : 25 – 40 pts.

ANEXO N° 04

FACTOR FAMILIAR

CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR

Opciones de respuesta:

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

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

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

- Buena disfunción familiar : 18 – 20 pts.
- Disfunción familiar leve : 14 – 17 pts.
- Disfunción familiar moderada : 10 – 13 pts.
- Disfunción familiar severa : < 13 pts.

ANEXO N° 05

FACTORES ESCOLARES

SUBESCALA DE PROBLEMAS DE INTEGRACIÓN ESCOLAR

Opciones de respuesta:

1. Nunca 2. Pocas veces 3. Algunas veces 4. Muchas veces 5. Siempre

Ítems	1	2	3	4	5
1. Tengo problemas con mis compañeros/as de clase					
2. Tengo problemas con los profesores de la escuela					
3. Me siento rechazado/a por mis compañeros/as de mi clase					
4. Creo que mis compañeros/as de clase se burlan de mi					
5. Creo que la escuela es aburrida					

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

- Buena integración escolar : 5 – 11pts.
- Regular integración escolar : 12 – 18 pts.
- Mala integración escolar : 19 – 25 pts.

SUBESCALA DE VICTIMIZACIÓN ESCOLAR

Opciones de respuesta:

1. Nunca 2. Pocas veces 3. Algunas veces 4. Muchas veces 5. Siempre

Afirmaciones	1	2	3	4	5
1. Alguien de la escuela me miró con mala cara.					
2. Algún compañero me insultó o me pegó.					
3. Algún compañero me robó algo.					
4. Se burlaron de mí en clase o me hicieron daño.					
5. Alguien de la escuela ofendió a mi familia.					
6. Alguien de la escuela me echó la culpa de algo que yo no había hecho.					

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

- Baja victimización escolar : 6 – 13 pts.
- Regular victimización escolar : 14 – 21 pts.
- Alta victimización escolar : 22 – 30 pts.

ANEXO N° 06

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

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

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA I.E. MARISCAL CÁCERES, TACNA - 2011”

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

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

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

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

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

MUCHAS GRACIAS.

PROCEDIMIENTO

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

Nº de Ítems	EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	5	4	4	5	5	4,60
2	5	4	4	5	5	4,60
3	5	4	5	5	4	4,60
4	5	4	4	5	4	4,40
5	4	4	5	4	5	4,40
6	5	4	4	5	5	4,60
7	5	4	4	5	5	4,60
8	5	4	4	4	5	4,40
9	5	4	5	5	5	4,80

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

$$DPP = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

En este estudio: DPP = 1,39

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(o), con la ecuación.
4. La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de :

Hallado con la fórmula:

$$D_{\max} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_9 - 1)^2}$$

$$D_{\max} = 12,0$$

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

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

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

Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

<u>A.</u>					
0,00	2,40				
	<u>B.</u>				
	2,40	4,68			
		<u>C.</u>			
		4,68	6,96		
			<u>D.</u>		
			6,96	9,24	
				<u>E.</u>	
				9,24	11,52

6. El punto DPP debe caer en las zonas A y B, en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En el caso nuestro, El valor DPP fue **1,39** cayendo en la zona "A" lo cual significa una ***adecuación total*** del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

ANEXO N° 07

SOLICITUD DE PERMISO DE ESTUDIO

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

“AÑO DEL CENTENARIO DE MACHUPICCHU PARA EL MUNDO”

CARTA N° 011-2011-FACS

Tacna, 09 de junio del 2011

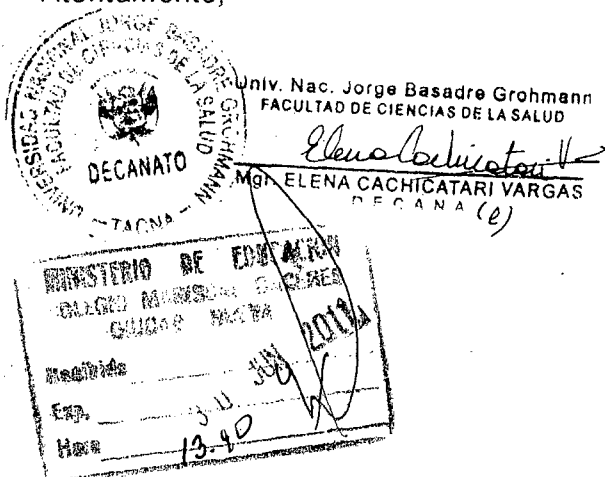
Señor:
BENEDICTO CABE DURAND
Director I.E. Mariscal Cáceres
Presente

Con la mayor distinción me dirijo a usted, para presentarle a la Srta. YENY MARIBEL CHIPANA NOA, con DNI N° 45849916, con Código de Matrícula N° 2006-29506, Egresada de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, quien se encuentra realizando el Proyecto de Tesis titulado **“Factores Desencadenantes que Influyen en la Ideas de Intento de Suicidio en Adolescentes de 12 a 19 años de edad de la I.E. Mariscal Cáceres de la Ciudad de Tacna – 2011”**.

Por lo tanto, le solicitamos tenga bien otorgarle las facilidades necesarias a la mencionada señorita.

Agradeciendo su atención, sea propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi mayor consideración y saludo institucional.

Atentamente,



ANEXO N° 08

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Control de calidad de datos

✓ **Validez**

Los instrumentos fueron validados por la autora a través del juicio y criterios de expertos que fueron: 01 Psicólogo, 01 Enfermero Asistencial Especialista en Salud Mental, 01 Enfermera Docente Especialista en Salud del Adolescente, 01 Enfermera con Doctorado en Psicología y 01 Estadista.

✓ **Prueba piloto**

Los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron aplicados en una muestra de 10 estudiantes de una Institución Educativa con población de características similares a la población objeto de estudio. Posteriormente se realizaron las modificaciones que se estimaron por convenientes en los diferentes ítems del instrumento.

El propósito de la prueba piloto es conocer la comprensión, practicidad y tiempo en la aplicación de los instrumentos, así como proporcionar las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad.

✓ **Confiabilidad**

El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Cronbach aplicado a la prueba piloto, cuyos resultados fueron lo siguiente:

INSTRUMENTO	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	Nº de elementos
Factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes	0,822	66

*Resultado1 [Documento1] - PASW Statistics Visor

Archivo Edición Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Marketing directo

Resultado

- [-] Análisis de fiabilidad
 - [+] Título
 - [+] Notas
 - [+] Escala: TODAS LAS VARI...
 - [+] Título
 - [+] Resumen del proces...
 - [+] Estadísticos de fiabil...
 - [+] Estadísticos de los e...
 - [+] Estadísticos total-ele...
 - [+] Estadísticos de la es...

Análisis de fiabilidad

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	10	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,822	66

Estadísticos total-elementos

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ID_1	139,10	264,767	,240	,820
ID_2	139,70	264,233	,415	,818
ID_3	139,40	254,933	,458	,814
ID_4	139,60	256,044	,630	,813
ID_5	139,30	258,900	,476	,816
ID_6	139,40	261,600	,482	,817
ID_7	139,50	257,611	,737	,814
ID_8	139,40	268,044	,103	,822
ID_9	139,30	265,122	,129	,822
ID_10	139,40	258,711	,479	,815
AU_1	137,60	286,933	-,500	,837
AU_2	138,40	262,489	,250	,819
AU_3	137,50	267,611	,087	,822
AU_4	137,20	280,622	-,485	,831
AU_5	139,00	263,778	,143	,822
AU_6	139,30	265,567	,177	,821
AU_7	137,50	276,056	-,277	,828
AU_8	138,40	261,822	,162	,822
AU_9	139,30	262,456	,214	,820
AU_10	139,30	258,678	,395	,816
DE_1	139,30	253,122	,606	,812
DE_2	137,80	275,067	-,225	,827
DE_3	139,30	259,567	,361	,817
DE_4	138,40	259,156	,252	,819
DE_5	138,60	264,933	,138	,822
DE_6	138,00	251,778	,445	,814
DE_7	139,00	276,889	-,299	,829
DE_8	139,40	255,378	,515	,814
DE_9	139,30	259,122	,466	,816
DE_10	139,20	257,067	,351	,817
DE_11	138,40	280,489	-,460	,831
DE_12	138,40	272,933	-,127	,827

DE_13	138,80	267,733	,024	,826
DE_14	137,40	270,711	-,051	,823
DE_15	139,10	255,656	,548	,814
DE_16	137,60	264,044	,255	,819
DE_17	138,30	275,122	-,186	,829
DE_18	138,00	275,556	-,195	,829
DE_19	139,70	274,456	-,324	,826
DE_20	137,70	262,011	,376	,818
CA_1	139,40	268,711	,024	,824
CA_2	138,90	255,656	,450	,815
CA_3	139,20	263,067	,300	,819
CA_4	139,20	241,733	,749	,805
CA_5	139,20	248,622	,688	,809
CA_6	139,00	250,667	,586	,811
CA_7	138,40	279,156	-,308	,832
CA_8	139,20	252,622	,486	,813
CA_9	139,10	243,433	,794	,805
CA_10	138,80	250,178	,449	,813
APGAR_1	137,90	274,767	-,157	,830
APGAR_2	137,70	263,344	,240	,819
APGAR_3	138,00	261,333	,283	,818
APGAR_4	137,60	275,378	-,218	,828
APGAR_5	137,60	275,378	-,196	,829
IE_1	139,20	262,178	,342	,818
IE_2	139,10	259,433	,504	,816
IE_3	139,00	241,111	,813	,804
IE_4	138,80	265,511	,094	,823
IE_5	138,90	244,989	,821	,806
VICE_1	139,10	236,767	,780	,802
VICE_2	139,40	269,156	,039	,822
VICE_3	138,90	270,767	-,050	,825
VICE_4	139,30	260,900	,386	,817
VICE_5	139,20	253,956	,445	,814
VICE_6	139,10	262,322	,280	,819

ANEXO N° 09

ENCUESTA APLICADA

ESTIMADO(A) ESTUDIANTE: La presente encuesta forma parte de un trabajo de investigación para optar la Licenciatura de Enfermería, por lo cual solicito tu colaboración respondiendo a las siguientes preguntas. Tus respuestas serán confidenciales y de carácter anónimo, solo será vista por el profesional de salud que realiza el estudio. Agradezco tu confianza y colaboración.

Datos Generales:

1. Edad: _____ 2. Sexo: F () M () 3. Año y sección: _____
4. ¿Con quienes vives actualmente?
Papá y mamá () Sólo papá o mamá () Padres, abuelos, tíos.etc () Padrastro y/o madrastra ()

Marca con una sola (X) la opción con la que usted se identifica:

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

Piensa y señala con una (X) en qué medidas estás de acuerdo con estas frases:

Opciones de respuesta:

1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. De acuerdo 4. Muy de acuerdo

Ítems	1	2	3	4
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
6. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.				
7. En general me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Desearía valorarme más a mí mismo.				
9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A menudo creo que no soy una buena persona.				

Marca con una (X) el enunciado que describe la forma como usted se ha sentido en los últimos días:

Opciones de respuesta:

1. Nunca o muy pocas veces 2. Algunas veces 3. Frecuentemente 4. La mayor parte del tiempo o siempre

Ítems	1	2	3	4
1. Me siento desanimado, melancólico y triste				
2. Por la mañana es cuando mejor me siento				
3. Siento deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormir durante la noche				
5. Como tanto como solía comer antes				
6. Mantengo mi deseo e interés por el sexo opuesto				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo problemas de estreñimiento				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal				
10. Me canso sin motivo				
11. Mi mente está despejada como siempre				
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo esperanzas en el futuro				
15. Me irrito más de lo normal				
16. Me resulta fácil tomar decisiones				
17. Siento que me necesitan y que soy útil				
18. Llevo una vida satisfactoria				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo estuviese muerto				
20. Todavía disfruto de las cosas que solía hacer				

Respecto a tus hábitos alimenticios en los últimos 3 meses. Marca con una (X) tu respuesta más adecuada:

Opciones de respuesta:

1. Nunca o casi nunca 2. A veces 3. Con frecuencia dos veces en una semana 4. Con mucha frecuencia más de dos veces en una semana

Ítems	1	2	3	4
1. Me ha preocupado engordar				
2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3. He perdido el control de lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4. He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso				
5. He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más)				
6. He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
7. He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8. He usado pastillas para tratar de bajar de peso.				
9. He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso.				
10. He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso.				

Marca con una (X) la situación que percibes en tu familia:

Opciones de respuesta:

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

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

Piensa como te va en el colegio la mayoría de los días. Por favor lee cada frase y señala el número con el que más estés de acuerdo:

Opciones de respuesta:

1. Nunca 2. Pocas veces 3. Algunas veces 4. Muchas veces 5. Siempre

Ítems	1	2	3	4	5
1. Tengo problemas con mis compañeros/as de clase					
2. Tengo problemas con los profesores de la escuela					
3. Me siento rechazado/a por mis compañeros/as de mi clase					
4. Creo que mis compañeros/as de clase se burlan de mi					
5. Creo que la escuela es aburrida					
6. Alguien de la escuela me miró con mala cara.					
7. Algún compañero me insultó o me pegó.					
8. Algún compañero me robó algo.					
9. Se burlaron de mí en clase o me hicieron daño.					
10. Alguien de la escuela ofendió a mi familia.					
11. Alguien de la escuela me echó la culpa de algo que yo no había hecho.					