

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

**FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA
SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA
I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA
TACNA - 2017**

TESIS

Presentada por:

BACH. INÉS MÓNICA RAMOS CONDORI

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA
SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA
I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA
TACNA - 2017

TESIS

Presentada por:

BACH. INÉS MÓNICA RAMOS CONDORI

Para optar por el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA


Aprobado por UNANIMIDAD ante el siguiente Jurado:



Dra. Victoria Nora Vela de Córdova
PRESIDENTA



Dra. Ruth Rosario Salinas Lunario
SECRETARIA



Dra. María del Carmen Silva Cornejo
VOCAL



Dra. Eloísa Ynés Tejada Monroy
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, por el regalo de la vida, por ser mi guía y acompañarme en este largo caminar, por su amor y misericordia.

A mis Padres, Julia y Remigio, con mucho cariño y gratitud por ser ejemplo de perseverancia y apoyo incondicional para cumplir una de mis metas.

Y a quienes dieron todo de sí para que fuese cada día mejor, dándome fuerzas para continuar.

AGRADECIMIENTO

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

A la Escuela Profesional de Enfermería y los docentes que integran ella por todas sus enseñanzas brindadas a lo largo de mi formación profesional.

A la Doctora Eloina Ynès Tejada Monroy por su asesoría, tutoría y apoyo incondicional en la elaboración de esta investigación.

A la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, en especial a la Prof. María Antonieta Quispe Arroyo, por todo el apoyo y facilidades para realizar mi trabajo de investigación

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|------|
| RESUMEN | |
| ABSTRACT | |
| INTRODUCCIÓN | |
| CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO | |
| 1.1. Descripción del problema | 1 |
| 1.2. Formulación del problema | 5 |
| 1.3. Objetivos..... | 5 |
| 1.4. Justificación | 6 |
| 1.5. Formulación de la Hipótesis | 8 |
| 1.6. Operacionalización de Variables | 8 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | |
| 2.1. Antecedentes del estudio..... | 12 |
| 2.1. Bases Teóricas | 15 |
| 2.3. Definición de términos básicos | 43 |
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | |
| 3.1. Tipo y diseño de investigación | 44 |
| 3.2. Población, muestra y muestreo..... | 44 |
| 3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 45 |
| 3.4. Procedimientos de recolección de datos | 46 |
| 3.5. Plan de Procesamiento y análisis de datos..... | 48 |

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS

| | |
|---|----|
| 4.1. Resultados (tablas, gráficos)..... | 49 |
| 4.2. Discusión | 71 |
| CONCLUSIONES | 82 |
| RECOMENDACIONES | 84 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 86 |
| ANEXOS | 94 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|--|-------------|
| TABLA N° 1. Factor de riesgo demográfico del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017 | 50 |
| TABLA N° 2. Factores de riesgo personales del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017 | 52 |
| TABLA N° 3. Factores de riesgo familiares del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017 | 54 |
| TABLA N° 4. Factores de riesgo escolares del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017 | 56 |
| TABLA N° 5. Conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017 | 58 |
| TABLA N° 6. Factor de riesgo demográfico y la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017 | 60 |
| TABLA N° 7. Factores de riesgo personales y la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017 | 62 |

| | | |
|-------------|--|----|
| TABLA N° 8. | Factores de riesgo familiares y la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017 | 65 |
| TABLA N° 9. | Factores de riesgo escolares y la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017 | 68 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | Pág. |
|--|-------------|
| GRÁFICO N° 1. Factor de riesgo demográfico del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017 | 51 |
| GRÁFICO N° 2. Factores de riesgo personales del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017 | 53 |
| GRÁFICO N° 3. Factores de riesgo familiares del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017 | 55 |
| GRÁFICO N° 4. Factores de riesgo escolares del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017 | 57 |
| GRÁFICO N° 5. Conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017 | 59 |
| GRÁFICO N° 6. Factor de riesgo demográfico y la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017 | 61 |
| GRÁFICO N° 7. Factores de riesgo personales y la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017 | 64 |

| | | |
|---------------|--|----|
| GRÁFICO N° 8. | Factores de riesgo familiares y la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017 | 67 |
| GRÁFICO N° 9. | Factores de riesgo escolares y la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017 | 70 |

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar los factores de riesgo que influyen en la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna 2017. Es un estudio cuantitativo de diseño descriptivo correlacional; la población fue de 297 adolescentes: la técnica fue la encuesta y su instrumento el cuestionario estructurado autoaplicable. Los resultados indican que respecto al factor de riesgo demográfico y la conducta suicida; se evidencia que las estudiantes de 15 a 17 años no presentan riesgo suicida (26,3%). De los factores de riesgos personales y la conducta suicida; las estudiantes que tienen un nivel alto de autoestima y no presentan riesgo suicida (40,7%) y las estudiantes con depresión leve no presentan riesgo suicida (34%). De los factores de riesgo familiares y la conducta suicida; las estudiantes con buen funcionamiento familiar no presenta riesgo suicida (36,7%) y las que conforman una familia nuclear no presentan riesgo suicida (23,9%). De los factores de riesgo escolares y la conducta suicida; las estudiantes con mala integración escolar no evidencia riesgo suicida (46,8%) y las estudiantes con baja victimización escolar no presentan riesgo suicida (25,9%). Se concluye que existe influencia estadísticamente significativa entre los factores de riesgo personales, familiares y escolares en la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna 2017.

Palabras clave: Adolescentes, factores de riesgo, conducta suicida.

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the risk factors that influence the suicidal behavior of the adolescent student of the I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna 2017. It is a quantitative study of descriptive correlational design; the population was of 297 adolescents: the technique was the survey and its instrument the self-applied structured questionnaire. The results indicate that regarding the demographic risk factor and suicidal behavior; it is evidenced that the students of 15 to 17 years do not present suicide risk (26,3%). Of personal risk factors and suicidal behavior; students who have a high level of self-esteem and do not present suicidal risk (40,7%) and students with mild depression do not present a suicidal risk (34%). Family risk factors and suicidal behavior; students with good family functioning do not present a suicidal risk (36,7%) and those that make up a nuclear family do not present a suicidal risk (23,9%). Of school risk factors and suicidal behavior; students with poor school integration do not show suicidal risk (46,8%) and students with low school victimization do not present suicidal risk (25,9%). It is concluded that there is statistically significant influence between the personal, family and school risk factors in the suicidal behavior of the adolescent student of the I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna 2017.

Key words: Adolescents, risk factors, suicidal behavior.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación tiene como objetivo determinar los factores de riesgo que influyen en la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna 2017.

La adolescencia es una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, caracterizada principalmente por un ritmo acelerado en cuanto al crecimiento y desarrollo. Además de ello por ser un período de preparación para la edad adulta, estas nuevas experiencias incluyen no solo el desarrollo de la identidad, la adquisición de aptitudes entre otros sino también confusión, presión, estrés que si no tienen un soporte emocional y redes de apoyo puede desencadenar conductas de riesgo que comprometan su integridad física y psicológica poniendo en riesgo su vida.

La conducta suicida en adolescentes es un problema de salud pública prioritario donde las tasas de incidencia van en aumento ya que es esta etapa de vida de mayor riesgo a suicidarse, debido a características propias de su desarrollo, como son situaciones de depresión, angustias causas que motivan a un adolescente a que tome está fatal decisión.

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

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Adolescencia es una etapa de la vida significativa y difícil en la cual se experimentan cambios fisiológicos, psicológicos e interpersonales. Dichos cambios hacen al adolescente vulnerable, pues surge una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares, y de la sociedad, produciéndoles gran ansiedad, rabia y confusión. Sentimientos que en ocasiones el adolescente no puede afrontar debido a diferentes factores, entre ellos, sus características de personalidad, el estrés cotidiano y la ausencia de redes de apoyo social y familiar. Dichos factores favorecen la presencia de malestar emocional en el adolescente, el cual puede desembocar en conductas de riesgo, como son: consumo de drogas e intento de suicidio, que comprometen su integridad física y psicológica.

En los últimos años el suicidio ha sufrido un incremento a expensas principalmente de las poblaciones más jóvenes, y es considerado un problema de salud pública muy importante a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2017, anualmente cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo, aproximadamente una muerte cada 40 segundos. El suicidio es la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años. Se estima que a nivel mundial el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de enfermedad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas (1,6).

De acuerdo con un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2017 menciona que los suicidios y las muertes accidentales debidos a conductas autolesivas fueron la tercera causa de muerte entre los adolescentes en 2015, con cerca de 67 000 muertes, siendo el mayor porcentaje de muertes en jóvenes de 15 a 19 años de edad (3).

Según el informe "Mortalidad por suicidio en las Américas" presentado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2014, cerca de 65000 personas se quitan la vida cada año en la región de las Américas, más de 7 suicidios por hora, el suicidio descendió ligeramente en América del Norte, pero se incrementó en América Latina y el Caribe, entre otros hallazgos significativos en el informe se describe que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 25 años, donde los hombres tienen 4 veces más probabilidades de morir por suicidio que las mujeres, aunque las mujeres realizan más intentos de suicidio. Este reporte también indica que hay una fuerte relación entre el suicidio y los problemas de salud mental como la depresión y el abuso de alcohol (4).

En el 2017 la Dirección Regional de Salud Tacna (DIRESA) mencionó que de acuerdo al estudio realizado por la organización Bull World Health Organ 2016 realizado en los países de América Latina, la prevalencia de pensamientos suicidas en adolescentes de ambos sexos es de 16,2%. Además que de acuerdo al Sistema HIS –MINSa 2015, el Perú registró 2048 casos de lesiones auto infringidas (conductas suicidas), de las cuales el 29,8% son adolescentes (2).

El suicidio, es un problema contemporáneo y creciente, implica la necesidad de establecer definiciones precisas que lleven a la identificación de los factores de riesgo, tomando en cuenta que las bases del suicidio son multifactoriales y complejas. Los estudios epidemiológicos indican que el

género masculino comete más suicidio que el femenino, en una proporción de 5:1 en todos los rangos de edad. En cambio, las mujeres realizan intentos con mayor frecuencia en la misma proporción, generalmente ingiriendo pesticidas o medicamentos. El suicidio consumado acontece frecuentemente en hombres mayores de 50 años por ahorcamiento o uso de armas de fuego. Aunque de manera alarmante, en años recientes ha ido en aumento el número de suicidios entre jóvenes de 15 a 24 años de edad, y es más común entre los de clase socioeconómica baja, con tratamiento psiquiátrico previo, con algún trastorno de la personalidad y antecedentes de abuso de sustancias y de intento de suicidio (5).

De acuerdo a estadísticas de la Dirección Regional de Salud Tacna desde el año 2012 hasta el 2016 se han registrado a 76 personas atendidas con conducta suicida en el hospital Hipólito Unanue y actualmente durante el primer trimestre del 2017 son 3 personas atendidas con dicho diagnóstico. Dichas estadísticas fluctúan en los grupos etarios desde la etapa de vida adolescente hasta los adultos mayores (4).

En el análisis del boletín estadístico de la Dirección Regional de Salud Tacna (2016), se evidencia una incidencia de 9,1% en lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) ubicándose en tercer lugar dentro de las principales causas de mortalidad en la etapa de vida adolescente en la región de Tacna (7).

Si bien es cierto los casos de suicidio no son reportados a alguna entidad en su totalidad, sin embargo se muestran algunos casos de intento de suicidio en las noticias de los medios de comunicación local, como el caso de una estudiante de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela quien aparentemente intento suicidarse ingiriendo un raticida en instalaciones de dicha institución, siendo auxiliada por su docente y trasladada al servicio

de Emergencia de Hospital Regional Hipólito Unanue. Según declaraciones de la menor al personal policial, se encontraba cansada de los maltratos físicos y psicológicos por parte de su padre (8).

La Institución Educativa Emblemática Francisco Antonio de Zela, entidad pública situada en el cercado de la Región de Tacna, es una unidad de mujeres que cuenta con nivel inicial, primaria y secundaria, constituida por 1925 estudiantes, donde el nivel secundario es representado por 1300 adolescentes distribuidas en 11 secciones de primero a quinto de secundaria siendo las edades promedio de 12 a 17 años.

Según el C.S. Bolognesi la Institución Educativa Emblemática Francisco Antonio de Zela, respecto a las estudiantes del nivel secundario son adolescentes de 12 a 17 años, que en su mayoría pertenecen a una familia nuclear pero no necesariamente pasan el mayor tiempo con ellos, con grado de instrucción de secundaria completa, de trabajo independiente predominando el comercio en Tacna y también en Chile, por lo que los adolescentes pasan la mayor parte de tu tiempo solos

Evans, Hawton, y Rodham (2004) realizaron una revisión sistemática en la que analizaron factores asociados con conducta suicida en adolescentes, encontrándose asociaciones significativas con factores tales como depresión, género femenino, impulsividad, exposición a acontecimientos vitales estresantes, trastornos alimentarios (especialmente bulimia en mujeres adolescentes), trastornos ansiosos, conductas antisociales (con mayor vulnerabilidad en mujeres), tabaquismo, uso de drogas duras, consumo de alcohol, orientación homosexual en ambos sexos y bisexualidad en mujeres (cuatro veces mayor riesgo de intento suicida que en adolescentes heterosexuales), la exposición a intentos suicidas en miembros de la familia y más aún en amigos, vivir

alejado de ambos padres, y el divorcio parental (9).

Por lo tanto se considera importante investigar los factores de riesgos demográficos, personales, familiares y escolares que influyen en la conducta suicida del estudiante adolescente de la Institución Educativa Emblemática Francisco Antonio de Zela, Tacna 2017.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Ante la situación planteada, se formula la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017?

1.3. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los factores de riesgo que Influyen en la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna 2017.

Objetivos Específicos

- Identificar los factores de riesgo (demográfico, personales, familiares y escolares) del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna 2017.

- Identificar la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna 2017.
- Establecer la influencia de los factores de riesgo (demográfico, personales, familiares y escolares) en la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio De Zela Tacna 2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial, según la OMS, las estadísticas muestran el aumento progresivo de las tasas de suicidio en adolescentes, que se sitúa como una de las causas principales de mortalidad en este grupo etáreo.

Determinar los factores de riesgo que influyen en la conducta suicida del estudiante adolescente en la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, es muy importante porque permitirá reconocer las fuerzas que desencadenan el contexto en el cual se genera el pensamiento e intento de suicidio en los adolescentes y así desarrollar estrategias de prevención oportunas, donde es fundamental la intervención de enfermería para optimizar los resultados y minimizar el riesgo.

Este estudio de investigación es trascendental ya que responde a las líneas de investigación del Ministerio de Salud (MINSA), donde se incentiva a que se realicen investigaciones de salud mental, factores de riesgo y conducta suicida en adolescentes ya que esta etapa es caracterizada por grandes cambios generando fuertes sentimientos de confusión, presión y estrés, entre otras situaciones y en consecuencia conductas de riesgo que

inciden en el medio familiar y social que puede perturbarlos y en algunos casos, el suicidio aparenta ser una “solución”.

La conducta suicida en adolescentes es un problema de salud de origen multifactorial, por lo que debe ser abarcado en todas sus dimensiones que este implica, por ello se realizó esta investigación en un centro educativo; la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, teniendo en cuenta la cultura de prevención como profesional de enfermería no se debe esperar que los adolescentes acudan a un establecimiento de salud para pedir ayuda, sino, llevando la ayuda directamente a la institución educativa, con la finalidad de realizar detección precoz y prevención de las conductas suicidas ya que en los adolescentes es mayor el nivel de ideación suicida y menor el nivel de la búsqueda de ayuda.

Este estudio de investigación aporta información relevante porque según los datos estadísticos el suicidio en adolescentes se ha incrementado considerablemente es por ello que los resultados obtenidos en este estudio de investigación evidencian la situación actual de salud mental y factores de riesgo que desencadenan la conducta suicida, porque para un profesional de enfermería es fundamental manejar este tipo de información, teniendo conocimiento real y así realizar sus intervenciones y cuidados en forma holística no solo a los adolescentes sino también educar y brindar conocimientos a padres, maestros y profesionales de la salud a cómo detectar signos de alarma, prevención y manejo de conductas de riesgo para que el abordaje sea interdisciplinario y oportuno.

1.5. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

H_A : Existe influencia significativa de los factores de riesgos demográficos, personales, familiares y escolares en la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, Tacna 2017

H_0 : No existe influencia significativa de los factores de riesgos demográficos, personales, familiares y escolares en la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, Tacna 2017

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente: Factores de riesgo del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela

Variable dependiente: Conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIÓN | INDICADORES | ÍTEMS | ESCALA VALORATIVA | NIVEL DE MEDICIÓN |
|--|---|--------------------|--|---|---|-------------------|
| FACTORES DE RIESGO (Variable Independiente) | Son todas aquellas características, situaciones o exposiciones en la que una persona aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad, daño o lesión. | Demográfico | Edad: •12-14 años •15-17 años | Ítem 3 | Frecuencia (N°) y porcentaje (%) | Intervalo |
| | | Personales | Autoestima | Ítems 1,2,3,4,5, 6,7,8,9,10 | - Nivel bajo (10-20 pts.) - Nivel medio (21-30 pts.) - Nivel alto (31-40 pts.) | Ordinal |
| | | | Sintomatología depresiva | Ítems 1,2,3,4,5, 6,7,8,9,10, 11,12,13, 14,15,16, 17,18, 19,20 | - No depresión (< =35 pts.) - Depresión leve (36-51pts.) - Depresión moderada (52-67 pts.) - Depresión grave (> 68 pts.) | Ordinal |
| Familiares | Funcionamiento familiar | Ítems 1,2,3,4,5 | - Buena función familiar (16-20 pts.) - Disfunción familiar leve (11-15 pts.) - Disfunción familiar moderada (06-10 pts.) - Disfunción familiar severa (0-5 pts.) | Ordinal | | |

| | | | | | | |
|--|--|-----------|-----------------------|--------------------------|---|---------|
| | | | Estructura familiar | Ítems 1,2,3,4,5 | <ul style="list-style-type: none"> - Familia nuclear - Familia monoparental - Familia extendida - Familia ampliada - Familia reconstituida - Vive sola | Nominal |
| | | Escolares | Integración escolar | Ítems 1,2,3,4,5 | <ul style="list-style-type: none"> - Nunca Buena integración (5 - 11 pts.) - Casi nunca / Algunas veces Regular integración (12-18 pts.) - Casi siempre / Siempre Mala integración (19 - 25 pts.). | Ordinal |
| | | | Victimización escolar | Ítems 1,2,3,4,5, 6 | <ul style="list-style-type: none"> - Nunca Baja victimización (6 - 13 pts.) - Casi nunca / Algunas veces Regular victimización (14 - 21 pts.) - Casi siempre / Siempre Alta victimización (22 - 30 pts.) | Ordinal |

| | | | | | | |
|--|---|-------------------------|---|---|---|----------------|
| <p>CONDUCTA SUICIDA (Variable dependiente)</p> | <p>Conjunto de acciones y comportamientos que va desde pensamientos suicidas, el intento de suicidio y el suicidio consumado.</p> | <p>Conducta suicida</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Fracaso de • Deseos de muerte • Planes para morir • Incomprensión • Negatividad hacia los demás | <p>Ítems 1,2,3,4,5, 6,7,8,9,10 ,11,12,13, 14,15,16, 17,18,19, 20,21,22, 23,24</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nunca Sin riesgo (24-43 pts.) ▪ Rara vez Bajo riesgo (44-62 pts.) ▪ Algunas veces Riesgo por Ideación (63-81 pts.) ▪ Frecuentemente Riesgo por intento (82-100 pts.) ▪ Siempre Riesgo alto (101-120 pts.) | <p>Ordinal</p> |
|--|---|-------------------------|---|---|---|----------------|

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Mediante la revisión bibliográfica de investigaciones relacionadas con el problema del presente estudio, se presenta los siguientes resultados:

Aguirre D. Cataño J. Constanza S. et al (10) En su investigación titulada Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales, Colombia 2013, cuyo objetivo fue determinar el riesgo suicida según la escala de Plutchik y sus factores asociados en estudiantes de bachillerato de tres colegios de Manizales, Colombia. El estudio de corte transversal en una población de 322 adolescentes de estratos II y III, que cursaban los grados de octavo a once de bachillerato en tres colegios de la ciudad de Manizales. Donde se concluyó que el nivel de riesgo suicida según Plutchik es superior al de otras poblaciones similares, sobresalieron la depresión y la disfuncionalidad familiar como factores asociados. Un hallazgo muy importante fue que el acoso aumenta en gran proporción el riesgo suicida. No se encontró ninguna relación entre riesgo suicida y estrato social.

Moraga C. (11) En su investigación titulada Ideación suicida en escolares de 10 a 13 años, de ambos sexos, de colegios de la comuna de viña del mar: factores sociodemográficos, psicológicos y familiares asociados, teniendo como objetivo Describir factores sociodemográficos, psicológicos y familiares asociados a la ideación suicida, en escolares de 10 a 13 años, de ambos sexos, de colegios de la comuna de Viña del Mar.

Es de Estudio transversal, de carácter descriptivo-comparativo. La muestra fue constituida por 291 escolares de ambos sexos, cuyas edades fluctuaban entre los 10 y 13 años, que asisten a colegios de dependencia municipal, subvencionada y particular de la comuna de Viña del Mar. Donde concluyó que: la ideación suicida se presenta en preadolescentes y se identifican como factores de riesgo que predisponen su manifestación en estas edades: el nivel socioeconómico bajo, la depresión y la baja autoestima, factores que debiesen ser considerados en estrategias preventivas focalizadas, con el fin de evitar que los pensamientos autodestructivos sigan el continuum de la conducta suicida que en muchos casos, llega al suicidio consumado.

Bazán J. Olórtegui V. Vargas H. et al (12) En su investigación titulada Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural, teniendo como objetivo Identificar la prevalencia y los factores asociados con tendencias suicidas en adolescentes de Lima rural. Es de estudio analítico de corte transversal y metodología cuantitativa, siendo un análisis secundario de un subconjunto de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural, donde concluyó que los adolescentes de Lima rural, la prevalencia de deseos de morir fue alta, mientras que la de pensamiento suicida fue similar a la de otros países. Las asociaciones identificadas deberían ser evaluadas en estudios posteriores.

Luna I. (13) En su investigación titulada Factores familiares relacionados con la idea suicida en los adolescentes de la Institución educativa Alfonso Ugarte”, teniendo como objetivo Determinar los factores familiares que se relacionan con la idea suicida en los adolescentes, de la Institución Educativa Alfonso Ugarte. El tipo de estudio es cuantitativo, método descriptivo correlacional y de corte transversal. La población de estudio fueron los adolescentes del 3º,4º y 5º de secundaria constituidos

por 525, el muestreo fue aleatorio estratificado quedando como muestra 217 unidades de análisis, donde se concluyó que la estructura y funcionamiento familiar tienen relación significativa con la idea suicida de adolescentes de la Institución Educativa Alfonso Ugarte, la estructura familiar donde viven los adolescentes es nuclear, sus padres son de tipo democrático y presentan disfunción leve, en el cual existe una correlación entre las variables establecidas.

Chipana Y. (14) En su investigación titulada "Factores de Riesgo asociados a la ideación Suicida en Adolescentes de la I.E. Mariscal Cáceres Tacna 2011", estudio de Tipo Descriptivo, transversal y correlacional, con muestra probabilística de 179 escolares donde se concluye que existe asociación significativa entre la ideación suicida con los factores de riesgo personal: Autoestima, Funcionamiento y estructura familiar; factores escolares: Integración y victimización escolar y las características demográficos.

Calderón R. (15) En su investigación titulada "Factores Psicosociales relacionados a la idea de intento de suicidio en los adolescentes de la I.E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna – 2009", teniendo como objetivo determinar la relación de los factores psicosociales con la idea de intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 18 años. La investigación científica es de tipo descriptivo correlacional, teniendo como población estudiada a 235 estudiantes de 1ero a 5to de nivel secundario. Se concluye que los factores psicosociales más relevantes fueron que las actitudes disfuncionales en las creencias de Aprobación y Autonomía se relacionaron significativamente a la baja idea de intento de suicidio, la dinámica familiar presentó una leve relación, mientras que la depresión y autoestima no evidenciaron asociación a la idea de intento de suicidio.

2.1. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Modelo del Sistema Conductual de Dorothy Johnson

El Modelo de Dorothy Johnson, menciona que un sistema es un todo que funciona como tal en virtud de la interdependencia de sus partes por lo que considera al ser humano como un sistema conductual que busca mantener un equilibrio entre las partes mediante ajustes y elementos de adaptación a las fuerzas que ejercen sobre ellas.

El modelo del sistema conductual se adapta generalmente a personas con problemas de salud mental donde se manifiesta una alteración en la conducta es ahí donde un profesional de Enfermería debe intervenir y actuar como regulador externo de los sistemas que ocasionan ello.

Según Dorothy Johnson la persona es un sistema conductual que posee siete subsistemas interrelacionados. Cada subsistema está formado por un grupo de respuestas conductuales, tendencias de respuesta o sistemas de acción que comparten un impulso u objetivo global. Estas respuestas se diferencian, desarrollan y modifican con el tiempo a través de la maduración, la experiencia y el aprendizaje. Están determinadas congénitamente y dirigidas continuamente por múltiples factores físicos, biológicos y psicológicos de forma compleja e interrelacionada (31).

Los siete subsistemas que Johnson identificó son abiertos, pero están unidos y se interrelacionan, cada subsistema tiene un objetivo y una función específicos que se mantendrá estable si su relación con los otros subsistemas o entornos no resulta alterada (Johnson, 1980).

Subsistemas, según Dorothy Johnson

- **Subsistema de Afiliación**

Proporciona la supervivencia y la seguridad, abarca: la Inclusión social, la intimidad, la formación y el mantenimiento de un vínculo social.

- **Subsistema de Dependencia**

Promueve una conducta de ayuda que también requiere un cuidado. Sus consecuencias son la aprobación, la atención o el reconocimiento y la ayuda física, puede ir de la dependencia absoluta como de la dependencia de la identidad.

- **Subsistema de Ingestión**

Sirve a la función de satisfacción del apetito, que relaciona cuándo, cómo, qué, cuánto y en qué condiciones comemos.

- **Subsistema de Eliminación**

Trata sobre cuándo, cómo y en qué condiciones eliminamos.

- **Subsistema de Realización**

Consiste en controlar o dominar algún aspecto de la identidad o del entorno para alcanzar un estándar de calidad, incluye las habilidades intelectuales, físicas, creativas, mecánicas y sociales.

- **Subsistema de Agresión/ Protección**

Su función es la protección y la preservación, Johnson ve el subsistema agresivo como el que genera una respuesta defensiva de la persona cuando la vida o territorio se ve amenazada. Proviene de una intención primaria de dañar a los demás.

- **Subsistema sexual**

Tiene la función de procreación y de placer, incluye el cortejo y el apareamiento, pero no se limita a ellos (32).

Metaparadigmas desarrolladas en la Teoría

PERSONA

Considera que la persona es un sistema conductual con unos modos de actualización pautados, repetitivos y determinados que la vinculan con el entorno. La concepción de la persona es básicamente motivacional. También admitió que la experiencia previa, el aprendizaje y los estímulos físicos y sociales influyen en la conducta. Concibe a la persona como un sistema conductual con formas de comportamiento marcadas por un modelo, repetitivas e intencionadas, que la vinculan con el entorno.

SALUD

La salud es un estado dinámico difícil de alcanzar, que está influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. La salud se manifiesta por medio de la organización, la interacción, la interdependencia y la integración de los subsistemas del sistema conductual. La salud se refleja en la organización, interacción, interdependencia e integración de los subsistemas que integran el sistema conductual.

ENTORNO

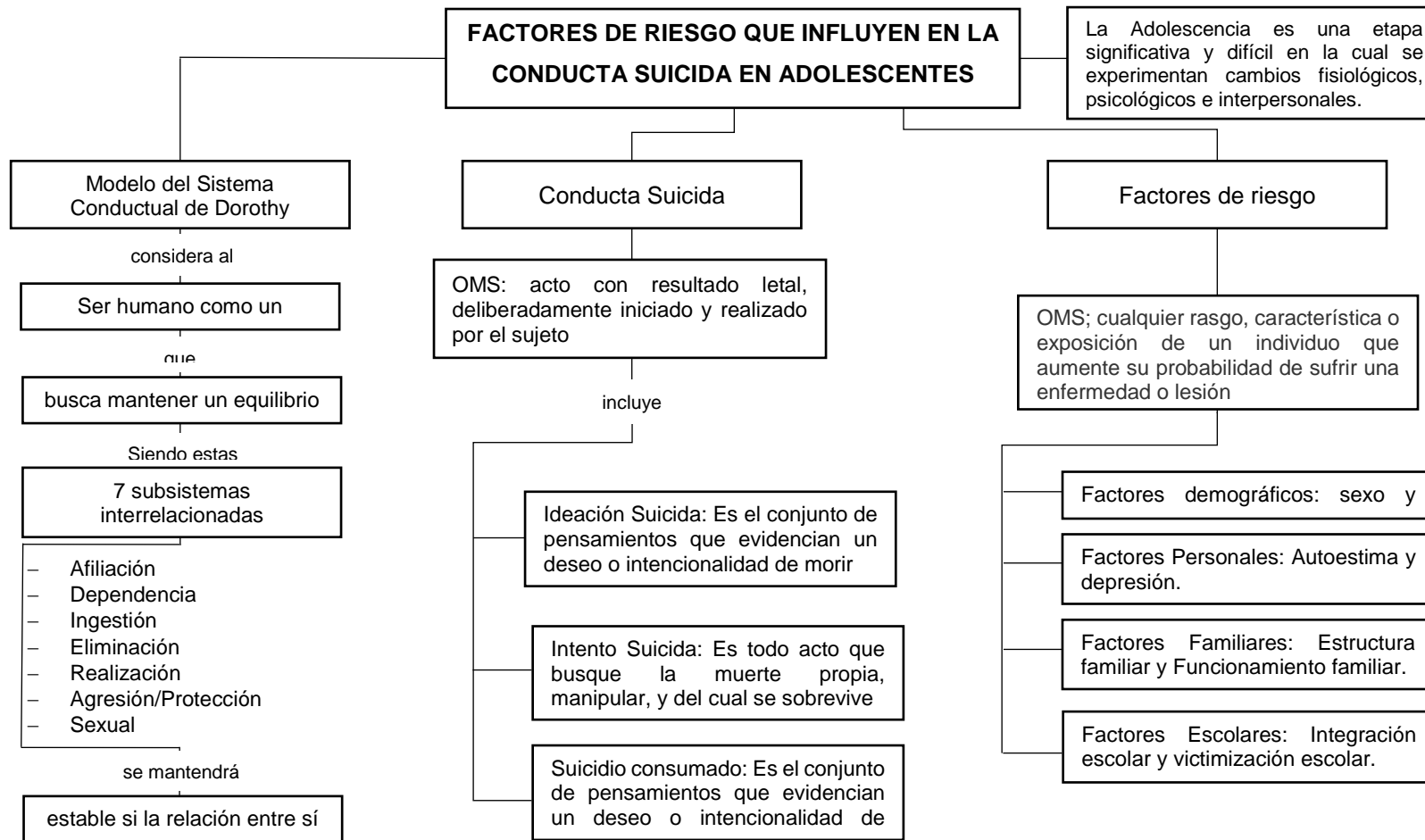
En la teoría de Johnson, el entorno está formado por todos los factores que no son parte del sistema conductual del individuo, pero influyen en el. El sistema conductual intenta mantener el equilibrio con respecto a los

factores del entorno, ajustándose y adaptándose a las fuerzas que intervienen en este entorno.

ENFERMERÍA

La enfermería según Johnson, es una fuerza externa que actúa para preservar la organización y la integración de la conducta del paciente hasta un nivel óptimo utilizando mecanismos reguladores o de control temporales o proporcionando recursos cuando el paciente sufre estrés o un desequilibrio del sistema conductual. Fuerza externa destinada a restablecer la estabilidad del sistema. La enfermera evalúa los comportamientos, respuestas de adaptación y determina los estímulos focales, conceptuales y residuales (32).

Es por ello que el cuidado de enfermería respecto a la conducta suicida donde se observan problemas conductuales, juegan un papel muy importante en la restauración de la salud, la educación de nuevas y mejores formas de afrontamiento ante situaciones que se presentan a lo largo de la vida, sobre todo en la etapa adolescente donde se está en constantes cambios y nuevas experiencias.



Autora: Bach. Inés Mónica Ramos Condori

2.2.2. Factores de riesgo

Según la OMS un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (42).

El factor de riesgo determina la vulnerabilidad de un sujeto para cometer actos suicidas, incluyendo situaciones personales y contextuales.

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 (14).

Existen varios factores de riesgo implicados en la conducta suicida, para fines de esta investigación se consideró los factores personales, familiares y escolares, del Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida (citado por Chipana) (14).

Factor de riesgo demográfico

- Edad

El Ministerio de Salud (MINS) ha definido a la población adolescente como aquella comprendida entre los 12 y los 17 años 11 meses y 29 días en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño y el Código del Niño y del Adolescente vigente en el Perú. Considerando dos subgrupos (17):

- Adolescente de primera fase Entre los 12 a 14 años 11 meses, 29 días.
- Adolescente de segunda fase Entre los 15 a 17 años 11 meses, 29 días.

Si bien 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.

Factores de riesgos personales

- Autoestima

Sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. 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.

Nivel 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, 3, 4 y 5) y negativos (ítems 6, 7, 8, 9, 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:** Generalmente están incluidas las personas tímidas, indecisas, irresponsables, que salen del paso, no intenta cambiar y lo deja todo para el día siguiente.
- **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 (14).

- **Sintomatología depresiva**

La depresión es un trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de interés y el disfrutar de las cosas cotidianas, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren. Perdura durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día.

Niveles de Depresión

La escala autoaplicada de Depresión de Zung (1965), es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica, en la construcción de esta escala los criterios diagnósticos usados comprenden la mayoría de las características de la depresión, contemplando aspectos afectivos, fisiológicos y psicológicos. Fue probablemente una de las primeras en

validarse en nuestro país (Conde y cois, 1970) y ha tenido una amplia difusión (43).

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

- No depresión: estado de ánimo caracterizado por sentimientos de felicidad, capacidad para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana.
- Depresión leve: Caracterizada por la tristeza, cierta apatía, cansancio, falta de interés y desilusión pero que no afecta a las actividades diarias.
- Depresión moderada: caracterizada además por dolores musculares, dificultad en la escuela, dificultad para concentrarse, destruye la fortaleza y seguridad afectando la vida cotidiana.
- Depresión grave: Se caracteriza por una pérdida total de interés por la vida, por pensamientos frecuentes de suicidio y por la desaparición de las fuerzas físicas.

No obstante, la escala de depresión de Zung no asegura por si sola el diagnostico 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 (14).

Factores de riesgo familiares

- Función Familiar

El ambiente familiar donde se desarrolla y crece un individuo, el cual puede favorecer o limitar su potencial personal y social,

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.

El clima social familiar en el que se desarrolla un individuo tiene una influencia importante en todas las esferas de su desarrollo personal y social, donde los padres cumplen un rol importante sobre el modo de manejar la agresividad del adolescente. Cuando en las familias hay problemas de desestructuración familiar, malos tratos, etc., el adolescente se ve perjudicado, siendo elemento clave en la génesis de conductas agresivas. Otros factores de riesgo como prácticas de crianza inadecuadas, padres autoritarios y poca comunicación familiar, ocasionan en el adolescente un comportamiento pasivo, baja autoestima, retraimiento, timidez, que pueden conducir al adolescente a ser víctima de la conducta suicida (44).

El conflicto familiar es un factor de riesgo frecuente relacionado con el suicidio. El adolescente puede considerar que su relación con el familiar ha quedado irremediabilmente dañada o rota. Como consecuencia de esto puede sentirse herido o irritado. La conducta 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.

Nivel de funcionamiento familiar

El cuestionario APGAR familiar, fue diseñado por Gabriel Smilktein para explorar la funcionalidad familiar, permite identificar la disfuncionalidad familiar sirve de guía para el profesional de la salud para explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemática.

Componentes del APGAR familiar:

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 consideró 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 (14).

- Buena función familiar: Son familias cuyas relaciones interpersonales hacen que su dinámica sea aceptable y armónica.
- Disfunción familiar leve: familias que no puede cubrir algunas de las necesidades materiales, educativas, afectivas o psicológicas de sus miembros.
- Disfunción familiar moderada: familias que no cumplen con el rol o sus funciones dando origen a problemas y situaciones de relacionamiento conflictivo entre sus miembros.
- Disfunción familiar severa: familias de mayor grado conflictivo con la existencia de violencia familiar, adicciones a sustancias y alcohol, problemas de salud mental entre otros.

- **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.

La familia como institución social es un sistema de fuerzas que constituyen un núcleo de apoyo para sus miembros, es considerada como un sistema fundamental que provee satisfacción de las necesidades básicas, de supervivencia y moldeamiento de la personalidad de cada uno de sus miembros (44).

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. 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) (14).

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

- **Familia nuclear o elemental:** Constituida por ambos padres e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.
- **Familia monoparental:** Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos.
- **Familia extensa o consanguínea:** Constituida por ambos padres e hijos, además de parientes en la tercera generación.
- **Familia ampliada:** Constituida por ambos padres y los hijos, además de parientes como tíos, sobrinos, cuñados, primos, etc.
- **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).

Factores de riesgo escolares

- Integración escolar (componente del ajuste escolar)

El ajuste escolar es la capacidad del adolescente para adecuarse a situaciones estresantes en el ámbito escolar e implica aspectos cognitivos, conductuales y afectivos como el grado en que los estudiantes 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 (14).

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 (14).

Nivel de integración escolar

La subescala de problemas de Integración Escolar de Moral, Sánchez y Villarreal consta de 5 ítems, de la escala general de ajuste Escolar, permite evaluar la integración escolar en los siguientes niveles:

- **Buena integración escolar:** es la integración de todos los miembros que pertenecen al ambiente escolar fortaleciendo su desarrollo personal.
- **Regular integración escolar:** Son escolares que se sienten socialmente excluidos empiezan por no querer acudir al colegio o por mostrar escaso interés por las actividades académicas.
- **Mala integración escolar:** son escolares que en consecuencia de sentirse excluidos presentan dificultades para prestar atención y de no tratarse a tiempo puede conllevar a un fracaso escolar.

- **Victimización escolar**

La violencia escolar 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 muños: 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 (citado por Chipana).

Niveles 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:** se muestra igual de oportunidades, donde se respeta y valora a cada miembro del espacio escolar.
- **Regular victimización escolar:** se evidencia signos de abuso escolar, que generan dificultades en el desarrollo emocional e intelectual.
- **Alta victimización escolar:** comportamiento violento donde se evidencia maltrato físico y psicológico en el ambiente escolar.

2.2.3. Conducta Suicida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a

través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico” (25).

El Ministerio de Salud (MINSA) define a la conducta suicida como una condición clínica que se desarrolla 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 (37).

La conducta suicida es definida en sentido amplio como una constelación de autodestrucción a través de procesos y comportamientos que incluyen actitudes positivas hacia el suicidio, ideación suicida, amenaza suicida e intentos de suicidio previos; todos estos componentes se relacionan con muerte por suicidio (26).

La conducta suicida en población general y particularmente en adolescentes representa actualmente un problema de salud que requiere atención de todos los sectores; además, enmarca una realidad compleja, que no puede explicarse exclusivamente a partir de los factores biológicos, sino que involucra aspectos psicológicos, sociales y culturales debido a que es un fenómeno de origen multifactorial. Asimismo, esta conducta ocurre como respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora, una circunstancia que implica el deseo de morir para terminar con una vida sentida, desde algún aspecto, como infeliz (26)

La literatura conceptualiza la conducta suicida desde una triple categorización; la relación entre la ideación, el intento de suicidio y el suicidio consumado, estos tres comportamientos relacionados entre sí

Ideación suicida

Es el conjunto de pensamientos que evidencian un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Sinónimo de pensamiento suicida. La Organización Mundial de la Salud (2006) añade: "Son deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida" (37).

Buendía, J. (2004) menciona que las ideas suicidas se han considerado como relativamente frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida exceptuando cuando se asocia a otros factores de riesgo que se mencionan posteriormente. Asimismo, las conductas suicidas no siempre son motivadas por el deseo de morir, es frecuente que manifiesten también una forma de expresar sentimientos de desesperación, desamparo, frustración e ira (citado por Calderón) (15).

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) (15).

Según Pérez S. menciona que la ideación suicida consistente en el pensamiento de acabar con la propia existencia. Puede manifestarse de la siguiente manera:

- Idea suicida sin planeamiento de la acción: Es aquella idea en la cual el individuo expresa deseos de matarse aunque no sabe cómo hacerlo. Es frecuente que al preguntarle cómo ha pensado quitarse la vida, responda: "No sé" (38)

- Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado: Es aquella en la que el sujeto expresa deseos de matarse y maneja varios métodos sin decidirse aún por uno específico. Es común cuando se le pregunta de qué forma ha pensado quitarse la vida, responda lo siguiente: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, tirándome delante del bus” (38).
- Idea suicida con un método específico pero no planificado: Es aquella idea en la que el individuo desea morir, ha elegido un método específico, pero aún no ha considerado cuándo hacerlo, en qué lugar y qué precauciones ha de tomar para llevar a cabo el suicidio (38).
- Plan suicida: Es aquella idea que, además de expresar sus deseos de autoeliminación, contiene el método específico, el lugar determinado y las precauciones que ha de tomar para lograr no ser descubierto y alcanzar el propósito anhelado de morir (38).

Intento Suicida

Según el Ministerio de Salud (MINSA) lo define como “todo acto que busque la muerte propia, manipular, y del cual se sobrevive” (37).

El intento suicida es un acto en que la inminencia de la consumación del hecho revela su intencionalidad fatal (planeamiento, hacerse daño a través de instrumentos) o su gravedad factual (cortarse las venas, ingerir un raticida) (39).

Son amenazas o gestos suicidas las verbalizaciones o actos que si llegaran a consumarse, darían lugar a un daño serio o a la muerte del sujeto. Las amenazas y los gestos suicidas generalmente son

subestimadas, devaluadas e incluso ignoradas por las figuras significativas a quienes se pretende hacer llegar el mensaje del sufrimiento que se está padeciendo, sin que estas personas tengan en cuenta que ambas son manifestaciones muy frecuentes de la comunicación suicida (40).

En su estudio, Hjelmeland y Hawton (2004, citado por Chipana 2011) 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 (14).

Suicidio

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define que el suicidio es “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por la persona, sabiendo y esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (41).

De acuerdo al Ministerio de Salud (MINSA), el suicidio es el acto por el cual el paciente logra su cometido de autoeliminarse (37).

El suicidio es “definido como la muerte auto – infligida intencionadamente. Es el acto consciente de aniquilación auto – inducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas” (Kaplan, Sadock, y Grebb, 1994, p.562) (20).

Aro, Marttunen y Lonqvist (1993), plantean que “el riesgo de suicidio se incrementa con la aparición de la pubertad, y los cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados con la adolescencia, pueden incrementar el grado de estrés experimentado por la mayoría de los jóvenes” (20).

Sin embargo para Gould, King, Greenwald (1998), no todos los comportamientos a los que se alude con los términos de “suicidio” y “suicida” han sido motivados por una decisión consciente de morir; en muchas ocasiones no pretenden ni siquiera generar un daño personal sino que son una expresión y comunicación de desesperanza, desesperación, frustración y enojo (citado por Coppari 2009) (20).

2.2.4 Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes (16).

El ministerio de Salud (MINSA) ha definido a la población adolescente como aquella comprendida entre los 12 y los 17 años 11 meses y 29 días en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño y el Código del Niño y del Adolescente vigente en el Perú. Considerando dos subgrupos:

- Adolescente de primera fase: Entre los 12 a 14 años 11 meses, 29 días
- Adolescente de segunda fase: Entre los 15 a 17 años, 11 meses, 29 días

Este grupo presenta características y necesidades específicas relacionadas al proceso de construcción de su identidad, autonomía y desarrollo personal (17).

En la adolescencia, las personas asumen nuevas responsabilidades, se van haciendo progresivamente más independientes, definiendo quienes son, cuál es su papel en la sociedad, poniendo en práctica valores y las habilidades aprendidas en el seno de sus familias y de la sociedad a la que pertenecen, siendo el contexto socio cultural y económico en el que viven, determinante para su salud y su desarrollo (17).

Castillo (2007), una etapa que es marcada por cambios notables en la vida de un individuo es la adolescencia. Debemos modificar el concepto que teníamos de una persona rápidamente debido a la metamorfosis que ha sufrido su cuerpo, así como su identidad en general. No solamente son los otros los que deben modificar el concepto de la persona que conocían para poder captar la nueva identidad del individuo, sino que el adolescente mismo debe ajustar su psiquismo para poder lidiar con los cambios notables que se dan durante esta etapa y así modificar la imagen que tenía de sí mismo. Es por ello que la adolescencia es una etapa de cambios no solamente a nivel biológico, sino también a nivel psicológico y social. Se convierte entonces en un ciclo crítico en el desarrollo de un ser humano, puesto que implica una transición entre dejar de ser niño y adaptarse a la adultez (citado por Vásquez, 2009) (22).

Características de la adolescencia

La adolescencia constituye uno de los periodos más intensos de cambios físicos, psicológicos y sociales de la vida de una persona. Se inicia con los cambios biológicos y físicos de la pubertad etapa en la que “se modifica de manera especial el sistema reproductor, el sistema de respuesta sexual y la manera en que los jóvenes se perciben a sí mismos y a los demás. El cuerpo crece, aumenta su resistencia y se producen en él cambios que agudizan las diferencias entre los sexos; la capacidad para el pensamiento abstracto y la empatía pasan a primer término; y surgen nuevas relaciones sociales entre los jóvenes, así como entre jóvenes y adultos dentro y fuera de la familia. Esas nuevas posibilidades de desarrollo dan origen a un nuevo comportamiento, que varía no solo en razón del sexo y el nivel de madurez física, psicológica y social del individuo, sino también del entorno social, cultural, político, físico y económico en el que vive el adolescente. A medida que las influencias exteriores a la familia empiezan

a adquirir importancia, las decisiones que adoptan los jóvenes y las relaciones que forman influyen cada vez más en su salud y en su desarrollo físico y psicosocial. Lo que haga en esa época les afectara durante toda la vida y tendrá consecuencias para sus hijos. La adolescencia es una época en la que se necesitan nuevas competencias y conocimientos” (18).

La adolescencia es la etapa entre la niñez y la adultez, que cronológicamente 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, que comprende desde los 10 hasta los 19 años. La adolescencia es una época de identidad sexual y relaciones sociales, cuando la necesidad de independencia contradice a menudo las reglas y expectativas que otras personas establecen (21).

La adolescencia representa una transición crítica del desarrollo humano que involucra más cambios corporales, psicológicos y sociales que otras etapas de la vida. Para algunos adolescentes los cambios normativos, conformados por aquellos eventos que todos los jóvenes deben confrontar, pueden ir acompañados de otros sucesos de vida adversos, los cuales según Masten y Garmezy (1985), se refieren a cualquier cambio en el ambiente que provoque un alto grado de tensión emocional, interfiera con los patrones normales de respuesta de los individuos y se asocie a síntomas físicos y problemas de salud mental (19).

Rich, Warsrad, Nemiroff, Fowler y Young (1991), sostiene que “en comparación con otros grupos de edad, los adolescentes tienen una mayor probabilidad de estar inmersos en la resolución de conflictos relacionados con la formación de identidad y conflictos con los padres” (20).

Cambios biológicos en la adolescencia

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. Es la obtención de la madurez sexual y la capacidad de reproducirse. En las mujeres, esta se caracteriza por el inicio de la menstruación y en los hombres por la primera emisión de semen (23).

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 (23).

Cambios fisiológicos en la adolescencia

La pubertad, es la época en la cual los órganos reproductores obtienen madurez funcional. La edad promedio de la llegada de la pubertad se da entre los 12 y 13 años para las niñas y entre los 14 y 15 años en los niños. 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 (Harrocks, 1994) (23).

La pubertad se asocia con el crecimiento y la actividad de las glándulas de secreción interna las que tienen funciones específicas como el estimular el crecimiento, ejercer influencias sobre las actividades metabólicas y regular la transformación física de los niños (23).

Desarrollo cognoscitivo

Cognición es un término que se usa generalmente para designar a todos los procesos por medio de los cuales un individuo aprende e imparte significado a un objeto o idea, o bien a un conjunto de objetos o ideas (24).

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 (23).

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 (23).

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 (23).

Según Piaget (1959), 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 autocrítica y debido a ello en ocasiones se involucra en discusiones, de las cuales va adquiriendo las herramientas para madurar (23).

Además, esta etapa es muy importante ya que es en este momento cuando el individuo adquiere el pleno concepto de muerte, y lo entiende como el final de la vida, y como un fenómeno natural e irreversible (24).

Desarrollo emocional

“La palabra emoción, sugiere un estado de ánimo agitado, exaltado” (Gesell, 1958, p. 351). Las emociones no constituyen entes inmutables, sino que cambian con la edad a través de la infancia, de la niñez y de la adolescencia (24).

De acuerdo con Gesell, el crecimiento emocional es un proceso progresivo de formación de patrones que tiñe las múltiples situaciones de la vida cotidiana. Este proceso involucra, ante todo, una intrincada red de relaciones interpersonales. Se extienden a las rutinas del cuidado personal, a los intereses y actividades del hogar, la escuela, y la comunidad, a la ética de la conducta diaria, a los conceptos y actitudes filosóficas que emanan del yo en expansión (24).

Las emociones registran y dirigen las reacciones del individuo, estas emociones muestran y cambian las reacciones fisiológicas, las psicológicas, y así van formando parte de los procesos mentales y morales de la percepción, el juicio, la decisión y la estimación que influyen en la formación del carácter del adolescente (23).

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) (23).

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. Al respecto se dice, que el perfeccionamiento de las facultades cognoscitivas ayudan a que se puedan analizar los roles, identificar contradicciones y conflictos en éstos y reestructurarlos para que se pueda forjar dicha identidad (Craig, 2001 citado en García 2006) (23).

Como parte de la formación de la identidad implica cierto grado de separación de la familia. En este momento de transición, la mayoría de los adolescentes acuden a su grupo de amigos de la misma edad, quienes les proporcionan una red de apoyo que hace posible la autonomía y la experimentación con diferentes valores culturales, al mismo tiempo que se satisfacen las necesidades de cercanía emocional (24).

“La presencia del fenómeno grupal en la adolescencia, tiene una gran importancia y trascendencia ya que responde a la búsqueda que el adolescente hace de una nueva identidad, en un periodo de importantes cambios en los llamados núcleos de pertenencia: principalmente en la familia. El vínculo grupal le proporciona al adolescente todo aquello que anhela encontrar como consecuencia de las serias transformaciones psíquicas y físicas sufridas: una seguridad un reconocimiento social, un marco efectivo y un medio de acción, en definitiva un espacio vital e imaginario, fuera de todo dominio adulto” (Rodríguez, 1994 citado en Alcántar 2002) (24).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **FACTOR DE RIESGO:** Característica que condesciende a un individuo un estado voluble de susceptibilidad para contraer determinada enfermedad o alteración de la salud.
- **CONDUCTA SUICIDA:** Termino colectivo que incluye los pensamientos e ideación suicidas, el intento de suicidio y el suicidio.

Ideación suicida: Pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir.

Amenaza suicida: Expresiones verbales o escritas del deseo de matarse.

Intento de suicidio: Todo acto potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal.

Acto suicida: Incluye el intento de suicidio y el suicidio

- **RIESGO SUICIDA:** Nivel de probabilidad relacionada a un individuo en cometer un acto suicida independientemente de los resultados.
- **SUICIDA:** Término con diversos significados, donde se considera a un individuo que ha realizado intentos de suicidio graves poniendo en riesgo su vida y el que ha terminado su vida por suicidio.
- **SUICIDIO:** Acto premeditado, intencional de quitarse la vida.
- **ADOLESCENCIA:** Es una etapa de transición de la niñez a adultez mediante cambios a nivel biológico, psicológico, sexual y social.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio es de Tipo: descriptivo porque se busca especificar las propiedades importantes de la población de nuestro estudio con el diseño: transversal, porque se estudiará las dos variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo; y correlacional, porque tiene como propósito evaluar la relación entre dos o más variables en un contexto particular

3.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

- **Población de estudio:** La población está constituida por 1300 estudiantes del nivel secundario distribuida en 11 secciones de primero a quinto de secundaria siendo las edades promedio de 12 a 17 años.
- **Muestra de estudio:** La muestra está constituida por 297 adolescentes de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Alumnas de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela de 12 a 17 años.
- Alumnas de la I. E.E. Francisco Antonio de Zela que deseen participar.
- Alumnas de la I. E.E. Francisco Antonio de Zela que estén presentes el día de la aplicación del instrumento.

Criterios de exclusión

- Alumnas de la I.E E. Francisco Antonio de Zela que no deseen participar.

- Alumnas de la I.E E. Francisco Antonio de Zela ausentes el día de la aplicación de instrumento.
- **Muestreo de estudio:** El tipo muestreo fue probabilístico estratificado, tomando a 297 adolescentes mediante estratos según año y sección de estudio a través de la fórmula de estratificación de la muestra. (Anexo N°1)

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la técnica de la encuesta en su modalidad de un cuestionario, a fin de determinar los factores que influyen en las conductas suicidas en adolescentes, separado en 5 secciones:

SECCIÓN I: En esta primera sección se recoge información general y del factor demográfico del adolescente.

SECCIÓN II: Se recoge información respecto a los factores personales, mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg y Test de Depresión de Zung-Conde. Haciendo un total de 30 ítems.

SECCIÓN III: Se recoge información sobre el factor familiar, mediante el Cuestionario de APGAR Familiar de Smilktein. Consta de 5 ítems.

SECCIÓN IV: En esta sección se recoge información respecto a los factores escolares mediante las subescalas de integración escolar de Moral, Sánchez y Villarreal (consta de 5 ítems) y victimización escolar de Rubini y Pombeni (consta de 6 ítems). Haciendo un total de 11 ítems.

SECCIÓN V: En esta sección se recoge información respecto a la conducta suicida, mediante el Inventario de Riesgo Suicida (IRIS) según Hernández y Lucio. Consta de 24 ítems.

Validez: Para la validez del instrumento se sometió a juicio de expertos donde participaron 2 Enfermeras, 1 Psicólogo, 1 Psiquiatra y 1 estadístico; cuyas opiniones, recomendaciones y sugerencias, contribuyeron en la mejora del instrumento. Según el cálculo de consistencia interna se obtuvo un resultado de 1,46 según el criterio de los expertos.

Confiabilidad: se aplicó la prueba piloto en una población similar a la población estudiada, 30 adolescentes del nivel secundario de la I.E. Mercedes Indacochea. Según el cálculo de consistencia a través del coeficiente de Alfa de Crombach, se obtuvo el valor de 0,835 lo que indica que existe un nivel elevado de confiabilidad. Por lo tanto, el instrumento es aplicable en la presente investigación.

3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la prueba piloto se escogió a la I.E. Mercedes Indacochea porque tiene características similares a la I.E. en la cual se ejecutó, se solicitó el permiso a correspondiente, se procedió a realizar la prueba piloto a 30 estudiantes de 1ero a 5to del nivel secundario para demostrar la confiabilidad de los instrumentos.

Posterior a ello se solicitó permiso a la dirección de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela para la aplicación de los instrumentos dirigidos a las estudiantes de 1ero a 5to de secundaria en el mes de septiembre 2017. Para ello se entrevistó con la coordinadora de Tutoría y Orientación

Educativa TOE, Prof. María Antonieta Quispe Arroyo, para coordinar horarios accesibles y ejecutar sin ningún inconveniente los instrumentos.

La aplicación del instrumento se realizó con permiso de los docentes, al ingresar a los salones se realizó la presentación mencionando el objetivo del trabajo de investigación, el compromiso de confidencialidad y se procedió a la aplicación teniendo en cuenta que los instrumentos son autoaplicables con un tiempo aproximado de 15 minutos.

Al finalizar, se recogió de manera ordenada los instrumentos, agradeciendo la participación de las estudiantes como el permiso de los docentes.

Consideraciones éticas en la investigación

Para la ejecución del presente estudio, se solicitó la autorización mediante documento dirigido a la dirección de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, el cual fue otorgado por lo que se continuó con la coordinación de Tutoría y Orientación Educativa además del permiso de los docentes de cada aula a cargo en el momento de la aplicación del instrumento (Anexo N° 7).

A los estudiantes se les entregó el documento del consentimiento informado, respetando la participación voluntaria y la aplicación adecuada del instrumento, evitando perjudicar la integridad moral, psicológica y social del adolescente, protegiendo el anonimato y confidencialidad, además el instrumento fue aplicado en forma individual y privada (Anexo N° 5).

3.5. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Ya concluida la recolección de datos se procesó la información en una base de datos utilizando el paquete software estadístico informativo Statical Package for the Social Sciences (SPSS) V. 220.

Para el análisis estadístico descriptivo se utilizó las frecuencias absolutas y relativas simples, para el análisis de la correlación de variables, se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado.

Para presentar de los resultados se realizó tablas y gráficos simples y de doble entrada según los objetivos planteados.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados de la investigación a través de tablas y gráficos estadísticos según los objetivos planteados en la investigación.

TABLA N° 1

FACTOR DE RIESGO DEMOGRÁFICO DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA – 2017

| EDAD | Nº | % |
|-----------------|-----|-------|
| De 12 a 14 años | 162 | 54,5 |
| De 15 a 17 años | 135 | 45,5 |
| Total | 297 | 100,0 |

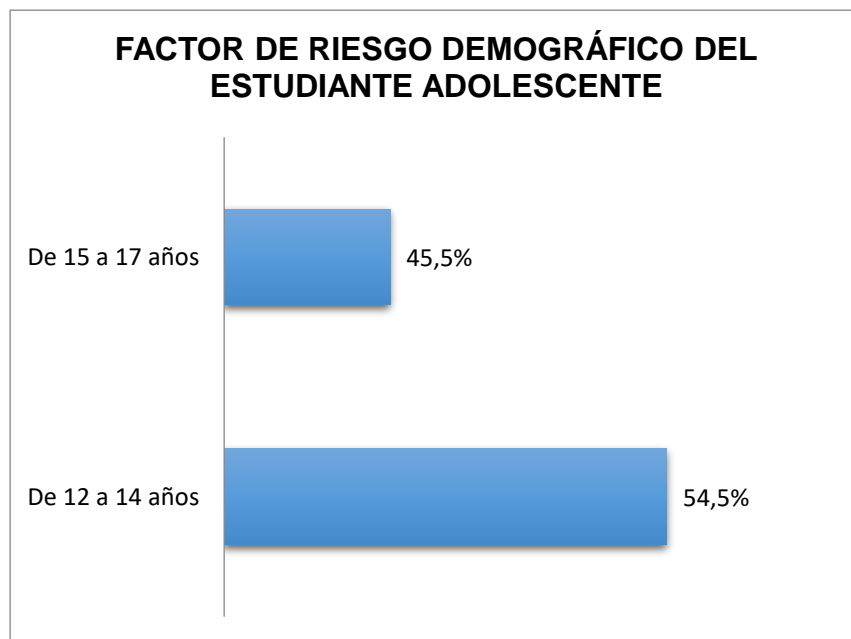
Fuente: Encuesta aplicada al adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna, 2017
Elaborado por: Bach. Ramos I.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 1 se observa que el 54,5% de las adolescentes corresponde al grupo etáreo de 12 a 14 años y el 45,5% al grupo de 15 a 17 años.

GRÁFICO Nº 1

FACTOR DE RIESGO DEMOGRÁFICO DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA - 2017



Fuente: Ítem Tabla Nº 1

TABLA N° 2

**FACTORES DE RIESGO PERSONALES DEL ESTUDIANTE
ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO
DE ZELA TACNA - 2017**

| FACTORES DE RIESGO PERSONALES | N° | % |
|--------------------------------------|------------|--------------|
| AUTOESTIMA | | |
| Bajo | 6 | 2,0 |
| Medio | 127 | 42,8 |
| Alto | 164 | 55,2 |
| SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA | | |
| No depresión | 52 | 17,5 |
| Leve | 226 | 76,1 |
| Moderada | 19 | 6,4 |
| TOTAL | 297 | 100,0 |

Fuente: Encuesta aplicada al adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna, 2017

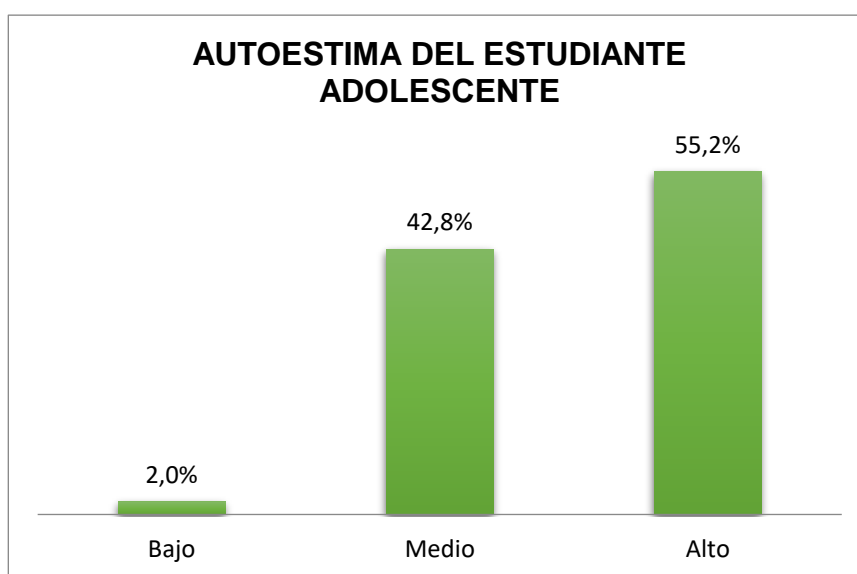
Elaborado por: Bach. Ramos I.

DESCRIPCIÓN:

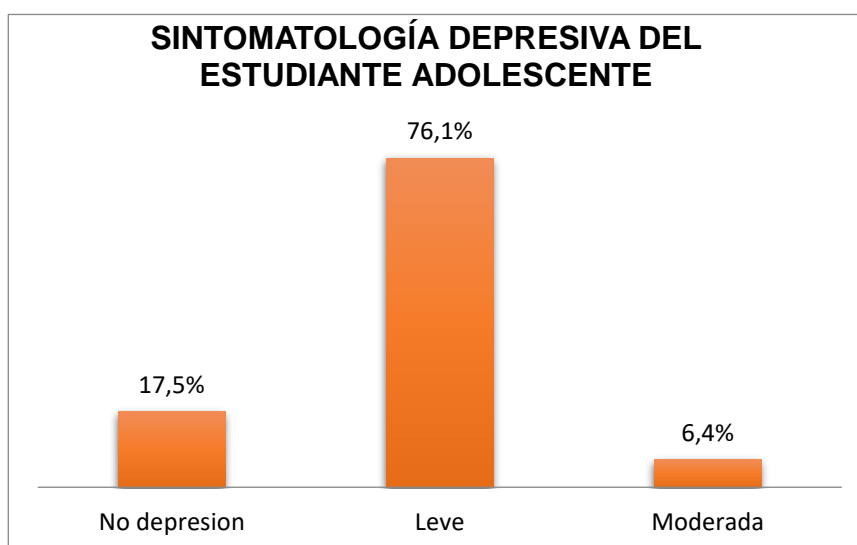
En la tabla N° 2 acerca de los factores de riesgo personales del estudiante adolescente se observa que el 55,2% de las adolescentes presentaron un nivel de autoestima alto, seguido por 42,8% un nivel de autoestima medio, respecto a la sintomatología depresiva se evidencia que el 76,1% de las adolescentes presentan un nivel de depresión leve, seguida de un 17,5% que no presentan depresión y finalmente 6,4% con un nivel de depresión moderada.

GRÁFICO Nº 2

FACTORES DE RIESGO PERSONALES DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA - 2017



Fuente: Ítem Tabla Nº 2



Fuente: Ítem Tabla Nº 3

TABLA N° 3

**FACTORES DE RIESGO FAMILIARES DEL ESTUDIANTE
ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO
DE ZELA TACNA - 2017**

| FACTORES DE RIESGO FAMILIARES | Nº | % |
|--------------------------------------|-----------|----------|
| ESTRUCTURA FAMILIAR | | |
| Nuclear | 140 | 47,1 |
| Monoparental | 79 | 26,6 |
| Extendida | 35 | 11,8 |
| Ampliada | 30 | 10,1 |
| Reconstituida | 13 | 4,4 |
| FUNCIONAMIENTO FAMILIAR | | |
| Disfunción familiar severa | 21 | 7,1 |
| Disfunción familiar moderada | 48 | 16,2 |
| Disfunción familiar leve | 82 | 27,6 |
| Buena función familiar | 146 | 49,2 |
| Total | 297 | 100,0 |

Fuente: Encuesta aplicada al adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna, 2017

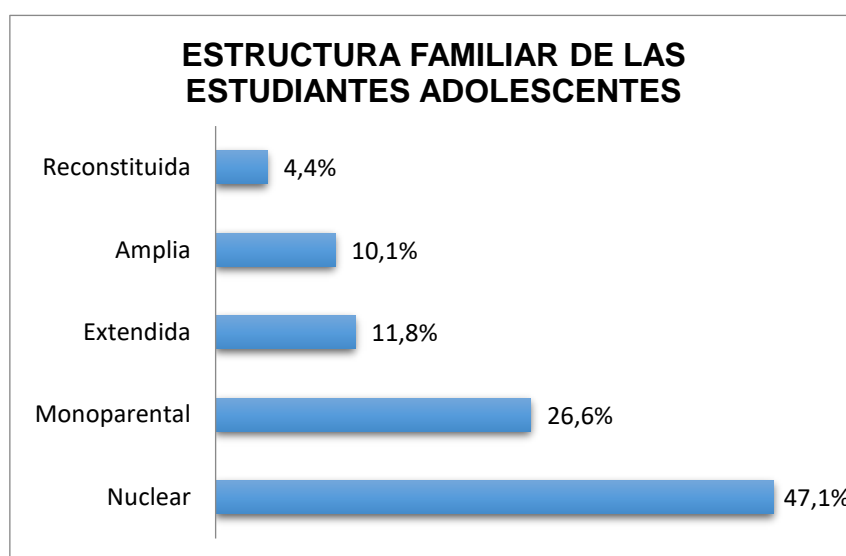
Elaborado por: Bach. Ramos I.

DESCRIPCIÓN:

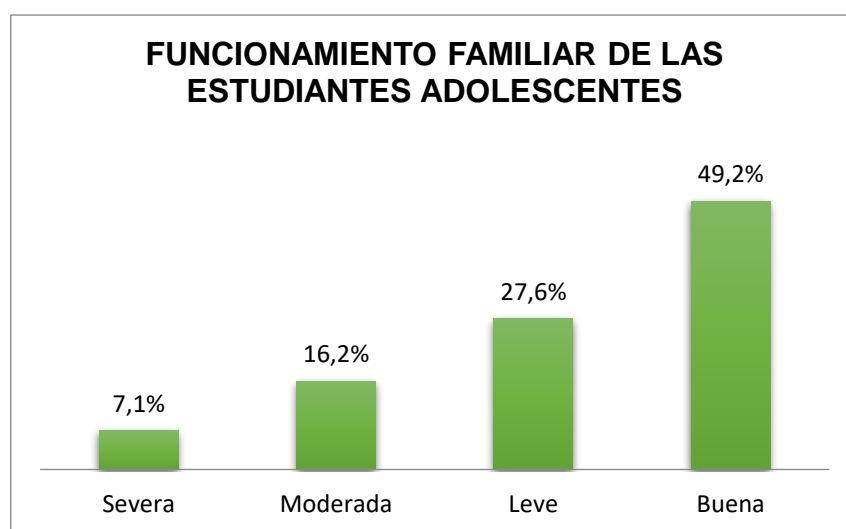
En la tabla N° 3 se observa que el 47,1% de las adolescentes pertenecen a una familia nuclear, luego el 26,6% tienen una familia monoparental. Respecto al funcionamiento familiar se observa que el 49,2% de las adolescentes viven en un ambiente con buena función familiar, sin embargo el 27,6% presentan disfunción familiar leve.

GRÁFICO Nº 3

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA - 2017



Fuente: Ítem Tabla Nº 3



Fuente: Ítem Tabla Nº 3

TABLA N° 4

**FACTORES DE RIESGO ESCOLARES DEL ESTUDIANTE
ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO
DE ZELA TACNA - 2017**

| FACTORES DE RIESGO ESCOLARES | Nº | % |
|-------------------------------------|-----------|----------|
| INTEGRACIÓN ESCOLAR | | |
| Mala | 240 | 80,8 |
| Regular | 56 | 18,9 |
| Buena | 1 | 0,3 |
| Total | 297 | 100,0 |
| VICTIMIZACIÓN ESCOLAR | | |
| Baja | 272 | 91,6 |
| Regular | 24 | 8,1 |
| Alta | 1 | 0,3 |
| Total | 297 | 100,0 |

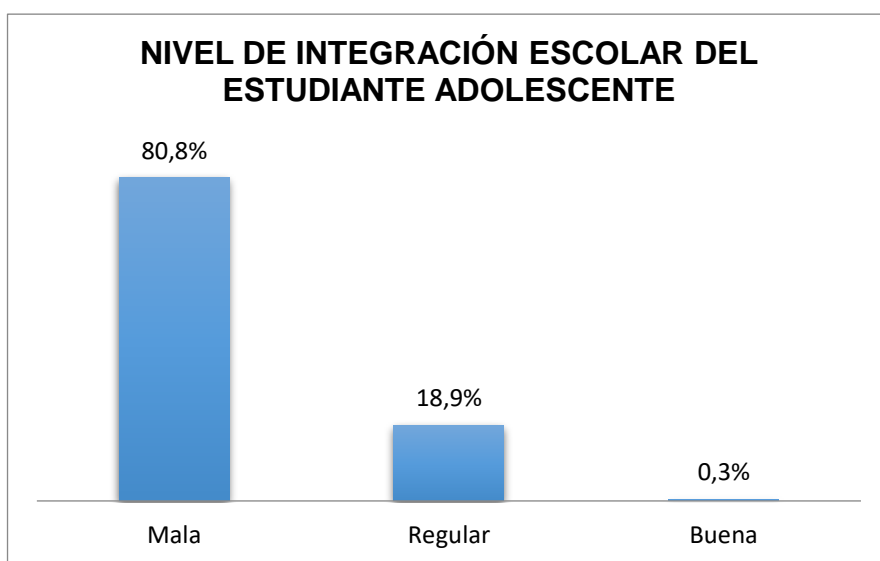
Fuente: Encuesta aplicada al adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna, 2017
Elaborado por: Bach. Ramos I.

DESCRIPCIÓN:

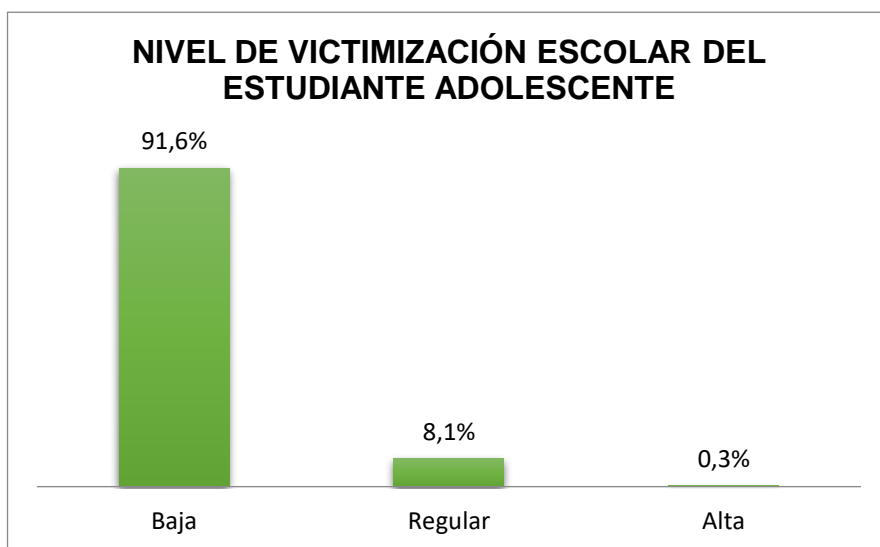
En la tabla N° 4 se observa que el 80,8% de las adolescentes tienen una mala integración escolar, seguido de un 18,9% que tienen regular integración escolar y finalmente con 0,3% mantienen una buena integración escolar. Respecto a la victimización escolar se observa que el 91,6% de las adolescentes presentan baja victimización escolar, seguido por un 8,1% de regular victimización escolar y finalmente con un 0,3% con alta victimización escolar.

GRÁFICO Nº 4

FACTORES DE RIESGO ESCOLARES DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA - 2017



Fuente: Ítem Tabla Nº 4



Fuente: Ítem Tabla Nº 4

TABLA Nº 5

CONDUCTA SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA - 2017

| | Nº | % |
|---------------------|-----|-------|
| Sin riesgo | 150 | 50,5 |
| Bajo Riesgo | 86 | 29,0 |
| Riesgo por Ideación | 44 | 14,8 |
| Riesgo por intento | 15 | 5,1 |
| Riesgo Alto | 2 | 0,7 |
| Total | 297 | 100,0 |

Fuente: Encuesta aplicada al adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna, 2017

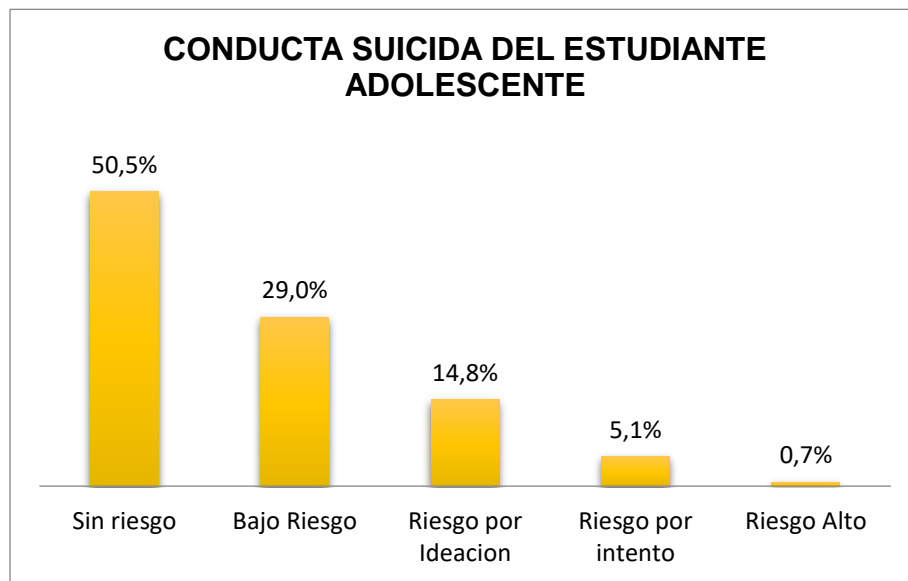
Elaborado por: Bach. Ramos I.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla Nº 5 muestra que el 50,5% de las adolescentes no presentan riesgo suicida, sin embargo el 29,0% presenta bajo riesgo suicida, seguido por el 14,8% que presentan riesgo por ideación suicida, el 5,1% riesgo por intento suicida y finalmente con un 0,7% alto riesgo suicida.

GRÁFICO Nº 5

CONDUCTA SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA - 2017



Fuente: Ítem Tabla Nº 5

TABLA N° 6

**FACTOR DE RIESGO DEMOGRÁFICO Y LA CONDUCTA SUICIDA
DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO
ANTONIO DE ZELA TACNA - 2017**

| Edad | Conducta Suicida | | | | | | | | | | Total | |
|---------------------|------------------|------|-------------|------|---------------------|------|--------------------|-----|-------------|-----|-------|-------|
| | Sin Riesgo | | Bajo Riesgo | | Riesgo por Ideación | | Riesgo por Intento | | Riesgo Alto | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 12 a 14 años | 72 | 24,2 | 48 | 16,2 | 30 | 10,1 | 10 | 3,4 | 2 | 0,7 | 162 | 54,5 |
| 15 a 17 años | 78 | 26,3 | 38 | 12,8 | 14 | 4,7 | 5 | 1,7 | 0 | 0,0 | 135 | 45,5 |
| Total | 150 | 50,5 | 86 | 29,0 | 44 | 14,8 | 15 | 5,1 | 2 | 0,7 | 297 | 100,0 |

P= 0,075 > 0.05

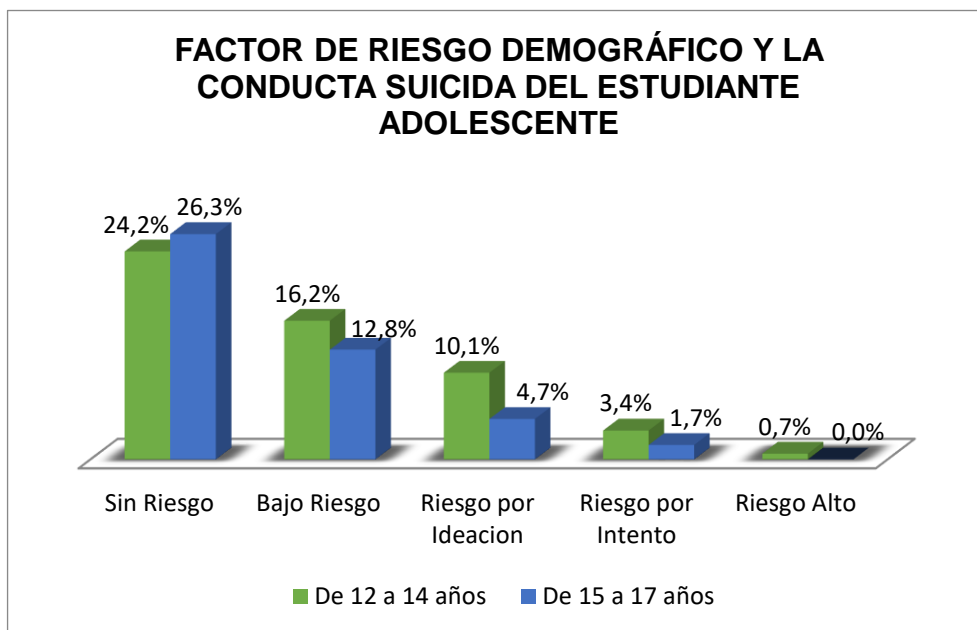
Fuente: Encuesta aplicada al adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna, 2017
Elaborado por: Bach. Ramos I.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 6 se evidencia el factor de riesgo demográfico y la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, donde se observa que el 26,3% de estudiantes de 15 a 17 años no presentan ningún tipo de riesgo suicida, seguido del 24,2% que son estudiantes de 12 a 14 años que no evidencian ningún tipo de riesgo suicida, sin embargo el 16,2% de adolescentes de 12 a 14 años presentan bajo riesgo suicida, seguido de 12,8% de adolescentes de 15 a 17 años que presentan también bajo riesgo suicida.

GRÁFICO N° 6

FACTOR DE RIESGO DEMOGRÁFICO Y LA CONDUCTA SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA - 2017



Fuente: Ítem Tabla N° 6

TABLA N° 7

**FACTORES DE RIESGO PERSONALES Y LA CONDUCTA SUICIDA
DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO
ANTONIO DE ZELA TACNA - 2017**

| Autoestima | Conducta Suicida | | | | | | | | | | Total | |
|--------------|------------------|------|-------------|------|---------------------|------|--------------------|-----|-------------|-----|-------|-------|
| | Sin Riesgo | | Bajo Riesgo | | Riesgo por Ideación | | Riesgo por Intento | | Riesgo Alto | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Bajo | 1 | 0,3 | 2 | 0,7 | 2 | 0,7 | 0 | 0,0 | 1 | 0,3 | 6 | 2,0 |
| Medio | 28 | 9,4 | 48 | 16,2 | 36 | 12,1 | 14 | 4,7 | 1 | 0,3 | 127 | 42,8 |
| Alto | 121 | 40,7 | 36 | 12,1 | 6 | 2,0 | 1 | 0,3 | 0 | 0,0 | 164 | 55,2 |
| Total | 150 | 50,5 | 86 | 29,0 | 44 | 14,8 | 15 | 5,1 | 2 | 0,7 | 297 | 100,0 |

P= 0,000 < 0,05

| Sintomatología depresiva | Conducta Suicida | | | | | | | | | | Total | |
|--------------------------|------------------|------|-------------|------|---------------------|------|--------------------|-----|-------------|-----|-------|-------|
| | Sin Riesgo | | Bajo Riesgo | | Riesgo por Ideación | | Riesgo por Intento | | Riesgo Alto | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| No Depresión | 48 | 16,2 | 4 | 1,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 52 | 17,5 |
| Leve | 101 | 34,0 | 78 | 26,3 | 39 | 13,1 | 8 | 2,7 | 0 | 0,0 | 226 | 76,1 |
| Moderada | 1 | 0,3 | 4 | 1,3 | 5 | 1,7 | 7 | 2,4 | 2 | 0,7 | 19 | 6,4 |
| Total | 150 | 50,5 | 86 | 29,0 | 44 | 14,8 | 15 | 5,1 | 2 | 0,7 | 297 | 100,0 |

P= 0.000 < 0.05

Fuente: Encuesta aplicada al adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna, 2017
Elaborado por: Bach. Ramos I.

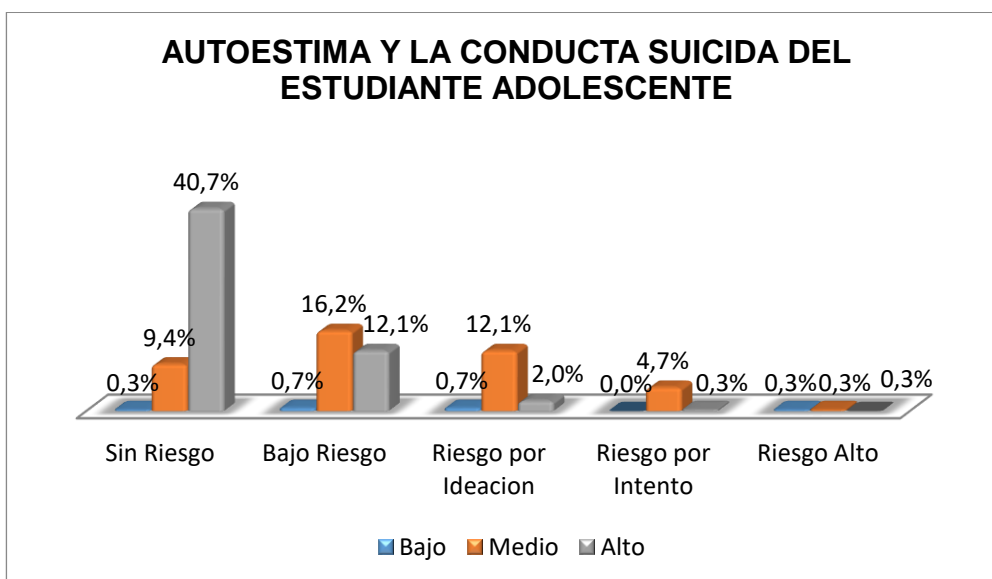
DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 7 se evidencia los factores de riesgo personales y la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, el cual muestra que el 40,7% son estudiantes con nivel alto de autoestima que no presentan ningún tipo de riesgo suicida, respecto a la sintomatología depresiva se evidencia que de las estudiantes con depresión leve el 34% no evidencian ningún tipo de riesgo suicida.

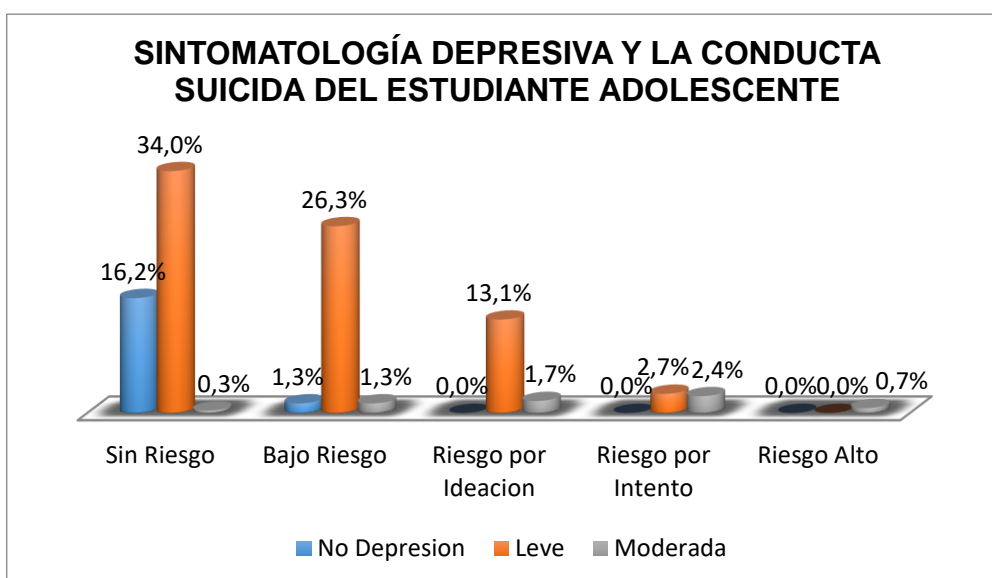
Al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrado se demuestra que los factores de riesgo personales: autoestima ($p= 0,000$) y sintomatología depresiva ($p= 0,000$) influyen significativamente en la conducta suicida ($p= 0,000 < 0,05$) del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela.

GRÁFICO N° 7

FACTORES DE RIESGO PERSONALES Y LA CONDUCTA SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA - 2017



Fuente: Ítem Tabla N° 7



Fuente: Ítem Tabla N° 7

TABLA Nº 8

**FACTORES DE RIESGO FAMILIARES Y LA CONDUCTA SUICIDA
DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO
ANTONIO DE ZELA TACNA - 2017**

| Funcionamiento Familiar | Conducta Suicida | | | | | | | | | | Total | |
|-------------------------------|------------------|------|-------------|------|---------------------|------|--------------------|-----|-------------|-----|-------|-------|
| | Sin Riesgo | | Bajo Riesgo | | Riesgo por Ideación | | Riesgo por Intento | | Riesgo Alto | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Disfunción F. Severa | 2 | 0,7 | 2 | 0,7 | 8 | 2,7 | 8 | 2,7 | 1 | 0,3 | 21 | 7,1 |
| Disfunción F. Moderada | 5 | 1,7 | 21 | 7,1 | 17 | 5,7 | 4 | 1,4 | 1 | 0,3 | 48 | 16,2 |
| Disfunción F. Leve | 34 | 11,4 | 32 | 10,8 | 14 | 4,7 | 2 | 0,7 | 0 | 0,0 | 82 | 27,6 |
| Función F. Buena | 109 | 36,7 | 31 | 10,4 | 5 | 1,7 | 1 | 0,3 | 0 | 0,0 | 146 | 49,1 |
| Total | 150 | 50,5 | 86 | 29,0 | 44 | 14,8 | 15 | 5,1 | 2 | 0,6 | 297 | 100,0 |

P= 0,000 < 0,05

| Tipo de Familia | Conducta Suicida | | | | | | | | | | Total | |
|----------------------|------------------|------|-------------|------|---------------------|------|--------------------|-----|-------------|-----|-------|-------|
| | Sin Riesgo | | Bajo Riesgo | | Riesgo por Ideación | | Riesgo por Intento | | Riesgo Alto | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Nuclear | 71 | 23,9 | 45 | 15,2 | 19 | 6,4 | 5 | 1,7 | 0 | 0,0 | 140 | 47,1 |
| Monoparental | 32 | 10,8 | 19 | 6,4 | 18 | 6,1 | 10 | 3,4 | 0 | 0,0 | 79 | 26,6 |
| Extendida | 26 | 8,8 | 7 | 2,4 | 2 | 0,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 35 | 11,8 |
| Amplia | 14 | 4,7 | 10 | 3,4 | 5 | 1,7 | 0 | 0,0 | 1 | 0,3 | 30 | 10,1 |
| Reconstituida | 7 | 2,4 | 5 | 1,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,3 | 13 | 4,4 |
| Total | 150 | 50,5 | 86 | 29,0 | 44 | 14,8 | 15 | 5,1 | 2 | 0,7 | 297 | 100,0 |

P= 0,000 < 0,05

Fuente: Encuesta aplicada al adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna, 2017
Elaborado por: Bach. Ramos I.

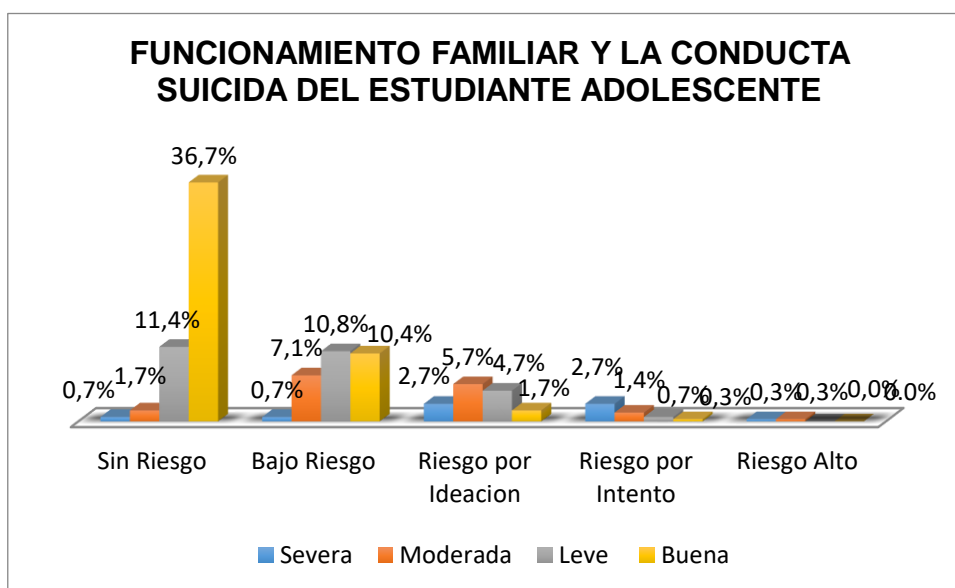
DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 8 se evidencia los factores de riesgo familiares y la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, el cual muestra que el 36,7% de los estudiantes con buen funcionamiento familiar no presenta riesgo suicida, respecto a la estructura familiar se evidencia que el 23,9% pertenecen a una familia nuclear donde no presentan riesgo suicida.

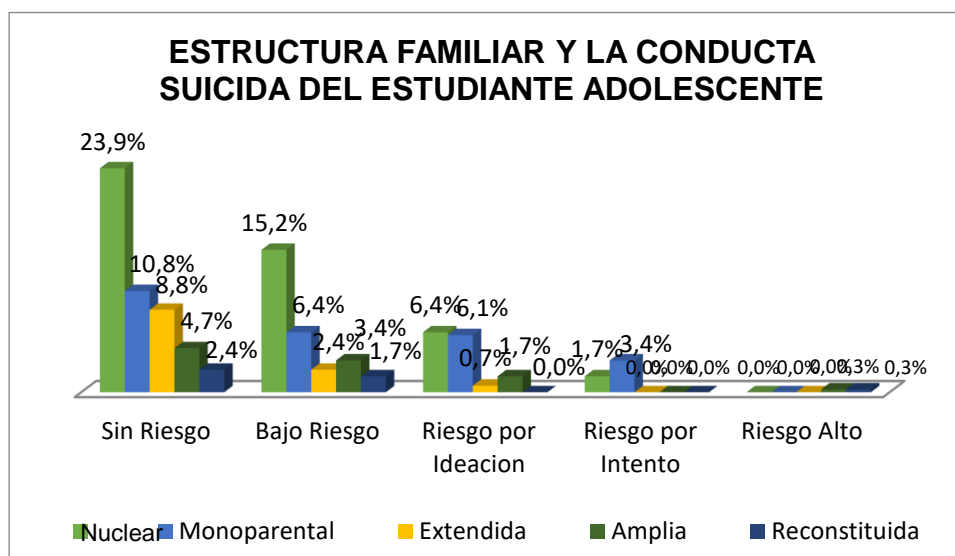
Al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrado se demuestra que los factores de riesgo familiares: funcionamiento familiar ($p= 0,000$) y estructura familiar ($p= 0,000$) influyen significativamente en la conducta suicida ($p= 0,000 < 0,05$) del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela.

GRÁFICO Nº 8

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES Y LA CONDUCTA SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA - 2017



Fuente: Ítem Tabla Nº 8



Fuente: Ítem Tabla Nº 8

TABLA Nº 9

**FACTORES DE RIESGO ESCOLARES Y LA CONDUCTA SUICIDA
DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO
ANTONIO DE ZELA TACNA - 2017**

| Integración Escolar | Conducta Suicida | | | | | | | | | | Total | |
|------------------------|------------------|------|-------------|------|---------------------|------|--------------------|-----|-------------|-----|-------|-------|
| | Sin Riesgo | | Bajo Riesgo | | Riesgo por Ideación | | Riesgo por Intento | | Riesgo Alto | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Mala | 139 | 46,8 | 67 | 22,6 | 25 | 8,4 | 8 | 2,7 | 1 | 0,3 | 240 | 80,8 |
| Regular | 10 | 3,4 | 19 | 6,4 | 19 | 6,4 | 7 | 2,4 | 1 | 0,3 | 56 | 18,9 |
| Buena | 1 | 0,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,3 |
| Total | 150 | 50,5 | 86 | 29,0 | 44 | 14,8 | 15 | 5,1 | 2 | 0,7 | 297 | 100,0 |

P= 0,000 < 0,05

| Victimización Escolar | Conducta Suicida | | | | | | | | | | Total | |
|--------------------------|------------------|------|-------------|------|---------------------|------|--------------------|-----|-------------|-----|-------|-------|
| | Sin Riesgo | | Bajo Riesgo | | Riesgo por Ideación | | Riesgo por Intento | | Riesgo Alto | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Baja | 146 | 49,2 | 77 | 25,9 | 35 | 11,8 | 12 | 4,0 | 2 | 0,7 | 272 | 91,6 |
| Regular | 4 | 1,3 | 9 | 3,0 | 9 | 3,0 | 2 | 0,7 | 0 | 0,0 | 24 | 8,1 |
| Alta | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,3 | 0 | 0,0 | 1 | 0,3 |
| Total | 150 | 50,5 | 86 | 29,0 | 44 | 14,8 | 15 | 5,1 | 2 | 0,7 | 297 | 100,0 |

P= 0,000 < 0,05

Fuente: Encuesta aplicada al adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna, 2017
Elaborado por: Bach. Ramos I.

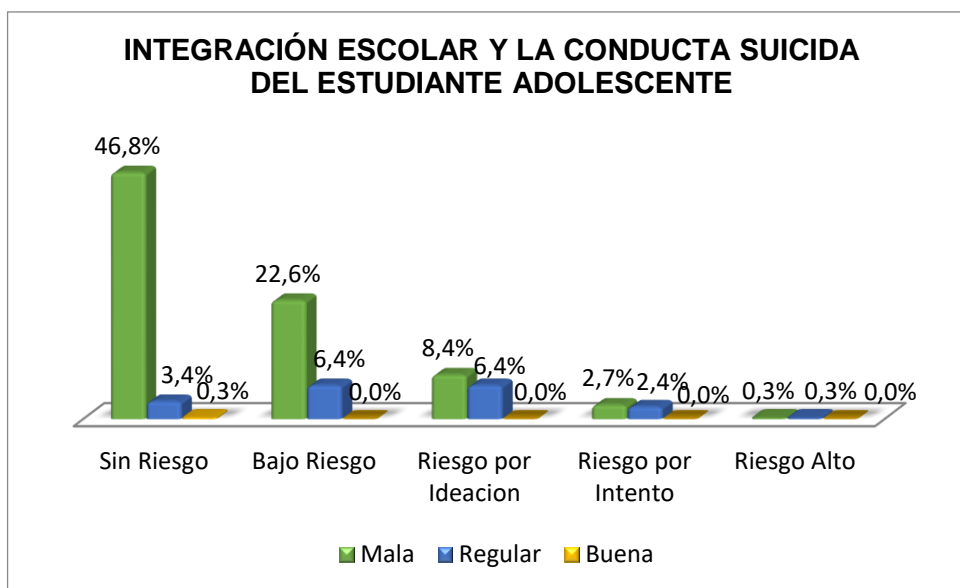
DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 9 se evidencia los factores de riesgo escolares y la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, el cual muestra que el 46,8% con mala integración escolar no evidencian riesgo suicida, el 22,6% con mala integración escolar presentan bajo riesgo suicida y el 8,4% riesgo por ideación suicida. Respecto a la victimización escolar se evidencia que el 49,2% de estudiantes con baja victimización escolar no presentan riesgo suicida, seguido de 25,9% con bajo riesgo suicida y 11,8% con riesgo por ideación suicida.

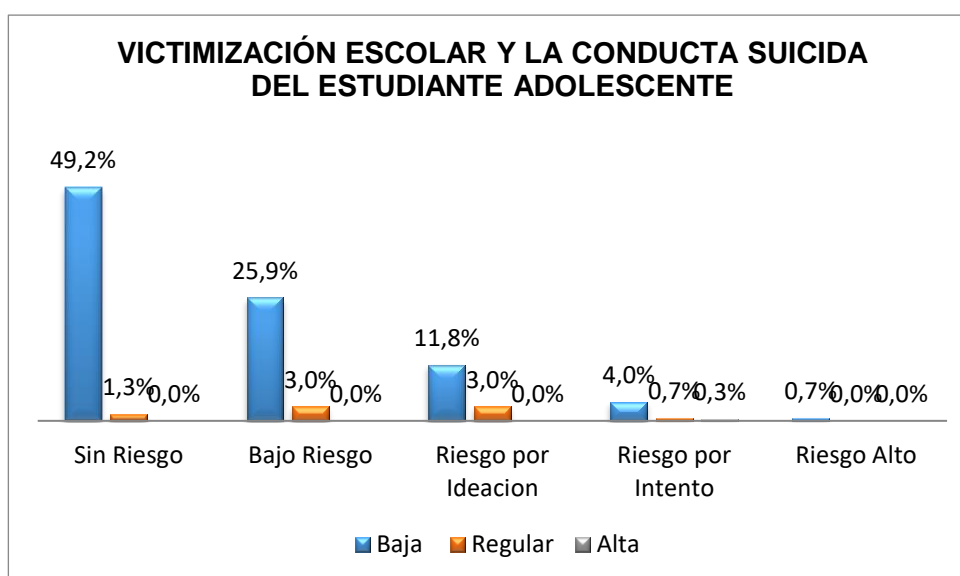
Al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrado se demuestra que los factores de riesgo escolares: integración escolar ($p= 0,000$) y victimización escolar ($p= 0,000$) influyen significativamente en la conducta suicida ($p= 0,000 < 0,05$) del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela.

GRÁFICO Nº 9

FACTORES DE RIESGO ESCOLARES Y LA CONDUCTA SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA – 2017



Fuente: Ítem Tabla Nº 9



Fuente: Ítem Tabla Nº 9

4.2. Discusión

Los intentos suicidas y suicidios consumados han ido incrementando considerablemente en los adolescentes según reflejan los diversos estudios y datos estadísticos, es por ello que siendo un problema de salud pública se debe priorizar y no solo debe ser tratado por algún profesional especializado sino que debe ser abarcado de manera integral y tener en cuenta al adolescente en su contexto familiar, escolar y social.

En la **tabla Nº 1**, en el factor de riesgo demográfico del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, se observa que el 54,5% de las adolescentes corresponde al grupo etáreo de 12 a 14 años y el 45,5% al grupo de 15 a 17 años.

El presente trabajo difiere con la investigación de Argota N. (21) realizado en Cuba el 2015, titulado: Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. Dando como resultado que el grupo de edad predominante con 63,4% es de 15 a 19 años mientras que 10 a 14 años está representado por 36,6%.

Además no coincide con la investigación de Andrade C. (27) realizado en Ecuador el 2013, titulado: Prevalencia de intento de suicidio en adolescentes mujeres en Cuenca. Dando como resultado que el 22,5% fluctúa de 11 a 13 años de edad y 57,7% de 14 a 16 años de edad.

El factor demográfico es importante porque permite identificar según la clasificación del Ministerio de Salud (MINSA) que subgrupo presenta características y necesidades específicas relacionadas al proceso de construcción de su identidad, autonomía y desarrollo personal.

En la **Tabla N° 2**, en los factores de riesgo personales del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, se evidencia que el 55,2% de las adolescentes presentaron un nivel de autoestima alto, seguido por 42,8% un nivel de autoestima medio, respecto a la sintomatología depresiva se evidencia que el 76,1% de las adolescentes presentan un nivel de depresión leve, seguida de un 17,5% que no presentan depresión.

El presente trabajo difiere con la investigación de Valdivia M. (28) realizado en Chile el 2015, titulado: Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. Dando como resultado que el 47,2% de los adolescentes presentan un nivel de autoestima normal, seguida por 17,4% que representa un nivel de autoestima muy bajo, 15,9 presentan nivel de autoestima baja, mientras que un 11,3% representan un nivel de autoestima alta.

No concuerda con la investigación de Choque J. (36) realizado en Perú el 2009, titulado: Maltrato intrafamiliar y su influencia en el autoestima de los adolescentes de la I.E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna – 2009. Donde los resultados evidencian que el nivel de autoestima de los adolescentes estudiados, el mayor porcentaje 54,55% presentó autoestima promedio y en menor porcentaje 4,55% baja.

La autoestima es la percepción de sí mismo, disponer de un nivel alto de autoestima como se muestra en los resultados de esta investigación garantiza el éxito para enfrentar situaciones estresantes y tener la capacidad de responder mejor a los retos de la vida.

Resultados que coinciden con la investigación de Valdivia M. (28) donde evidencia que el 27,3% representa un nivel de depresión leve, seguido por 21,1% que muestra un nivel de depresión moderada-severa.

Sin embargo no concuerdan con la investigación de Cachay P. (29) realizados en Lima el 2011, titulado: Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to año de secundaria de instituciones educativas en Lima Metropolitana 2010. Dando como resultado que el 54,8% del total no tienen ningún tipo de sintomatología depresiva, mientras que 32,7% y 12,5% son categorizados en distimia y depresión mayor respectivamente.

Uno de los factores de mayor riesgo que desencadena una conducta de riesgo vital es la depresión, en los resultados de las investigaciones mencionadas prevalece el nivel de depresión leve en los adolescentes, caracterizada por sentimientos de tristeza y pérdida de interés en las actividades cotidianas, el cual al permanecer sin tratamiento durante mucho tiempo podría convertirse en una depresión crónica.

En la **Tabla N° 3**, en los factores de riesgo familiares del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, se observa que el 47,1% de las adolescentes pertenecen a una familia nuclear, luego el 26,6% tienen una familia monoparental. Respecto al funcionamiento familiar se observa que el 49,2% de las adolescentes viven en un ambiente con buena función familiar, sin embargo el 27,6% presentan disfunción familiar leve.

Estos resultados concuerdan con la investigación de Morales M. (30) realizado en Tacna 2015 titulado: Maltrato intrafamiliar relacionado al riesgo de suicidio en los adolescentes de 4° y 5° año de secundaria de la I.E.

Enrique Paillardelle Tacna 2014, dando resultado que en su mayoría con 59,43% de los adolescentes pertenecen a una familia nuclear, seguido de ello con 21,10 constituyen una familia monoparental y finalmente con 19,44% una familia extensa.

En otro estudio realizado los resultados obtenidos coinciden con la investigación realizada por Valdivia M. (28), donde evidencia que 72,3% pertenecen a una familia nuclear y 18,5% a una familia monoparental.

La familia es la base del desarrollo integral del ser humano, participa de forma muy importante en las decisiones o conductas que puedan adoptar alguno de sus miembros. Los resultados mostrados en las investigaciones anteriores coinciden en que prevalece el tipo de familia nuclear conformada por ambos padres e hijos.

Los resultados no concuerdan con la investigación de Cachay P. (29) realizado en Lima el 2011, titulado: Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to año de secundaria de instituciones educativas en Lima Metropolitana 2010. Dando como resultado que el 62,2% pertenecen a familias moderadamente funcionales, seguido de ello con 23,9% representan familias disfuncionales y finalmente con 13,2% de adolescentes pertenecen a la categoría funcional.

Los resultados difieren al estudio realizado por Argota N. (21) donde evidencia que predomina la familia disfuncional con el 69,1%, siendo la diferencia 30,9% son adolescentes que conforman una familia funcional.

La familia funciona como un sistema donde se establecen canales de comunicación entre sus miembros, los protege de las presiones exteriores

y controla el flujo de información con el exterior, con el fin de conservar la unidad entre los miembros y la estabilidad del sistema. Los resultados de la presente investigación son positivos al evidenciarse en su mayoría un buen funcionamiento familiar, sin embargo se evidencia un porcentaje considerable de algún tipo de disfunción familiar lo que muestra también en las investigaciones mencionadas. La disfunción familiar altera el sistema lo que podría desencadenar conductas de riesgo para alguno de sus miembros.

En la **Tabla N° 4**, en los factores de riesgo escolares del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, el 80,8% tienen una mala integración escolar, seguido de un 18,9% que tienen regular integración escolar, respecto a la victimización escolar el 91,6% de las estudiantes presentan baja victimización escolar, seguido por un 8,1% de regular victimización escolar.

Estos resultados no coinciden con la investigación realizada de Chipana Y. (14) donde 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. Sin embargo si concuerda respecto a la victimización escolar donde el 56,42% presentaron un bajo nivel de victimización escolar, el 24,58% en nivel regular y 18,99% en alto nivel.

La integración escolar busca alcanzar un ambiente social óptimo, donde se establezca vínculos afectivos y sociales que le permita al escolar conocer, compartir y convivir con personas provenientes de otros grupos sociales y ayuden a su mejor desenvolvimiento en un futuro.

En la **Tabla N° 5**, corresponde a la conducta suicida de las adolescentes de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, donde el 50,5% de las

adolescentes no presentan riesgo suicida, sin embargo el 29,0% presenta bajo riesgo suicida, seguido por el 14,8% que presentan riesgo por ideación suicida, el 5,1% riesgo por intento suicida y finalmente con un 0,7% alto riesgo suicida.

Concuerda con la investigación de Silva D. Valdivia M. Vicente B. et al. (31) realizados en Chile, titulado: Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile donde se muestra que 23,7% de los adolescentes recientemente tuvieron una ideación suicida y 20,5% la tuvieron hace un tiempo atrás.

Sin embargo no coincide con la investigación de Valdivia M. (28) donde muestra que 28,9% presentan ideación suicida reciente severa y con 27,8% representa ideación suicida reciente leve.

La conducta suicida en adolescentes es una problemática latente. De los adolescentes que presentan algún tipo de riesgo suicida, probablemente varios de ellos llegue a intentos de suicidio e inclusive a suicidios consumados de no ser tratados a tiempo. El profesional de Enfermería está capacitado para desarrollar programas de prevención siendo esta una acción fundamental para minimizar y porque no erradicar conductas de riesgo suicida.

En la **Tabla N° 6**, factor demográfico y la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, donde se observa que el 26,3% de estudiantes de 15 a 17 años no presentan ningún tipo de riesgo suicida, seguido del 24,2% que son estudiantes de 12 a 14 años que no evidencian ningún tipo de riesgo suicida. No se presentó relación significativa ($\chi^2=8,503$; $p<0,05$).

Estos resultados no coinciden con la investigación realizada por Chipana Y. (14) donde 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.

Los resultados de la presente investigación demuestran que una de las etapas de vida más vulnerable son los adolescentes, en esta etapa experimentan múltiples cambios biopsicosociales, siendo más vulnerables ante situaciones externas que pudieran perjudicar su salud física y sobre todo su salud mental.

En la **Tabla N° 7**, factores de riesgos personales y la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, muestra que el 40,7% de estudiantes con nivel alto de autoestima no presentan ningún tipo de riesgo suicida, respecto a la sintomatología depresiva se evidencia que de las estudiantes con depresión leve el 34% no evidencian ningún tipo de riesgo suicida. Los factores de riesgo personales: autoestima ($p= 0,000$) y sintomatología depresiva ($p= 0,000$) influyen significativamente en la conducta suicida ($p= 0,000 < 0,05$)

Esto coincide con Silva D. et al. (31) Donde se evidencia que el autoestima y la conducta suicida presentan relación significativa ($p<0,05$).

La autoestima de la persona se deforma cuando se encuentra dentro del proceso suicida, este adquiere una opinión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo. Los resultados de las investigaciones evidencian que el coeficiente de relación indica que cuando aumenta el nivel de autoestima disminuye en proporción la conducta suicida enfatizando que existe mayor

proporción de adolescentes sin riesgo suicida presentando un nivel de autoestima alto.

Coincide con la investigación de Cachay P. (29) donde afirma que la presencia de depresión (distimia – depresión mayor) fue el factor de riesgo que más fuertemente se relacionó con ideación suicida.

La formación de una identidad, el desarrollo de la sexualidad, los cambios físicos, psicológicos y sociales podrían generar una carga de estrés muy elevada además de sentimientos de tristeza, ira y frustración que indicios de una depresión y esta al no ser tratada oportunamente podría desencadenar conductas suicidas. Los resultados de las investigaciones muestran que el coeficiente de correlación indica que cuando existe la sintomatología depresiva leve, aumenta en proporción algún tipo de riesgo suicida, por lo tanto, este hallazgo muestra que la depresión es uno de los factores de riesgo más influyentes y de mayor riesgo en los adolescentes que presentan conductas suicidas.

En la **Tabla N° 8**, factores de riesgos familiares y la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, se muestra que el 36,7% de las estudiantes con buen funcionamiento familiar no presenta riesgo suicida, respecto a la estructura familiar se evidencia que el 23,9% pertenecen a una familia nuclear donde no presentan riesgo suicida. Los factores de riesgo familiares: funcionamiento familiar ($p=0,000$) y estructura familiar ($p=0,000$) influyen significativamente en la conducta suicida ($p=0,000 < 0,05$).

Este resultado es similar al de Cachay P. (29) donde afirma que el hecho de pertenecer a una familia disfuncional aumenta en casi 2 veces el riesgo de tener ideación suicida, resalta los problemas con los padres y

parientes (55,9 % y 59,1% respectivamente) como causa principal de ideación e intento suicida. En otra investigación de Cortes A. (34) Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes donde coincide también que los factores englobados en el grupo referido al funcionamiento o dinámica familiar se identifica asociación altamente significativa con el intento de suicidio para todos.

Un buen funcionamiento familiar puede ser un factor protector ante la conducta suicida, pero la disfunción familiar aumenta la vulnerabilidad de las familias para que aparezcan conductas autodestructivas entre alguno de sus miembros, ya que debilita la base emocional en este caso del adolescente obstaculizando el buen desarrollo de este. Los resultados muestran que las familias con buen funcionamiento familiar no presentan en su mayoría riesgo suicida donde el coeficiente de correlación indica que cuando aumenta la disfunción familiar, aumenta la conducta suicida.

Difiere con el trabajo de investigación de Morales M. (30) donde los resultados muestran que prevalece el riesgo de suicidio mediano en la familia nuclear (32,77%), sobre el riesgo bajo (20%), seguido de la familia monoparental con riesgo de suicidio mediano (11,11%) y familia extensa también con riesgo de suicidio mediano (10,55%).

Los resultados evidencian que las familias nucleares son las que presentan menor índice de riesgo suicida debido que para el adolescente, la familia es la principal red de apoyo social para la subsistencia, las relaciones y los vínculos emocionales y las modificaciones recientes de la estructura familiar como las separaciones de parejas, fallecimiento de algún familiar entre otros pueden generar estrés al intentar conciliar la necesidad de mantener los vínculos afectivos al interior de la familia y la demanda económica de autosuficiencia, ya que los padres generalmente buscan

satisfacer primero las necesidades materiales y después las necesidades afectivas con sus hijos.

En la **Tabla N° 9**, factores de riesgos escolares y la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, se evidencia que el 46,8% con mala integración escolar no evidencian riesgo suicida, el 22,6% con mala integración escolar presentan bajo riesgo suicida y el 8,4% riesgo por ideación suicida. Respecto a la victimización escolar se evidencia que el 49,2% de estudiantes con baja victimización escolar no presentan riesgo suicida, seguido de 25,9% con bajo riesgo suicida y 11,8% con riesgo por ideación suicida. Los factores de riesgo escolares: integración escolar ($p= 0,000$) y victimización escolar ($p= 0,000$) influyen significativamente en la conducta suicida ($p= 0,000 < 0,05$).

Este resultado no coincide con Chipana Y. (14) respecto a la integración escolar, 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 determinando que existe correlación positiva directa ($p<0,05$). Respecto a la victimización escolar si concuerda con los resultados de la investigación realizada ya que muestra que de 101 adolescentes con bajo nivel de victimización escolar, el 43,02% manifestó una leve ideación suicida, el 8,38% fueron normales y el 5,03% tuvieron una moderada ideación donde se revela la correlación positiva directa ($p<0,05$).

Resultado similar a lo reportado por Pérez et al. (35) 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.

El factor escolar es un espacio de integración social que permite desarrollar a los adolescentes sus capacidades, sin embargo si este se tornara negativo y hostil conocido como acoso escolar o bullying podría motivar a muchos de los adolescentes a adoptar conductas de riesgo como el suicidio. Los resultados de las investigaciones muestran según el coeficiente de correlación que cuando aumenta el riesgo de integración escolar, aumenta la conducta suicida.

CONCLUSIONES

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

1. En el factor de riesgo demográfico; la edad predominante de las adolescentes es de 12-14 años (54,5%).
2. En los factores de riesgos personales; la mayoría presenta un nivel de autoestima alto (55,2%) y sintomatología depresiva leve (76,1%).
3. En los factores de riesgos familiares; la mayoría de las adolescentes pertenecen a una familia nuclear (47,1%), y tienen en su mayoría buena función familiar (49,2%).
4. En los factores de riesgos escolares; el nivel de integración escolar es mala (80,8%) y existe baja victimización escolar (91,6%).
5. Las adolescentes no presentan riesgo suicida (50,5%), sin embargo la diferencia manifiesta algún tipo de riesgo suicida (45,5%).
6. En el factor de riesgos demográfico y la influencia en la conducta suicida; se evidencia que las estudiantes de 15 a 17 años no presenta riesgo suicida (26,3%), donde no existe influencia estadísticamente significativa ($p > 0,05$).
7. En los factores de riesgos personales y la influencia en la conducta suicida; las estudiantes tienen un nivel alto de autoestima y no presentan riesgo suicida (40,7%) y las estudiantes con depresión leve

no presentan riesgo suicida (34%), existe influencia significativa ($p < 0,05$).

8. En los factores de riesgo familiares y la influencia en la conducta suicida; las estudiantes con buen funcionamiento familiar no presenta riesgo suicida (36,7%) y las que conforman una familia nuclear no presentan riesgo suicida (23,9%), existe influencia significativa ($p < 0,05$).
9. En los factores de riesgo escolares y la influencia en la conducta suicida; las estudiantes con mala integración escolar no evidencia riesgo suicida (46,8%) y las estudiantes con baja victimización escolar no presentan riesgo suicida (25,9%), existe influencia significativa ($p < 0,05$).

RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación nos permiten proponer las siguientes recomendaciones:

- La conducta suicida en adolescentes es un problema de salud pública, de origen multifactorial por lo que requiere ser abordado por todos los sectores de la sociedad, se recomienda dar prioridad a la salud mental a través de campañas de prevención y educación a nivel nacional, regional y centros educativos.
- Sensibilizar al personal de salud, a los docentes y familias de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela e informar sobre la situación actual de salud mental de las adolescentes, ya que las estadísticas muestran que de estar en situación de riesgo en esta etapa pueden conllevar el problema hasta la adultez, por ello se debe tomar las medidas correspondientes para apaciguar el problema desde un inicio.
- La enfermera debe desarrollar programas y talleres de prevención ante conductas suicidas y los factores de riesgo que desencadenan ello en conjunto con el personal de salud, profesores y familias del centro educativo a fin de abarcar íntegramente este fenómeno.
- La enfermera debe priorizar en el programa de salud local actividades que promuevan el desarrollo de habilidades sociales, la capacidad de afrontamiento y el manejo de emociones en los adolescentes para minimizar y/o eliminar los factores de riesgo predisponentes a una conducta suicida.

- Se recomienda la realización de investigación en donde se consideren otros posibles factores de riesgo que podrían estar relacionados con la conducta suicida como biológicos, socio económico, cultural entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud: Suicidio. Londres: OMS; 2017. [en línea] [actualizado mar 2017; citado 04 jun 2017]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es>
2. Dirección Regional de Salud Tacna: Hospital Hipólito Unanue atendió a 64 personas con conducta suicida. Tacna: DIRESA; 2017. [en línea] [actualizado 11 de sept 2017; citado 13 sept 2017]. URL disponible en: <http://diresatacna.gob.pe/noticias/176-hospital-hipolito-unanue-atendio-a-64-personas-con-conducta-suicida>.
3. Organización Mundial de la Salud: Cada año fallecen más de 1,2 millones de adolescentes. Ginebra: OMS; 2017. [en línea] [actualizado 16 de may 2017; citado 10 jun 2017]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/yearly-adolescent-deaths/es/>
4. Organización Panamericana de la Salud: En las Américas hay más de 7 suicidios por hora. México: OPS; 2014. [en línea] [actualizado 23 de oct 2014; citado 06 jun 2017]. URL disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10114%3A2014-new-paho-report-more-than-7-suicides-per-hour-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es
5. Gutiérrez A. Contreras C. Orozco R. El suicidio, conceptos actuales. Medigraphic Artemisa en línea 2006. [en línea]. [citado 12 sept 2017]. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam065i.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental: Prevención del suicidio (SUPRE). Ginebra; OMS [en línea] [actualizado agosto 2012; citado 12 mar 2017]. URL disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es

7. Dirección Regional de Salud. Oficina de informática, telecomunicaciones y estadística - Boletín Estadístico 2016. [en línea] [citado 01 sept 2017]. URL disponible en: http://diresatacna.gob.pe/media/ckeditor/files/estadistica/Boletin_Estadistico_2016.pdf
8. Radio Uno. Menor de edad intenta suicidarse ingiriendo veneno. Tacna; 2016. [en línea] [actualizado 20 de abril 2016; citado 13 enero 2017]. URL disponible en: <http://www.radiouno.pe/noticias/54278/menor-edad-intenta-suicidarse-ingiriendo-veneno>
9. Evans, Hawton, Rodham. 2004, citado por Silva D, Valdivia M, Vicente B, Arévalo E, Dapelo R, Soto C. Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile: Revista de Psicopatología y Psicología Clínica [en línea]. 2017 [Citado 22 jun 2017]; 22, (33-42). URL disponible en: [http://www.aepcp.net/arc/Revista%20de%20Psicopatologia%20y%20Psicologia%20Clinica_Vol.22\(1\).2017_Parte7.pdf](http://www.aepcp.net/arc/Revista%20de%20Psicopatologia%20y%20Psicologia%20Clinica_Vol.22(1).2017_Parte7.pdf)
10. Aguirre D. Cataño J. Constanza S. et al. Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. Revista Facultad de Medicina 2015. 63(3). URL disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112015000300009&lang=pt
11. Moraga C. Ideación suicida en escolares de 10 a 13 años, de ambos sexos, de colegios de la comuna de viña del mar: factores sociodemográficos, psicológicos y familiares asociados. [Tesis de Grado]. Chile: Universidad de Chile; 2015.
12. Bazán J. Olórtegui V. Vargas H. et al. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. Revista de Neuro-Psiquiatría 2016. 79(1). [en línea] [citado 03 jun 2017]. URL disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100002&lang=pt

13. Luna I. Factores familiares relacionados con la idea suicida en los adolescentes de la Institución educativa Alfonso Ugarte. [Tesis de Grado]. Perú: Afiliada Universidad Ricardo Palma, Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2013. URL disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/345/1/Luna_ic.pdf
14. Chipana Y. Factores de Riesgo asociados a la ideación Suicida en Adolecentes de la I.E. Mariscal Cáceres Tacna 2011. [Tesis de Grado]. Perú, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Escuela de Enfermería; 2011.
15. Calderón R. Factores Psicosociales relacionados a la idea de intento de suicidio en los adolescentes de la I.E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna – 2009. [Tesis de Grado]. Perú, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Escuela de Enfermería; 2009
16. Organización Mundial de la Salud: Desarrollo en la adolescencia. OMS. [en línea] [citado 04 jul 2017]. URL disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
17. Orientaciones para la atención integral de las y los adolescentes en el I nivel de atención. Documento técnico, RM917/2014_MINSA, 27 de noviembre del 2014. [en línea] [citado 01 jun 2017]. URL disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/RM917-2014_MINSA.pdf
18. Lineamientos de política de salud de los/las adolescentes. Documento técnico, RM 107/2005 _MINSA, 14 de febrero del 2005. [en línea] [citado 01 jun 2017]. URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adolescente/RM107-2005.pdf>

19. Arenas P, Lucio E, Forns M. Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. RIDEP 2011. 32(2). [en línea] [citado 03 jun 2017]. URL disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/110862/1/614572.pdf>
20. Copari N. Adolescencia prevenida: “Diferencias de indicadores de riesgo en adolescentes Chaqueños medidas a través del IRIS”. Revista Eureka 2009. 6(1): 58-75. [en línea] [citado 05 jun 2017]. URL disponible en: <http://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-6-1-09-9.pdf>
21. Argota N. Alvarez M. Camilo V. et al. Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. Revista Médica Electrónica 2015. 37(1). [en línea] [citado 05 jun 2017]. URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000100004
22. Vásquez C. Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana. [Tesis de Grado]. Perú, Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Psicología; 2009. URL disponible en: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4111/VASQUEZ_CONTRERAS_CARLOS_ALEXITIMIA_ESCOLARES.pdf?sequence=1
23. García N. Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas. [Tesis de Grado]. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela de Psicología; 2006. URL disponible en: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_nayeli.pdf
24. Alcántar M. Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. [Tesis de Grado]. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela de Psicología; 2002. URL

disponible en:
http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_isabel_alcantar.pdf

25. Bille Brahe U. Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998 [citado 01 jun 2017]. URL Disponible en: http://selvmord.wnm.dk/filecache/31137/1277884104/e60709whopublicationsuicidalbehaviourineurope_bille-brahe1998.pdf
26. Carvajal G. Caro C. Familia y escuela: escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería. Colombia;2012; 30(3):102-117.
27. Andrade C. Prevalencia de intento de suicidio en adolescentes mujeres en Cuenca. [Tesis de Grado]. Ecuador: Universidad del Azuay, Escuela de Medicina; 2013. URL disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/2769/1/09838.pdf>
28. Valdivia M. Silva D. Sanhueza F. et al. Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. Revista Médica de Chile 2015. 143(3). [en línea] [citado 05 oct 2017]. URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000300006
29. Cachay P. Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to año de secundaria de institución educativas en Lima Metropolitana 2010. [Tesis de Grado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Escuela de Medicina Humana; 2011. URL disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3214/1/Cachay_Ip.pdf
30. Morales M. Maltrato intrafamiliar relacionado al riesgo de suicidio en los adolescentes de 4° y 5° año de secundaria de la I.E. Enrique

- Paillardelle Tacna 2014. [Tesis de Grado]. Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Escuela Profesional de Enfermería; 2015. URL disponible en: <http://redi.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/434/TG0294.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Silva D. Valdivia M. Vicente B. et al. Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista Psicopatología y Psicología Clínica* 2017. 22(1) 33-42. [en línea] [citado 06 oct 2017]. URL disponible en: [http://www.aepcp.net/arc/Revista%20de%20Psicopatologia%20y%20Psicologia%20Clinica_Vol.22\(1\).2017_Parte7.pdf](http://www.aepcp.net/arc/Revista%20de%20Psicopatologia%20y%20Psicologia%20Clinica_Vol.22(1).2017_Parte7.pdf)
32. Modelos Enfermeros: Modelo del Sistema Conductual: 2013. [en línea] [actualizado 30 mayo 2013; citado 06 agosto 2017]. URL disponible en: http://modelosenfermeros2013.blogspot.pe/2013/05/modelo-del-sistema-conductual_30.html
33. Desarrollo del conocimiento de enfermería: Modelo del Sistema Conductual: 2014. [en línea] [actualizado 20 enero 2014; citado 06 agosto 2017]. URL disponible en: <http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.pe/2013/12/modelo-del-sistema-conductual.html>
34. Cortes A. Aguilar J. Suarez R. et al. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana Med. Ciudad de la Habana* 2011. 27(1). [en línea] [citado 05 oct 2017]. URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004
35. Pérez B. Rivera L. Atienzo E. et al. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud pública* [sept 2017]; 52(4): Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci>

arttext&pid=S0036-3634201 0000400008&1ng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342010000400008>.

36. Choque J. Maltrato intrafamiliar y su influencia en el autoestima de los adolescentes de la I.E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna - 2009. [Tesis de Grado]. Perú, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Escuela de Enfermería; 2009.
37. Guía Práctica Clínica en Conducta Suicida. Documento técnico, RM648/2006_MINSA, 18 de julio del 2006. [en línea] [citado 01 jun 2017]. URL disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/04_Guias_Practica_Clinica_Salud_Mental_Psiquiatria.pdf
38. Pérez S. La idea suicida. Semiología y Semiología. [en línea] [citado 04 jun 2017]. URL disponible en: http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/la-idea-suicida.pdf
39. Castro J. Manejo de la conducta suicida. En: Castro J. (ed). Psiquiatría de niños y adolescentes. Lima: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2009. p. 437-447.
40. Pérez S, Castro J. El suicidio infantojuvenil. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.
41. Vargas H. Saavedra J. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Rev. Neuropsiquiatr 2012. 75(1). [en línea] [citado 03 jun 2017]. URL disponible en: http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/1294/2012_Vargas_Factores%20asociados%20con%20la%20conducta%20suicida%20en%20adolescentes.pdf?sequence=1&isAllowed=y
42. Organización Mundial de la Salud: Factor de riesgo. OMS; 2017. [en línea] [actualizado mar 2016; citado 04 jun 2017]. URL disponible en: http://who.int/topics/risk_factors/es/

43. Lezama S. Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. *Psychología* 2012. 6(1). Pág. 91-101
44. Huanaco M. Huayta M. Acoso escolar y su clima social familiar en estudiantes del 3° a 5° de secundaria I. E. José Lorenzo Cornejo Acosta Cayma - Arequipa. 2013. [Tesis de Grado]. [en línea] [citado 04 jun 2017]. Perú, Universidad Nacional DE San Agustín, Facultad de Enfermería; 2013. URL disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2303/ENhugomn.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

ANEXO Nº 1

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

Cálculo del tamaño de la muestra

Para el tamaño de muestra en el estudio, se utilizó una fórmula estadística para poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95% y 5% de error absoluto.

$$n = \frac{z^2 N P Q}{e^2 (N - 1) + z^2 P Q}$$

$$n = \frac{(1,96)^2(1300)(0,50)(0,50)}{(0,05)^2(1300 - 1) + (1,96)^2(0,50)(0,50)}$$

$$n = \frac{1248}{3,247 + 0,96} \quad n = 296,65 \approx 297$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra.

N = Tamaño de la población

Z = Abscisa de la distribución normal a un 95% del nivel de confianza

P = Proporción de individuos de la población que tiene características que se desean estudiar (P = 0,50)

Q = Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés.

e = Margen de error (e=0,05)

POBLACIÓN I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA

| AÑO | SECCIONES | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|--------------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|
| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | |
| 1° | 28 | 28 | 28 | 29 | 20 | 24 | 24 | 24 | 24 | 25 | 24 | 25 | 303 |
| 2° | 26 | 25 | 25 | 26 | 24 | 23 | 24 | 23 | 24 | 23 | 24 | 24 | 291 |
| 3° | 22 | 23 | 24 | 19 | 20 | 19 | 20 | 21 | 20 | 19 | 19 | 20 | 246 |
| 4° | 21 | 18 | 19 | 19 | 18 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 18 | 20 | 228 |
| 5° | 20 | 23 | 21 | 19 | 20 | 20 | 21 | 19 | 22 | 14 | 12 | 21 | 232 |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | 1300 |

ESTRATIFICACIÓN DE LA MUESTRA

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

$$fh = \frac{297}{1300}$$

$$fh = 0,228$$

| GRADO | POBLACIÓN | FÓRMULA | MUESTRA |
|-------|-----------|------------------------------------|---------|
| 1ero | 303 | $303 \times 0,228 = 69,08 \approx$ | 69 |
| 2do | 291 | $291 \times 0,228 = 66,35 \approx$ | 66 |
| 3ro | 246 | $246 \times 0,228 = 56,08 \approx$ | 56 |
| 4to | 228 | $228 \times 0,228 = 51,98 \approx$ | 52 |
| 5to | 232 | $232 \times 0,228 = 52,89 \approx$ | 53 |

ANEXO Nº 1
INSTRUMENTOS

FACTORES PERSONALES

Escala de Autoestima de Rosenberg

Opciones de respuesta:

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. Muy en desacuerdo | 3. De acuerdo |
| 2. En desacuerdo | 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 misma. | | | | |
| 5. En general estoy satisfecho conmigo misma. | | | | |
| 6. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí. | | | | |
| 7. En general me inclino a pensar que soy una fracasada. | | | | |
| 8. Desearla 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 de Depresión de Zung

Opciones de respuesta:

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. Nunca o muy pocas veces | 3. Frecuentemente |
| 2. Algunas veces | 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 esta 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. |

FACTORES FAMILIARES

Cuestionario de APGAR Familiar

Opciones de respuesta:

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

| 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. | | | | | |
| 6. Todavía disfruto de las cosas que solía hacer. | | | | | |

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

- Buena disfunción familiar : < = 35 pts.
- Disfunción familiar leve : 36 – 51 pts.
- Disfunción familiar moderada : 52 – 67 pts.
- Disfunción familiar severa : > 68 pts.

FACTORES ESCOLARES

Subescala de Problemas de Integración Escolar

Opciones de respuesta:

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

| Ítems | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Tengo problemas con mis compañeros de clase | | | | | |
| 2. Tengo problemas con los profesores de la escuela | | | | | |
| 3. Me siento rechazada por mis compañeras de mi clase | | | | | |
| 4. Creo que mis compañeras de clase de burlan de mi | | | | | |
| 5. Creo que el colegio es aburrido | | | | | |

Criterios de Evaluación:

- Buena integración escolar : 5 – 11 pts.
- 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

| Ítems | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Alguien de la escuela me miro con mala cara | | | | | |
| 2. Alguna compañera me insulto o me pego | | | | | |
| 3. Alguna compañera me robo algo | | | | | |
| 4. Se burlaron de mi en clase o me hicieron daño | | | | | |
| 5. Alguien de la escuela ofendió a mi familia | | | | | |
| 6. Alguien de la escuela me echo 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.

ESCALA DE CONDUCTA SUICIDA

INVENTARIO DE RIESGO SUICIDA (IRIS): (Según Hernández & Lucio, 2003)

| Aspecto a evaluar | No, nunca | Rara vez | Algunas veces | Casi Siempre | Siempre |
|---|-----------|----------|---------------|--------------|---------|
| 1. Creo o siento que mi familia conoce y comprende mis intereses, ideas y sentimientos. | | | | | |
| 2. En mi vida han habido buenos momentos. | | | | | |
| 3. Creo o siento que soy un fracaso. | | | | | |
| 4. Me he sentido satisfecho (a) con mi vida. | | | | | |
| 5. Me han tomado en serio. | | | | | |
| 6. Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo. | | | | | |
| 7. Me he sentido lleno (a) de energía. | | | | | |
| 8. He deseado estar muerto (a). | | | | | |
| 9. Quisiera irme de este mundo. | | | | | |
| 10. He creído o sentido que mi existencia es horrible, odiosa. | | | | | |
| 11. Me siento triste. | | | | | |
| 12. Me siento enojado (a) y/o frustrado (a). | | | | | |
| 13. He pensado en suicidarme. | | | | | |
| 14. Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir. | | | | | |
| 15. Creo o siento que la gente a mi alrededor estaría mejor sin mí. | | | | | |
| 16. Se preocupan por mí. | | | | | |
| 17. Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida. | | | | | |
| 18. Me cuesta trabajo concentrarme. | | | | | |
| 19. Me siento confundido. | | | | | |
| 20. Me he sentido desilusionado (a) de la vida. | | | | | |
| 21. Desearía no haber nacido. | | | | | |
| 22. He pensado en desquitarme o vengarme por lo que me sucede. | | | | | |
| 23. He planeado mi propia muerte. | | | | | |
| 24. He intentado quitarme la vida. | | | | | |

CLAVE DE RESPUESTAS DE LOS ASPECTOS A EVALUAR

| Aspecto a evaluar | No, nunca | Rara vez | Algunas veces | Casi Siempre | Siempre |
|---|-----------|----------|---------------|--------------|---------|
| 1. Creo o siento que mi familia conoce y comprende mis intereses, ideas y sentimientos. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. En mi vida han habido buenos momentos. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Creo o siento que soy un fracaso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Me he sentido satisfecha con mi vida. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Me han tomado en serio. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Me he sentido llena de energía. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. He deseado estar muerta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Quisiera irme de este mundo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. He creído o sentido que mi existencia es horrible, odiosa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Me siento triste. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Me siento enojada y/o frustrada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. He pensado en suicidarme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Creo o siento que la gente a mi alrededor estaría mejor sin mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Se preocupan por mí. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Me cuesta trabajo concentrarme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Me siento confundido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Me he sentido desilusionado (a) de la vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Desearía no haber nacido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. He pensado en desquitarme o vengarme por lo que me sucede. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. He planeado mi propia muerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. He intentado quitarme la vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| NIVELES | PUNTUACIÓN |
|---------------------|------------|
| Sin riesgo | 24 - 43 |
| Bajo riesgo | 44 - 62 |
| Riesgo por Ideación | 63 - 81 |
| Riesgo por intento | 82 - 100 |
| Riesgo alto | 101 - 120 |

ANEXO N°3
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema: Factores de riesgo que influyen en la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017. 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.

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

PROCEDIMIENTO

INSTRUMENTO “FACTORES DE RIESGO DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE”

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

| Nº | EXPERTO I | EXPERTO II | EXPERTO III | EXPERTO IV | EXPERTO V | PROMEDIO |
|----|-----------|------------|-------------|------------|-----------|----------|
| 1 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4,60 |
| 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4,80 |
| 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4,00 |
| 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4,80 |
| 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4,00 |
| 6 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4,80 |
| 7 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4,80 |
| 8 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4,60 |
| 9 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4,60 |

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

Donde $DPP = V(x - y_1) + (x - y_2) + \dots + (x - y_9)$

Donde x= Valor máximo de la escala concebida para cada ítem (5).

Y = promedio de cada ítem.

En el presente trabajo la DPP es **0,80**

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

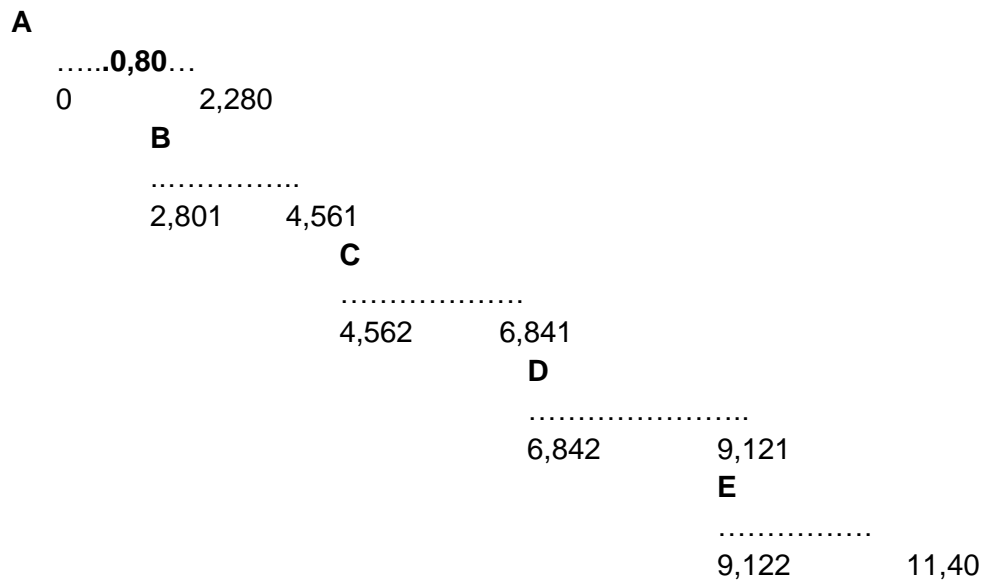
Donde $DPP = V (y_1 - 1) + (-y_2 - 1) + \dots + (y_9 - 1)$

Y= valor máximo de la escala para cada ítem

El valor de los resultados es D máx.= **11,40**

4. 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:

Ay B : Adecuación total
 C : Adecuación promedio
 D : Escasa adecuación
 E : Inadecuación



5. 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. El valor DPP fue **0,80** cayendo en las zonas A y B lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado.

6. Calculo Mediante Excel:

FACTORES DE RIESGO DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE
DISTANCIA DE PUNTOS MULTIPLES
EVALUACION POR EXPERTOS

| Nº | EXPERTO I | EXPERTO II | EXPERTO III | EXPERTO IV | EXPERTO V | PROMEDIO | MAYOR PTS. (MPE) - (P) | (A)^2 | MAYOR (MPE) - 1 | (C) ^2 |
|--------------|-----------|------------|-------------|------------|-----------|----------|------------------------|-------------|-----------------|--------------|
| 1 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4,60 | 0,40 | 0,16 | 4 | 16 |
| 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4,80 | 0,20 | 0,04 | 4 | 16 |
| 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4,00 | 0,00 | 0,00 | 3 | 9 |
| 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4,80 | 0,20 | 0,04 | 4 | 16 |
| 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4,00 | 0,00 | 0,00 | 3 | 9 |
| 6 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4,80 | 0,20 | 0,04 | 4 | 16 |
| 7 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4,80 | 0,20 | 0,04 | 4 | 16 |
| 8 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4,60 | 0,40 | 0,16 | 4 | 16 |
| 9 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4,60 | 0,40 | 0,16 | 4 | 16 |
| TOTAL | | | | | | | | 0,64 | 34,00 | 130 |
| | | | | | | | | 0,80 | | 11,40 |
| | | | | | | | | DPP | | DMAX |

FICHA DE JUCIO EXPERTO PARA INSTRUMENTO N° 01: "FACTORES DE RIESGO DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE"

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

Validación del instrumento (Marque)

| | | | |
|--|---|--------------|---|
| Aplicable | ✓ | No aplicable | |
| Aplicable atendiendo a las observaciones | | | ✓ |

Firma del Experto

DNI:

00492815

FICHA DE JUCIO EXPERTO PARA INSTRUMENTO N° 01: "FACTORES DE RIESGO DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE"

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

Validación del instrumento (Marque)

| | | | |
|--|---|--------------|--|
| Aplicable | X | No aplicable | |
| Aplicable atendiendo a las observaciones | | | |



 Javier C. Tapia Valdivia
 PSICOLOGO
 C.Ps.P. 7477

Firma del Experto

DNI:

FICHA DE JUICIO EXPERTO PARA INSTRUMENTO N° 01: "FACTORES DE RIESGO DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE"

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

Validación del instrumento (Marque)

| | | |
|--|---|--------------|
| Aplicable | X | No aplicable |
| Aplicable atendiendo a las observaciones | | |


Edwin R. Pascoña Ccoá
 MÉDICO - CIRUJANO
 C.M.P. 51291
 PSQUIATRIA
 UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Firma del Experto

DNI:

FICHA DE JUCIO EXPERTO PARA INSTRUMENTO N° 01: "FACTORES DE RIESGO DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE"

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

Validación del instrumento (Marque)

| | | | |
|--|---|--------------|--|
| Aplicable | ✓ | No aplicable | |
| Aplicable atendiendo a las observaciones | | | |


 Lic. Rosa E. Fernández Vázquez
 ENFERMERA
 CEP 31661

Firma del Experto

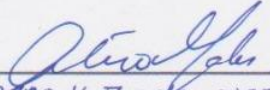
DNI: 00792534

HOJA DE PREGUNTAS DE VALIDACIÓN

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

Validación del instrumento (Marque)

| | | | |
|--|---|--------------|--|
| Aplicable | ✓ | No aplicable | |
| Aplicable atendiendo a las observaciones | | | |


 Arturo V. Flores Torres
 Contador Público.

Firma del Experto

DNI: 47494926

**INSTRUMENTO “CONDUCTA SUICIDA DEL ESTUDIANTE
ADOLESCENTE”**

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

| Nº | EXPERTO I | EXPERTO II | EXPERTO III | EXPERTO IV | EXPERTO V | PROMEDIO |
|----|-----------|------------|-------------|------------|-----------|----------|
| 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5,00 |
| 2 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4,40 |
| 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4,40 |
| 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4,80 |
| 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4,20 |
| 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4,80 |
| 7 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4,60 |
| 8 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4,40 |
| 9 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4,60 |

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\text{Donde DPP} = V(x - y_1) + (x - y_2) + \dots (x - y_9)$$

Donde x= Valor máximo de la escala concebida para cada ítem (5).

Y = promedio de cada ítem.

En el presente trabajo la DPP es **1,46**

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

$$\text{Donde DPP} = V (y_1 - 1) + (-y_2 - 1) + \dots (y_9 - 1)$$

Y= valor máximo de la escala para cada ítem

El valor de los resultados es D máx.= **12,00**

- 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:

Ay B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

A

.....**1,46**.....

0 2,400

B

.....

2,401 4,800

C

.....

4,801 7,200

D

.....

7,201 9,600

E

.....

9,601 12,00

- 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. El valor DPP fue **1,46** cayendo en las zonas A y B lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado.

- Calculo Mediante Excel:

CONDUCTA SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE
DISTANCIA DE PUNTOS MULTIPLES
EVALUACION POR EXPERTOS

| Nº | EXPERTO I | EXPERTO II | EXPERTO III | EXPERTO IV | EXPERTO V | PROMEDIO | MAYOR PTS. (MPE) - (P) | (A)^2 | MAYOR (MPE) - 1 | (C) ^2 |
|--------------|-----------|------------|-------------|------------|-----------|----------|------------------------|-------------|-----------------|--------------|
| 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5,00 | 0,00 | 0,00 | 4 | 16 |
| 2 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4,40 | 0,60 | 0,36 | 4 | 16 |
| 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4,40 | 0,60 | 0,36 | 4 | 16 |
| 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4,80 | 0,20 | 0,04 | 4 | 16 |
| 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4,20 | 0,80 | 0,64 | 4 | 16 |
| 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4,80 | 0,20 | 0,04 | 4 | 16 |
| 7 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4,60 | 0,40 | 0,16 | 4 | 16 |
| 8 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4,40 | 0,60 | 0,36 | 4 | 16 |
| 9 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4,60 | 0,40 | 0,16 | 4 | 16 |
| TOTAL | | | | | | | | 2,12 | 36,00 | 144 |
| | | | | | | | | 1,46 | | 12,00 |
| | | | | | | | | DPP | | DMAX |

FICHA DE JUCIO EXPERTO PARA INSTRUMENTO N° 02: "CONDUCTA SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE"

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

Validación del instrumento (Marque)

| | | | |
|--|---|--------------|---|
| Aplicable | ✓ | No aplicable | |
| Aplicable atendiendo a las observaciones | | | ✓ |

Firma del Experto

DNI: 00472815

FICHA DE JUCIO EXPERTO PARA INSTRUMENTO N° 02: "CONDUCTA SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE"

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

Validación del instrumento (Marque)

| | | |
|--|---|--------------|
| Aplicable | X | No aplicable |
| Aplicable atendiendo a las observaciones | | |




Firma del Experto

DNI:

FICHA DE JUICIO EXPERTO PARA INSTRUMENTO N° 02: "CONDUCTA SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE"

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

Validación del instrumento (Marque)

| | | | |
|--|---|--------------|--|
| Aplicable | X | No aplicable | |
| Aplicable atendiendo a las observaciones | | | |

.....
 Javier C. Tapia Valdivia
 PSICÓLOGO
 C.P.S.P. 7477

Firma del Experto

DNI: 00341234

FICHA DE JUICIO EXPERTO PARA INSTRUMENTO N° 02: "CONDUCTA SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE"

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

Validación del instrumento (Marque)

| | | | |
|--|---|--------------|--|
| Aplicable | ✓ | No aplicable | |
| Aplicable atendiendo a las observaciones | | | |


 Lic. Rosa E. Fernández Vasquez
 ENFERMERA
 CEP 31001

Firma del Experto

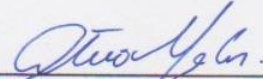
DNI: 00792534

HOJA DE PREGUNTAS DE VALIDACIÓN

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

Validación del instrumento (Marque)

| | | | |
|--|---|--------------|--|
| Aplicable | ✓ | No aplicable | |
| Aplicable atendiendo a las observaciones | | | |


 Arturo V. Román, Jornc
 CONTADOR PÚBLICO

Firma del Experto

DNI: 47484996

ANEXO N°4

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Control de calidad de datos

- **Validez**

El instrumentó fue validado por la autora a través del juicio y criterios de expertos que fueron: 2 Enfermeras, 1 psicólogo, 1psiquiatra, 1 estadístico

- **Prueba piloto**

El instrumento utilizado presente investigación fue aplicado en una muestra de 30 adolescentes, se tomó en cuenta que la población tuviese 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 del instrumento, 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 (índice de consistencia interna), mediante el método de la varianza, aplicado a la prueba piloto cuyos resultados fueron lo siguiente:

| CUESTIONARIO | | Alfa de Cronbach | Nº de elementos |
|--------------|------------------|------------------|-----------------|
| 1 | CONDUCTA SUICIDA | 0,835 | 30 |

Considerando a Rosenthal (García 2005) propone una confiabilidad mínima de 0,50 para propósitos de investigación; También Vellis (García 2005) plantea que un nivel entre 0,70 a 0,80 es respetable y alrededor de 0,90 es un nivel elevado de confiabilidad. Por lo tanto, el instrumento es aplicable en la presente investigación.

➔ Análisis de fiabilidad

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

| | | N | % |
|-------|------------------------|----|-------|
| Casos | Válidos | 30 | 100,0 |
| | Excluidos ^a | 0 | ,0 |
| | Total | 30 | 100,0 |

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

Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,835 | 24 |

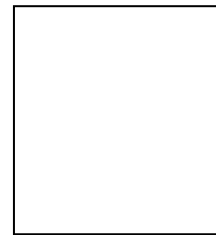
ANEXO N°5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA-2017”

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento, será usado exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió de que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confidencialidad.

FIRMA



Huella digital

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

La investigación o el estudio para la cual Ud. Ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con Ud. A guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de mejorar la situación existente y no le perjudicaran en lo absoluto.

Atte. Inés Mónica Ramos Condori

ANEXO N°6

ENCUESTA

INTRODUCCION: Encuesta para las adolescentes de 12 a 17 años de edad de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, Tacna 2017.

INSTRUCCIONES: Estimada Adolescente la presente encuesta forma parte de un trabajo de investigación, por lo cual se solicita su colaboración respondiendo a las siguientes preguntas que se le presentan a continuación marcando con una sola (X) a las respuestas que consideras se aplica mejor a tu situación. No permitas que nadie te sugiera las respuestas. Tus respuestas serán confidenciales y de carácter anónimo. Agradezco tu confianza y colaboración.

DATOS GENERALES:

1. **Edad:** _____
2. **Año y sección:** _____
3. **¿Qué tipo de familia consideras que vives actualmente? Marca con una “x” tu respuesta**
 - a. () **Familia nuclear:** Constituida por ambos padres e hijos.
 - b. () **Familia monoparental:** Formada solo con uno de los padres e hijos.
 - c. () **Familia extendida:** Constituida por ambos padres e hijos, además de otros miembros de la familia como abuelos.
 - d. () **Familia ampliada:** Constituida por ambos padres e hijos, además de parientes como tíos, sobrinos, cuñados, primos, etc.
 - e. () **Familia reconstituida:** Constituida por uno de los padres y su nueva pareja y los hijos.
 - f. () Vive sola

TEST DE AUTOESTIMA: (Según ROSENBERG)

Instrucciones: lea atentamente cada frase e indique el grado de acuerdo o desacuerdo. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxima a su situación.

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 misma. | | | | |
| 5. En general estoy satisfecho conmigo misma. | | | | |
| 6. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí. | | | | |
| 7. En general me inclino a pensar que soy una fracasada. | | | | |
| 8. Desearla valorarme más a mí mismo. | | | | |
| 9. A veces me siento verdaderamente inútil. | | | | |
| 10. A menudo creo que no soy una buena persona. | | | | |

TEST DE DEPRESION: (Según ZUNG)

Instrucciones: Lea atentamente cada frase y señale con una "X" la respuesta que más se aproxima a su situación.

Opciones de respuesta:

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1. Nunca | 3. Frecuentemente |
| 2. Algunas veces | 4. 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 esta 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. | | | | |

CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Lea atentamente cada frase y señale con una "X" la respuesta que más se aproxima a su situación.

Opciones de respuesta:

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

| 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. | | | | | |

SUBESCALA DE PROBLEMAS DE INTEGRACION ESCOLAR

Instrucciones: Lea atentamente cada frase y señale con una "X" la respuesta que más se aproxima a su situación.

Opciones de respuesta:

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

| Ítems | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Tengo problemas con mis compañeros de clase | | | | | |
| 2. Tengo problemas con los profesores de la escuela | | | | | |
| 3. Me siento rechazada por mis compañeras de mi clase | | | | | |
| 4. Creo que mis compañeras de clase de burlan de mi | | | | | |
| 5. Creo que el colegio es aburrido | | | | | |

SUBESCALA DE VICTIMIZACION ESCOLAR

Instrucciones: Lea atentamente cada frase y señale con una "X" la respuesta que más se aproxima a su situación.

Opciones de respuesta:

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

| Ítems | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Alguien de la escuela me miro con mala cara | | | | | |
| 2. Alguna compañera me insulto o me pego | | | | | |
| 3. Alguna compañera me robo 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 echo la culpa de algo que yo no había hecho. | | | | | |

INVENTARIO DE RIESGO SUICIDA (IRIS): (Según Hernández & Lucio, 2003)

Instrucciones: Lea atentamente cada frase y señale con una “X” la respuesta que más se aproxima a su situación en los últimos doce meses.


Recuerda que, tu sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrate de contestar todas.

| Aspecto a evaluar | No, nunca | Rara vez | Algunas veces | Casi Siempre | Siempre |
|---|------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|
| 1. Creo o siento que mi familia conoce y comprende mis intereses, ideas y sentimientos. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. En mi vida han habido buenos momentos. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Creo o siento que soy un fracaso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Me he sentido satisfecho (a) con mi vida. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Me han tomado en serio. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Me he sentido lleno (a) de energía. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. He deseado estar muerto (a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Quisiera irme de este mundo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. He creído o sentido que mi existencia es horrible, odiosa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Me siento triste. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Me siento enojado (a) y/o frustrado (a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. He pensado en suicidarme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Creo o siento que la gente a mi alrededor estaría mejor sin mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Se preocupan por mí. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Me cuesta trabajo concentrarme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Me siento confundido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Me he sentido desilusionado (a) de la vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Desearía no haber nacido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. He pensado en desquitarme o vengarme por lo que me sucede. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. He planeado mi propia muerte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. He intentado quitarme la vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO N°7

DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS

 UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE BOHRMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD 28 JUNI 2017

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

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 7528-2017-FACS-UNJBG
Tacna, 27 de junio del 2017

VISTO:

El Oficio N° 342-2017-ESEN/FACS, remitido el 27.06.17, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicitando designación de Asesor para el proyecto de tesis, y autorización para ejecución presentado por la Est. Inés Mónica Ramos Condori, y

CONSIDERANDO:

Que, la Est. Inés Mónica Ramos Condori, de la Escuela Profesional de Enfermería, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Oficio N° 342-2017-ESEN/FACS, remitido el 27.06.17, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicita se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: **FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA – 2017**, presentado la Est. Inés Mónica Ramos Condori, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Dra. Eloina Tejada Monroy;

Que, teniendo opinión favorable de su Asesora la Dra. Eloina Tejada Monroy, se procede a autorizar la ejecución del Proyecto de Tesis;


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


SE RESUELVE:

ART. 1°: Oficializar la Designación como Asesora a la Dra. Eloina Tejada Monroy, para el Proyecto de Tesis titulado: **FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA – 2017**, presentado la Est. Inés Mónica Ramos Condori, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ART. 2°: Autorizar la ejecución de Proyecto de Tesis presentado por la Est. Inés Mónica Ramos Condori, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Dra. Mariana Paila Salas de Cornejo
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
TACNA


M^gra. Yermilé Del Carmen Berrios Espejo
SECRETARIA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
TACNA

DISTR. ESEN., INTERESADO., arch.



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

CARGO

OFICIO N°-536-2017-ESEN/FACS
Tacna, 2017 Agosto 17

Señor:
Prof. Pablo Mazuelos Chávez
DIRECTOR DE I.E. E. Francisco Antonio de Zela
Presente .-

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO

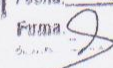
De mi consideración:

Por el presente me dirijo a Ud., con la finalidad de saludarlo y, a la vez hacer de su conocimiento que la Bach. Inés Ramos Condori, viene ejecutando su proyecto de tesis titulado **FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA – 2017**, según R.F. N° 7528-2017-FACS-UNJBG, por lo que solicitamos su **AUTORIZACIÓN**, para que la mencionada Tesista, pueda aplicar el instrumento mediante Encuestas a los estudiantes de secundaria de su prestigiosa Institución que dirige, por lo que agradeceré a Ud. se sirva brindarle las facilidades que requiera el caso, para su respectiva ejecución.

Agradeciéndole por anticipado la atención que merezca el presente, reitero a Ud. mis saludos y estima personal.

Atentamente,


DIRECCION: Victoria Nora Vela de Córdova
DIRECTORA E.P. ENFERMERIA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA EMBLEMA
"FRANCISCO ANTONIO DE ZELA"
RECIBIDO
N° Exp. _____
Fecha: 6/9/17
Firma:  Hora: 11:30 am

ANEXO N°8

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA - 2017

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPOTESIS | OPERACIONALIZACION DE VARIABLES | | | | | | | METODOLOGÍA |
|--|--|---|--|---|--------------------|--|---|---|-------------------|--|
| | | | VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | INDICADORES | ITEMS | ESCALA VALORATIVA | NIVEL DE MEDICIÓN | |
| ¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna - 2017? | OBJETIVO GENERAL: Determinar los factores de riesgo que influyen en la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna 2017. OBJETIVOS ESPECIFICOS: - Identificar los factores de riesgo (demográfico, personales, familiares y escolares) del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna 2017. - Identificar la conducta suicida del estudiante | HA: Existe influencia significativa de los factores de riesgos demográficos, personales, familiares y escolares en la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, Tacna 2017 Ho: No existe influencia significativa de los factores de riesgos demográficos, personales, familiares y escolares en la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, Tacna 2017 | Variable independiente: Factores de riesgo | Son todas aquellas características, situaciones o exposiciones en la que una persona aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad, daño o lesión. | Demográfico | Edad: • 12-14 años • 15-17 años | Ítem 3 | Frecuencia (N°) y porcentaje (%) | Intervalo | Tipo cuantitativo, diseño descriptivo, de corte transversal y correlacional. La población es 1300 estudiantes del Nivel Secundario de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela, la muestra está conformada por 297 estudiantes, el muestreo es probabilístico estratificado. La recolección de datos mediante la técnica de la encuesta en su modalidad de un cuestionario. Factor demográfico: edad Factores personales; Escala de Autoestima de Rosenberg y Test de |
| | | | | | Personales | Nivel de autoestima | Ítems 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 | Nivel bajo (10-20 pts.) Nivel medio (21-30 pts.) Nivel alto (31-40 pts.) | Ordinal | |
| | | | | | | Sintomatología depresiva | Ítems 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20 | No depresión (< =35 pts.) Depresión leve (36-51pts.) Depresión moderada (52-67 pts.) Depresión grave (> 68 pts.) | | |
| Familiares | Funcionamiento familiar | Ítems 1,2,3,4,5 | Buena función familiar (16-20 pts.) Disfunción familiar leve (11-15 pts.) Disfunción familiar moderada (06-10 pts.) Disfunción familiar severa (0-5 pts.) | Ordinal | | | | | | |
| | | | Estructura familiar | | Ítems 1,2,3,4,5 | Familia nuclear Familia monoparental Familia extendida Familia ampliada Familia reconstituida Vive sola | Nominal | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--------------------|--|---|--|--|--|--|
| | <p>adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna 2017.</p> <p>- Establecer la influencia de los factores de riesgo (demográfico, personales, familiares y escolares) en la conducta suicida del estudiante adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio De Zela Tacna 2017.</p> | | | | Factores Escolares | | Integración escolar | Ítems 1,2,3,4,5 | <p>Nunca Buena integración (5 - 11 pts.)</p> <p>Casi nunca / Algunas veces Regular integración (12-18 pts.)</p> <p>Casi siempre / Siempre Mala integración (19 - 25 pts.).</p> | Ordinal | <p>Depresión de Zung-Conde. Factor familiar; Cuestionario de Funcionamiento Familiar y estructura familiar. Factores escolares: subescalas de integración escolar y victimización escolar. Conducta Suicida: Inventario de riesgo suicida (IRIS) según Hernández y Lucio 2003.</p> <p>El procesamiento de datos estadística descriptiva e inferencial e informe final de acuerdo a protocolo de la E.P. de Enfermería.</p> |
| | | | | | | | Victimización escolar | Ítems 1,2,3,4,5,6 | <p>Nunca Baja victimización (6 - 13 pts.)</p> <p>Casi nunca / Algunas veces Regular victimización (14 - 21 pts.)</p> <p>Casi siempre / Siempre Alta victimización (22 - 30 pts.)</p> | Ordinal | |
| | | | | | | | Variable dependiente: Conducta suicida | Conjunto de acciones y comportamientos que va desde pensamientos suicidas, el intento de suicidio y el suicidio consumado. | Conducta suicida | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fracaso ▪ Deseos de muerte ▪ Planes para morir ▪ Incomprensión ▪ Negatividad hacia los demás | |

TABLA N° 10

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTUAL DE LOS FACTORES DE RIESGO PERSONALES DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA - 2017

| Autoestima | Muy en Desacuerdo | | En Desacuerdo | | De acuerdo | | Muy de acuerdo | | TOTAL | |
|------------|-------------------|-------|---------------|-------|------------|-------|----------------|-------|-------|--------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| A1 | 0 | 0,0% | 20 | 6,7% | 160 | 53,9% | 117 | 39,4% | 297 | 100,0% |
| A2 | 4 | 1,3% | 24 | 8,1% | 154 | 51,9% | 115 | 38,7% | 297 | 100,0% |
| A3 | 2 | 0,7% | 33 | 11,1% | 148 | 49,8% | 114 | 38,4% | 297 | 100,0% |
| A4 | 8 | 2,7% | 26 | 8,8% | 148 | 49,8% | 115 | 38,7% | 297 | 100,0% |
| A5 | 5 | 1,7% | 48 | 16,2% | 140 | 47,1% | 104 | 35,0% | 297 | 100,0% |
| A6 | 18 | 6,1% | 63 | 21,2% | 117 | 39,4% | 99 | 33,3% | 297 | 100,0% |
| A7 | 3 | 1,0% | 36 | 12,1% | 108 | 36,4% | 150 | 50,5% | 297 | 100,0% |
| A8 | 61 | 20,5% | 164 | 55,2% | 44 | 14,8% | 28 | 9,4% | 297 | 100,0% |
| A9 | 19 | 6,4% | 66 | 22,2% | 86 | 29,0% | 126 | 42,4% | 297 | 100,0% |
| A10 | 24 | 8,1% | 65 | 21,9% | 99 | 33,3% | 109 | 36,7% | 297 | 100,0% |

| Sintomatología Depresiva | Nunca | | Algunas Veces | | Frecuentemente | | Siempre | | TOTAL | |
|--------------------------|-------|-------|---------------|-------|----------------|-------|---------|-------|-------|--------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| D1 | 41 | 13,8% | 232 | 78,1% | 18 | 6,1% | 6 | 2,0% | 297 | 100,0% |
| D2 | 56 | 18,9% | 88 | 29,6% | 124 | 41,8% | 29 | 9,8% | 297 | 100,0% |
| D3 | 60 | 20,2% | 192 | 64,6% | 33 | 11,1% | 12 | 4,0% | 297 | 100,0% |
| D4 | 95 | 32,0% | 118 | 39,7% | 54 | 18,2% | 30 | 10,1% | 297 | 100,0% |
| D5 | 30 | 10,1% | 74 | 24,9% | 147 | 49,5% | 46 | 15,5% | 297 | 100,0% |
| D6 | 93 | 31,3% | 53 | 17,8% | 101 | 34,0% | 50 | 16,8% | 297 | 100,0% |
| D7 | 108 | 36,4% | 158 | 53,2% | 23 | 7,7% | 8 | 2,7% | 297 | 100,0% |
| D8 | 164 | 55,2% | 109 | 36,7% | 19 | 6,4% | 5 | 1,7% | 297 | 100,0% |
| D9 | 122 | 41,1% | 145 | 48,8% | 25 | 8,4% | 5 | 1,7% | 297 | 100,0% |
| D10 | 152 | 51,2% | 100 | 33,7% | 31 | 10,4% | 14 | 4,7% | 297 | 100,0% |
| D11 | 26 | 8,8% | 59 | 19,9% | 168 | 56,6% | 44 | 14,8% | 297 | 100,0% |
| D12 | 63 | 21,2% | 101 | 34,0% | 118 | 39,7% | 15 | 5,1% | 297 | 100,0% |
| D13 | 89 | 30,0% | 140 | 47,1% | 46 | 15,5% | 22 | 7,4% | 297 | 100,0% |
| D14 | 183 | 61,6% | 61 | 20,5% | 43 | 14,5% | 10 | 3,4% | 297 | 100,0% |
| D15 | 90 | 30,3% | 162 | 54,5% | 33 | 11,1% | 12 | 4,0% | 297 | 100,0% |

| | | | | | | | | | | |
|-----|-----|-------|-----|-------|-----|-------|----|-------|-----|--------|
| D16 | 37 | 12,5% | 75 | 25,3% | 157 | 52,9% | 28 | 9,4% | 297 | 100,0% |
| D17 | 72 | 24,2% | 92 | 31,0% | 96 | 32,3% | 37 | 12,5% | 297 | 100,0% |
| D18 | 88 | 29,6% | 122 | 41,1% | 73 | 24,6% | 14 | 4,7% | 297 | 100,0% |
| D19 | 162 | 54,5% | 94 | 31,6% | 23 | 7,7% | 18 | 6,1% | 297 | 100,0% |
| D20 | 105 | 35,4% | 88 | 29,6% | 93 | 31,3% | 11 | 3,7% | 297 | 100,0% |

Fuente: Encuesta aplicada al adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna, 2017

Elaborado por: Bach. Ramos I.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 10 Distribución de frecuencias y porcentual de los factores de riesgo personales del estudiante adolescente respecto al autoestima se observa que 55,2% está en desacuerdo con el ítem 8 “desearía valorarme más a mí mismo”, seguido del 50,5% que están muy de acuerdo respecto al ítem 7 “en general me inclino a pensar que y una fracasada”. Referente a la sintomatología depresiva el 78,1% refiere que algunas veces se sienten demasiadas melancólicas y tristes (D 1) y 64,6% sienten deseos de llorar (D 3).

TABLA N° 11

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTUAL DE LOS FACTORES DE RIESGOS FAMILIARES DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA - 2017

| Funcionamiento Familiar | Nunca | | Casi Nunca | | Algunas Veces | | Casi Siempre | | Siempre | | Total | |
|-------------------------|-------|------|------------|-------|---------------|-------|--------------|-------|---------|-------|-------|--------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| FF1 | 13 | 4,4% | 25 | 8,4% | 67 | 22,6% | 87 | 29,3% | 105 | 35,4% | 297 | 100,0% |
| FF2 | 17 | 5,7% | 34 | 11,4% | 66 | 22,2% | 87 | 29,3% | 93 | 31,3% | 297 | 100,0% |
| FF3 | 13 | 4,4% | 23 | 7,7% | 60 | 20,2% | 57 | 19,2% | 144 | 48,5% | 297 | 100,0% |
| FF4 | 22 | 7,4% | 29 | 9,8% | 60 | 20,2% | 78 | 26,3% | 108 | 36,4% | 297 | 100,0% |
| FF5 | 13 | 4,4% | 24 | 8,1% | 78 | 26,3% | 78 | 26,3% | 104 | 35,0% | 297 | 100,0% |

Fuente: Encuesta aplicada al adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna, 2017

Elaborado por: Bach. Ramos I.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 11 Distribución de frecuencias y porcentual de los factores de riesgo familiares del estudiante adolescente respecto al funcionamiento familiar se observa que 48,5% siempre se satisfacen como su familia les expresan afecto (FF3), seguido del 36,4% que refieren que siempre se satisfacen como comparten en familia el tiempo para estar juntos (FF4).

TABLA N° 12

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTUAL DE LOS FACTORES DE RIESGOS ESCOLARES DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO ANTONIO DE ZELA TACNA - 2017

| Integración Escolar | Nunca | | Casi Nunca | | Algunas Veces | | Casi Siempre | | Siempre | | Total | |
|---------------------|-------|-------|------------|-------|---------------|-------|--------------|------|---------|------|-------|--------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| IE1 | 115 | 38,7% | 99 | 33,3% | 75 | 25,3% | 7 | 2,4% | 1 | 0,3% | 297 | 100,0% |
| IE2 | 199 | 67,0% | 65 | 21,9% | 28 | 9,4% | 2 | 0,7% | 3 | 1,0% | 297 | 100,0% |
| IE3 | 169 | 56,9% | 61 | 20,5% | 54 | 18,2% | 8 | 2,7% | 5 | 1,7% | 297 | 100,0% |
| IE4 | 177 | 59,6% | 67 | 22,6% | 43 | 14,5% | 8 | 2,7% | 2 | 0,7% | 297 | 100,0% |
| IE5 | 119 | 40,1% | 69 | 23,2% | 88 | 29,6% | 10 | 3,4% | 11 | 3,7% | 297 | 100,0% |

| Victimización escolar | Nunca | | Pocas Veces | | Algunas Veces | | Muchas Veces | | Siempre | | Total | |
|-----------------------|-------|-------|-------------|-------|---------------|-------|--------------|------|---------|------|-------|--------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| VE1 | 108 | 36,4% | 115 | 38,7% | 57 | 19,2% | 8 | 2,7% | 9 | 3,0% | 297 | 100,0% |
| VE2 | 222 | 74,7% | 54 | 18,2% | 19 | 6,4% | 1 | 0,3% | 1 | 0,3% | 297 | 100,0% |
| VE3 | 189 | 63,6% | 63 | 21,2% | 31 | 10,4% | 7 | 2,4% | 7 | 2,4% | 297 | 100,0% |
| VE4 | 227 | 76,4% | 41 | 13,8% | 25 | 8,4% | 4 | 1,3% | 0 | 0,0% | 297 | 100,0% |
| VE5 | 259 | 87,2% | 27 | 9,1% | 6 | 2,0% | 5 | 1,7% | 0 | 0,0% | 297 | 100,0% |
| VE6 | 187 | 63,0% | 76 | 25,6% | 27 | 9,1% | 7 | 2,4% | 0 | 0,0% | 297 | 100,0% |

Fuente: Encuesta aplicada al adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna, 2017

Elaborado por: Bach. Ramos I.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 12 Distribución de frecuencias y porcentual de los factores de riesgo escolares del estudiante adolescente respecto a la integración escolar se observa que 67,0% nunca tienen problemas con los profesores de la escuela (IE2), respecto a la victimización escolar se evidencia que 87,2% nunca alguien de la escuela ofendió a su familia (VE5).

TABLA N° 13

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTUAL DE LA CONDUCTA
SUICIDA DEL ESTUDIANTE ADOLESCENTE DE LA I.E.E. FRANCISCO
ANTONIO DE ZELA TACNA – 2017**

| | Nunca | | Rara vez | | Algunas Veces | | Casi siempre | | Siempre | | Total | |
|-----|-------|-------|----------|-------|---------------|-------|--------------|-------|---------|-------|-------|--------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| R1 | 20 | 6,7% | 49 | 16,5% | 77 | 25,9% | 84 | 28,3% | 67 | 22,6% | 297 | 100,0% |
| R2 | 1 | 0,3% | 17 | 5,7% | 73 | 24,6% | 116 | 39,1% | 90 | 30,3% | 297 | 100,0% |
| R3 | 130 | 43,8% | 82 | 27,6% | 65 | 21,9% | 16 | 5,4% | 4 | 1,3% | 297 | 100,0% |
| R4 | 6 | 2,0% | 28 | 9,4% | 63 | 21,2% | 93 | 31,3% | 107 | 36,0% | 297 | 100,0% |
| R5 | 7 | 2,4% | 24 | 8,1% | 89 | 30,0% | 98 | 33,0% | 79 | 26,6% | 297 | 100,0% |
| R6 | 151 | 50,8% | 66 | 22,2% | 53 | 17,8% | 17 | 5,7% | 10 | 3,4% | 297 | 100,0% |
| R7 | 4 | 1,3% | 39 | 13,1% | 66 | 22,2% | 102 | 34,3% | 86 | 29,0% | 297 | 100,0% |
| R8 | 127 | 42,8% | 82 | 27,6% | 62 | 20,9% | 18 | 6,1% | 8 | 2,7% | 297 | 100,0% |
| R9 | 158 | 53,2% | 72 | 24,2% | 42 | 14,1% | 17 | 5,7% | 8 | 2,7% | 297 | 100,0% |
| R10 | 172 | 57,9% | 57 | 19,2% | 45 | 15,2% | 14 | 4,7% | 9 | 3,0% | 297 | 100,0% |
| R11 | 38 | 12,8% | 111 | 37,4% | 115 | 38,7% | 23 | 7,7% | 10 | 3,4% | 297 | 100,0% |
| R12 | 44 | 14,8% | 119 | 40,1% | 109 | 36,7% | 20 | 6,7% | 5 | 1,7% | 297 | 100,0% |
| R13 | 191 | 64,3% | 55 | 18,5% | 38 | 12,8% | 9 | 3,0% | 4 | 1,3% | 297 | 100,0% |
| R14 | 192 | 64,6% | 47 | 15,8% | 29 | 9,8% | 13 | 4,4% | 16 | 5,4% | 297 | 100,0% |
| R15 | 153 | 51,5% | 74 | 24,9% | 45 | 15,2% | 15 | 5,1% | 10 | 3,4% | 297 | 100,0% |
| R16 | 138 | 46,5% | 80 | 26,9% | 45 | 15,2% | 27 | 9,1% | 7 | 2,4% | 297 | 100,0% |
| R17 | 166 | 55,9% | 65 | 21,9% | 36 | 12,1% | 18 | 6,1% | 12 | 4,0% | 297 | 100,0% |
| R18 | 40 | 13,5% | 111 | 37,4% | 96 | 32,3% | 41 | 13,8% | 9 | 3,0% | 297 | 100,0% |
| R19 | 41 | 13,8% | 120 | 40,4% | 107 | 36,0% | 25 | 8,4% | 4 | 1,3% | 297 | 100,0% |
| R20 | 93 | 31,3% | 93 | 31,3% | 78 | 26,3% | 24 | 8,1% | 9 | 3,0% | 297 | 100,0% |
| R21 | 170 | 57,2% | 70 | 23,6% | 37 | 12,5% | 11 | 3,7% | 9 | 3,0% | 297 | 100,0% |
| R22 | 177 | 59,6% | 55 | 18,5% | 37 | 12,5% | 19 | 6,4% | 9 | 3,0% | 297 | 100,0% |
| R23 | 217 | 73,1% | 44 | 14,8% | 23 | 7,7% | 8 | 2,7% | 5 | 1,7% | 297 | 100,0% |
| R24 | 230 | 77,4% | 37 | 12,5% | 20 | 6,7% | 5 | 1,7% | 5 | 1,7% | 297 | 100,0% |

Fuente: Encuesta aplicada al adolescente de la I.E.E. Francisco Antonio de Zela Tacna, 2017

Elaborado por: Bach. Ramos I.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 13 Distribución de frecuencias y porcentual de la conducta suicida del estudiante adolescente el 77,4% refieren que nunca han intentado quitarse la vida (R24), 73,1% afirman que nunca han planeado su propia muerte (R23).