

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**COMPORTAMIENTOS DE RIESGO SUICIDA EN  
ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LAS INSTITUCIONES  
EDUCATIVAS “COMERCIAL 45” PUNO Y GRAN UNIDAD  
ESCOLAR “JOSÉ ANTONIO ENCINAS” JULIACA, 2016**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**JACK SHAMDEL HUANCA MORALES**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**PUNO – PERÚ**

**2017**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS "COMERCIAL 45" PUNO Y GRAN UNIDAD ESCOLAR "JOSÉ ANTONIO ENCINAS" JULIACA, 2016



TESIS PRESENTADA POR:

JACK SHAMDEL HUANCA MORALES

Fecha de sustentación; 01 – febrero - 2017

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR EL JURADO FIRMANTE CONFORMADO POR:

PRESIDENTE DE JURADO :..... [Signature] .....
Dra. Sc. HAYDEE CELIA PINEDA CHAIÑA
PRIMER JURADO :..... [Signature] .....
Dr. Sc. JUAN MOISES SUCAPUCA ARAUJO
SEGUNDO JURADO :..... [Signature] .....
Lic. DAVID LUPACA ZEGARRA
TERCER JURADO :..... [Signature] .....
Mg. NURY GLORIA RAMOS CALISAYA

PUNO-PERÚ

2017

Línea : Salud del recién nacido, del niño, escolar y adolescente

Área : Del niño

Tema ; Riego suida en adolescentes

## DEDICATORIA

### ***A DIOS:***

*Con amor y gratitud por darme la fortaleza para superar las adversidades y por la oportunidad de vivir y de estudiar.*

### ***A MIS PADRES ERASMO Y NATY:***

*Por apoyarme en todo momento, por sus consejos, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por su inmenso amor y por enseñarme el gran valor de la perseverancia y la paciencia.*

### ***A MIS DOCENTES:***

*Por sus enseñanzas, gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales*

Jack Shamdel

## AGRADECIMIENTO

*A la, Universidad Nacional del Altiplano – Puno por darme la oportunidad de formarme profesionalmente.*

*A la Facultad de Enfermería, por haberme brindado la oportunidad de formarme como profesional.*

*A mis queridos profesores de la Facultad de Enfermería, por brindarme una educación de calidad a nivel personal y profesional.*

*A los miembros del jurado: Dra. Sc. Haydee Celia Pineda Chaiña, Dr. Sc. Juan Moisés Sucapuca Araujo, Lic. David Lupaca Zegarra, por su buena disponibilidad y sugerencias para la culminación de la presente investigación.*

*A mi directora Mg. Nury Gloria Ramos Calisaya, por brindarme sus conocimientos y experiencias para la realización de esta investigación.*

*A los adolescentes escolares que participaron de este estudio de investigación*

## ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO .....	4
ÍNDICE DE TABLAS.....	6
ACRÓNIMOS .....	7
RESUMEN .....	8
ABSTRACT .....	9
CAPÍTULO I.....	10
INTRODUCCIÓN .....	10
1.1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN. ....	11
1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN. ....	14
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	18
1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO .....	18
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	19
1.6. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN.....	19
CAPÍTULO II .....	20
REVISIÓN DE LITERATURA.....	20
2.1. MARCO TEÓRICO .....	20
2.2. MARCO CONCEPTUAL .....	37
2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN .....	41
CAPÍTULO III.....	42
MATERIALES Y MÉTODOS .....	42
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	42
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	43
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	47
3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	48
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	50
CAPÍTULO IV .....	51
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	51
4.1. RESULTADOS .....	51
4.2. DISCUSIÓN. ....	55
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	63
ANEXOS.....	67

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>TABLA 1.</b> Caracterización del comportamiento de riesgo suicida en adolescentes de la I.E.S. Comercial 45-Puno y G.U.E. Jose Antonio Encinas-Juliaca 2016.....	51
<b>TABLA 2</b> Categorización del comportamiento de riesgo suicida por género en adolescentes de la I.E.S. Comercial 45 Puno y G.U.E. José Antonio Encinas Juliaca 2016.....	52
<b>TABLA 3</b> Categorización del comportamiento de riesgo suicida por edad en adolescentes de la I.E.S. Comercial 45 puno y G.U.E. José Antonio Encinas Juliaca 201.....	53
<b>TABLA 4</b> Dimensiones del comportamiento de riesgo suicida en adolescentes de la I.E.S. Comercial 45-Puno y G.U.E. José Antonio Encinas Juliaca- 2016.....	54

## ACRÓNIMOS

<b>G.U.E</b>	GRAN UNIDAD ESCOLAR
<b>I.E.S.</b>	INSTITUCION EDUCATIVA SECUNDARIA
<b>ISO</b>	INVENTARIO DE IDEACIÓN SUICIDA
<b>MINSA</b>	MISTERIO DE SALUD
<b>OMS</b>	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA ALUD

## RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de: Identificar los comportamientos de riesgo suicida en adolescentes de las instituciones educativas “Comercial 45” Puno y Gran Unidad Escolar “José Antonio Encinas” Juliaca, 2016. Este estudio fue de tipo descriptivo comparativo con diseño transversal simple; la muestra estuvo conformada por 268 estudiantes del 4o año de secundaria, de los cuales 74 corresponde a la Institución Educativa Secundaria (I.E.S.). Comercial 45 Puno y 194 de la I.E.S. Gran Unidad Escolar José Antonio Encinas Juliaca; el instrumento validado fue Escala ISO 30 (Inventario de Orientaciones Suicidas, diseñado por King y Kowalchuk en 1994). La prueba estadística que se utilizó fue el análisis porcentual; obteniendo como resultados: El 44.6% de adolescentes de la I.E.S. Comercial 45 y 43.3% en la I.E.S. José Antonio Encinas se encuentran con bajo riesgo suicida; el 37.8% corresponde a la I.E.S. Comercial 45 y 31.4% a la I.E.S. José Antonio Encinas ambos con alto riesgo suicida. De acuerdo al género en la I.E.S. Comercial 45 el 46.2% es femenino y el 40.9% masculino y el alto riesgo está representado por 38.5% (femenino) y 36.4% (masculino); en la I.E.S. José Antonio Encinas, el 46.7% del género femenino presenta bajo riesgo suicida y el género masculino 37.8%, el alto riesgo suicida, afecta al 33.8% del género masculino y 30% del femenino. En relación a la edad, en la I.E.S. Comercial 45 el 38.7% del grupo de 16 años y 32.4% de 15 años de la I.E.S. José Antonio Encinas muestran alto riesgo suicida. Según dimensiones psicológicas, el 47.3%. De la I.E.S. Comercial 45 muestra incapacidad para afrontar emociones, 41.9% manifiesta ideación suicida, 36.5% presenta desesperanza, 35.1% experimenta soledad y abatimiento, el 33.8% se encuentra con baja autoestima y en la I.E.S. José Antonio Encinas el 47.4% tiene ideaciones suicida, 43.8% presenta incapacidad para afrontar emociones y una baja autoestima, 42.8% manifiesta desesperanza y el 41% pasa por momentos de soledad y abatimiento. Se concluye donde los comportamientos de riesgo suicida en adolescentes escolarizados de ambas instituciones educativas secundarias en estudio, presentan bajo riesgo suicida; así mismo en relación al género predomina el femenino y por edad en el grupo de 15 y 16 años de edad. De acuerdo a las variables psicológicas en la I.E.S. de Puno, predomina la incapacidad de afrontar emociones, seguido de la ideación suicida; en la I.E.S. de Juliaca, predomina la ideación suicida, seguido de la incapacidad de afrontar emociones.

**PALABRAS CLAVE:** riesgo suicida, comportamiento suicida en adolescentes.



## ABSTRACT

The present study was carried out with the objective of identifying suicidal risk behaviors in adolescents of the "Commercial 45" Puno and Great School Unit "José Antonio Encinas" Juliaca, 2016. This study was of comparative descriptive type with transversal design simple; the sample consisted of 268 students from the 4th year of secondary school, of which 74 corresponded to the Secondary Educational Institution (I.E.S.). Commercial 45 Puno and 194 of the I.E.S. Great School Unit José Antonio Encinas Juliaca; the validated instrument was Scale ISO 30 (Suicidal Guidance Inventory, designed by King and Kowalchuk in 1994). The statistical test used was the percentage analysis; Obtaining as results: 44.6% of adolescents of the I.E.S. Commercial 45 and 43.3% in the I.E.S. José Antonio Encinas are found with low suicidal watering; 37.8% corresponds to the I.E.S. Commercial 45 and 31.4% to the I.E.S. José Antonio Encinas both with high suicidal risk. According to gender in the I.E.S. Commercial 45 46.2% is female and 40.9% male and the high risk is represented by 38.5% (female) and 36.4% (male); In the I.E.S. José Antonio Encinas, 46.7% of the female gender has a low suicide risk and the male gender 37.8%, the high suicide risk, affects 33.8% of the male gender and 30% of the female gender. In relation to age, in the I.E.S. Commercial 45 38.7% of the group of 16 years and 32.4% of 15 years of the I.E.S. José Antonio Encinas show high suicidal risk. According to psychological dimensions, 47.3%. From the I.E.S. Commercial 45 shows inability to confront emotions, 41.9% show suicidal ideation, 36.5% present despair, 35.1% experience solitude and depression, 33.8% are found with low self-esteem and in the I.E.S. José Antonio Encinas, 47.4% have suicidal ideation, 43.8% have an inability to face their emotions and a low self-esteem, 42.8% express their hopelessness and 41% suffer from moments of loneliness and despondency. We conclude that suicidal risk behaviors among adolescents enrolled at both secondary educational institutions under study have a low suicidal risk; Likewise in relation to the gender predominates the feminine and by age in the group of 15 and 16 years of age. According to the psychological variables in the I.E.S. Of Puno, the inability to confront emotions predominates, followed by the suicidal ideation; In the I.E.S. Of Juliaca, suicidal ideation predominates, followed by the inability to confront emotions.

**KEY WORDS:** suicidal risk, suicidal behavior in adolescents.

## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema social que actualmente cobra un número importante de vidas cada año, a tal punto que hoy en día es considerado un problema de salud pública. La adolescencia es un periodo de grandes cambios físicos, psicológicos y de profunda transformación de las interacciones y relaciones sociales. Aunque algunos adolescentes pasan a la edad adulta gozando de buena salud, en muchos casos no ocurre así. <sup>(1)</sup>

La Organización Mundial de la Salud estima que por lo menos 1100 personas se suicidan y ocurren de 10 - 15 intentos por cada suicidio, siendo el grupo atareo más afectado el de 15 - 24 años. El incremento de suicidios en niños y adolescentes es “preocupante y tétrico”, y lo es más debido a que la OMS ubica esta muerte de causa violenta como un problema de Salud Pública, pues provoca cerca de un millón de víctimas al año, el cual representa el 1.4% de la carga mundial de mortalidad, llegar al acto suicida, una persona pasa por un proceso que debería ser identificado por los profesionales de la Salud. <sup>(2)(3)</sup>

El índice de suicidio ha aumentado en un 60% a nivel mundial, en los últimos 50 años; a sí mismo la frecuencia de intentos de suicidio que logran su cometido se ha incrementado 20 veces en este mismo lapso. <sup>(4)</sup>

El objetivo del estudio fue identificar los comportamientos de riesgo suicida en adolescentes escolarizados de las instituciones educativas “Comercial 45” Puno Y Gran Unidad Escolar “José Antonio Encinas” Juliaca, 2016.

Este trabajo de investigación es de importancia, porque permitió obtener resultados y datos actualizados del nivel de conocimiento sobre las conductas de riesgo suicida, que manifiestan los adolescentes en estudio

Los resultados constituyen información importante para las autoridades de Salud, profesionales de Enfermería y estudiantes de Enfermería que tienen bajo su dirección los programas del Adolescente.

El personal de salud debe estar capacitado para identificar manifestaciones de riesgo o ideación suicida y brindar educación e información, principalmente en adolescentes para prevenir este comportamiento.

### **1.1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.**

La adolescencia es un período de la vida de cada individuo que ha sido estudiada y definida históricamente, por lo cual existen diferentes enfoques sobre el mismo, que van desde una concepción de una etapa de constante crisis y pérdida de valores, hasta visiones más integrales que la conceptualizan como un período de crecimiento y desarrollo que le permite al ser humano elaborar su propia identidad. La adolescencia por las características que presenta, es una de las poblaciones más vulnerables a la ideación suicida, es decir; presentan una serie de factores de riesgo que hace que adopten con facilidad conductas autodestructivas.<sup>(1)</sup>

Siendo considerada esta etapa dolorosa, en la que el adolescente por los cambios producidos en él o ella, presenta ansiedad y depresión, esto hace que exista en algunos adolescentes la tentativa del suicidio. La manipulación de la idea de muerte suele ser frecuente; sin embargo, hay que distinguir entre el adolescente que piensa en el suicidio, inclusive como una idea romántica.<sup>(2)</sup>

La OMS. Sostiene que el suicidio es un problema social que actualmente cobra un número importante de vidas cada año, a tal punto que hoy en día es considerado un problema de salud pública; ya que para el 2004 fue la segunda causa de muerte en la población de 15 a 24 años (adolescentes y Jóvenes) a nivel mundial.<sup>(3)</sup>

Las ideas suicidas pueden comprender desde el pensamientos de falta de valor de la vida hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos de muerte, en algunos casos y de intensa preocupación autodestructiva. <sup>(4)</sup>

La conducta suicida es un proceso complejo en el que intervienen múltiples factores, constituyendo un espectro de manifestaciones o cuadros que van en un continuo, <sup>(5)</sup> en la que el objetivo principal para la persona que lo comete es la salida a un problema o una crisis que le causa intenso sufrimiento a nivel emocional. <sup>(6)</sup>

En el grupo atareo entre 15 y 24 años de edad, que presentan conductas autodestructivas la tasa de mortalidad por suicidio se ha incrementado, en comparación con el resto de grupos atareos, en los últimos 40 años, alcanzando la cifras de 14,2 por 100 000 en varones y 12 por 100 000 en mujeres. Nuestro país no es ajeno a esta realidad; ya que se calcula existen 2,7 millones de personas. <sup>(7)</sup>

Este proceso se inicia cuando los adolescentes cotidianamente presentan estados anímicos negativos, según un estudio realizado en Lima y Callao en el año 2002; el 20.8 % de los adolescentes presenta Tristeza, 34.1 % tensión, 50.7 % preocupación, 20.9 % angustia y el 18.6 % irritabilidad; seguido de la idea de suicida; luego el intento de suicidio y posteriormente el suicidio consumado <sup>(8)</sup>

El conocer la real magnitud de este fenómeno es un verdadero reto, debido a que no se cuenta con datos fidedignos sobre las conductas suicidas, suicidio consumado y su riesgo, la razón reside en la dificultad para recopilar la información; ya que en el Perú no se han realizado suficientes estudios acerca del suicidio. <sup>(9)</sup>

En el 2009 en el Perú se ha reportado 378 suicidios, los cuales han tenido como causas; problemas económicos, salud, sentimentales, familiares, 193 casos corresponden al grupo de adolescentes entre los 15 - 17 años. De la cifra total de suicidios del 2009, el 70% se produjo en Lima, seguido de Junín (Huancayo) con 10%, Arequipa 8%, Puno 7%, Trujillo 2% entre otros. <sup>(10)</sup>

Es preocupante que nuestro departamento ocupe el cuarto lugar en casos de suicidio en nuestro país. Cabe señalar que, en el 2008, Puno registro el 3.5% de suicidios del total reportado a nivel nacional. <sup>(11)</sup>

En la región Puno, 556 personas intentaron suicidarse por problemas familiares, de depresión, problemas sentimentales y falta de oportunidades laborales, según el último reporte actualizado del Área de Salud Mental de la Dirección de Salud de la región lacustre.

El responsable del programa, Manuel Rodríguez Cáceres, explicó que la depresión es la principal causa de las tentativas de autoeliminación. Alrededor del 95 % de los intentos este año correspondieron a ese motivo.

El 5 % restante de pacientes fue impulsado por factores sociales relacionados a la falta de oportunidades y el sentimiento de culpa que afrontan por esa razón.

Reveló que, a diferencia de los últimos años, son los jóvenes los que piensan más en suicidarse que las personas en edad adulta. Esto se debería a que se está perdiendo la comunicación entre los miembros de la familia.

Juliaca es la ciudad que ocupa el primer lugar en la región Puno en intentos de suicidio; La mayoría son hijos de personas con posición económica baja.

El estudio de investigación se realizó en dos Centros Educativos de Puno y Juliaca ambos estatales, se debe a los datos estadísticos que presentan siendo la ciudad de Juliaca el primer lugar en la región Puno en intentos de suicidio donde la mayoría son hijos de personas con buena posición económica y en la región Puno 556 personas intentaron suicidarse por problemas familiares, de depresión, problemas sentimentales y falta de oportunidades laborales, ambos son adolescentes y jóvenes, reporte de área de salud mental de salud mental de Puno del año 2013.

Por otro lado en los medios de comunicación sea radio emisoras, televisión, periódicos y otros que los adolescentes se suicidan por problemas de relaciones amorosas, problemas familiares, depresión, drogadicción, problemas económicos, baja autoestima. Así mismo el responsable del Centro de Desarrollo Juvenil del MINSA Puno, manifiesta que si hay tentativa de suicidio de estos adolescentes, por embarazos no deseados, por aborto, miedo a sus padres por relaciones amorosas; por otro lado el Director de la institución educativa secundaria Comercial 45 David Vargas comenta que el comportamiento de riesgo suicidas es creciente en estudiantes escolarizados por problemas económicos, violencia familiar, padres en proceso de separación. El Director Hugo Chura de la institución educativa secundaria José

Antonio Encinas al dialogo respondió que en dicho colegio han llegado a suicidarse por relación amorosa en el año 2016, así mismo por la violación de un estudiante dentro de la institución, entonces asevera que existe pensamiento suicida en los estudiantes y este comportamiento influye a los de más estudiantes de dicha institución. En ambas instituciones refieren que el estudio se haga en el 4to año de secundaria porque los estudiantes son más vulnerables a los riesgos de suicida.

Por lo expuesto anteriormente se formula la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los comportamientos de riesgo suicida que manifiestan los adolescentes escolarizados Puno-2016?

## 1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

### 1.2.1. A NIVEL INTERNACIONAL

Casullo María Martina, Contini de González Norma y Fernández Liporace Mercedes, realizaron la investigación estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida-2006. Se planteó como Objetivos: Detectaste el nivel de riesgo suicida en estudiantes adolescentes de ambos sexos residentes en las provincias argentinas de Catamarca, Tucumán, Buenos Aires y ciudad de Buenos Aires, con una edad promedio de 15 años. Materiales y métodos: Estudio 24 descriptivo-correlacionar-comparativo, Se trabajó con un total de 1297 adolescentes escolarizados, divididos en cuatro grupos de comparación: Ciudad de Buenos Aires, Ciudad de San Miguel de Tucumán, Departamento de Paclin en la provincia de Catamarca y Pilar, Provincia de Buenos Aires. Resultados: Se encontró que en Catamarca existe un 13.3% de casos de alto riesgo, seguida por Buenos Aires y Tucumán que exhibieron idénticos porcentuales (11.1% para cada grupo), en tanto que Pilar, sólo un 2%. “El estudio realizado ha permitido detectar un 11% de adolescentes escolarizados en situación de riesgo suicida en centros urbanos (Buenos Aires y Tucumán) y un 13% en localidades de menor densidad poblacional (Catamarca)”.<sup>(12)</sup>

**Toro D.C.; Panlagua R.E.; González C. M.** En su Investigación Titulada “Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio” Medellín. Objetivo: explorar la posible asociación entre el riesgo de suicidio, depresión, consumo de psicoactivos y disfunción familiar en adolescentes escolarizados.

Metodología: se administró una encuesta de auto aplicación a una muestra aleatoria de 779 adolescentes para evaluar el riesgo de suicidio, depresión, consumo de sustancias psicoactivas y disfunción familiar; se utilizaron los instrumentos ISO-30, CDI-LA, CIDI-II y Apgar familiar respectivamente. Para el análisis se empleó la técnica del método casos y controles. Resultados: la prevalencia del riesgo de suicidio se situó entre 23,0% y 26,5%. La depresión y la disfunción familiar se asociaron positivamente con el riesgo de suicidio, con una razón de disparidad de 4,3 y 2,0 respectivamente. Conclusiones: los resultados muestran la magnitud de un problema que deben tener en cuenta las autoridades educativas, la administración municipal y los padres de familia. Es prioritario fortalecer los programas de detección de la depresión adolescente, como también exigir al Estado mejores tratamientos para depresión (no solo limitados al medicamento). Es necesario promover la estrategia de escuela de padres en instituciones educativas, hacer énfasis en temas referentes a la salud mental y resaltar la importancia en la comunicación, la cooperación, el afecto y el respeto entre los miembros de la familia. <sup>(13)</sup>.

Cruz Campos F., Roa Flores V. Realizaron una investigación titulada “Intento Suicida en Niños y Adolescentes: Criterios para un Modelo de Intervención en Crisis Desde el Enfoque Constructivista Evolutivo” Chile. Con el objetivo de: Plantear criterios para realizar Intervención en Crisis en niños y adolescentes que realicen intentos suicidas, así como en sus familias y escuelas, desde el enfoque Constructivista - Evolutivo. Investigación de orientación teórica, de carácter documental, exploratorio y descriptivo; la herramienta metodológica central fue la revisión bibliográfica de diversas fuentes primarias y secundarias.

Hipótesis General: El enfoque Constructivista Evolutivo proporciona un marco conceptual que permite plantear criterios para desarrollar un modelo de Intervención en Crisis en niños y adolescentes que realicen intentos suicidas, así como en sus familias y escuelas. Conclusiones: se logró revisar y sistematizar información actualizada respecto al tema, lo cual facilitó la comprensión del fenómeno desde distintas perspectivas, incluyendo la Constructivista Evolutiva (desde los postulados piagetianos y el marco epistemológico y clínico que subyace a este enfoque). Además, se logró la integración de los aportes de este enfoque, ampliando el abordaje de la Intervención en Crisis hacia una perspectiva más

psicológica y, a su vez, considerando planteamientos más específicos en relación al nivel de desarrollo y a las características del fenómeno del intento de suicidio. Por último, se amplió el alcance de esta modalidad de intervención, incluyendo el contexto familiar y escolar, los cuales también viven la crisis suicida y se encuentran en continua relación con el sujeto que ha desarrollado este tipo de conducta desadaptativa. El logro de los objetivos implicó la integración de elementos de investigaciones empíricas realizadas en el estudio de las características de los sujetos que presentan conductas suicidas, de los factores asociados y de los tratamientos efectivos utilizados en estos casos. Por último, también fueron integrados todos los elementos que aportaran a la comprensión del fenómeno y que fueran coherentes con los postulados Constructivista Evolutivos (especialmente con los piagetianos).<sup>(14)</sup>

Castillo Osorio L., Realizó una investigación titulada “Intento de suicidio en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar”. Con el objetivo de: Identificar la estructura y dinámica familiar en adolescentes de sexo femenino con intento suicida. De diseño descriptivo, transversal. Con la participación de 60 adolescentes divididos en dos grupos, aplicando el instrumento denominado FACES II y un cuestionario sobre datos generales. Teniendo como resultado que 56.2% fueron reincidentes llegando a la conclusión que lo adolescentes con intento de suicidio se caracterizan por pertenecer a familias desvinculadas y rígidas, en donde se hizo patente la ausencia física del padre.<sup>(15)</sup>

### **1.2.2. A NIVEL NACIONAL**

Mosquera del Aquila A.: Realizó una tesis titulado: “Perfil Epidemiológico de pacientes Hospitalizados por Intento de Suicidio en el Hospital Herminio Valdizán durante febrero 2000 - enero 2001” Lima- Perú; con el Objetivo de: Determinar el perfil epidemiológico (características epidemiológicas) del paciente hospitalizado por intento de suicidio en el Hospital “Herminio Valdizán”. Tipo de estudio: Observacional. Diseño: Descriptivo. Muestra: Conformado por 67 pacientes, de ambos sexos, internados por intento de suicidio, durante el periodo febrero 2000 - enero 2001. Técnica y Método de trabajo empleado: Entrevista a pacientes hospitalizados por intento de suicidio. Resultados: El 76.12% corresponde al sexo femenino y el 23.88% al sexo masculino; el grupo más afectado fue la gente joven



entre los 14 - 25 años correspondiendo el 58.21% de la muestra, en segundo lugar 20-30 años con el 23.88%; en ambos grupos atareos las mujeres fueron las más afectadas; predominaron los solteros en ambos sexos con un 74.63%; el 47.76% eran desocupados con predominio en mujeres, seguido del grupo de estudiantes y empleados con un 16.42%, luego con 13.43% se encuentran los trabajadores independientes y un 5.97% correspondieron a las amas de casa.<sup>(16)</sup>

Paredes P, Castro, Orbegoso R, Oswaldo y Rosales T, Paul.: Realizaron una investigación titulada: “Caracterización del paciente con intento de suicidio en un Hospital general de Lima, 1995-2004. Con el objetivo de: Determinar las características de los pacientes con intento de suicidio, atendidos en el Hospital "José Agurto Tello” de Chosica; las historias clínicas se revisaron durante el periodo 1995-2004 e incluyeron 380 casos; de 13 pacientes en 1995 se llegó a 41 en el año 2004. Se presentó con más frecuencia en mujeres (63,7%), 74% estuvo entre 15 a 29 años y 61,2% eran solteros. El 13% de los casos atendidos fueron reintentos. Entre las principales causas se tiene a las discusiones familiares (33,9%) y de pareja (27,6) y los métodos más frecuentes fueron el uso de compuestos órgano fosforados (75,3%) e intoxicaciones medicamentosas (20,3%). La tasa interna en el servicio de emergencia es de 0,0017 en el año 2004. Se requiere profundizar el conocimiento de estos casos por las posibilidades que puedan surgir de ello para acciones de prevención.<sup>(17)</sup>

### **1.2.3. A NIVEL LOCAL.**

Martorell Copaquira N.L. (2003): Realizó una tesis para titulada: “Factores de riesgo y características socio culturales en pacientes con intento de suicidio en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno”, con el objetivo de: Determinar los factores de riesgo y características epidemiológicas en pacientes con intento de suicidio con un total de 97 pacientes, a diciembre del 2001. De tipo: Descriptivo, retrospectivo longitudinal. Resultados: El 56.7% corresponden al sexo femenino, 43.3% y sexo masculino; el 41.2% corresponde al grupo etario de 10-20 años de edad, 36.1 % en el grupo etario de 21-30 años y un 2.1% a < 10 años. En relación la Ocupación: Estudiante 39.2%, ama de casa 13.4%, desocupados 93%, obrero 9.3% y profesionales 2.1%. Factores estresantes: Problemas familiares 49.5%, Problemas

laborales 21.7%, problemas económicos 4.1%, Enfermedades 7.2 %, y otros 8.2%.<sup>(18)</sup>

Vilca Achata Edwin (2001): Realizó una investigación titulada “Incidencia de Riesgo Suicida y su Relación con la depresión en pacientes que acuden a consultorios externos del Hospital Calos Monge Medrano”. Juliaca. Con objetivo de estudiar las conductas de riesgo suicida y su relación con la depresión. En el que encuestaron a 346 pacientes utilizando como instrumento el cuestionario para identificar variables de riesgo suicida y el test de Zung para la depresión. La incidencia de riesgo suicida fue de 39.88% y estuvo muy relacionado con la depresión presentando un 82.37% del paciente. Concluyó que los hallazgos apoyan la hipótesis de una dimensión continua de pensamiento (ideación suicida), respuesta afectiva (depresión) y acción (para-suicidio), conductas que se asocian a deseos agresivos al propio yo (suicidio).<sup>(19)</sup>

### **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los comportamientos de riesgo suicida que manifiestan los Adolescentes Escolarizados de la I.E.S. Comercial 45 Puno y I.E.S. G.U.E. José Antonio Encinas Juliaca – 2016?

### **1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO**

El presente trabajo de investigación es de suma importancia, porque permitió obtener resultados y datos actualizados del nivel de conocimiento sobre las conductas de riesgo suicida, que manifiestan los adolescentes en estudio.

Esta investigación realizada será de gran utilidad referencial para el profesional de enfermería que trabaja en la atención de adolescente escolarizado, en dos ciudades del departamento de Puno: Puno y Juliaca.

Analizar el grado de riesgo suicida que manifiestan los Adolescentes, y su la relación que guardan con la baja autoestima, soledad y abatimiento, aislamiento y deterioro de los vínculos sociales, desesperanza y la incapacidad para afrontar emociones; para así plantear estrategias orientadas a la atención primaria de la Salud Mental.

El suicidio es un problema de salud pública, la principal forma de combatirlo es la prevención. Esa es la clave en la búsqueda de una salida para contribuir en la

disminución de tasas de suicidio en nuestro medio. Para realizar una prevención primaria se requiere detectar las conductas de riesgo, para que así las acciones a tomarse puedan ir en dirección de un objetivo y obtener resultados favorables.

## **1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1. Objetivo general**

Comparar los comportamientos de riesgo suicida en adolescentes escolarizados de las I.E.S. Comercial 45 Puno y I.E.S. G.U.E. José Antonio Encinas Juliaca – 2016.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

- a) Caracterizar los comportamientos de riesgo suicida; según género en adolescentes escolarizados de la I.E.S. Comercial 45 Puno y I.E.S. G.U.E. José Antonio Encinas Juliaca – 2016.
- b) Caracterizar los comportamientos de riesgo suicida; según edad en adolescentes escolarizados de la I.E.S. Comercial 45 Puno y I.E.S. G.U.E. José Antonio Encinas Juliaca – 2016.
- c) Caracterizar los comportamientos de riesgo suicida según dimensiones en desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar emociones, soledad/aislamiento, abatimiento, deterioro en vínculos sociales e ideación suicida, en adolescentes escolarizados de la I.E.S. Comercial 45 Puno y I.E.S. G.U.E. José Antonio Encinas Juliaca – 2016.

## **1.6. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN**

El estudio se realizó en dos centros educativos secundarios de las ciudades de Puno y Juliaca.

Institución Educativa Secundaria Comercial 45 “Emilio Romero Padilla” ubicado en el Jirón Huancané N° 154 de la ciudad de Puno.

Institución Educativa Secundaria G.U.E. José Antonio Encinas, está ubicado en Jirón Lambayeque N° 1180 de la Ciudad de Juliaca.

## CAPÍTULO II

### REVISIÓN DE LITERATURA

#### 2.1. MARCO TEÓRICO

Con la Finalidad de tener un respaldo científico para el presente estudio, así como para el análisis e interpretación de los hallazgos, a continuación se expone la base teórica.

##### 2.1.1. COMPORTAMIENTOS DE RIESGO SUICIDA

**Definición:** Antes de abordar las conductas de riesgo suicida debemos tener en cuenta algunas cuestiones conceptuales respecto al fenómeno suicida que acuden al hospital monje Medrano

##### **Tipos de acoso para el riesgo de suicida**

###### **Bloqueo social**

Agrupar las acciones de acoso escolar que buscan bloquear socialmente a la víctima. Todas ellas buscan el aislamiento social y su marginación impuesta por estas conductas de bloqueo.

###### **Hostigamiento**

Agrupar aquellas conductas de acoso escolar que consisten en acciones de hostigamiento y acoso psicológico que manifiestan desprecio, falta de respeto y desconsideración por la dignidad del afectado. El desprecio, el odio, la ridiculización, la burla, el menosprecio, los moteos, la crueldad, la manifestación gestual del desprecio, la imitación burlesca son los indicadores de esta escala.

### **Manipulación social**

Agrupar aquellas conductas de acoso escolar que pretenden distorsionar la imagen social del niño y “envenenar” a otros contra él. Con ellas se trata de presentar una imagen negativa, distorsionada y cargada negativamente sobre la víctima. Se cargan las tintas contra todo cuanto hace o dice la víctima, o contra todo lo que no ha dicho ni ha hecho. No importa lo que haga, todo es utilizado y sirve para inducir el rechazo de otros. A causa de esta manipulación de la imagen social de la víctima acosada, muchos otros niños se suman al grupo de acoso de manera involuntaria, percibiendo que el acosado merece el acoso que recibe, incurriendo en un mecanismo denominado “error básico de atribución”.

### **Exclusión social**

Agrupar las conductas de acoso escolar que buscan excluir de la participación al niño acosado. El “tú no”, es el centro de estas conductas con las que el grupo que acosa segrega socialmente al niño. Al ningunearlo, tratarlo como si no existiera, aislarlo, impedir su expresión, impedir su participación en juegos, se produce el vacío social en su entorno.

### **Intimidación**

Agrupar aquellas conductas de acoso escolar que persiguen amilanar, amedrentar, apocar o consumir emocionalmente al niño mediante una acción intimidatoria. Con ellas quienes acosan buscan inducir el miedo en el niño. Sus indicadores son acciones de intimidación, amenaza, hostigamiento físico intimidatorio, acoso a la salida del centro escolar.

### **Amenaza a la integridad**

Agrupar las conductas de acoso escolar que buscan amilanar mediante las amenazas de integridad física del niño o de su familia, o mediante la extorsión. <sup>(20)</sup>

El diccionario de la Lengua Española de la Real Academia (vigésima primera edición, 1992) define el comportamiento de riesgo suicida, toda acción de autolesión que puede perjudicar o dañar la salud del individuo. <sup>(21)</sup>

**Comportamiento suicida:** Se ha definido como la preocupación o acción orientada a causar la muerte de manera voluntaria. <sup>(22)</sup>

**Conducta suicida:** Es toda conducta humana impregnada de fantasías, deseos e ideas de muerte. <sup>(23)</sup>

Al intentar comprender el suicidio se toma conciencia de su enorme complejidad; no es una entidad psicopatológica, tampoco una mera reacción a situaciones que generan malestar y angustia. Es un acontecimiento vital en el que están presentes componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos. Debe tenerse en cuenta, por ejemplo, que en numerosos casos la decisión de quitarse la vida aparece como un comportamiento funcional, en tanto pone fin a situaciones de sufrimiento y tensión que se han convertido en insoportables para la persona que las padece. El tratamiento de este tema implica, además, la existencia de ciertos tabúes, aun entre los propios profesionales de la salud mental. <sup>(24)</sup>.

CONTEXTO SOCIO INDIVIDUAL

GENERAL	INMEDIATO	BIOLOGICO	SOCIOLOGICO
Normas sociales e integración social	Situaciones Estresantes	Neurotransmisor	Periodo Evolutivo
Valoración del suicidio	Comportamientos suicidas en el entorno	Enfermedades psiquiátricas	Características de la personalidad
Imitación Actitudes	Características Sociodemográfica		Características Cognitivas
			Modo de afrontamiento
			Tolerancia al estrés
ESTADO MEN	TAL SUICIDA		
<b>Soledad Depresión Baja autoestima Desesperanza pocas razones para vivir Expectativas positivas del suicidio</b>			

Villardón Gallego, L. (1993). El pensamiento de suicidio en la adolescencia

### 2.1.2. PSICOPATOLOGÍA DEL ADOLESCENTE ASOCIADA AL SUICIDIO

Según Scheffer y Pfeffer (2001), el 90% de los suicidios de adolescentes ocurre en individuos con un trastorno psiquiátrico preexistente, en aproximadamente la mitad de éstos, el trastorno psiquiátrico ha estado presente por dos o más años y aproximadamente un tercio de los suicidas ha hecho un intento de suicidio previo conocido. Sin embargo, la mayoría de los suicidios en adolescentes parecen ser impulsivos. Las formas más comunes de trastorno psiquiátrico encontrado en los suicidios consumados son:

- Trastornos de humor en varones a menudo asociado con trastorno de conducta o abuso de sustancias.
- Mujeres que sufren de un trastorno depresivo también parecen tener pensamiento sobre el suicidio por algún tiempo y a menudo habrán hecho alguna preparación para su muerte.
- Abuso de alcohol y/o sustancias, particularmente en varones mayores de 15 años de edad.

**Consumo de Drogas** El consumo abusivo de drogas legales, específicamente el alcohol y las drogas ilegales son variables que frecuentemente están asociadas a la ideación y el comportamiento suicida. Una cuarta parte de los suicidios están vinculados con el abuso del alcohol llegando incluso a considerar que el riesgo a lo largo de toda la vida de cometer suicidio en las personas alcohólicas no es mucho menor que en las que presentan trastornos depresivos. Esto resulta particularmente relevante si tomamos en cuenta que el consumo de alcohol es el primer factor de riesgo en los países en desarrollo y el tercero en los países desarrollados (OMS, 2004), lo cual representa una grave amenaza para la salud pública ya que genera consecuencias negativas en todos los niveles: biológico, físico y psicológico no solamente en quienes lo consumen, sino también en las personas con las que interactúan. Asimismo, los problemas asociados al alcohol como los accidentes de tráfico, la violencia en sus diferentes acepciones incluyendo al suicidio han adquirido proporciones alarmantes, hasta el punto que el consumo de esta sustancia se ha convertido en uno de los riesgos sanitarios y sociales más importantes en el mundo (Elzo, 2010; Fernández y Marco, 2010; Ministerio de Sanidad, 2010). Esta condición se agrava si se toma en cuenta que tanto en México como en los países nórdicos y del

mediterráneo el patrón de consumo se caracteriza por una alta ingesta en un período corto de tiempo al menos cinco copas por encuentro cada fin de semana y, en los casos graves, a diario, Si a esto añadimos el hecho de que el 64% de los adolescentes cree que beber es normal y que la edad de inicio en el consumo sea de 14 años que conlleva un importante peligro tanto para la salud individual como para la salud pública, con el agravante de que bajo ciertas condiciones, aumenta la probabilidad de que se mantenga o agudice este problema y por ende los problemas asociados al consumo (como lo es el suicidio) durante la vida adulta.

### **2.1.3. CATEGORIZACIÓN DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA**

La literatura contemporánea aborda el estudio de los comportamientos suicidas desde una triple categorización:

#### **2.1.3.1. Ideaciones suicidas.**

Se Estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido en la vida, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción. La ideación suicida o pensamientos suicidas ocupan la más profunda, desconocida y amplia de suicido logia, Rudd (1990) observa en un estudio que un 44% de los adolescentes “normales” reconocen haber tenido pensamientos suicidas. Además, en poblaciones de alto riesgo se ha encontrado porcentajes muy superiores. En general, la ideación suicida es más frecuente en mujeres.

- **Autoestima**

Diferentes autores han demostrado la relación entre la autoestima y la conducta suicida. Así, se han encontrado autoimágenes negativas y baja autoestima en personas que han realizado alguna tentativa de suicidio o amenazado con suicidarse. Los adolescentes con baja autoestima tienden a tener mayor ideación suicida. La autoestima parece ser una variable que media entre la falta de proximidad familiar y la ideación suicida, por lo que dichos autores la consideran una importante variable interviniente. En tanto la dimensión valorativa del auto concepto, estaría más apropiadamente enlazada con la familia y otras interacciones de carácter íntimo. Cuando la autoestima es mayor, la ideación



suicida es menor; en tanto si la autoestima es menor la ideación suicida es mayor.  
(25)

Se menciona que la evaluación de la ideación suicida debe, por fuerza, formar parte de los protocolos de evaluación psicológica de los adolescentes. Sin embargo las ideas suicidas se han considerado como relativamente frecuentes en adolescentes, constituyendo ello un peligro inminente para la vida exceptuado cuando se asocia a otros factores de riesgo. Asimismo los pensamiento suicidas no siempre son motivadas por el deseo de morir, es frecuente que manifiesten también una forma de expresar sentimientos de desesperación, desamparado, frustración e ira. Por lo que actualmente se definen nuevas terminologías que designan al intento de suicidio como.

- **Comportamiento suicida mortal:** dichos comportamientos terminan en su gran mayoría en un suicidio consumado en gran parte de los varones.
- **Comportamiento suicida no mortal:** dichos comportamientos terminan en un suicidio frustrado en gran parte de las mujeres

#### 2.1.3.2. Para-Suicidios

Se ha definido como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo de forma deliberada se infringe un daño a sí mismo

Suele ser de predominio en mujeres, se realiza de modo impulsivo, no premeditado, público, y con un método no letal. Como desencadenante habitual suelen referir frustraciones afectivas y no se detectan trastornos psiquiátricos importantes; pero si una afectividad inestable, ansiosa, con baja tolerancia a la frustración y con una marcada hiperactividad somática. Su ambiente lo describen como conflictivo, frustrante y no receptor de sus demandas de ayuda. Los intentos de suicidio podrían clasificarse, según el conflicto básico que está presente en cuatro grandes grupos.

- **Primer grupo:** Se podría resumir como “Escúchame”, es aquel en el que se pretende dar importancia y transmitir un estado de desesperación personal que los demás ignoran.
- **Segundo grupo:** Existe la pretensión de movilizar los remordimientos del otro para que modifique su actitud. Se podría resumir como “Tienen la culpa.”

- **Tercer grupo:** “No quería hacerlo”, destaca el suicidio como castigo a un acto avergonzarte o ante profundas vivencias de culpabilidad.
- **Cuarto grupo:** Se podría resumir como “No quiero vivir”, soy un estorbo. Donde frecuentemente nos encontramos con los pacientes más críticos. Bien por sufrir graves alteraciones de la personalidad o por ser manifestaciones de auténticos cuadros depresivos.<sup>(26)</sup>

### 2.1.3.3. SUICIDIOS

**Acto suicida y suicidio:** La Organización Mundial de Salud (OMS) (1969), define el acto suicida como todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. Partiendo de aquí, define Suicidio como todo acto suicida que tiene como resultado la muerte del individuo. Suele acontecer en varones, que utilizan un método efectivo, rápido, y realizado en soledad. Es frecuente que no presente desencadenantes externos importantes, aunque a veces pueden argumentar razones afectivas. En su ambiente destacan el aislamiento, la soledad y los antecedentes depresivos o suicidas <sup>(27)</sup>.

### 2.1.3.4. FACTORES IMPLICADOS EN EL COMPORTAMIENTO SUICIDA

El suicidio es un fenómeno que ha estado siempre presente a lo largo de toda la historia de los seres humanos, pero la percepción de la gente sobre el mismo ha sido muy diferente dependiendo de los planteamientos religiosos, filosóficos, sociales y culturales vigentes en cada época. La complejidad de la conducta suicida y el afán por encontrar una explicación satisfactoria ha originado una diversidad de teorías, unas más centradas en los factores sociales causantes del suicidio y otras en determinadas características personales y motivacionales, que de alguna manera puedan predecir los actos suicidas. El aumento del suicidio en la adolescencia y el conocimiento sobre las circunstancias sociales, características personales y condiciones en general que anteceden o precipitan el acto suicida, han alcanzado un gran interés para los investigadores, precisamente cuando el suicidio ha llegado a convertirse en la segunda causa de muerte entre el grupo de 15 a 24 años de edad <sup>(28)</sup>.

### 2.1.3.5. LA FAMILIA.

La familia es un sistema cuyos miembros están interrelacionados, al cambiar el hijo o hija, se modifica el equilibrio previo, y tales cambios afectan también a los

padres y hermanos. En la mayor parte de los países donde se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres. Sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados <sup>(29)</sup>

Es sabido que la frecuencia de suicidios entre los varones es, por término medio, tres veces superior a las mujeres. Con alguna excepción, este es un hecho, constante en todas las estadísticas. Casi el 80% de los suicidios consumados corresponden a sujetos varones, los cuales presentaran un riesgo de mortalidad por suicidio de 2 - 3 veces mayor que el de las mujeres. Inversamente, son las mujeres las que tienen un mayor riesgo de comisión tentativas, respecto a los varones. <sup>(30)</sup>

- **Edad**

El patrón epidemiológico más frecuente de los intentos de suicidio corresponde a individuos jóvenes entre los 15 - 19 años de edad. Las cifras varían según los estudio, llegando hasta un 70.4%.

El estado mental suicida, como la desesperanza, depresión, bajo auto concepto, soledad, falta de razones para vivir son manifestaciones de conductas suicidas. <sup>(31)</sup>

### **2.1.3.6. TIPOS DE FAMILIA.**

#### **a. Diferencia entre la familia funcional y disfuncional**

El Dr. J. Tomas y Dra. M. Bargada, en su artículo “Valoración De La Familia En Situaciones De Crisis hacen una diferenciación entre la familia funcional y la familia disfuncional <sup>(32)</sup>

#### **Familia funcional.**

- Las relaciones familiares, están bien establecidas y son de tipo positivo para todos sus miembros. Se muestran satisfechos de estar juntos pero reconocen que cada uno de ellos tiene intereses y necesidades individuales por lo que precisan de cierto grado de privacidad.
- No existen coaliciones internas ni competencias entre ellas.
- Los límites de la familia son claros y todos la ven como una unidad.

- Es una estructura de negociación para arreglar conflictos y hay una comunicación clara que permite la espontaneidad.
- Existe empatía.
- Hay apoyo emocional.

**Familia disfuncional:**

- Líneas intergeneracionales borrosas.
- No existe actitud negociadora.
- Poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás.
- Límites de la familia imprecisos.
- Pautas de interacciones fijas y rígidas.
- Las funciones de los miembros no están claras ni limitadas.

**b. Criados en familia funcional y disfuncional**

Los que crecen en familias funcionales psicológicamente sanas y funcionales, se crían en un ambiente que les ayuda a sentirse valiosos y queridos, aprenden que sus sentimientos y necesidades son importantes y pueden ser expresadas. Estos niños suelen formar, en la edad adulta, relaciones saludables y abiertas.

Sin embargo, muchas familias no logran satisfacer las necesidades emocionales o físicas de los niños; además, los patrones de comunicación de la familia pueden limitar severamente la expresión de las necesidades y emociones de los niños. Los niños que crecen en familiar de este tipo suelen tener una baja autoestima y creer que sus necesidades no son importantes o que los demás no las van a tomar en serio. Como resultado, pueden formar relaciones insatisfactorias en la edad adulta <sup>(33)</sup>

**c. Su relación con el riesgo de suicidio en adolescentes.**

Existe un acuerdo generalizado sobre la importancia de los problemas familiares respecto al suicidio en adolescentes, el abuso físico o sexual, la falta de una buena comunicación entre hijos y padres, la inestabilidad, la discordia y/o la violencia, son signos típicos de una familia disfuncional. Entre los problemas familiares que contribuyen al suicidio en adolescentes resaltan la mala comunicación, conflictos con los padres, amor-afecto y apoyo inadecuados de los miembros de la

familia. También se han destacado la falta de apoyo por parte de los miembros de familia, las rupturas familiares y la psicopatología de los padres. Una familia disfuncional puede disminuir la autoestima de los niños, ser una amenaza para su integridad física y psicológica y, en combinación con otros factores, puede contribuir a que se generen sentimientos de vulnerabilidad y motivación para el suicidio.

#### **d. Problemas académicos**

Los problemas académicos como el bajo rendimiento académico, el bajo logro escolar, el fracaso escolar y la deserción escolar, son de interés para padres, maestros y profesionales. El bajo desempeño académico y el fracaso escolar son considerados elementos en donde se observa una gran pérdida de potencial, por lo que se les supone como un riesgo debido a las consecuencias adversas en el desarrollo de la vida, especialmente en áreas con las cuales se relaciona como es la salud física y mental, desórdenes de conducta, el embarazo adolescente, el consumo de sustancias adictivas, la delincuencia y el desempleo. La escuela es el lugar en donde los jóvenes adquieren conocimientos, pero también es el escenario en donde se exponen a variadas normas sociales, reglas y costumbres de su comunidad. Las dificultades académicas tienen una etiología compleja con múltiples factores que incluyen características estructurales del sistema educativo, la interacción de factores individuales y del desarrollo, factores económicos, socioculturales y familiares, factores externos (presión del grupo de pares) o factores escolares, los cuales contribuyen a que los adolescentes manifiesten problemas escolares. En este contexto, los síntomas del fracaso escolar, pueden reflejar conflictos internos o externos para el individuo.

Los problemas académicos asociados al suicidio, la presión académica y la insatisfacción con el rendimiento alcanzado parecen mostrar una especial relevancia. Entre las aspiraciones y rendimiento académico es crucial para entender el papel de los problemas escolares en relación con el suicidio en la adolescencia. Sin embargo, la influencia de la dimensión escolar sobre la vulnerabilidad al suicidio parece operar a través de distintos caminos. De esta forma, algunos autores señalan la actividad académica como un factor de riesgo cuando aparecen problemas escolares, como un factor de protección cuando existe satisfacción con los estudios o como un factor precipitante cuando se produce el fracaso académico. El fracaso escolar por sí mismo

no puede ser concebido como un precipitante de la conducta suicida, si no viene unido a una elevada presión académica y un déficit de apoyo en la red del adolescente y, en forma más concreta, de su estructura familiar. Por otra parte los problemas escolares incrementan el riesgo suicida a través de su influencia sobre variables tales como la autoestima, el proyecto de vida personal o el desarrollo de conductas desadaptadas como el abuso de sustancias tóxicas.<sup>(34)</sup>

### **2.1.3.7. FACTORES DE PROTECCIÓN.**

#### **Apoyo social**

El concepto de red social personal se define como un conjunto flexible de personas con las cuales un individuo mantiene contacto y vínculo social. Estas personas son emocionalmente significativas para el sujeto y son quienes potencialmente le entregan apoyo, tanto de tipo material como emocional. Una red social es un sistema social con estructura propia, dentro del cual existen lazos apoyadores y no apoyadores. La principal función de las redes sociales es la provisión de apoyo social. Es el intercambio que se produce al relacionarse una persona con otra(s) donde un individuo es percibido como emisor y otro como receptor. Así, el apoyo social es un proceso dinámico y transaccional potencialmente presente dentro de una red social, y no una propiedad estática de la persona o del medio. Es un concepto multidimensional influido por diversos factores (edad, sexo, habilidades sociales, patrones culturales, nivel socioeconómico, características de la estructura de la red, entre otros) que afectan la posibilidad de acceder a este apoyo y los efectos que produce.<sup>(35)</sup>

La red social personal puede inhibir o favorecer el desarrollo de una persona en cualquier momento de su ciclo vital, especialmente durante las transiciones de una etapa a otra de la vida. En el caso de los adolescentes, se postula que la red social influye en la forma en que éstos enfrentan al mundo y en su visión de éste y de sí mismos.<sup>(36)</sup>

La adolescencia ha sido descrita como una etapa de transición entre la niñez y la adultez. Es un período crítico, de adquisición de nuevos roles, necesidades y demandas, durante el cual la necesidad de recibir apoyo, así como el tipo de apoyo

necesitado, pasa por cambios dramáticos dado que los adolescentes comienzan a alejarse de sus padres y a orientarse hacia sus pares. Durante esta etapa se comienza a articular un repertorio de identidades sociales, siendo la tarea principal formar nuevas redes sociales que reflejen estas nuevas identidades. El adolescente participa activamente en la formación de su red social.<sup>(37)</sup>

- **Auto eficacia.**

El auto eficacia percibida es el producto de diversas fuentes: La persuasión social, la experiencia propia, la experiencia vicaria y el estado fisiológico y afectivo.

Estas fuentes generan distintas percepciones de auto eficacia que actúan a través de procesos cognitivos (ej. imaginando metas, prediciendo dificultades), motivacionales (ej. anticipando resultados posibles, planificando metas valoradas), afectivos (ej. afrontamiento de situaciones estresantes, control de pensamientos negativos) y de selección de procesos (ej. Aproximación y evitación de determinadas situaciones). Todo ello, en definitiva, repercute en el funcionamiento humano y en el ajuste y adaptación del sujeto a su medio. La percepción de la auto eficacia ha mostrado su relevancia en el funcionamiento humano, demostrando su influencia en distintas áreas tales como la elección vocacional, el comportamiento saludable y el funcionamiento físico en el ámbito del deporte, la psicología y la medicina en la gestión de las organizaciones en el mundo laboral; la consecución de metas académicas en niños y adolescentes tanto como en la adaptación humana y en su ajuste. El auto eficacia está siendo estudiada en el ámbito infantil y juvenil de forma intensa y en relación con el funcionamiento académico, el desarrollo intelectual y la creatividad entre otros. En todos estos estudios los niveles de auto eficacia percibida han constituido una variable fundamental que afecta a la socialización y al éxito del niño/adolescente. Un elevado nivel de auto eficacia percibida se ha mostrado como un elemento protector que hace aumentar la motivación y la consecución académica, disminuir las alteraciones emocionales, las conductas saludables en el cuidado físico la prevención de conductas de riesgo y la mayor tolerancia al dolor y/o pérdida. Otro ámbito de mejoría se percibe en el descenso de conductas antisociales<sup>(38)</sup>

- **Habilidades sociales y de resolución de problemas**

La adolescencia es un periodo de desarrollo caracterizado por cambios importantes en las relaciones interpersonales. La independencia que los adolescentes obtienen de sus padres y otros familiares adultos, está generalmente acompañada por un aumento en las relaciones de amistad con otros jóvenes y por el inicio de relaciones amorosas. Estas relaciones sociales y afectivas constituyen contextos importantes para el ejercicio de habilidades sociales ya aprendidas en la infancia, al mismo tiempo en que requieren del desarrollo de nuevas habilidades sociales, tales como: responder asertivamente a la presión de grupo, expresar desagrado y hablar en público.<sup>(39)</sup>

El déficit de habilidades sociales está asociado con gran número de problemas de interacción, como baja autoestima, depresión, fobia social, conducta negativista, antisocialidad y comportamiento adictivo. Esos problemas no se distribuyen de manera homogénea en relación al género. Se consideran que los adolescentes del sexo femenino presentan más problemas de interacción, tales como ansiedad y problemas relacionados con la afectividad, mientras que los del sexo masculino reciben en mayor parte de la atención en problemas como agresividad y abuso de drogas tanto lícitas como ilícitas.

Tanto las habilidades sociales como las de resolución de problemas suponen factores de protección que adquieren especial relevancia durante la adolescencia, en tanto se trata de una etapa marcada por múltiples cambios, por la búsqueda de la identidad personal y social y por la asunción de retos con los que el adolescente no se había enfrentado hasta el momento. De esta forma, los déficits de habilidades para la resolución de problemas han sido señalados repetidamente como factores estrechamente asociados al comportamiento suicida en la adolescencia, poniéndose así de manifiesto cómo la incapacidad en la generación de alternativas para la resolución de problemas supone un importante incremento del riesgo suicida.<sup>(40)</sup>

- **Soledad, aislamiento en la adolescencia**

La soledad es una experiencia conocida por todos los seres humanos, inherente a la necesidad de pertenecer y que actualmente es considerada como una epidemia



de la sociedad moderna, un problema de salud pública que por sus consecuencias físicas, mentales y sociales requiere un abordaje desde múltiples perspectivas. Así mismo, la adolescencia es una etapa especialmente vulnerable para experimentar sentimientos de soledad que son un factor significativo para la salud y la calidad de vida de los adolescentes y como tal es relevante para el cuidado de enfermería. Las personas que sufren de soledad no quieren reconocerse como “solos”, debido a que experimentan sentimientos de vergüenza o dificultad para superar el aislamiento.<sup>(41)</sup>

La naturaleza de las relaciones reconoce que todos tenemos la necesidad de aceptación de nuestros iguales (amigos, compañeros, sentirnos bien en el grupo) y evitar el sentirnos aislados. Esta necesidad se vuelve más intensa en la etapa de la adolescencia porque los adolescentes pasan más tiempo con sus compañeros que con cualquier otro tipo de personas y grupos. El ingreso de los jóvenes a grupos donde se les ofrezca aceptación es clave en la realización personal, por ello, el no encontrar un grupo afín o ingresar a un grupo negativo puede ser un factor agravante o detonante del suicidio, por lo que se debe tomar en cuenta a la hora de mencionar habilidades que promuevan su prevención.<sup>(42)</sup>

- **Abatimiento en la adolescencia**

Se hace referencia a un síndrome o conjunto de síndromes que afectan esencialmente a la categoría afectiva: La tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad, que puede aminorar el rendimiento en las actividades, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.

El abatimiento también puede exteriorizarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. La persona aquejada de abatimiento evidencia pérdida de interés e incapacidad para gozar las actividades, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. De causa multifactorial, aunque hay que enfocar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, malas noticias, pena, y el tener atravesado una experiencia cercana a la muerte). También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras

sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento educativo. El abatimiento puede conllevar a consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio.<sup>(43)</sup>

#### **2.1.3.8. FACTORES PRECIPITANTES**

Los factores de riesgo suicida y protección vistos con anterioridad podrán configurar en el adolescente una situación relativamente estable, situándole como un sujeto más vulnerable en la medida en que aparezcan más factores de riesgo, al tiempo de déficit específicos en variable capaces de actuar a modo de factores de protección frente acontecimientos o situaciones que puedan actuar precipitantes de la conducta suicida. Entre adolescentes y jóvenes, los estresantes más comunes son referentes a:

- Conflictos interpersonales
- Separaciones y
- Fenómenos de rechazo.

Así mismo los adolescentes con tentativas de suicidio parecen tener mecanismos de afrontamientos más pobres, estar inmersos en un ambiente más estresante, y dar respuestas más primarias ante eventos estresantes

#### **2.1.3.9. PREVENCIÓN DE COMPORTAMIENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES**

El tema de prevención de conductas suicidas en la adolescencia entraña un nivel de dificultad tan elevado como las determinaciones mismas del conjunto de factores que están implicadas en dichas conductas. No obstante, antes de abordar específicamente el tema de la prevención de comportamientos suicidas en adolescentes, haremos notar algunas aplicaciones de los distintos niveles de prevención en relación con el suicidio. En líneas generales, hablamos de prevención primaria en suicidología cuando nos referimos a la intervención previa a la aparición de la intención suicida misma. Algunas de las tareas que adquirirían especial relevancia a este nivel serán la de realizar una adecuada educación para la salud y

detección de grupos de alto riesgo, a los que deberán dirigirse fundamentalmente los esfuerzos en materia de prevención. Para muchos autores la prevención primaria no debe ser entendida únicamente como prevención de la tentativa de suicidio, sino que debe prevenir también la ideación misma. Incluso se ha señalado que la prevención primaria debe tener su inicio ante la detección de la indiferencia por la vida.

Las instituciones educativas ofrecen un espacio adecuado para implementar estrategias orientadas a la atención primaria de salud y el desarrollo de acciones preventivas. En el campo de la salud pública propone una concepción tripartita de las actividades preventivas que origina dificultades conceptuales. Alude a la denominada prevención primaria, secundaria y terciaria.

- **Prevención primaria.**

Incluye todos los esfuerzos que se concretan con el objetivo de reducir la incidencia de nuevos casos en sujetos que aún no presentan algún tipo de trastorno, a nivel poblacional o comunitario. Le compete brindar una definición epidemiológica de los factores o condiciones de riesgo, entendidas como aquellos que aumentan la probabilidad de estructurar una patología. En un sentido estricto sólo ésta puede considerarse prevención.

- **Prevención secundaria.**

Ubica a los sujetos en riesgo a través del estudio de la presencia de síntomas y signos específicos relacionados con determinadas patologías. Su objetivo central es reducir la intensidad, duración y severidad de la incidencia de una población general o sub población específica. Intenta la identificación de sujetos con manifestaciones “pre clínicas” de patologías específicas.

- **Prevención terciaria.**

Incluye los distintos tipos de intervención con las personas que ya padecen una enfermedad o trastorno a tareas de rehabilitación; solo es posible prevenir las secuelas o consecuencias derivadas de la presencia de esos malestares.<sup>(44)</sup>

### 2.1.3.10. EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA

El riesgo suicida se debe evaluar permanentemente en los adolescentes, pues es una edad en la que adolecen de múltiples problemas, pues los sentimientos negativos abordan fácilmente la mente de los adolescentes. Existen escalas que permiten determinar el riesgo suicida con base en una evaluación de circunstancias relacionadas con el intento suicida, auto informe (evaluación hecha por la persona mediante una encuesta). Tener la posibilidad de intervenir en la atención del suicidio requiere hacer una valoración del riesgo que se corre. <sup>(45)</sup>

#### **ESCALA ISO 30 (Inventario de Orientaciones Suicidas, diseñado por King y Kowalchuk en 1994).**

Dicha escala está integrada por 30 Ítems que ofrecen 4 categorías de respuestas:

- 1) Totalmente en Desacuerdo.
- 2) Desacuerdo
- 3) De Acuerdo y
- 4) Totalmente de Acuerdo.

Once de los ítems se evalúan en forma inversa ( los ítems 2,3,4,6,7,13,14,16,17,22 y 27 ) y existen seis denominados “críticos” ( ítems 5,10,15,20,25 y 30 ), que resultan especialmente sensibles para la evaluación cualitativa de la ideación suicida.

La escala ISO30 permite evaluar las siguientes variables psicológicas: (ANEXO N°

1)

I. **Desesperanza**, Integrada por los Ítems

(2), (7), (12), (17), (22) y (27)

II. **Baja autoestima** Integrada por los ítems

(1), (6), (11), (16), (21) y (26)

III. **Incapacidad para afrontar emociones** Integrada por los ítems

(3), (8), (13), (18), (23) y (28)

IV. **Soledad y abatimiento, aislamiento y deterioro en vínculos sociales**

Integrada por los siguiente ítems

(4), (9), (14), (19), (24) y (29)

V. **Ideación suicida** Integrada por los ítems

(5), (10), (15), (20), (25) y (30)

En base al puntaje total obtenido y número de ítems críticos marcados con valores de 3 o 4, los estudiantes fueron ubicados en tres categorías:

- **Bajo Riesgo Suicida:** Aquel que obtiene un puntaje inferior a 30 y aquel que tiene menos de 3 ítems críticos con puntuación alta
- **Moderado Riesgo Suicida:** Una puntuación total comprendida entre 31 - 44, con 3 ítems críticos de con valores de 2 o 3 punto
- **Alto riesgo suicida:** Con un puntaje total o superior a 45 o tener un puntaje menor pero haber indicado con valores altos por lo menos 3 ítems críticos.

## 2.2.MARCO CONCEPTUAL

### 2.2.1. LA ADOLESCENCIA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al grupo adolescentes como la población comprendida entre los 10 a 19 años, por otro lado la Convención Internacional de los niños establece como adolescente aquellos que se ubican entre los 12 a 13 años.

En el largo periodo de crecimiento y desarrollo humano, la adolescencia constituye la última etapa antes de llegar a la madurez del adulto y una de estas peculiaridades es que de esta crisis debe surgir una persona madura que actúe como tal según las normas culturales predominantes en la comunidad y en el momento histórico para realizar su propia vida. Cada adolescente es un individuo. Sin embargo, hay numerosos factores comunes en el desarrollo que todos confrontan durante los años de la adolescencia. Se inician de manera acelerada cambios orgánicos, psicológicos y sociales, la edad promedio en que aparecen los primeros cambios es entre nueve y diez años para mujeres, entre once y doce para los varones, sin que la cifra sea un límite exacto. Todos ellos deben alcanzar su madurez psico-

social a los 21 a 22 años, pues la somato fisiología, juzgada como la capacidad de reproducir la especie.<sup>(46)</sup>

### 2.2.2. FASES DE LA ADOLESCENCIA

El transcurrir de la adolescencia pasa por varias etapas que, basándose en características etarias y de escolarización, se pueden dividir en tres fases bien diferenciadas (modificada de Berman et al 2000).

- **Adolescencia de cambios:**

Comprende entre los 10 a 13 años. Correspondiente a la pubertad en donde se hace referencia a los cambios que convierten al niño en un individuo sexualmente maduro y con capacidad reproductora; es un proceso eminentemente biológico desencadenado hormonalmente. Busca su independencia, se muestra ambivalente, muestra más interés por los círculos de amigos.

- **Adolescencia media:**

Comprende entre los 14 a 16 años de edad. Es un donde el adolescente alcanza pico de crecimiento. Cambios en la morfología corporal. Acné, olor corporal, menarquía y espermernarquía. Es esta fase el adolescente reivindica con gran fuerza su autonomía, por otro lado pierde la importancia de los amigos, se preocupa por exhibir sus destrezas.

- **Adolescencia tardía:**

Comprende entre los 17 a 19 años de edad. Caracterizado básicamente porque se enlentece el crecimiento del adolescente. Muestra independencia emocional aunque viven aún con sus padres; busca intimidad, asume compromisos, toma decisiones en relación a una profesión y el futuro.<sup>(47)</sup>

### 2.2.3. DESARROLLO CORPORAL

En términos fisiológicos, en ambos sexos es claro que antes de los cambios anatómicos ha habido durante varios años un aumento en la producción de hormonas sexuales. En ambos sexos aumenta la secreción de hormonas.<sup>(48)</sup>

El organismo del adolescente sufre cambios en el crecimiento debido a un aumento de la velocidad de crecimiento, secundario a los cambios hormonales que se producen. En los varones el crecimiento finaliza a los 18 años, mientras en las chicas el estirón puberal sucede antes y el crecimiento finaliza antes. <sup>(49)</sup>

#### **2.2.4. DESARROLLO PSICOSOCIAL**

Durante el periodo de la adolescencia se establece el final de la maduración psicológica, con patrones de conducta individualizados, donde los factores ambientales juegan un papel decisivo. En muchos Adolescentes este proceso provoca un conjunto de sensaciones controvertidas, como por ejemplo la dependencia paterna y la necesidad de autonomía, la no aceptación de una imagen corporal distorsionada, la necesidad de identificarse con una determinada forma de vida y de pensamiento, etc. Los problemas sociales han contribuido a que la adolescencia se haya transformado en un etapa cada vez más compleja, difícil de comprenderlos y difícil de resolver. Para ellos la mayor contradicción se plantea entre la necesidad psicológica de independencia y las dificultades para instrumentar conductas independientes en un medio social que los obligan a prolongar situaciones dependientes con respecto a los adultos. <sup>(50)</sup>

#### **2.2.5. FACTORES DE RIESGO**

Cuando se expone un tema a través de la concepción del enfoque de riesgo se hace alusión a una serie de conceptos fundamentales como los factores y conductas de riesgo. A continuación se mencionan algunos de los conceptos principales como parte del marco teórico del presente trabajo de investigación relacionado precisamente con la detección de factores de riesgo en adolescentes escolarizados. El enfoque de riesgo ha sido ampliamente utilizado en programas de atención primaria y tiende a centrarse en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico social. El suicidio por las OMS (2000) como un trastorno multidimensional y resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales

El siguiente esquema ejemplifica el pensamiento suicida en adolescentes. Comportamiento suicida en la adolescencia: Cuando se habla de los factores y

comportamientos de riesgo se analizan también los conceptos relacionados con los factores y conductas de protección. Se entiende a estos factores como la existencia de aspectos internos y externos en las personas que las protegen y las hace menos vulnerables a daños que afectan su bienestar y su desarrollo integral.

Se entiende por factores protectores a todos aquellos elementos, circunstanciales o personales, que posibilitan la salud integral, la calidad de vida y el desarrollo de una persona. Algunos de los elementos se denominan factores internos y radican en la persona misma (estima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía) y otros conocidos como factores externos, ubicados en distintos escenarios como la familia y la comunidad y a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños. Los factores de protección, dependen de los individuos y que los aleja de riesgos o daños <sup>(51)</sup>

- **Desesperanza**

La desesperanza es un factor importante ya que suele asociarse a sensación de soledad, desarraigo y falta de sentido de la vida, lo que origina planes e ideas suicidas.

Aproximadamente el 80% de los suicidios consumados son varones, con una mortalidad por suicidio de 2 a 3 veces superior a la de las mujeres, si bien se está produciendo un incremento paulatino de suicidios consumados entre las mujeres.

El intento de suicidio es mayor en la mujer que en el hombre en una proporción de 3 a 1 pero el suicidio consumado es mayor de 2 a 3 veces en el hombre que en la mujer. <sup>(52)</sup>

#### **2.2.6. DIMENSIONES DEL RIESGO SUICIDA**

- **DESESPERANZA.**

Estado de pérdida de la motivación, de la esperanza de alcanzar los sueños, una renuncia a toda posibilidad de que las cosas salgan bien, se resuelvan o mejoren. <sup>(53)</sup>

- **BAJA AUTOESTIMA.**

La autoestima es un estado emocional respecto a sí mismo que remite al proceso de autoevaluación de virtudes y defectos personales, es la dimensión valorativa



del auto concepto. La baja autoestima hace referencia a una subvaloración del auto concepto de una persona. <sup>(54)</sup>

- **INCAPACIDAD PARA AFRONTAR EMOCIONES.**

El control de las emociones consiste en comprenderlas y luego utilizar esta comprensión para transformar las situaciones, positivas y/o negativas en nuestro beneficio. Para Goleman, las dos habilidades primarias de la “autorregulación” y “autodominio”. La falta de una o ambas habilidades generará la incapacidad de afrontamiento de las emociones en los individuos. <sup>(55)</sup>

- **AISLAMIENTO SOCIAL (SOLEDADE Y ABATIMIENTO)**

Estado del sujeto que huye a todo contacto con otro, se separa de otros. Este estado resulta del desinterés por apatía o por un estado depresivo. El “aislamiento adolescente” como problema psicológico serio, define aquel joven que se siente abrumado por la propia sociedad e incapaz de cumplir los roles sociales que se espera de él, reaccionando con un aislamiento social. <sup>(56)</sup>

- **IDEACIÓN SUICIDA**

Conjunto de sentimientos, planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción. <sup>(57)</sup>

### **2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

El riesgo suicida es alto en la población adolescente escolar de la I.E.S. G.U.E. de la Ciudad de Juliaca en comparación con la población adolescente escolar de la I.E.S. Comercial 45 de la Ciudad de Puno en el año 2016.

## CAPÍTULO III

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

##### 3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación de acuerdo a la naturaleza del problema es cuantitativo de tipo Descriptivo, Comparativo; porque permitió identificar los comportamientos de riesgo suicida en adolescentes escolarizados, a su vez se realizará una comparación en ambos grupos en estudio. (Hernández Samper)

##### 3.1.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En esta investigación, se aplicó un diseño no experimental de corte transversal, el cual permitió la obtención en un solo momento de información respecto a la variable en estudio Comportamientos de Riesgo Suicida.

El diagrama utilizado fue el siguiente:



**Dónde:**

$P_A$  = Población adolescentes de la I.E.S. Comercial 45 – Puno

$P_B$  = Población adolescente de la I.E.S. G.U.E. José Antonio Encinas-Juliaca

- 0<sub>A</sub> = Comportamientos de riesgo suicida de los adolescentes de la I.E.S. Comercial 45 – Puno
- 0<sub>B</sub> = Comportamientos de riesgo suicida de los adolescentes de la I.E.S. Comercial 45- Puno.

### 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

#### 3.2.1. POBLACIÓN.

La población de estudio estuvo conformado por el 100% de estudiantes matriculados en el 4<sup>to</sup> año de secundaria de los colegios I.E.S. Comercial 45 Puno y G.U.E José Antonio Encinas-Juliaca

I.E.S. GENERO	I.E.S. Comercial 45	G.U.E José Antonio Encinas Juliaca	
	Población	Población	Total
FEMENINO	172	396	568
MASCULINO	73	244	317
TOTAL	245	640	885

#### 3.2.2. MUESTRA.

Para cada una de las instituciones educativas la muestra es calculada con la fórmula para poblaciones finitas, porque se conoce la población concretándose para cada uno en un cuadro simple.

Se obtuvo mediante una formula estadística que se señala a continuación:

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

**Dónde:**

N = Tamaño de la población

p = Probabilidad de éxito.....50%.....0.5

q = Probabilidad de fracaso.....50%.....0.5

e = Error muestral.....10%.....0.05

Z = Nivel de confianza.....95%.....1.96

**Hallando el estrato de I.E.S. Comercial 45 y I.E.S. José Antonio Encinas**

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5)(0,5)885}{(0,5)^2(885 - 1) + (1,96)^2(0,5)(0,5)}$$

$$n = \frac{849.6}{3.17}$$

$$n= 268$$

**Estratificando en ambos grupos**

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

$$Fh = \frac{268}{885}$$

$$Fh = 0.302$$

**Dónde:**

N = estrato = C45 y JAE

**Fh** = Fracción de estrato. El cual es una constante que se multiplicará por el número de elementos de cualquier estrato para obtener la muestra de cada estrato.

**N** = Fracción de estrato

**a.- Hallando la muestra para la I.E.S. Comercial 45**

$$N_{h(C45)} = (N_h)(f_h)$$

**Dónde:****N<sub>h</sub>** = Muestra de estrato de C45**N<sub>h</sub>** = Población total del estrato C45**F<sub>h</sub>** = Fracción de estrato

- **Hallando estrato de género femenino.**

$$N_{h(F)} = (N_h)(f_h)$$

$$N_{H(F)} = (172)(0.302)$$

$$N_{h(F)} = 51.95 = 52$$

- **Hallando estrato de género masculino.**

$$N_{h(M)} = (N_h)(f_h)$$

$$N_{H(M)} = (73)(0.302)$$

$$N_{h(M)} = 22$$

**TOTAL MUESTRA: Suma de varones y mujeres. 74****b.- Hallando la muestra para la I.E.S. G.U.E. José Antonio Encinas Juliaca**

$$N_{h(JAE)} = (N_h)(f_h)$$

**Dónde:****N<sub>h</sub>** = Muestra de estrato de J.A.E.**N<sub>h</sub>** = Población total del estrato J.A.E.**F<sub>h</sub>** = Fracción de estrato**Hallando estrato de género Femenino.**

$$N_{h(F)} = (N_h)(f_h)$$

$$N_{H(F)} = (396)(0.302)$$

$$N_{h(F)} = 119.5 = 120$$

- Hallando estrato de género Masculino.

$$N_{h(M)} = (N_{h}) (f_{h})$$

$$N_{h(M)} = (244) (0.302)$$

$$N_{h(M)} = 73.7=74$$

I.E.S.	COMERCIAL 45	G.U.E JOSÉ ANTONIO ENCINAS JULIACA
GENERO	MUESTRA	MUESTRA
FEMENINO	52	120
MASCULINO	22	74
TOTAL	74	194

### 3.2.3. CRITERIOS DE ELECCIÓN

#### 3.2.3.1. CRITERIO DE INCLUSIÓN.

- Que estén matriculados en el 4° grado.
- Asistan con regularidad a sus centros educativos.
- Que firmen el consentimiento informado.
- Edad entre los 15 y 19.

#### 3.2.3.2. CRITERIO DE EXCLUSIÓN.

- Adolescentes que no asistieron a labores académicas los días que se aplicará el cuestionario
- Adolescentes que no darán su consentimiento para ser parte de la investigación.

### 3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.3.1. TÉCNICAS.

La recolección de datos se utilizó la encuesta.

#### 3.3.2. INSTRUMENTO.

Para la evaluación del comportamiento de riesgo suicida se utilizó la Escala ISO 30 (Inventario de Orientaciones Suicidas, diseñado por King y Kowalchuk en 1994), que brinda la facilidad de evaluar 5 dimensiones, con 30 ítems en total. Por lo que permite una apreciación mucho más amplia haciendo uso de solo de un instrumento, evitando así el cansancio del adolescente al momento de la recolección de datos; integrado por 30 ítems que ofrecen 4 categorías de respuestas:

- 1). Totalmente en Desacuerdo,
- 2). Desacuerdo
- 3). De Acuerdo
- 4). Totalmente de Acuerdo.

En base al puntaje total obtenido y número de ítems críticos marcados con valores de 2 o 3, los estudiantes fueron ubicados en tres categorías:

- **Bajo Riesgo Suicida:** Aquel que obtiene un puntaje inferior a 30 y aquel que tiene menos de 3 ítems críticos con puntuación alta.

**Puntaje.**

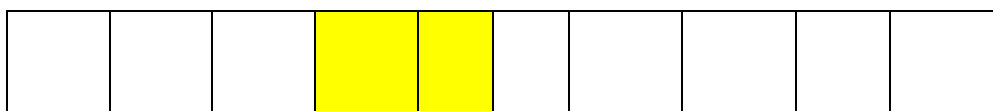
10    20    30    40    45    50    60    70    80    90



- **Moderado Riesgo Suicida:** Una puntuación total comprendida entre 31 - 44, con 3 ítems críticos de con valores de 2 o 3 puntos.

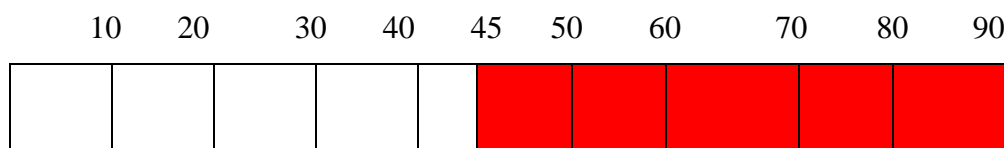
**Puntaje.**

10    20    30    40    45    50    60    70    80    90



- **Alto riesgo suicida:** Con un puntaje total o superior a 45 o tener un puntaje menor pero haber indicado con valores altos por lo menos 3 Ítems críticos.

**Puntaje.**



El instrumento constó de las siguientes partes:

- Título
- Instrucciones
- Datos de identificación
- Fecha de la obtención de datos
- Datos generales
- Datos específicos de las variables

**3.3.3. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.**

Se presentan resultados de un estudio psicométrico efectuado sobre el Inventario de Orientación Suicida - ISO – 30 (King & Kowalchuk, 1994), administrado a 642 adolescentes entre 13 y 20 años, alumnos de una escuela media pública de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Se trata de un instrumento de screening, que consta de 30 ítems que detectan la posible presencia de riesgo suicida. El análisis factorial aísla 5 factores que no responden exactamente a las especificaciones previstas en el diseño, pero que guardan coherencia con la propuesta teórica de base. Se verifican buenos resultados en cuanto a consistencia interna y a capacidad discriminativa de los reactivos. Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida

**3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**3.4.1. De la coordinación.**

- Se presenta por escrito una Solicitud al Director de la I.E.S. GUE José Antonio Encinas-Juliaca, con la finalidad de obtener autorización para la aplicación del test



en los estudiantes del 4º año de Secundaria.

- Se presenta por escrito una solicitud al Director de la I.E.S. Comercial 45-Puno, con la finalidad de obtener autorización para la aplicación del test en los estudiantes del 4º año de Secundaria

### 3.4.2. De la selección y obtención de la muestra

- Los estudiantes fueron seleccionados para la muestra tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, que se establecieron en la investigación
- Fueron tomados salones al azar.

### 3.4.3. De la aplicación del instrumento

- Para la aplicación del test, el investigador se constituyó en cada Institución Educativa Secundaria, en la hora coordinada, previamente con Director y/o tutoría. Antes de que los estudiantes llenaran el test, se les explicó la utilidad que tendría el test que llenarían y las consideraciones que debían tener al llenado.
- La entrega del cuestionario se realizó de manera individual, en el momento de la recolección de datos la investigadora permaneció junto los encuestados con la finalidad de disipar dudas.
- Finalizada la recolección de datos se agradeció la cooperación de los estudiantes.
- Finalmente los datos fueron procesados para su respectivo análisis e interpretación.

El instrumento permitirá evaluar la siguiente variable comportamiento de riesgo suicida y las siguientes dimensiones psicológicas:

I. **Desesperanza.** Integrada por los ítems

(2), (7), (12), (17), (22) y (27); Presencia de desesperanza, puntaje < igual a 9

II. **Baja autoestima.** Integrada por los ítems

(1), (6), (11), (16), (21) y (26) Presencia de baja autoestima, Puntaje > igual a 10

III. **Incapacidad para afrontar emociones.** Integrada por los ítems

(3), (8), (13), (18), (23) y (28); Presencia de incapacidad para afrontar emociones, puntaje > igual a 10

**IV. Soledad y abatimiento, aislamiento y deterioro en vínculos sociales.**

Integrada por los siguientes ítems

(4), (9), (14), (19), (24) y (29); Presencia de soledad y abatimiento, aislamiento y deterioro en vínculos sociales, puntaje > igual a 10

**V. Ideación suicida.** Integrada por los ítems

(5), (10), (15), (20), (25) y (30); Presencia de ideación suicida; puntaje > igual a 7

**3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS****3.5.1. ACCIONES:**

- Se codifica las hojas (los test llenados por los estudiantes), o CC “Código asignado a la I.E.S. Comercial 45-Puno” y JAE” Código asignado a la I.E.S. GUE José Antonio Encinas-Juliaca”
- Se realiza el vaciado de los datos a una base de información para el respectivo procesamiento, en el programa Microsoft Excel 2013.
- Se elabora cuadros porcentuales unidimensionales y bidimensionales.
- Se elabora gráficos para su mayor entendimiento
- Se utilizó análisis porcentual.

**3.5.2. ANÁLISIS DE DATOS**

El análisis e interpretación de los datos obtenidos se realizó utilizando la estadística descriptiva porcentual, cuya fórmula es:

$$P = \frac{X}{N}(100)$$

**Dónde:**

P: Porcentaje.

N: Tamaño de muestra.

X: Número de casos favorables.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. RESULTADOS

O.G.

TABLA 1

**COMPORTAMIENTOS DE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA  
I.E.S. COMERCIAL 45 - PUNO Y G.U.E. JOSÉ ANTONIO ENCINAS -  
JULIACA 2016**

COMPORTAMIENTOS	COMERCIAL 45		G.U.E. JAE JULIACA	
	N°	%	N°	%
<b>ALTO RIESGO SUICIDA</b>	28	<b>37.8</b>	61	<b>31.4</b>
<b>MODERADO RIESGO SUICIDA</b>	13	17.6	49	25.3
<b>BAJO RIESGO SUICIDA</b>	33	<b>44.6</b>	84	<b>43.3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100.0</b>	<b>194</b>	<b>100.0</b>

*FUENTE: cuestionario iso 30 diseñado por King y Kowalchuk en 1994. Aplicada en adolescentes escolarizados de la I.E.S. Comercial 45 Puno y G.U.E. José Antonio Encinas Juliaca 2016*

Tabla 1 se observa que el bajo riesgo suicida está representado por el 44.6% I.E.S. Comercial 45 -Puno y 43.3% en la I.E.S. GUE José Antonio Encinas – Juliaca; en alto riesgo suicida es representado por el 37.8% en la I.E.S. Comercial 45 - Puno y 31.4% en la I.E.S. GUE José Antonio Encinas - Juliaca; se encontró moderado riesgo suicida con un 13% en la I.E.S. Comercial 45 - Puno y 25.3% en la I.E.S. GUE José Antonio Encinas – Juliaca

O.E. 1

**TABLA 2**

**COMPORTAMIENTOS DE RIESGO SUICIDA  
POR GÉNERO EN ADOLESCENTES DE LA I.E.S. COMERCIAL 45  
PUNO Y G.U.E. JOSÉ ANTONIO ENCINAS JULIACA 2016**

I.E.S. COMPORTAMIENTOS	COMERCIAL 45				G.U.E. JAE JULIACA			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>ALTO RIESGO SUICIDA</b>	20	<b>38.5</b>	8	<b>36.4</b>	36	<b>30.0</b>	25	<b>33.8</b>
<b>MODERADO RIESGO SUICIDA</b>	8	15.4	5	22.7	28	23.3	21	28.4
<b>BAJO RIESGO SUICIDA</b>	24	<b>46.2</b>	9	<b>40.9</b>	56	<b>46.7</b>	28	<b>37.8</b>
<b>TOTAL</b>	52	100.0	22	100.0	120	100.0	74	100.0

*Fuente: cuestionario iso 30 diseñado por King y Kowalchuk en 1994. Aplicada en adolescentes escolarizados de la I.E.S. Comercial 45 Puno y G.U.E. José Antonio Encinas Juliaca 2016*

Tabla 2 se observa en la I.E.S. Comercial 45 - Puno, el 46.2% corresponde al bajo riesgo suicida femenino y el 40.9% al género masculino; el alto riesgo suicida está representado por el 38.5% en el género femenino seguido del género masculino con un 36.4%; en la categoría de moderado riesgo suicida el 22.7% afecta al género masculino y 15.4% al género femenino.

En la I.E.S. GUE José Antonio Encinas - Juliaca. Observamos que el 46.7% corresponde al bajo riesgo suicida en el género femenino y el 37.8% al género masculino. En cuanto a la categoría de alto riesgo suicida, evidenciamos que el 33.8% afecta al género masculino y un 30% al género femenino. En la categoría de moderado riesgo suicida, el 28.8% corresponde al género masculino y un 23.3% corresponde al género femenino.

O.E. 2

TABLA 3

**COMPORTAMIENTOS DE RIESGO SUICIDA**  
**POR EDAD EN ADOLESCENTES DE LA I.E.S. COMERCIAL 45**  
**PUNO Y G.U.E. JOSÉ ANTONIO ENCINAS JULIACA 2016**

I.E.S. COMPORTAMIENTOS	COMERCIAL 45				G.U.E. JAE JULIACA			
	15 Años		16 Años		15 Años		16 Años	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>ALTO RIESGO SUICIDA</b>	16	<b>37.2</b>	12	<b>38.7</b>	33	<b>32.4</b>	28	<b>30.4</b>
<b>MODERADO RIESGO SUICIDA</b>	9	20.9	4	12.9	24	23.5	25	27.2
<b>BAJO RIESGO SUICIDA</b>	18	<b>41.9</b>	15	<b>48.4</b>	45	<b>44.1</b>	39	<b>42.4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>	<b>31</b>	<b>100.0</b>	<b>102</b>	<b>100.0</b>	<b>92</b>	<b>100.0</b>

*Fuente: cuestionario iso 30 diseñado por King y Kowalchuk en 1994. Aplicada en adolescentes escolarizados de la I.E.S. Comercial 45 Puno y G.U.E. José Antonio Encinas Juliaca 2016*

Tabla 3 se observa por edad e institución educativa. En el grupo de 15 años de la I.E.S. Comercial 45 - Puno, el 41.9% se encuentra en la categoría de bajo riesgo suicida, el 37.2% en la categoría de alto riesgo suicida y el 20.9% en la categoría de moderado riesgo suicida. En relación al grupo de 16 años de la misma I.E.S. Encontramos que 48.4% de adolescentes se encuentra en la categoría de bajo riesgo suicida, el 38.7% presenta alto riesgo suicida y el 12.9% moderado riesgo suicida. En el grupo de 15 años de la I.E.S. GUE José Antonio Encinas - Juliaca. Observamos que el 44.1% presenta bajo riesgo suicida, el 32.4% se encuentra dentro la categoría de alto riesgo suicida y el 23.5% en la categoría de moderado riesgo suicida. En cuanto al grupo de 16 años, podemos mencionar que el 42.4% se encuentra dentro la categoría de bajo riesgo suicida, el 30.4% dentro del alto riesgo suicida, y el 27.2% presenta moderado riesgo suicida.

O.E. 3

**TABLA 4**

**DIMENSIONES DEL COMPORTAMIENTOS DE RIESGO SUICIDA EN  
ADOLESCENTES DE LA I.E.S. COMERCIAL 45-PUNO Y G.U.E.**

**JOSÉ ANTONIO ENCINAS JULIACA- 2016**

I.E.S DIMENSIONES	COMERCIAL 45 PUNO				TOTAL		G.U.E. JAE JULIACA				TOTAL	
	SI		NO				SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
DESESPERANZA	27	36.5	47	55.0	74	100.0	83	42.8	111	57.2	194	100.0
BAJA AUTOESTIMA	25	33.8	49	66.2	74	100.0	84	43.3	110	56.7	194	100.0
INCAPACIDAD DE AFRONTAR EMOCIONES	35	47.3	39	52.7	74	100.0	85	43.8	109	56.2	194	100.0
SOLEDAD Y ABATIMIENTO	26	35.1	48	64.9	74	100.0	81	41.8	113	58.2	194	100.0
IDEACIÓN SUICIDA	31	41.9	43	58.1	74	100.0	92	47.4	102	52.6	194	100.0

*Fuente: cuestionario iso 30 diseñado por King y Kowalchuk en 1994. Aplicada en adolescentes escolarizados de la I.E.S. Comercial 45 Puno y G.U.E. José Antonio Encinas Juliaca 2016*

Tabla 4 se muestra las dimensiones psicológicas del comportamiento de riesgo suicida. En la I.E.S. Comercial 45 - Puno, el 47.3% muestra incapacidad para afrontar emociones, el 41.9% manifiesta ideación suicida, el 36.5% presenta desesperanza, el 35.1% experimenta soledad y abatimiento, aislamiento y deterioro de vínculos sociales y el 33.8% se encuentra con baja autoestima.

En la I.E.S. GUE José Antonio Encinas - Juliaca el 47.4% tiene ideaciones suicida, el 43.8% presenta incapacidad para afrontar emociones y una baja autoestima, el 42.8% manifiesta desesperanza y el 41% pasa por momentos de soledad y abatimiento, aislamiento y deterioro de vínculos sociales.

## 4.2. DISCUSIÓN.

**Tabla 1.** Los resultados evidencian que un buen porcentaje de adolescentes de ambas instituciones educativas, reflejan un bajo riesgo suicida, el alto riesgo suicida ocupa el segundo lugar, con porcentajes significativos. Poniéndose en consideración que los adolescentes que se encuentran dentro del moderado riesgo suicida, corren el peligro de pasar a formar parte del grupo de adolescentes con alto riesgo suicida. Cabe señalar que el alto riesgo suicida representa una situación preocupante, que de no buscar medidas preventivas esta podría ir en aumento, pasando a un intento de suicidio y porque no decir a un suicidio consumado.

Revisando la literatura encontramos a Riquelme, quien hace mención en su libro a Rudd observó en un estudio que el 44% de los adolescentes “normales” reconocen haber tenido pensamientos suicidas. Además, en poblaciones de alto riesgo se han encontrado porcentajes muy superiores.

En el estudio realizado por Vilca Achata, sobre “Incidencia de riesgo suicida y su relación con la depresión en pacientes que acuden a consultorios externos del Hospital Carlos Mongue Medrano” Juliaca, encontró resultados semejantes pues determinó el 31.98% presentaban riesgo suicida, en términos generales.

Por otro lado, respecto al presente estudio, se hallaron resultados muy similares en Medellín, en una investigación realizada por Toro D.C, quien obtuvo como resultado, la prevalencia del riesgo suicida, entre 23% - 26.5%. Utilizando la Escala ISO 30. Dichos resultados se asemejan a los obtenidos en la presente investigación. No obstante, los presentes resultados difieren del estudio realizado por Casullo, quien en su libro “comportamientos suicidas en la adolescencia”, en el capítulo 4 hace mención de las actitudes de riesgo suicida, dicho autor realizó una investigación piloto aplicando la escala ISO30, obteniendo como resultados, en la categoría de alto riesgo suicida un 10.73%; posterior a la publicación de su libro realizo una investigación comparativa de cuatro ciudades de buenos aires, en donde obtuvo resultados de entre 11% a 13% en la categoría de alto riesgo suicida. Probablemente los resultados difieran, porque Argentina reporta mayores tasas de suicidio que el Perú.

Por lo tanto, en base a los resultados obtenidos, contraste con la teoría y comparación con otras investigaciones similares, podemos afirmar que el riesgo de suicidio en los adolescentes es una problemática latente que no lo podemos esquivar. De los adolescentes que presentan comportamientos de alto riesgo suicida, probablemente muchos de ellos lleguen a intentos de suicidio y porque no decir a suicidios consumados. Sin haber sido detectados a tiempo por las instituciones encargadas de la salud del Adolescentes. De aquí parte una interrogante, ¿Por qué tratar el problema real del suicidio, si se puede perfectamente prevenir a tiempo y evitar que se pierdan más vidas humanas de adolescentes que son el futuro de nuestro país?, ¿Por qué no ir al rescate de aquellos que gritan por ayuda en silencio? El profesional de Salud en especial el de Enfermería posee aquella herramienta perfecta para combatir los problemas de salud de la población, el cual viene a ser “la prevención y promoción de la salud”.

**Tabla 2.** Resultados demuestran que tanto el género femenino como masculino, de ambas instituciones educativas, se hallan en primer lugar dentro de la categoría de bajo riesgo suicida; seguido del alto riesgo suicida, en el que el género femenino obtuvo mayor porcentaje en la I.E.S. Comercial 45 - Puno a diferencia de la I.E.S. GUE José Antonio Encinas - Juliaca, en donde el porcentaje más alto en esta categoría la obtuvo el género masculino. En lo concerniente a la categoría de moderado riesgo suicida, en ambas instituciones educativas, el género masculino obtuvo porcentajes mayores al género femenino.

Mingóte J.C. Afirma que los para-suicidios suelen ser de predominio en mujeres, se realiza de modo impulsivo, no premeditado, público, y con un método no letal. Como desencadenante habitual suelen referir frustraciones afectivas y no se detectan trastornos psiquiátricos importantes; pero si una afectividad inestable, ansiosa, con baja tolerancia a la frustración y con una marcada hiperactividad somática.

En relación al tema, Casullo M.M, refiere que la variable género es una de las mejores predictores de intentos de suicidio. Numerosos estudios indican que las mujeres adolescentes tienen una probabilidad dos veces mayor que los varones de verse involucradas en ideaciones suicidas y están más expuestas a concretar para-suicidios que sus pares masculinos



Dentro del marco teórico encontramos también a Hawton K. Quien describe que en la mayor parte de los países donde se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres. Sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados En el estudio realizado por, Mosquera del Aquila A: “Perfil Epidemiológico de pacientes Hospitalizados por Intento de Suicidio en el Hospital Herminio Valdizán durante Febrero 2000 - Enero 2001” Lima; El 76.12% corresponde al sexo femenino y el 23.88% al sexo masculino; en ambos grupos atareos las mujeres fueron las más afectadas.

Luego de analizar la teoría y realizar la comparación con datos de otras investigaciones podemos afirmar que los comportamientos de riesgo suicida predominan en el género femenino, tal como hace mención Espealage; quien expone que la prevalencia según género (son más altas las que se refieren a suicidios concretados para los varones y a para-suicidios en las mujeres). Otra diferencia significativa según género indica que entre los hombres solicitar ayuda no se relaciona con la presencia de malestares emocionales, en tanto que entre las mujeres se encuentran síntomas depresivos e ideaciones suicidas. Por ello podemos hacer hincapié que las mujeres son las más susceptibles emocionalmente a diferencia de los varones

**Tabla 3.** Demuestra que entre las edades de 15 y 16 años, predomina con altos porcentajes el bajo riesgo suicida, seguido del alto riesgo suicida, observándose también que la población de adolescentes de Puno presenta mayor porcentaje de alto riesgo suicida en relación a los resultados encontrados en Juliaca. Otro dato importante es que el grupo de 15 años de edad presenta mayor porcentaje de alto riesgo suicida que el grupo de 16 años, esto encontramos en ambas instituciones educativas.

Revisando el marco teórico encontramos a: Mingóte J.C. Quien hace mención que el intento de suicidio es mucho más frecuente entre los adolescentes. En su libro cita a la OMS institución mundial que entre 1989 - 1992 realizó una investigación, en el que señala que las tasas de ideación suicida altas correspondían a adolescentes entre 15- 20 años para las mujeres y 19-24 años en varones.

Por otro lado, CervantesW; Hace mención que el aumento del suicidio en la adolescencia y el conocimiento sobre las circunstancias sociales, características personales y condiciones en general que anteceden o precipitan el acto suicida, han alcanzado un gran interés para los investigadores, precisamente cuando el suicidio ha llegado a convertirse en la segunda causa de muerte entre el grupo de 15 a 24.

Vasquez F. refiere que el patrón epidemiológico más frecuente de los intentos de suicidio corresponde a individuos jóvenes entre los 15 - 19 años de edad. Las cifras varían según los estudio, llegando hasta un 70.4%.

En tanto, Paz R. Describe que en los últimos 40 años las tasas de suicidio en la población de 15 - 19 años se han cuadruplicado.

Una investigación similar realizada por, Casullo M.M. Aplicando la Escala para la Detección de Adolescentes en Riesgo Suicida (ISO-30), a un total de 1297 estudiantes adolescentes de ambos sexos residentes en las provincias Argentinas de Catamarca, Tucumán, Buenos Aires y ciudad de Buenos Aires, con una edad promedio de 15 años. Se ha podido detectar un 11% de sujetos en alto riesgo suicida en los centros urbanos y un 13 % en localidades.

Mosquera del Aquila A: Realizó una tesis para optar el título Profesional de Especialista en Psiquiatría, titulado: “Perfil Epidemiológico de pacientes Hospitalizados por Intento de Suicidio en el Hospital Herminio Valdizán durante Febrero 2000 - Enero 2001” Lima obteniendo como resultado que el grupo más afectado fue la gente joven entre los 14 - 25 años correspondiendo el 58.21% de la muestra.

De la teoría revisada e investigaciones realizadas previos al presente estudio, se deduce que los resultados de la presente investigación, demuestran que realmente la edad más vulnerable viene a ser los adolescentes, en esta etapa los adolescentes experimentan múltiples cambios biopsicosociales, lo que les hacen más vulnerables antes situaciones externas que pudieran perjudicar su salud física y más aún su salud mental. Pudiendo desencadenar en un suicidio consumado

**Tabla 4.** Resultados obtenidos demuestran que en la I.E.S. GUE José Antonio Encinas - Juliaca, predomina en primer lugar la ideación suicida con porcentajes altos, mientras que en la I.E.S Comercial 45 - Puno encontramos la dimensión psicológica de incapacidad para afrontar emociones; el resultado tanto de la ideación suicida como la incapacidad de afrontar emociones vienen acompañados de la desesperanza, la baja autoestima, soledad y abatimiento, pudiéndose quizá considerarse a esta variables como co-ayudantes y/o influyentes, en el comportamiento de riesgo suicida.

Respecto a la ideación suicida. Campos, Considera que los individuos con mayor grado de ideación suicida tienen más probabilidades de intentar o cometer suicidio en relación con los que presentan menor grado de pensamiento suicida. Por lo que el conocimiento de la presencia de ideas suicidas y de factores asociados, permiten la actuación pronta sobre los mismos pueda prevenir el suicidio.

Carrasco O, refiere que el auto eficacia percibida es el producto de diversas fuentes: La persuasión social, la experiencia propia, la experiencia vicaria y el estado fisiológico y afectivo. Estas fuentes generan distintas percepciones de auto eficacia que actúan a través de procesos cognitivos, motivacionales, afectivos (ej. afrontamiento de situaciones estresantes, control de pensamientos negativos) y de selección de procesos. Todo ello, en definitiva, repercute en el funcionamiento humano y en el ajuste y adaptación del sujeto a su medio.

En relación a la dimensión de baja autoestima. Riquelme A. Refiere que los adolescentes con baja autoestima tienden a tener mayor ideación suicida. La autoestima parece ser una variable que media entre la falta de proximidad familiar y la ideación suicida, por lo que dichos autores la consideran una importante variable interviniente. En tanto la dimensión valorativa del auto concepto, estaría más apropiadamente enlazada con la familia y otras interacciones de carácter íntimo. Cuando la autoestima es mayor, la ideación suicida es menor; en tanto si la autoestima es menor la ideación suicida es mayor

Por otro lado, Carbajal C, Describe que el déficit de habilidades sociales está asociado con gran número de problemas de internación, como baja autoestima,

depresión, fobia social, conducta negativista, antisocialidad y comportamiento adictivo

Undiks A. La adolescencia es un periodo crítico, durante el cual la necesidad de recibir apoyo, así como el tipo de apoyo necesitado, pasa por cambios dramáticos dado que los adolescentes comienzan alejarse de sus padres y a orientarse hacia sus pares. Durante esta etapa se comienza a articular un repertorio de identidades sociales, siendo la tarea principal formar nuevas redes sociales que reflejen estas nuevas identidades. El adolescente participa activamente en la formación de su red social.

Por mi parte el ingreso de los jóvenes a grupos donde se les ofrezca aceptación es clave en la realización personal, por ello, el no encontrar un grupo afín o ingresar a un grupo negativo puede ser un factor agravante o detonante del suicidio, por lo que se debe tomar en cuenta a la hora de mencionar habilidades que promuevan su prevención que la soledad es un problema de salud pública que por sus consecuencias físicas, mentales y sociales Las personas que sufren de soledad no quieren reconocerse como “solas”, debido a que experimentan sentimientos de vergüenza o dificultad para superar el aislamiento.

## CONCLUSIONES

### **PRIMERA:**

Los comportamientos de riesgo suicida en adolescentes escolarizados de ambas instituciones educativas secundarias en estudio, revelan altos porcentajes en la categoría de bajo riesgo suicida, en ambas instituciones educativas.

### **SEGUNDA:**

Tanto el género femenino como masculino, de ambas instituciones educativas, obtuvieron mayores porcentajes en la categoría de bajo riesgo suicida; sin embargo en la categoría de alto riesgo suicida, el género femenino de la I.E.S. Comercial 45- Puno, obtuvo mayor porcentaje a diferencia de la I.E.S. GUE José Antonio Encinas - Juliaca, en donde el porcentaje más alto de esta categoría la obtuvo el género masculino.

### **TERCERA:**

Las edades de 15 y 16 años, presentan bajo riesgo suicida, seguido del alto riesgo suicida. Por otro lado el grupo de 15 años de edad presenta mayor porcentaje de alto riesgo suicida que el grupo de 16 años, en la población de adolescentes Puno.

### **CUARTA:**

Dimensión psicológica que predomina en los adolescentes de la I.E.S. Comercial 45- Puno, es la incapacidad de afrontar emociones, seguido de la ideación suicida; en la I.E.S. GUE José Antonio Encinas – Juliaca, predomina la ideación suicida, seguido de la incapacidad de afrontar emociones.

### **QUINTA:**

A la hipótesis planteada, el riesgo suicida es alta en la población adolescente en ambas instituciones, I.E.S, Comercial 45- Puno y I.E.S. GUE José Antonio Encinas - Juliaca.

## RECOMENDACIONES

### **A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS SECUNDARIAS COMERCIAL 45 - PUNO Y GRAN UNIDAD ESCOLAR JOSÉ ANTONIO ENCINAS – JULIACA:**

- Coordinar con el programa del Adolescente y salud mental de la RED de salud correspondiente, para la evaluación de comportamientos de riesgo en adolescentes, a inicio de las labores académicas. En las que se puedan identificar a quienes presenten riesgos que pudieran no beneficiar a la salud mental del adolescente. Puesto que teniendo un diagnóstico personalizado de salud mental en los estudiantes, permitirá la realización de talleres, para fortalecer, prevenir y/o, mejorar la salud mental de los mismos, de acuerdo a los riesgos que presenten.
- Promover la capacitación de docentes, para alertar conductas/comportamientos de riesgo en adolescentes que se encuentran bajo su dirección.

### **A LOS EGRESADOS Y ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:**

- Realizar investigaciones sobre el comportamiento de riesgo suicida relacionándolos con otras variables, pudiendo ser con la familia, estrato social entre otros.
- Ampliar la presente investigación en otras realidades (otras provincias), para tener datos estadísticos sobre el comportamiento de riesgo suicida en población adolescente en general.
- Realizar estudios comparativos en otras instituciones educativas, aplicando la Escala ISO 30 (Inventario de Orientaciones Suicidas, diseñado por King y Kowalchuk en 1994).

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. OMS. Comunicado de prensa. Perú en estadísticas. Noticias e Información Pública [en línea] 2000 julio 5 [fecha de acceso 25 de SETIEMBRE del 2016]; Disponible en:  
<http://www.who.int/chil-adolescent-health/topics/prevention-care/adolescent/es/index.html>.
2. OMS, Guía para el diseño implementación y Evaluación de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones. Ginebra 2005.
3. MINSA. Suicidio en el Perú, [en línea] 2006 5 enero [fecha de acceso 20 de setiembre del 2016], Disponible en:  
<http://www.minsa.gob.pe/com/prensa/notadeprensa.aspcodigo=2865.año=2006>
4. Vásquez E. Intento de suicidio en Adolescentes. Boletín Informativo. Bolivia Clínica. Hospital 2010.
5. Kaplan; Sinopsis de Psiquiatría. 7º Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 2010.
6. National Adolescent Health Information Center. 2004 Fact sheet on suicide: adolescent young adults. San Francisco: University of California; 2004.
7. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Lima Metropolitana. Lima: IESM HD-HN; 2009.
8. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors and approaches to prevention. *Pediatr Drugs* 2003;
9. Serfaty E: Suicidio en la adolescencia. *Adolescencia Latinoamericana* 2011.
10. Serpa S. Caso Clínico Emergencias Psiquiátricas. Intervención Inicial en Suicidio. En: *Gestión del Cuidado con Evidencia Científica. “Universalizando el Lenguaje Enfermero” NANDA-NOC-NIC Lima - Perú Octubre del 2010.*
11. Diario Andina. Intento de Suicidio, 2008 5 agosto [fecha de acceso 12 de Siembre del 2010] Disponible en:  
[http://7 www.andina.com.pe/español/noticia.aspx?id=5RWTTzkTYCA=.](http://7 www.andina.com.pe/español/noticia.aspx?id=5RWTTzkTYCA=)
12. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of populationbased studies. *Clin Psychol Rev* 2004.

13. Toro D.C.; Paniagua R.E.; González C. M. “Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio” Medellín. 2006.
14. Cruz C. F. Roa F.V. Intento Suicida en Niños y Adolescentes y la Intervención en crisis. Chile, 2005.
15. Osorio Castillo L. Relación Entre El Intento Suicida Y La Conducta Antisocial en una muestra de Estudiantes En Nivel Medio Y Medio Superior De La Ciudad De México 2001.
16. Mosquera del Aquila A. “Perfil Epidemiológico de pacientes Hospitalizados por Intento de Suicidio en el Hospital Herminio Valdizán durante Febrero 2000 - Enero 2001” UNMSM Lima-Perú 2003.
17. Paredes P, Castro, Orbegoso R, Oswaldo y Rosales T, Paul. “Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima, 1995-2004. [en línea], oct. /dic. 2006, [fecha de acceso 12 de Siembre del 2010
18. Martorell C. “Factores de riesgo y características socio culturales en pacientes con intento de suicidio” en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno 2007
19. Vilca A.E. “Incidencia de Riesgo Suicida y su Relación con la depresión en pacientes que acuden a consultorios externos del Hospital Calos Mongue Medrano”. Juliaca 2001
20. «Los adolescentes que son víctimas de acoso escolar pueden sufrir traumas prolongados». Consultado el 2 de mayo de 2016
21. Ros M.S. “Conducta Suicida” Arán Ediciones, S.A. Madrid 2008
22. Cervantes, W. Meló E. “El suicidio en Adolescentes: Un problema en crecimiento” Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Magdalena DUAZARY, 2º Semestre del 2008
23. Martínez C. “Suicidio logia” [en línea] 2007 Agosto 7 [fecha de acceso 25 de octubre del 2016] disponible en: <http://www.suicidologia.org.ar/?!.2.->
24. Casullo, M.M., Bonaldi, P. Fernández Liporace, M. Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte. Buenos Aires: 2010
25. Riquelme A. El suicidio en Adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida Universidad de Murcia, Servicios de Publicaciones UEDIC, España 2004
26. Sanz, M.J. Mar domingo. “Psiquiatría del niño y adolescente. Ediciones Díaz Santo S.A. Madrid – España 2009



27. Mingote J.C. Jiménez M. A. Suicidio, Asistencia clínica. Guía práctica de psiquiatría médica. Madrid - España Ediciones Díaz de Santos S.A. 20014
28. Stuart G.W. Laraia M. Enfermería Psiquiátrica Principios y práctica 8ª Edic. Editorial Elzevir España S.A. 2009
29. Hawton K. Género y Suicidio, diferencia entre mujeres y hombres. Br J Psiquiatría; España 2008
30. Ros Montalbán. S. "Conducta Suicida" Arán Ediciones, S.A. Madrid 2010
31. Vásquez F. Estudio del intento de suicidio en emergencia del 1NSM "HD"2000
32. Unidad Familiar en Enfermería 15 Setiembre 2005 en:  
[http://www.mmsa.gob.ni/enfermeria/doc\\_inter/umdad\\_familiar.pdf](http://www.mmsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/umdad_familiar.pdf)
33. Web De Psicología y Medicina. Familias Disfuncionales [en línea] 2006 Julio [fecha de acceso 20 de Octubre del 2016] disponible en:  
[http://www.cepvi.com/articulos/familias\\_disfuncionales.shtml](http://www.cepvi.com/articulos/familias_disfuncionales.shtml)
34. Palacios D.J.; Andrade P.P. Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. Revista de Educación y Desarrollo, 7. Octubre-diciembre de 2016.
35. Koeske, G; Koeske, R. The buffering effect of social support on parental stress. American jornal of orthopsyquiatry, Washington 2011
36. Estévez, R. y Aravena, R. Conocidos, amigos y salud mental: "la red personal y las transiciones de la vida adulta." Revista de Psiquiatría, 2003
37. Undiks, A.; Soto, V.; Seglar, H.; Rodríguez, M. & Vega, P. Juventud urbana y exclusión social. Humanista, Buenos Aires. Argentina 2012
38. Carrasco O. Evaluación de la auto eficacia en niños y adolescentes" Psicothema ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG 2002.
39. Hidalgo, M. D., Méndez, F. X. & Inderbitzen, H.M. the Teenage Inventory of Social Skills: Reliability and validity of the Spanish translation (Brief Report). Jornal of Adolescente, 2003.
40. Unidad familiar en enfermeria- 2003
41. Carvajal C.G. Soledad en la adolescencia: análisis del concepto Aquí chan, Vol. 9, Núm. 3, -sin mes, Universidad de La Sabana Colombia diciembre 2009
42. Brenes, V, Zúñiga. Trazando el Camino, 9º edit. Guía para el docente, 1º Edición. San José, Costa Rica, 2011
43. Vélez L. Abatimiento [en línea] 15 Setiembre 2016

<http://www.tipete.com/userpost/salud-y-medicina/depresion-> 2010

44. es - Argentina. Editorial. S.A. Castro Barros. 2000
45. Comportamiento Suicida, Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento, México Editorial Max. México 2014
46. OPS. La salud de Adolescente y del joven. Publicación Científica N° 552. E.U. A. 2012
47. Freyre E. La salud del adolescente. Aspectos médico sociales. Consejo Nacional de la Ciencia y Tecnología Perú 2011
48. Redondo F.C., Galdo Muñoz G., García Fuentes M. Atención al Adolescente. España Editorial Publican 2008
49. OPS La familia su dinámica y tratamiento. Washington 2003
50. Programa de Salud Escolar y Adolescente. Lima 2001
51. Campos C R. M. Construcción de un instrumento para detección de factores de riesgo suicida en adolescentes. Costa Rica 2009.
52. Wiener J. Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. MASSON S. A. 2006. Barcelona España.
53. Ohring R, Apter A, Ratzoni G, Weizman R, Tyano S, Plutchik R: State and trait anxiety in adolescent suicide attempters. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000
54. Perales A, Sogi C. Conductas suicidas en estudiantes de medicina. Rev Psiquiatría Perú 2000.
55. Pfeiffer C, Normandin L, Kakuma T: Suicidal children grow-up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001.
56. Peterson B, Zhang H, Santa Lucía R, King R, Lewis M: Risk factors for presenting problems in child psychiatric emergencies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009
57. Retamal P, Reszczyński C, Orto M, Ojeda Y, Medina P: Aspectos generales del suicidio en Chile. Bol Host San Juan de Dios 2001

## **ANEXOS**

**ANEXO 1**

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE**

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍNDICE
	<p><b>DESESPERANZA</b></p> <p>Deseo de escapar de algo que uno considera que es un problema insoluble y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro.</p>	<p>Hay muchas posibilidades para mí de ser Feliz en el futuro.</p> <p>Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.</p> <p>Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales</p> <p>Aun cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar</p> <p>Siento que tengo control sobre mi vida.</p> <p>Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser</p>	<p>TD</p> <p>D</p> <p>A</p> <p>TA</p>
	<p><b>BAJA AUTOESTIMA</b></p> <p>Poco amor por mismo, el desencadena</p>	<p>Yo debo ser un soñador/a, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan</p> <p>Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa.</p> <p>Siento que me mintieron, ya que la vida no es justa en absoluto</p> <p>Tengo cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.</p> <p>Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto</p> <p>Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad. Nadie me amaría si realmente me conociese bien.</p>	<p>TD</p> <p>D</p> <p>A</p> <p>TA</p>
<p><b>COMPORTAMIENTO DE RIESGO SUICIDA</b></p> <p>Situación que va unida a una probabilidad de autolesión.</p>	<p><b>INCAPACIDAD PARA AFRONTAR EMOCIONES</b></p> <p>Dificultad para hacer frente a situaciones desagradables</p>	<p>Generalmente pienso que aun los peores sentimientos desaparecen</p> <p>Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo.</p> <p>Aun cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.</p>	<p>TD</p> <p>D</p> <p>A</p> <p>TA</p>

Van...

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍNDICE
		<p>Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.</p> <p>Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.</p> <p>Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).</p>	
	<p>SOLEDAD Y ABATIMIENTO, AISLAMIENTO Y DETERIORO EN VÍNCULOS SOCIALES.</p> <p>Sentimientos negativos que generalmente experimentan los adolescentes</p>	<p>Ante un fracaso, confié en que las personas con las que me relaciono, no perderán las esperanzas en mí.</p> <p>Ítem N° 9 escala ISO 30. Creo que causo problemas a la gente que está a mí alrededor</p> <p>Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.</p> <p>Siento como que no pertenezco a ningún lado</p> <p>Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer</p> <p>Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar</p>	<p>TD</p> <p>D</p> <p>A</p> <p>TA</p>
	<p>IDEACIÓN SUICIDA</p> <p>Son procesos cognitivos y afectivos que tiene relación con el deseo por la vida</p>	<p>Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto</p> <p>Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución</p> <p>Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida</p> <p>Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas</p> <p>Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirse</p> <p>Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría</p>	<p>TD</p> <p>D</p> <p>A</p> <p>TA</p>

## ANEXO 2

ESCALA ISO 30 (Inventario de Orientaciones Suicidas, diseñado por King y Kowalchuk en 1994).

N°	VARIABLES PSICOLÓGICAS	TD	D	A	TA
1	Yo debo ser un soñador/a, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan				
2	Hay muchas posibilidades para mí de ser Feliz en el futuro				
3	Generalmente pienso que aun los peores sentimientos desaparecen				
4	Ante un fracaso, confié en que las personas con las que me relaciono, no perderán las esperanzas en mí.				
5	Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto.				
6	Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa.				
7	Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.				
8	Y o debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo.				
9	Creo que causo problemas a la gente que está a mí alrededor.				
10	Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución				
11	Siento que me mintieron, ya que la vida no es justa en absoluto.				
12	Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.				
13	Aun cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.				
14	Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.				
15	Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida				
16	Tengo cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.				

Van...

N°	VARIABLES PSICOLÓGICAS	TD	D	A	TA
17	Aun cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar				
18	Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.				
19	Siento como que no pertenezco a ningún lado				
20	Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.				
21	Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.				
22	Siento que tengo control sobre mi vida.				
23	Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.				
24	Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.				
25	Para sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirse				
26	Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad. Nadie me amaría sí realmente me conociese bien.				
27	Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.				
28	Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).				
29	Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.				
30	Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría.				
TOTAL					

LEYENDA:

TD = Totalmente en Desacuerdo

D = Desacuerdo

A = De Acuerdo

TA = Totalmente De Acuerdo

## ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

## CUESTIONARIO

CÓDIGO : ( ) FECHA : / / 2016

EDAD : ( ) SEXO : (F) (M)

Instrucciones: A continuación encontraras una lista de enunciados, los cuales deberás leerlos detenidamente y relacionarlos con tu persona, para luego asignarle un valor a cada enunciado.

## MARCA CON UNA X:

TD = Si estas Totalmente en Desacuerdo

D = Si estas en Desacuerdo

A = Si estás de Acuerdo

TA = Si estas Totalmente de Acuerdo

“La sinceridad y la franqueza son valores esenciales, al responder el presente cuestionario” Marca:



ESCALA ISO 30 (Inventario de Orientaciones Suicidas, diseñado por King y  
Kowalchuk en 1994)

N°	VARIABLES PSICOLÓGICAS	TD	D	A	TA
1	Yo debo ser un soñador/a, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan				
2	Hay muchas posibilidades para mí de ser Feliz en el futuro				
3	Generalmente pienso que aun los peores sentimientos desaparecen				
4	Ante un fracaso, confié en que las personas con las que me relaciono, no perderán las esperanzas en mí.				
5	Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto.				
6	Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa.				
7	Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.				
8	Y o debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo.				
9	Creo que causo problemas a la gente que está a mí alrededor.				
10	Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución				
11	Siento que me mintieron, ya que la vida no es justa en absoluto.				
12	Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.				
13	Aun cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.				
14	Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.				
15	Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida				
16	Tengo cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.				
17	Aun cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar				

Van...

N°	VARIABLES PSICOLÓGICAS	TD	D	A	TA
18	Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.				
19	Siento como que no pertenezco a ningún lado				
20	Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.				
21	Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.				
22	Siento que tengo control sobre mi vida.				
23	Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.				
24	Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.				
25	Para sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirse				
26	Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad. Nadie me amaría sí realmente me conociese bien.				
27	Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.				
28	Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).				
29	Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.				
30	Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría.				
TOTAL					

LEYENDA:

TD = Totalmente en Desacuerdo

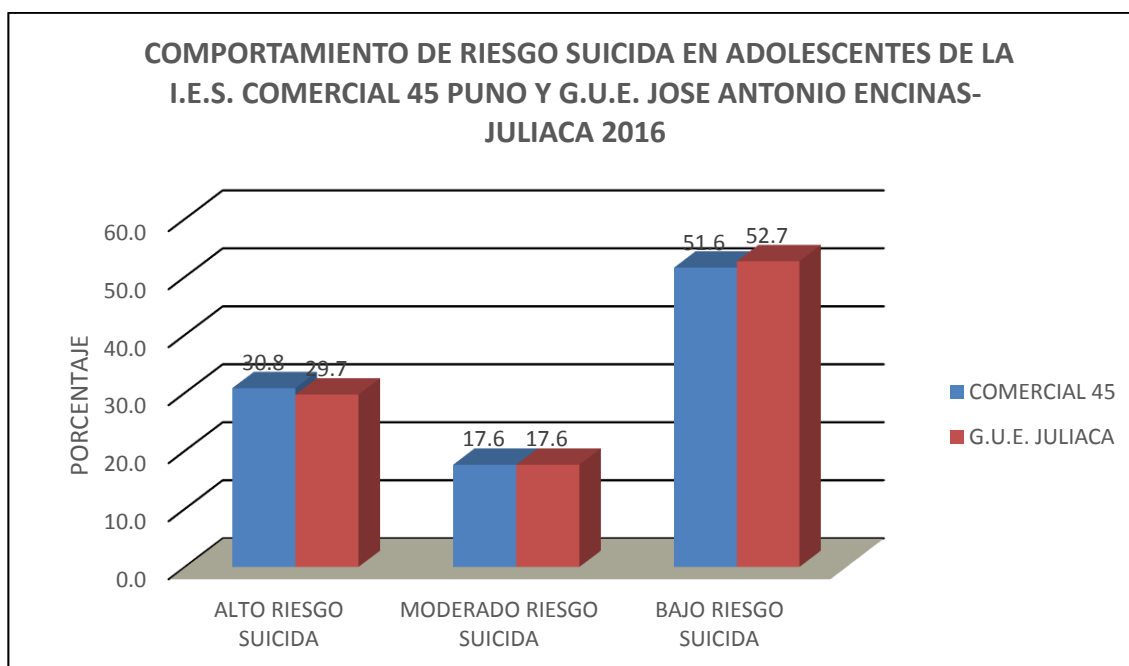
D = Desacuerdo

A = De Acuerdo

TA = Totalmente De Acuerdo

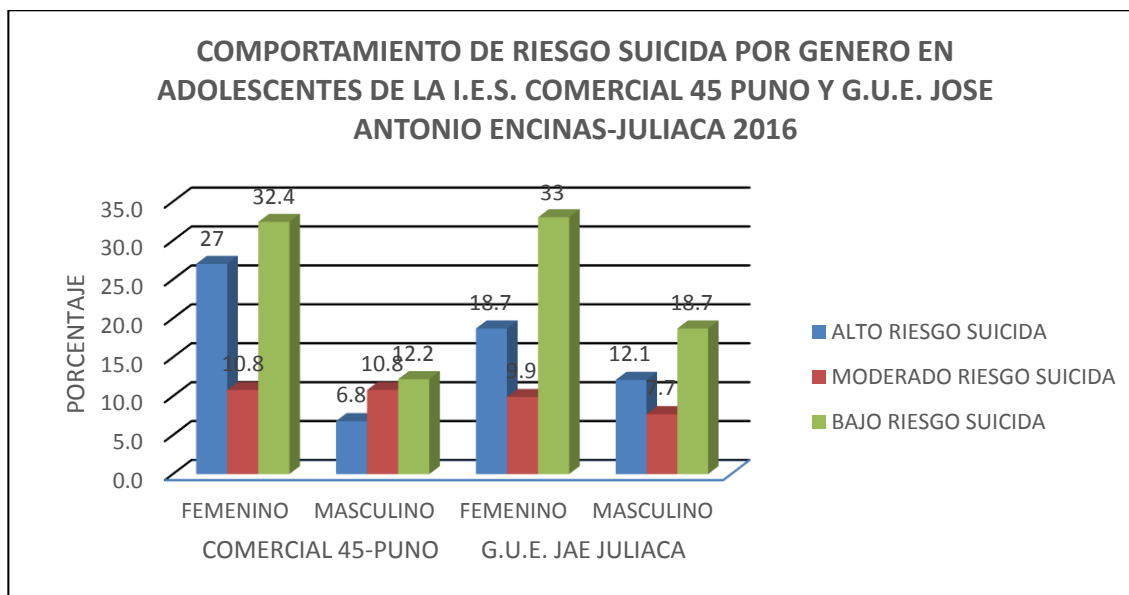
ANEXO 4

GRÁFICO 1



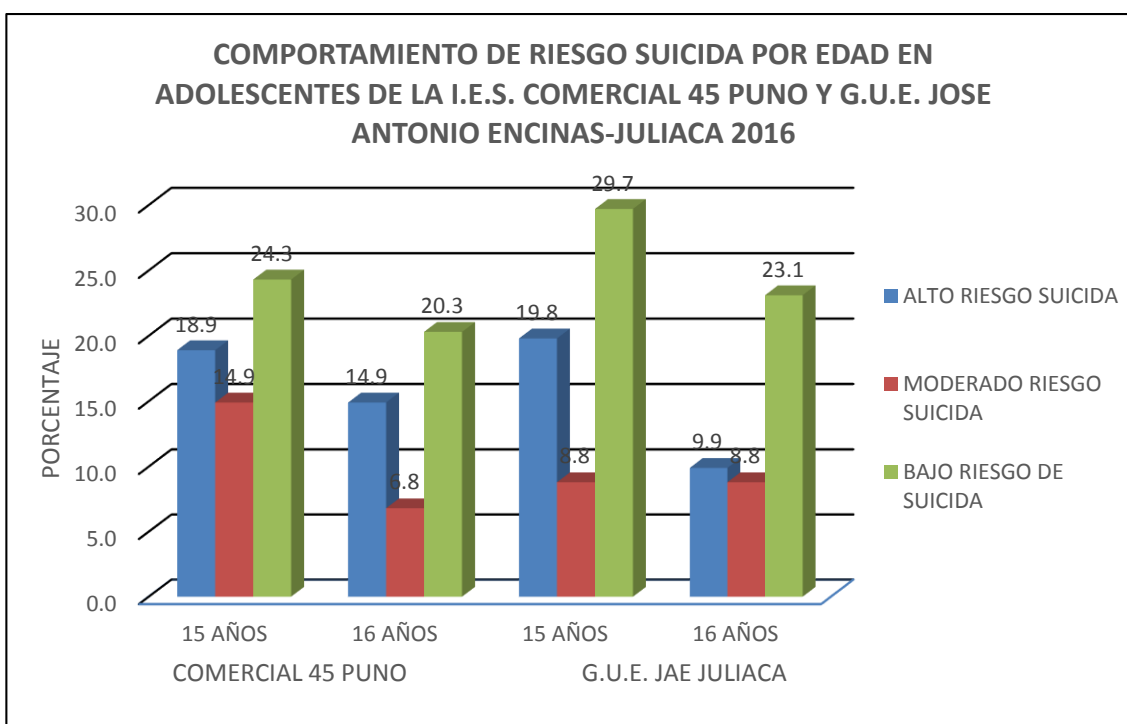
FUENTE: CUESTIONARIO ISO 30 DISEÑADO POR KING Y KOWALCITUK EN 1994. APLICADO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA I.E.S. COMERCIAL 45 PUNO Y G.U.E. JOSÉ ANTONIO ENCINAS JULIACA 2016

GRÁFICO 2



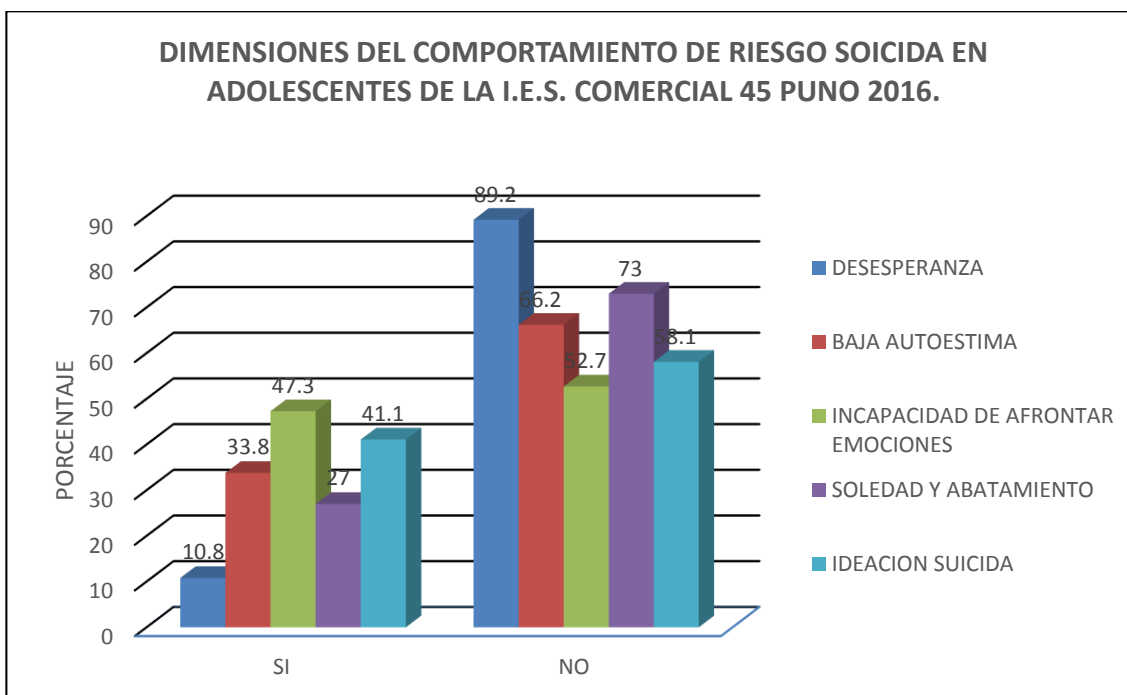
FUENTE: CUESTIONARIO ISO 30 DISEÑADO POR KING Y KOWALCITUK EN 1994. APLICADO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA I.E.S. COMERCIAL 45 PUNO Y G.U.E. JOSÉ ANTONIO ENCINAS JULIACA 2016

GRÁFICO 3



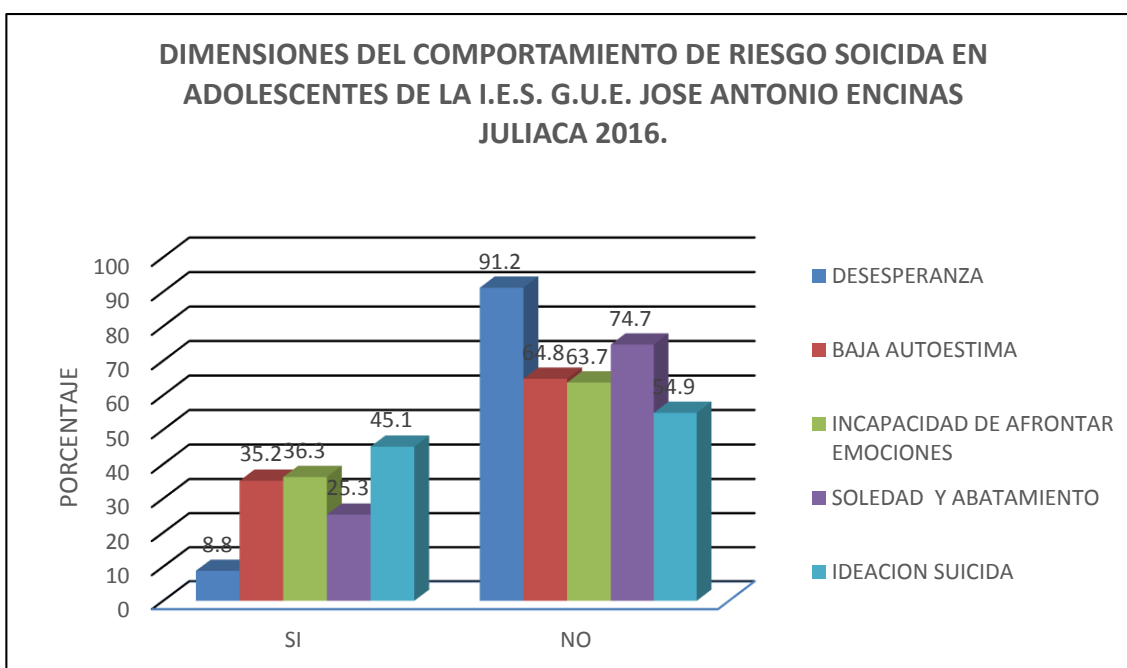
FUENTE: CUESTIONARIO ISO 30 DISEÑADO POR KING Y KOWALCITUK EN 1994. APLICADO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA I.E.S. COMERCIAL 45 PUNO Y G.U.E. JOSÉ ANTONIO ENCINAS JULIACA 2016

GRÁFICO 4-A



FUENTE: CUESTIONARIO ISO 30 DISEÑADO POR KING Y KOWALCITUK EN 1994. APLICADO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA I.E.S. COMERCIAL 45 PUNO Y G.U.E. JOSÉ ANTONIO ENCINAS JULIACA 2016

**GRÁFICO 4-B**



FUENTE: CUESTIONARIO ISO 30 DISEÑADO POR KING Y KOWALCITUK EN 1994. APLICADO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA I.E.S. COMERCIAL 45 PUNO Y G.U.E. JOSÉ ANTONIO ENCINAS JULIACA 2016

# EVIDENCIA

***I.E.S COMERCIAL 45 EMILIO ROMERO PADILLA, UBICADA EN JR.  
CARABAYA CON CALLE TACNA DE LA CIUDAD DE PUNO***



*Fuente: cuestionario iso 30 diseñado por King y Kowalchuk en 1994. Aplicada en adolescentes escolarizados de la I.E.S. Comercial 45 Puno y G.U.E. José Antonio Encinas Juliaca 2016*

***Entrega del cuestionario aplicado por parte de los estudiantes en presencia del sub  
director Prof. Wilfredo bizarro I.E.S Comercial 45 Puno***



*Fuente: cuestionario iso 30 diseñado por King y Kowalchuk en 1994. Aplicada en adolescentes escolarizados de la I.E.S. Comercial 45 Puno y G.U.E. José Antonio Encinas Juliaca 2016.*

***I.E.S. GRAN UNIDAD ESCOLAR JOSÉ ANTONIO ENCINAS, UBICADA EN  
LA AV. CIRCUNVALACIÓN Y JR. LAMBAYEQUE DE LA CIUDAD DE  
JULIACA***



*Fuente: cuestionario iso 30 diseñado por King y Kowalchuk en 1994. Aplicada en adolescentes escolarizados de la I.E.S. Comercial 45 Puno y G.U.E. José Antonio Encinas Juliaca 2016*

***Explicación y llenado del cuestionario I.E S. G.U.E JAE. Juliaca***



*Fuente: cuestionario iso 30 diseñado por King y Kowalchuk en 1994. Aplicada en adolescentes escolarizados de la I.E.S. Comercial 45 Puno y G.U.E. José Antonio Encinas Juliaca 2016*