

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Nivel de riesgo suicida en la población adolescente
escolar de la I.E. N° 3051 del AA.HH. El Milagro de
Lima Metropolitana e I.E. N° 21554 del Centro Poblado
Palpa - Huaral, Lima, 2011**

TESIS :

para optar el Título Profesional de: Licenciada en Enfermería

AUTOR :

Esther del Rosario Cerna Sánchez

ASESOR :

Esmeralda Vicenta Cortéz Vásquez

Lima – Perú

2011

**NIVEL DE RIESGO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
ESCOLAR DE LA I.E. N° 3051 DEL AA. HH. EL MILAGRO DE LIMA
METROPOLITANA E I.E. N° 21554 DEL CENTRO POBLADO
PALPA-HUARAL, LIMA 2011**

Agradezco al Señor mi Dios por haberme dado la oportunidad de vivir y de estudiar.

Agradezco a mi querido Papito quién me guía y cuida desde el cielo, y a mí amada familia por estar siempre junto a mí y brindarme su amor incondicional.

Agradezco a Renesth porque con su amor impulsó mis fuerzas para seguir adelante con esta investigación.

Agradezco a mi asesora la Lic. Esmeralda Cortéz Vásquez por brindarme sus conocimientos y experiencias para la realización de esta investigación.

Agradezco a mis queridos profesores de la UNMSM, por brindarme una educación de calidad a nivel personal y profesional .

Agradezco a los adolescentes escolares que participaron de este estudio de investigación.

Agradezco a mis
queridos amigos de la
universidad a quién
siempre llevaré en
mi corazón.

ÍNDICE

INDICE DE CUADROS

ÍNDICE DE GRAFICOS

RESUMEN

SUMARY

PRESENTACIÓN

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	15
A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
C. OBJETIVOS	18
D. JUSTIFICACIÓN	19
E. PROPÓSITO	20
F. MARCO TEÓRICO	21
F.1. Antecedentes	21
F.2. Base Teórica	26
1. Suicidio	26
2. Adolescencia	44
3. Rol de la Enfermera en la Salud Mental del Adolescente	47
G. HIPÓTESIS	50
H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	50
CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODOS	51
A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO	51
B. SEDE DE ESTUDIO	51

C. POBLACIÓN Y MUESTRA	52
D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	53
E. RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS	54
F. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	54
G. CONSIDERACIONES ÉTICAS	55
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIONES	56
A. PRESENTACIÓN DE TABLAS Y/O GRÁFICOS	56
B. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS	57
CAPITULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	68
A. CONCLUSIONES	68
B. LIMITACIONES	69
C. RECOMENDACIONES	69
Referencia Bibliográfica	
Bibliografía	
Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
TABLA N° 1	57
NIVEL DE RIESGO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA - LIMA 2011	
TABLA N° 2	59
NIVEL DE RIESGO SUICIDA SEGÚN CONDUCTAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR DE LA I.E. 3051 DEL AA.H. EL MILAGROE I.E. 21554 PALPA-HUARAL - LIMA 2011	
TABLA N° 3	62
NIVEL DE RIESGO SUICIDA SEGÚN SEXO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR DE LA I.E. 21554 DEL CENTRO POBLADO PALPA-HUARAL E I.E. 3051 DEL AA.HH. EL MILAGRO DE LIMA MTROPOLITANA - LIMA 2011	
TABLA N° 4	64
NIVEL DE RIESGO SUICIDA SEGÚN EDAD EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR DE LA I.E. 21554 DEL CENTRO POBLADO PALPA-HUARAL E I.E. 3051 DEL AA.HH. EL MILAGRO DE LIMA MTROPOLITANA - LIMA 2011	

NIVEL DE RIESGO SUICIDA SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR DE LA I.E. 21554 DEL CENTRO POBLADO PALPA-HUARAL E I.E. 3051 DEL AA.HH. EL MILAGRO DE LIMA MTROPOLITANA - LIMA 2011

RESUMEN

Debido a las exigencias sociales y las características propias de la adolescencia; los problemas psicoafectivos en esta población vulnerable han ido aumentando exorbitantemente. Estos problemas conllevan a los adolescentes a adoptar conductas autodestructivas como intentos suicidas y suicidios. Una problemática que se presenta a diario en las instituciones educativas es que los adolescentes se aíslan del resto de sus compañeros, se sienten inferiores a los demás, y a la mínima provocación actúan violentamente por lo que los profesores se preguntan qué hacer ante ello, cuál es la causa. En ese sentido este fenómeno y sus consecuencias son un problema que tiene un gran impacto negativo a nivel personal, familiar y social. Es por ello que se decidió realizar la investigación titulada “Nivel de riesgo Suicida en la población adolescente escolar de la I.E. N° 3051 del AA. HH. El Milagro de Lima metropolitana e I.E. N° 21554 del Centro Poblado de Palpa-Huaral Lima, 2011” que tiene como objetivo: Determinar el nivel de riesgo suicida en la población adolescente escolar de la I.E. N° 3051 del AA. HH. El Milagro de Lima metropolitana e I.E. N° 21554 del Centro Poblado de Palpa-Huaral Lima, 2011. El presente estudio es de tipo cuantitativo-transversal, de nivel aplicativo y método descriptivo. Los datos fueron recolectados mediante el instrumento ISO 30 (Inventario de Orientación Suicida), previo consentimiento durante el mes de noviembre del 2011. Analizándose e interpretándose los datos obtenidos durante la investigación se concluyó que los adolescentes de la I.E. 3051 del AA.HH. El Milagro de Lima Metropolitana presenta un nivel alto de riesgo suicida en comparación con los adolescentes de la I.E. 21554 Palpa-Huaral.

Palabras claves: Riesgo suicida, Adolescentes escolares.

SUMMARY

Due to the social requirements and the characteristics of adolescence psycho problems in this vulnerable population have increased exorbitantly. These problems lead to adolescents adopt self-destructive behavior towards its self-harm and / or self-elimination. A problem that occurs daily in educational institutions is that teens are isolated from the rest of their peers, they feel inferior to others, and the slightest provocation act violently so that teachers are wondering what to do about it, what is the cause. In that sense this phenomenon and its consequences is a problem that has a major negative impact at personal, family and society. Hence the concern to know and analyze the level of suicide risk in adolescent school population of the school. N° 3051 metropolitan Lima and the school N° 21554 Town Center Huaral Palpa-Lima, 2011. This study is a quantitative, cross-application level and method descriptive. Data were collected by the instrument ISO 30 (Inventory of Suicide Orientation), consent for the month of September, December 2011. Analyzed and interpreted the data obtained during the investigation concluded that the adolescents of the school N° 3051 have a high suicide risk in adolescents compared with the school N° 21554.

Keywords: suicide risk, school teenagers.

PRESENTACIÓN

El suicidio es un problema de salud pública global, en particular en adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años de edad), constituyéndose como la segunda causa de muerte en un gran número de países. En este grupo etario la tasa de mortalidad por suicidio se ha incrementado, en comparación con el resto de grupos, en los últimos 40 años alcanzando la cifra de 14,2 por 100 000 personas en varones y 12 por 100 000 personas en mujeres a nivel mundial. El suicidio es considerado como el acto consciente de aniquilación autoinducida, en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas, este proceso se inicia con la idea de suicidarse, luego pasa por el intento de suicidio hasta concluir con la muerte autoinfligida, es decir, el suicidio consumado.

El riesgo suicida es considerado como un fenómeno, que se presenta en personas con diferente género, edad, cultura, clase social, entre otras. Las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de interés por la vida hasta la planificación de un acto de autoeliminación, pasando por deseos más o menos intensos de muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva. La ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio, por lo que se considera de vital importancia su identificación de manera precoz.

En la población peruana se calcula que existen 2,7 millones de personas entre 15 y 24 años que presentan conductas suicidas, un estudio realizado por Pablo Cano en la Amazonia del Perú con 530 adolescentes de 12 a 19 años, mostró que el 33.6% de la muestra, presentó por lo

menos un cuadro del espectro ideación suicida. El 31.3% ha deseado morir, 21.1% pensó en quitarse la vida y 18.1% de los encuestados ya intentó suicidarse en algún momento.

Los adolescentes con conductas suicidas constituyen una población diversa, que se encuentra conformada por estudiantes de secundaria, estudiantes preuniversitarios, estudiantes universitarios; cada uno con diferencias culturales, físicas, biológicas, sociales, psicológicas ; pero con las mismas características que emanan de su edad; tanto hombres y mujeres pugnan por definir una identidad distinta a la de sus padres, lidiando con asuntos de género y su sexualidad emergente, y tomando decisiones por primera vez en sus vidas constituyéndolos en una población vulnerable para enfrentar situaciones difíciles, debido a todos los factores de riesgo que presentan .

La situación actual alrededor de las conductas del adolescente que contribuyen al riesgo suicida, se han convertido en un grave problema de Salud Pública, esto requiere de una rápida intervención, que incluya promoción de la salud mental del adolescente, la prevención, atención y control de conductas de riesgo suicidas que es tarea primordial de los agentes de la salud que se desenvuelven en el primer nivel de atención, con la participación intersectorial; es decir del trabajo en conjunto de profesionales de salud del primer nivel de atención, profesores, padres de familia, y los medios de comunicación.

Debido a esta situación y a la escasa existencia de investigaciones sobre conductas de riesgo suicida y suicidio en nuestro país, es que se

plantea el desarrollo de esta investigación; a fin de plantear una propuesta preventiva promocional.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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 es la segunda causa de muerte en la población de 15 a 24 años (adolescentes y adultos Jóvenes) a nivel mundial (1). En este grupo etario la tasa de mortalidad por suicidio se ha incrementado, en comparación con el resto de grupos etarios, 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 entre 15 y 24 años que presentan estas conductas autodestructivas (2).

La conducta suicida es un proceso complejo en el que intervienen múltiples factores, constituyendo un espectro de manifestaciones o cuadros que van en un *continuum* (3), 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 (4). 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 (5). Las ideas suicidas pueden comprender desde

pensamientos de falta de valor de la vida hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos de muerte y, en algunos casos, de intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva (6).

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 la misma, 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 intentar suicidarse, es decir; presentan una serie de factores de riesgo que hace que adopten con facilidad conductas autodestructivas (7). Esta etapa es considerada una etapa dolorosa en la que el adolescente por los cambios producidos en él, presenta ansiedad y depresión, esto hace que exista la tentativa latente 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» y aquél que realmente lo lleva a cabo (8).

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 (9). Debemos tener en cuenta que las cifras con las que contamos y que son señaladas anteriormente podrían ser mayores; debido a que las estimaciones epidemiológicas se fundamentan en registros oficiales, que son subregistros de la realidad; y

éstos no suelen registrar suicidios consumados, porque no todos son notificados, mucho menos los intentos suicidas, por lo que la prevalencia e incidencia estimada de esta problemática no es exacta; ya que el suicidio es considerado un acto indebido y vergonzoso para la persona que lo comete y para su familia, ocultando estos hechos, evitando acudir a las instituciones públicas de salud para no ser identificados, impidiendo la notificación del fenómeno (10).

Debido a la problemática del suicidio que experimenta nuestra sociedad y a que es cada vez más creciente en la etapa de la adolescencia, es de suma importancia realizar estudios de investigación que permitan contar con datos fidedignos acerca de la prevalencia e incidencia de estas conductas lo que permitirá identificar la tendencia a la vida o a la muerte de estos individuos. Por ello desde una perspectiva preventivo-promocional la enfermera como agente comunitario de salud que promueve el cuidado de las personas, más aún en etapas de vida vulnerables como la adolescencia, ve necesario la realización de esta investigación en la I.E. 3051 que se ubica en una zona urbanomarginal de Lima metropolitana y en la I.E. 21554 que se ubica en Palpa-Huaral zona rural de Lima; ya que en ambas se han presentado casos de adolescentes que han intentado suicidarse, por diversos factores propios de la sociedad donde se desarrollan.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de riesgo suicida en la población adolescente escolar de la I.E. N° 3051 del AA. HH. El Milagro de Lima metropolitana e I.E. N° 21554 del Centro Poblado de Palpa-Huaral Lima, 2011?

C. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar las diferencias en el nivel de riesgo suicida en la población adolescente escolar de la IE N° 3051 del AA. HH. El Milagro de Lima Metropolitana e I.E.N° 21554 del centro poblado de Palpa-Huaral, Lima 2011.

Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de riesgo suicida en la población adolescente escolar de la IE N° 3051 del AA. HH. El Milagro de Lima Metropolitana e I.E.N° 21554 del centro poblado de Palpa-Huaral, Lima 2011.
- Describir los niveles de riesgo suicida según conductas en la población adolescente escolar de la IE N° 3051 del AA. HH. El Milagro de Lima Metropolitana e I.E.N° 21554 del centro poblado de Palpa-Huaral, Lima 2011.
- Identificar la relación del nivel de riesgo suicida según sexo, edad y grado de escolaridad en la población adolescente escolar de la IE N° 3051 del AA. HH. El Milagro de Lima Metropolitana e I.E.N° 21554 del centro poblado de Palpa-Huaral Lima, 2011.

D. JUSTIFICACION

El suicidio en adolescentes es una problemática cada vez más creciente en nuestro país, ya que se encuentran en una etapa llena de contradicciones que sumado a situaciones adversas a las cuales consideran difíciles de afrontar, los conlleva a tomar decisiones como el suicidio; ya que es la única solución que encuentran a sus problemas y/o es la única manera de llamar la atención y pedir ayuda; según estudios epidemiológicos realizados por el INSM Honorio Delgado Hideyo Noguchi en Lima Metropolitana en el 2009, se encontró importantes indicadores suicidas en adolescentes, estando presente la ideación suicida en un 16,1% de la población y con un 3% que había intentado suicidarse alguna vez; otro estudio epidemiológico encontró deseos de morir en algún momento entre el 16% y 24,4% de adolescentes siendo las zonas urbanas populares como el Rímac, Santa Anita y la zona urbana de Magdalena las más afectadas. Debido a los pocos estudios sobre suicidio en zonas rurales y al poco acceso a los servicios de salud mental, se decidió hacer la presente investigación en Palpa (Centro poblado de la provincia de Huaral); ya que también se identificaron ahí casos de intentos suicidas.

Uno de los objetivos del Desarrollo del Milenio está encaminado a Mejorar la salud mental de la población como derecho fundamental de la persona, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano. El MINSA establece dentro del Plan Concertado de Salud para el 2011, que el 70% de personas con algún problema mental mejoren su estado; señalando como principales intervenciones el fortalecimiento de la oferta de los servicios de salud mental en el primer nivel de atención, el diseño y aplicación de mecanismos, instrumentos y

procedimientos para la mejora continua de la calidad de atención de la salud mental, de dicha manera se contribuirá activamente al cumplimiento del objetivo señalado.

La enfermera como gestora de los cuidados desempeña una gran labor en el sector salud y educativo; ya que cumple un rol importante en la prevención del suicidio , la promoción de la salud mental y en la protección de riesgos en poblaciones vulnerables como la constituida por los adolescentes, siendo imprescindible la investigación de esta problemática para obtener datos estadísticos reales que permitan ver la dimensión real del problema y su abordaje, como actividades preventivo-promocionales y de protección de riesgos a fin de contribuir a la disminución de la morbimortalidad causada por este fenómeno.

E. PROPOSITO

El propósito de este estudio es brindar información a través de los resultados que se obtengan a las autoridades del sector educación y salud; y a la vez que se tomen como sustento científico para el desarrollo de programas de intervención en salud mental del adolescente para prevenir el suicidio; también permitirá que las acciones preventivas se focalicen en grupos de riesgo con sus problemas específicos para obtener mejores resultados y asimismo permitirá la creación de bases estadísticas y el acceso a esta información como antecedente para posteriores trabajos de investigación.

F. MARCO TEÓRICO

F.1 Antecedentes

Huapaya Cáceres Diana Beatriz, realizó el estudio sobre FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE 3ER, 4TO Y 5TO AÑOS DE SECUNDARIA DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DEL CONO ESTE DE LIMA-2009. Se planteó como *Objetivos*: Establecer si la sintomatología depresiva, disfunción familiar, abuso de alcohol, conducta antisocial y problemas de pareja son factores asociados a la ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to año de secundaria de instituciones educativas públicas del Cono Este de Lima. ***Materiales y métodos***: Estudio transversal, analítico. Se aplicó a 321 escolares una encuesta estructurada tipo cuestionario para ser autoadministrada, separada en 6 secciones: disfunción familiar, depresión, ideación suicida, rasgos disociales, riesgo alto de alcoholismo y conflicto de pareja. ***Resultados***: El 83,1% presentó bajo nivel de ideación suicida, 14,3% nivel medio y 2,6% nivel alto. Con el análisis multivariado la depresión y la edad de 16 a 19 años demostraron tener asociación significativa con la ideación suicida.

“Los resultados del presente estudio demuestran que existe asociación significativa entre la ideación suicida con la sintomatología depresiva y el rango de edad de 16 a 19 años. Los síntomas depresivos presentes fueron el factor de riesgo más fuertemente asociado en el actual estudio, avalando lo encontrado en la mayoría de trabajos alrededor de la ideación suicida”. (11)

Cano Pablo, Gutiérrez César, Nizama Martín, realizaron el estudio sobre TENDENCIA A LA VIOLENCIA E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ESCOLARES EN UNA CIUDAD DE LA AMAZONÍA PERUANA se plantearon como *Objetivos:* Determinar la prevalencia de la ideación suicida y su asociación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros, en adolescentes escolares. *Materiales y métodos:* Estudio transversal analítico, realizado en la ciudad amazónica de Pucallpa, Perú, en marzo-abril de 2008. Se aplicaron preguntas sobre tendencia a la violencia e ideación suicida del cuestionario de salud mental adaptado. La muestra fue seleccionada sistemáticamente, fueron 530 adolescentes de 12 a 19 años en los tres más grandes colegios de la ciudad. *Resultados.* El 31,3% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 21,1% pensó en quitarse la vida y el 18,1% intentó suicidarse alguna vez, con mayoría en mujeres y en el grupo de 15 a 19 años. La tendencia a la violencia se expresó en pensamiento en 51,7% y en conducta violenta en 18,7% de la muestra.

“Existe alta prevalencia de ideación suicida y, haber pensado en quitarse la vida se asoció con haber presentado conducta violenta dirigida hacia otro. Rastrear y tratar a adolescentes violentos puede contribuir a la disminución de la violencia y también del riesgo de suicidio”. (12)

Muñoz Jerson, Pinto Verónica, Héctor, Callata Napa Nilton, Perales Alberto, realizaron el estudio sobre IDEACIÓN SUICIDA Y COHESIÓN FAMILIAR EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS ENTRE 15 Y 24 AÑOS, LIMA 2006 se plantearon como *Objetivos:* Determinar la prevalencia de ideación suicida y su asociación con el pertenecer a familias de muy bajos y muy altos niveles de cohesión familiar en estudiantes entre 15 y 24 años del Centro Preuniversitario de la

Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CEPUSM). **Materiales y métodos:** Estudio transversal analítico, se aplicó un cuestionario autoadministrado formado por la subescala de cohesión familiar *del Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III* y cinco preguntas sobre conducta suicida del Cuestionario de Salud Mental adaptado. Se seleccionaron aleatoriamente 1500 estudiantes de una población de 4500 del CEPUSM, divididos en adolescentes (15 - 19 años) y adultos jóvenes (20 - 24 años). **Resultados:** Prevalencias de vida: 48% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 30% ideación suicida, 15% elaboró un plan suicida y 9% intentó suicidarse. La prevalencia de ideación suicida fue 15% en el último año y 6% en el último mes. Las familias fueron, según el nivel de cohesión familiar, desligada (22%), separada (32%), conectada (31%) y amalgamada (15%). Al asociar ideación suicida y familia desligada se obtuvo un OR de 2,17 (IC95 1,26-3,74) en adolescentes y 1,35 (IC95 0.21-8.64) en adultos jóvenes. Se identificaron otros factores de riesgo en ambos subgrupos como el antecedente familiar de intento suicida y el hecho de vivir solo.

“Existe una prevalencia elevada de ideación suicida en estudiantes entre 15 y 24 años del CEPUSM y está asociada”. (13)

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:* Detectar 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

descriptivo-correlacional- 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 Paclín 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)”. (14)

Ventura Juncá Raúl, Carvajal César, Egaña Josefina, Garib María José, Undurraga Sebastián, Vicuña Pilar, realizaron el estudio sobre PREVALENCIA DE IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO DE CHILE, 2007. *Objetivos:* Determinar la prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes entre 14 y 19 años en una muestra representativa de la Región Metropolitana (RM); y Analizar la asociación entre sexo, edad y tipo de colegio versus ideación e intento suicida. **Materiales y métodos:** El diseño de este trabajo fue de carácter transversal, retrospectivo, descriptivo e incluyó comparaciones con las distintas variables independientes. Se evaluó a 1.590 alumnos de primero a cuarto de media que asistieron a clases el día de la aplicación de los instrumentos. Se utilizó una encuesta auto aplicada, anónima y voluntaria, la cual se dividía en dos partes. La primera contenía la escala de depresión de Zung y la segunda constaba de cinco preguntas para evaluar distintos niveles de

suicidalidad. **Resultados:** Los resultados obtenidos en este estudio sobre la prevalencia de ideación suicida es 59,7% e intento suicida de 18,8% en adolescentes de la RM. En cuanto a las diferencias por sexo, del total de ellas, 71% ha tenido ideación suicida y 26% ha intentado quitarse la vida. Con respecto a los hombres, 49% del total ha presentado ideación suicida y 12% ha cometido un intento de suicidio. En la distribución de suicidalidad entre las distintas edades se observa que la incidencia más alta de ideación grave ocurre a los 15 años, un año antes que la mayor frecuencia de intentos suicidas (16 años). Al comparar los resultados por tipo de colegio (municipal, subvencionado y privado), la ideación es bastante mayor en los colegios municipales (66,3%) y subvencionados (69,4%) que en los privados (46,3%).

“Los resultados del presente estudio muestran que existe mayor ideación suicida que intento suicida por parte de los adolescentes; además que la mayor prevalencia de suicidalidad la tienen las adolescentes que por lo general tienen 15 años de edad y son de escuelas municipales y subvencionados”. (15)

Bella Mónica, Fernández Ruth y Willington José, realizaron el estudio sobre INTENTO DE SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: DEPRESIÓN Y TRASTORNO DE CONDUCTA DISOCIAL COMO PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES, 2009. *Objetivo:* Describir la frecuencia de los trastornos mentales y del comportamiento que presentan los niños y adolescentes con intentos de suicidio e identificar el método de autoagresión utilizado y los antecedentes psicopatológicos previos. **Materiales y método:** Estudio transversal, en base a entrevistas clínicas a 41 niños y adolescentes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital de Niños de Córdoba. **Resultados:** El método de autoagresión

más utilizado fue la ingesta de psicofármacos ($p < 0,0001$) y los antecedentes psicopatológicos previos más prevalentes fueron los intentos de suicidio previos y el trastorno de conducta disocial ($p < 0,0001$) en los niños y adolescentes hospitalizados por intentos de suicidio. Las patologías más frecuentes en los intentos de suicidio fueron la depresión (29,27%) y el trastorno de conducta disocial (24,39%).

“Los niños y adolescentes con intento de suicidio presentaron antecedentes psicopatológicos previos y trastornos mentales de importancia, como depresión y trastorno de conducta disocial, que requieren tratamientos y seguimientos sanitarios oportunos para evitar consecuencias de mayor gravedad. El método más utilizado para el intento de suicidio fue la ingesta de psicofármacos”. (16)

F.2 Base Teórica

1. Suicidio

1.1 Epidemiología del Suicidio

a) Epidemiología del Suicidio en el Mundo

El suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 24 años de edad a nivel mundial, después de accidentes y homicidios. En este mismo grupo, los intentos de suicidio oscilan entre 1 millón y 2 millones anualmente. Actualmente la mayoría de los suicidios se dan entre personas que oscilan entre los 15 a 44 años de edad. (17)

b) Epidemiología del Suicidio en el Perú

En el Perú, el 32% de la población ha pensado alguna vez en su vida en suicidarse, y entre los principales motivos en personas adultas, figuran problemas de pareja y con la familia, mientras que en adolescentes la causa principal son los conflictos con los padres, revelaron estudios epidemiológicos de Salud Mental realizados en diferentes regiones de nuestro país (18). Según el Ministerio de Salud (MINSA), el rango de edad de personas suicidas (casos consumados) está entre los 15 a 40 años, la mayoría de los cuales son hombres. Asimismo, se estima que son las mujeres las más vulnerables a presentar problemas depresivos y a ser víctimas de violencia familiar. Por esta razón, el registro de intentos de suicidios tiene una mayor afectación en mujeres cada vez más jóvenes, las cifras también indican que hoy en día los niños y adolescentes constituyen una población con alto riesgo.

c) Epidemiología del Suicidio en Adolescentes

El suicidio de adolescentes y adultos jóvenes ha pasado a constituir un problema importante de salud pública. Su incidencia se ha triplicado en los países occidentales en los últimos treinta años, y está entre la segunda y tercera (12%) de las causas de muerte de jóvenes de 15 a 19 años de edad. Entre los factores precipitantes en conductas suicidas en niños, se describen los problemas de rendimiento y conductas escolares, las discusiones con familiares o amigos, los desengaños amorosos, y el abuso físico o sexual. (19)

La adolescencia, como etapa de desarrollo de todo individuo, es una etapa dolorosa en que el joven pasa por cambios difíciles que le producen ansiedad y depresión. Por esto, la tentativa del suicidio es una

de las conductas más significativas del adolescente. Por el contexto depresivo que la envuelve, la tentativa de suicidio plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis durante la adolescencia.

La manipulación de la idea de muerte en el joven suele ser frecuente; sin embargo, hay que distinguir entre el adolescente que piensa en el suicidio, inclusive como una idea «romántica», y aquél que realmente lo lleva a cabo.

Durante esta etapa, el adolescente se siente muy inseguro en razón de su desarrollo corporal, por otro lado, durante la adolescencia, el individuo abandona gran parte de sus ideas e imágenes infantiles, tan importantes para él durante todo su desarrollo anterior. De esta manera el intento suicida puede ser la representación de su trabajo de duelo. (20)

1.2 Definición de Suicidio

Se llama suicidio, a toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado. (21)

Es “el acto consciente de aniquilación autoinducida, la cual es generada por el sufrimiento multidimensional de una persona vulnerable, que percibe este acto como la mejor solución para sus problemas”. (22)

La OMS lo define como el acto deliberado por el que un sujeto se causa la muerte, con conocimiento y/o expectativa de un desenlace fatal.

El suicidio es un acto realizado con premeditación; ya que para la persona que intenta realizarlo o lo ha realizado es la mejor salida a un problema o una crisis que le causa un sufrimiento intenso. Se asocia a frustración o necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperanza y desamparo, conflictos ambivalentes entre la supervivencia y una tensión insoportable, una disminución de las alternativas, y una necesidad de escapar.

1.3 Conducta Suicida.

Son todos aquellos comportamientos autodestructivos, que se realizan los individuos con el objetivo de causarse lesiones o la muerte así mismos de una manera consciente o inconsciente. Esta Conducta debe ser estudiada desde una triple categorización. (23)

1.3.1 Categorías de la Conducta Suicida

a) Ideaciones Suicidas:

Son aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinflingida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir, es decir, son los pensamientos y planes para llevar a cabo un acto suicida.

b) Parasuicidios (Gestos o Actitudes suicidas)

Se denomina así al conjunto de planes y actos de tipo suicida que tienen pocas probabilidades de éxito. Ese tipo de mensajes deben ser considerados como peticiones de ayuda que requieren una cuidadosa evaluación y un tratamiento encaminado a aliviar el sufrimiento y prevenir la repetición de intentos suicidas; ya que estos pueden culminar en la muerte.

c) Suicidio

Acto que tiene como consecuencia la muerte incluyendo las muertes que son resultado directo o indirecto (accidentes de tránsito, huelgas de hambre, el rechazo a tomar una medicación necesaria) de comportamientos ejecutados por la propia víctima la que es consciente de la meta a lograr. (24)

1.3.2 Riesgo Suicida

Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida, esta conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma, se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos. Para que exista riesgo suicida, deben coincidir, al menos un factor de cada dimensión. (25)

1.4 Factores del Riesgo Suicida

a) Factores culturales y sociodemográficos

El bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo, debido al impacto psicológico que tiene sobre los individuos.

El crecimiento individual de cada persona se une con la tradición cultural colectiva; los adolescentes que carecen de raíces culturales tienen marcados problemas de identidad y carecen de un modelo para la resolución de conflictos. En algunas situaciones de estrés pueden recurrir a comportamientos autodestructivos tales como el intento de suicidio o el suicidio.

Los atributos de inconformismo de género y las cuestiones de identidad relativas a orientación sexual debido a la inestabilidad emocional, constituyen también un factor de riesgo para los comportamientos suicidas.

Los niños y los adolescentes que sufren algún tipo de exclusión social, ya sea a nivel familiar, escolar tienen serios problemas de integración y carecen de los modelos de apoyo para un desarrollo óptimo. (26)

b) Patrones familiares y eventos negativos durante la niñez

Los patrones familiares destructivos y los acontecimientos traumáticos en la niñez temprana afectan la vida de los jóvenes, desde ese momento en adelante, especialmente si no pudieron superar el trauma. Los aspectos de las disfunciones familiares y los acontecimientos de vidas negativas y desestabilizadoras que se encuentran a menudo en los niños y adolescentes suicidas son:

Psicopatología de los padres con presencia de desórdenes psiquiátricos en particular emocionales; abuso de alcohol y sustancias, o comportamiento antisocial en la familia; antecedentes familiares de suicidios e intentos de suicidio; familia violenta y abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales del niño); escaso cuidado provisto por los padres o cuidadores con poca comunicación dentro de la familia; peleas frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión y tensiones; divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores; mudanzas frecuentes a áreas residenciales diferentes; expectativas demasiado altas

o demasiado bajas por parte de los padres o cuidadores; padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada;

Falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes y un ambiente emocional negativo con rasgos de rechazo o descuido; rigidez familiar; familias adoptivas o afines. Estos patrones familiares, muchas veces pero no siempre, caracterizan las situaciones de los niños y adolescentes que intentan o cometen suicidio. La evidencia sugiere que los jóvenes suicidas a menudo vienen de familias con más de un problema en el cual los riesgos son acumulativos. Dado que son leales a sus padres y algunas veces no desean revelar secretos familiares o se les prohíbe hacerlo, frecuentemente se abstienen de buscar ayuda fuera de la familia.

c) Rasgos o estilos de personalidad

Los rasgos o estilos de personalidad son características estables de la persona en relación a determinados contextos sociales, familiares y geográficos en función de los cuales se fueron estructurando.

En este sentido, la variable personalidad debe ser analizada en su relación con los procesos auto - destructivos y las situaciones generadoras de estrés psicosocial. Algunas características pueden convertirse en altamente auto - destructivas, bajo determinadas circunstancias. A continuación se van a mencionar tipos de estilos de personalidad:

c.1) La ambición. Si no se establece un buen balance entre metas y altas aspiraciones, tanto personales como familiares, pueden

conducir a situaciones suicidas. Los sujetos perfeccionistas conforman un subgrupo interesante dentro del grupo de potenciales suicidas. (27)

c.2) La impulsividad. Numerosos casos de comportamientos suicidas o parasuicidas están relacionados con fracasos en el control de los impulsos. (28)

c.3) La apatía y el pesimismo. Muchos sujetos no logran elaborar proyectos de vida viables y desarrollan lo que Shneidan (1980) denomina *Visión de Túnel*. Esta forma de mirar la vida se caracteriza por la presencia de pensamientos dicotómicos (blanco o negro), rigidez de pensamiento (sólo hay una manera de hacer algo), incapacidad para lograr razonamientos divergentes.

c.4) Rigidez cognitiva. Numerosos estudiosos considera que la *Rigidez Cognitiva* es un factor limitante y altamente responsable de que el sujeto cuente con pocas estrategias para afrontar y resolver problemas, lo que determina que aumente el riesgo de suicidio ante situaciones generadoras de estrés emocional. Una personalidad rígidamente estructurada, con características de tipo obsesivo compulsivas es frecuente de encontrar en persona con intentos suicida. (29)

c.6 Rechazo a recibir ayuda. La desconfianza y el aislamiento están presentes en sujetos en riesgo suicida; estas personas generalmente descartan toda propuesta de orientación y apoyo frente a las situaciones (30)

c.7) Escapismo. Shneidman, habla del estilo "*salir dando un portazo*" para caracterizar cierta forma de comportarse de adolescentes con riesgo de involucrarse en conductas auto - destructivas.

d) Trastornos psiquiátricos

El comportamiento suicida y la conducta violenta superan la media en los niños y adolescentes que presentan los siguientes trastornos psiquiátricos:

d.1) Depresión

La combinación de los síntomas depresivos y comportamiento antisocial ha sido descrita como el antecedente más común del suicidio en los adolescentes. Diversos informes establecieron que casi las tres cuartas partes de aquellos que eventualmente se quitan la vida, muestran uno o más síntomas de depresión y pueden sufrir de una enfermedad depresiva importante.

A pesar de que algunos síntomas o trastornos depresivos son comunes entre los jóvenes suicidas, no necesariamente la depresión es concomitante ya sea con los intentos suicidas o con los pensamientos suicidas. Los adolescentes pueden matarse sin estar deprimidos y pueden estar deprimidos sin matarse.

d.2) Trastornos de ansiedad

Según los hallazgos, se muestra una correlación consistente entre los trastornos de ansiedad y los intentos de suicidio en los varones, mientras que esta asociación es más débil en las mujeres. Los rasgos de ansiedad aparecen como relativamente independientes de la depresión, en su efecto sobre el riesgo de comportamiento suicida, lo cual sugiere

que debería establecerse y tratarse la ansiedad de los adolescentes, con riesgo de comportamiento suicida. Los síntomas psicósomáticos están a menudo presentes también en los jóvenes atormentados por comportamiento suicida.

d.3) Abuso de alcohol y drogas

El consumo excesivo de drogas y alcohol también es muy frecuente entre los adolescentes que cometen suicidio.

d.4) Trastornos alimentarios

Por insatisfacción con sus propios cuerpos, muchos adolescentes tratan de perder peso y se preocupan de lo que deben y no deben comer. Entre el uno y el dos por ciento de las jóvenes adolescentes sufren de anorexia o bulimia. Las jóvenes anoréxicas sucumben frecuentemente a la depresión y el riesgo de suicidio es 20 veces mayor. (31)

e) Situaciones y/o acontecimientos que pueden desencadenar suicidios o intentos de suicidios

Son situaciones que pueden ser experimentadas como daño o agravio (sin serlo necesariamente cuando son evaluadas objetivamente). Los adolescentes vulnerables pueden percibir aún acontecimientos trivial como altamente dañino y reaccionar con ansiedad y comportamiento caótico, mientras que los jóvenes suicidas percibe estas situaciones como amenazas directas contra su propia imagen y sufren un sentimiento de dignidad personal herida; entre ellos tenemos:

- Problemas familiares

- Separación de los amigos, de la pareja, de los compañeros de clase, etc.
- Muerte de una persona querida u otra persona importante
- Término de una relación amorosa
- Conflictos interpersonales o pérdidas
- Problemas legales o disciplinarios
- Presión del grupo de compañeros o aceptación autodestructiva por parte de los mismos.
- Decepción con los resultados escolares y fracaso en los estudios
- Altas exigencias en el colegio durante los períodos de exámenes
- Falta de empleo y problemas económicos
- Embarazo no deseado, aborto, etc. (32)

1.5 Otros Factores asociados al Riesgo Suicida

a) Género

La tasa de hombres que realizan un suicidio consumado es de dos a tres veces mayor que la de las mujeres, quienes, sin embargo, realizan tres veces más intentos de suicidio que los hombres.

Si bien, el hecho de haber estado hospitalizado incrementa más el riesgo de suicidio en las mujeres que en los hombres. Por otra parte, los varones tienden a emplear métodos más violentos para cometer el suicidio. Suelen emplear armas de fuego, mientras que las mujeres suelen inclinarse por la autointoxicación medicamentosa.

b) Edad

La tasa de suicidio aumenta con la edad. Esta tasa se acentúa por la importancia de la crisis de la mediana edad. Entre los hombres, la proporción es máxima después de los 45 y entre las mujeres, después de los 55.

c) Lugar de residencia:

Los suicidios son más frecuentes en zonas urbanas que rurales aunque con una letalidad menor por la cercanía a los servicios de urgencia.

También la tasa de suicidio es mayor entre los inmigrantes que los habitantes nativos de un determinado lugar. La emigración, unida al desarraigo y al aislamiento, incide en un aumento del riesgo de suicidio. Este riesgo es menor si se emigra con toda la familia. (33)

1.6 Factores Protectores del riesgo Suicida

Los principales factores que proveen protección contra el comportamiento suicida son: (34)

a) Patrones familiares

- Buena relación con los miembros de la familia
- Apoyo de la familia

b) Estilo cognitivo y personalidad

- Buenas habilidades sociales
- Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros.
- Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar.

- Búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas
- Receptividad hacia conocimientos nuevos

c) Factores culturales y sociodemográficos

- Integración social, por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades.
- Buenas relaciones con sus compañeros;
- Buenas relaciones con sus profesores y otros adultos
- Apoyo de personas relevantes.

1.6 Modelo Cognitivo - Mediacional – Psicodinámico

María Mercedes Casullo en base a las diferentes investigaciones que ha realizado sobre suicidio adolescente, nos dice que este es un fenómeno con enorme complejidad; donde están presentes componentes biológicos, psicológicos y sociales; y que la decisión de quitarse la vida aparece como la mejor solución para el sufrimiento y tensión insoportable que padece este grupo poblacional. (35)

El eje central de este modelo teórico es el componente psicobiológico de nuestra existencia donde se señala que “la muerte es segura desde el momento preciso en que iniciamos el proceso de estar vivos”.

Desde una perspectiva humana cabe también mencionar que la muerte biológica culmina en el cadáver, la psíquica (el psicótico en los

límites de su autismo, la pérdida de la conciencia lúcida en la demencia) y la social en la reclusión carcelaria o psiquiátrica.

En ese contexto la autora consideró que los comportamientos e ideaciones suicidas son procesos complejos, en el que fue necesario integrar distintos modelos teóricos, para este modelo señala:

a) Se entiende al sujeto humano como integrante de un sistema familiar específico en el cual incorpora relación con la vida, la muerte, el objetivo de un proyecto de vida, que operan tanto a nivel consciente como inconsciente.

b) Ese sujeto contextualizado (social, cultural e históricamente) tiene experiencias diversas en el curso de su ciclo de vida, las que se interpretan y comprenden con las posibilidades que le ofrece su subsistema neurobiológico.

c) Los comportamientos concretos relacionados con el suicidio se vinculan con factores concurrentes (historia personal y social, programa neurobiológico, grado de salud mental) y precipitantes (experiencias vitales percibidas como muy estresantes, falta de estrategias adecuadas de afrontamiento, incapacidad para resolver problemas).

Siguiendo con esta línea de pensamiento, estos autores proponen cinco dimensiones a ser tenidas en cuenta a la hora de evaluar la orientación suicida o la presencia de posible riesgo. (36)

1.6.1 Dimensiones del Riesgo Suicida

a) 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. (37)

b) Baja autoestima. La autoestima es un estado emocional respecto a si mismo que remite al proceso de autoevaluación de virtudes y defectos personales, es la dimensión valorativa del autoconcepto. La baja autoestima hace referencia a una subvaloración del autoconcepto de una persona. (38)

c) 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. (39)

d) Aislamiento social (Soledad 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. (40)

e) Ideación suicida

Conjunto de sentimientos, planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción. (41)

1.7 Importancia de las Intervenciones en el Suicidio en Adolescentes en el Primer Nivel de Atención

Un informe de la OMS sobre Recursos de Salud Mental para Niños y Adolescentes puso de relieve la falta de servicios de salud mental apropiados para este grupo poblacional. Los programas bien estructurados de promoción y prevención en el campo de la salud mental son escasos o no han recibido suficiente atención en la Región y no siempre están bien articulados con otros sectores de pertinencia particular, como el educativo.

Debido a esta problemática en nuestra región la OMS/OPS señalan como estrategia la implementación de un modelo comunitario de salud mental que se fundamente en los principios básicos adoptados por cada país para organizar la prestación de servicios; teniendo entre sus ejes principales la descentralización, la participación social y la inserción del componente salud mental en la atención primaria de salud.

La importancia de la inclusión de estas políticas en la salud mental en el primer nivel de atención, radica en la Identificación precoz de signos y síntomas que nos indiquen riesgo suicida en los adolescentes y prevenir que estos avancen progresivamente hasta convertirse en intentos suicidas y suicidios consumados. Entre las estrategias más importantes que dan sustento a este trabajo tenemos:

Prestar atención a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos psíquicos. La promoción de la salud mental se inserta dentro del contexto más amplio de la salud pública y propone un enfoque diferente al curativo, que hace hincapié en la protección de los atributos positivos de la salud mental y el fomento del estado de bienestar. Los factores de riesgo y de protección se han identificado en las diferentes etapas de la vida, y muchos de ellos pueden modificarse. También hay pruebas de que los programas dirigidos a la infancia/adolescencia y las intervenciones tempranas en la vida son eficaces.

Las intervenciones de promoción y prevención pueden estar dirigidas a factores que perpetúan la mala salud y a determinados grupos de población. Es necesario trabajar en entornos particulares (la escuela es crucial), aunque también se debe abordar el medio laboral y la comunidad.

La estrategia de “Entornos Saludables” (comunidades, escuelas y centros laborales saludables) es un proceso de promoción de la causa, coordinación multisectorial y movilización social, donde debe insertarse el componente salud mental para contribuir al desarrollo humano integral. También son elementos importantes la concientización del público, el papel de los medios de comunicación, el uso de los recursos comunitarios y la participación de otros sectores.

La estigmatización y discriminación de las personas con trastornos mentales es uno de los obstáculos más grandes que hay que salvar en la comunidad, en el marco del fomento de un desarrollo humano incluyente.

(42)

En este sentido, la detección precoz de los trastornos psicoafectivos y conductuales, que son frecuentes en poblaciones vulnerables como la que constituyen los adolescentes; permitirá la toma de decisiones y acciones necesarias para crear factores protectores y disminuir factores de riesgo, previniendo así conductas suicidas, suicidios consumados, reduciendo el impacto a nivel familiar.

Esto se logrará en los servicios de atención primaria, a través de programas de promoción y prevención que han demostrado reducir el aumento creciente de la carga de los trastornos mentales, evitar los años de vida con discapacidad, la muerte prematura, disminuir el estigma que rodea a las personas con trastornos mentales y mejorar el ambiente económico y social (43).

1.8 Inventario de Orientación Suicida (ISO – 30)

Fue diseñada por King y Kowalchuk (1994) y adaptada por (Fernández Liporace & Casullo, 2006,) para ser empleada en adolescentes de Buenos Aires, Argentina. Evalúa la orientación suicida del examinado y, en virtud de su brevedad y sensibilidad se vuelve una herramienta útil para el *despistaje* o *screening* de la presencia de riesgo suicida.

Desde el punto de vista formal, se trata de un instrumento autoadministrable, compuesto por 30 ítems formulados en forma positiva y negativa (directos e inversos) que se responden según una escala likert de cuatro preposiciones (*0: Totalmente en desacuerdo, 1: Parcialmente en desacuerdo, 2: En gran parte de acuerdo y 3: Totalmente de acuerdo*).

Arroja una puntuación total que permite clasificar al sujeto en tres categorías de riesgo suicida: bajo, moderado y alto.

Además, seis de los reactivos se consideran *críticos* (numerados como 5, 10, 15, 20, 25 y 30): ello significa que, independientemente de la puntuación obtenida, la presencia de tres o más de estos elementos respondidos con 2 ó 3, puede implicar la existencia de riesgo elevado, el riesgo suicida contempla cinco dimensiones: desesperanza (ítems 2, 7, 12, 17, 22 y 27), baja autoestima (ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26), incapacidad para afrontar emociones (3, 8, 13, 18, 23 y 28), soledad y abatimiento (4, 9, 14, 19, 24 y 29) e ideación suicida (5, 10, 15, 20, 25 y 30), que corresponde a los mencionados ítems críticos. (44)

2. Adolescencia

2.1 Definición de Adolescencia

La adolescencia es un período de transición en la vida de un individuo, por lo que ha sido definida desde el punto de vista de diferentes enfoques, 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 OMS la define como el período en el cual el individuo progresa desde la aparición de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual.

2.2 Etapas de la Adolescencia

a) Adolescencia temprana: Comprende entre los 10 y los 13 años, y se caracteriza por cambios de hábitos y modos de conducta. Cobra importancia singular el grupo de pares.

b) Adolescencia media: Comprende entre los 13 y 17 años, se caracteriza por un aumento en el alcance e intensidad de los sentimientos y el crecimiento de la importancia del grupo de pares y el rol de grupos.

c) Adolescencia tardía: Comprende entre los 17 y 19 años y 11 meses, se caracteriza por el crecimiento de su interés por sus padres y su familia. Existe más tranquilidad en cuanto a su imagen física y los valores de grupo se vuelven menos importantes y se inclinan por la búsqueda de una relación con una persona. (45)

2.3 Características de la Adolescencia

Durante esta etapa se presentan características importantes como las siguientes.

a) Proyecto de Vida: Los adolescentes organizan su vida en función a sus anhelos, y comienza a elaborarse metas y planes para lograrlos. Este proyecto de vida será mediatizado por las posibilidades que el medio externo familiar y social ofrezca.

b) Sexualidad: Proceso que se caracteriza por la necesidad de establecer una relación afectiva con otras personas, y como consecuencia de la maduración sexual se da la manifestación genital de la sexualidad (aparición de menarquía y la espermarquia).

c) Crecimiento y Desarrollo: Etapa que se caracteriza por el crecimiento y multiplicación de células, que permite a los individuos adquirir características especiales, como un incremento acelerado en la estatura, el peso y proporciones del cuerpo.

d) Búsqueda de Identidad: La búsqueda del ser YO, se da un marcado e imprevisto reconocimiento de sus propias habilidades, por lo que lucha por adquirir mayor independencia y autonomía. Se da cuenta de que pertenece a una sociedad, a una cultura y a una familia y por lo tanto incorpora en su personalidad algunos de los valores manifiestos en estas.

e) Creatividad: El o la adolescente posee una gran energía que debe ser encaminada a realizar actividades que le permita estimular su capacidad creativa con el fin de que logre mejorar su autopercepción.

f) Autoestima: El adolescente necesita fundamentalmente saber que los otros tienen una buena percepción de él, y que él se siente bien a nivel personal y social.

g) Juicio Crítico: En la adolescencia se produce una expansión de la capacidad de analizar críticamente el mundo que lo rodea, desarrollar una identidad más amplia y un fundamento más sólido de sus valores, sus pensamientos y sus efectos.

h) Proceso Educativo: Este proceso se inicia en la etapa intrauterina, prosigue durante la infancia con la educación informal realizada dentro de la familia y del entorno social y de la educación formal del período escolar, colegial y universitario. Todo esto se convierte en un importante insumo para desarrollar la capacidad de buscar nuevas posibilidades culturales y experimentar diversas fuentes de estimulación sensorial, que le faciliten “integrarse” a la vida y descubrir su propio “yo”.

De esta forma, desarrolla nuevas formas de pensamiento que posibilitan una comprensión, más amplia e integradora, de los acontecimientos. (46)

3. Rol de la Enfermera en la Salud Mental del Adolescente

La enfermería, en su actual concepción, es el reflejo de las transformaciones que el concepto de salud ha sufrido en el transcurso de los años. Este personal ha tenido una actuación consecuente en el contexto actual con importantes aportes a la salud de la población, hecho que lo distingue como promotor del desarrollo humano, que produce no solo cuidados de salud, sino además valores, cualidades que van encaminados hacia el mejoramiento de la salud de las personas desde una perspectiva integral. La mejoría y mantenimiento de la Salud Mental de las personas en el primer nivel de atención pasa incuestionablemente por el mantenimiento de una red de relaciones satisfactorias y que cubra las necesidades del sujeto. Este necesita para su bienestar, una cierta calidad y número de relaciones personales sin las cuales es imposible mantener una buena salud mental, por ello, el cuidado de la enfermera es de suma importancia, radicando en la ayuda del sujeto a adquirir las herramientas necesarias que aseguren su bienestar.

La función de la enfermera en relación al primer nivel de atención se basa en la prevención, promoción de la salud y protección de riesgos y daños, centrándose fundamentalmente en problemas de salud relacionados con la conducta suicida, la violencia y el uso indebido de alcohol y otras drogas; en grupos vulnerables como el constituido por los adolescentes. Las intervenciones de la enfermera están encaminadas a promover estilos de vida saludable con un enfoque de prevención y promoción de la salud, dentro de dichas intervenciones se incluye la

asesoría, educación, investigación y la provisión de servicios terapéuticos requeridos por parte de la población , así como la identificación e intervención en problemas de salud que afecten a los individuos en sus diferentes etapas de vida, como la etapa de adolescencia que por sus características propias predispone a esta población a presentar problemas a nivel emocional.

La enfermera como agente de salud que busca un bienestar integral en el individuo, familia y comunidad no está ajena a la problemática de salud mental en nuestro país, como el suicidio en los adolescentes, fenómeno que es una causante cada vez más creciente de la morbimortalidad en este grupo etario. Es por ello que el profesional de enfermería debe buscar el empoderamiento de su trabajo en esta área, para impulsar cambios positivos en los adolescentes, permitiéndoles desarrollar todas sus capacidades y habilidades a nivel emocional, para enfrentar la vida de mejor manera y superar aquellas situaciones consideradas como negativas; mediante el trabajo preventivo promocional en el primer nivel de atención. (47)

3.1 Salud mental

La OMS describe a la salud Mental como un estado de bienestar en la cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, y puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad; constituyendo la salud mental, base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. (48)

3.2 La Promoción de la Salud Mental

Facilita al individuo ganar el control sobre su salud y mejorarla. Por lo tanto, está vinculada con el mejoramiento de la calidad de vida y el potencial para ganar una mejor salud, que sólo con una disminución de síntomas (49). Los factores psicosociales que influyen en un número de conductas de la salud (dieta adecuada, ejercicio físico, no fumar, evitar el uso excesivo de alcohol y prácticas sexuales de riesgo) tienen un amplio espectro de efectos en la salud.

Un creciente conjunto de evidencias transculturales señala que varios factores psicológicos, sociales y conductuales pueden proteger la salud y dar apoyo a una salud mental positiva. Dicha protección facilita la resistencia a las enfermedades, minimiza y retarda la aparición de discapacidades y promueve un restablecimiento más rápido de las enfermedades. (48)

3.3 La Prevención

Conjunto de intervenciones psicosociales, como la terapia cognitiva-conductual y las intervenciones de grupo con base familiar para niños y adolescentes de alto riesgo, que previenen el desarrollo de trastornos de ansiedad y reducen los síntomas depresivos y los problemas de conducta (51). La depresión en la adolescencia tiene un alto riesgo de recurrencia en las edades adultas y está también asociada con el riesgo de desarrollar problemas de la personalidad o de conducta. Es posible prevenir la mayoría de suicidios e intentos de suicidio entre los escolares mediante un amplio programa escolar de prevención, que incluya modificaciones apropiadas de la política escolar, capacitación de los maestros, educación de los padres, manejo del estrés y una serie de aptitudes para la vida.(48)

G. HIPÓTESIS

- **Hp:** El riesgo suicida es mayor en la población adolescente escolar de la I.E. N° 3051 de Lima Metropolitana en comparación con la población adolescente escolar de la I.E. N° 21554 del centro poblado de Palpa-Huaral de Lima en el año 2011.
- **Ho:** El riesgo suicida es igual en la población adolescente escolar de la I.E. N° 3051 de Lima Metropolitana y la población adolescente escolar de la I.E. N° 21554 del centro poblado de Palpa-Huaral de Lima en el año 2011.

H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Nivel de Riesgo Suicida. Es la posibilidad de un individuo con sus plenas facultades mentales, realice conductas y/o comportamientos autodestructivos, con la finalidad de autolesionarse y/o eliminarse medido en un nivel alto, moderado o bajo.

Población adolescente/Escolar. Conjunto de Individuos hombre o mujer que se encuentra cursando entre los 15 y 19 años de edad, que asisten con regularidad a la I.E. 3051 del AA. HH. El Milagro y a la I.E. 21554 del centro poblado de Palpa-Huaral en la ciudad de Lima, en el año académico 2011.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO:

El tipo de investigación es cuantitativo porque se obtienen datos susceptibles de ser cuantificados de la experiencia humana acerca del nivel de riesgo suicida de los adolescentes escolares de la I.E. 3051 del AA. HH. El Milagro y de la I.E. 048 del centro poblado de Palpa en la ciudad de Lima, en el año académico 2011.

De nivel aplicativo; ya que los resultados contribuirán a la toma de decisiones y acciones dirigidas prevenir el suicidio en adolescentes, a través de programas preventivos, a las poblaciones en vulnerables de los grupos poblaciones según los datos obtenidos.

Se utilizó el método descriptivo, ya que nos permite mostrar las diferencias y similitudes del nivel del riesgo suicidio, conductas en ambos grupos poblacionales, es de corte transversal porque los datos se recolectarán en un tiempo determinado.

B. SEDE DE ESTUDIO:

El estudio debido al método que se utilizara será realizado en dos Instituciones Educativas:

I.E. 30 51 “El Milagro”, ubicada en la Av. 21 de junio s/n José Gálvez- distrito de Independencia de Lima metropolitana, dicha institución es de enseñanza de nivel primario y secundario de carácter público, cuenta con un total de 18 aulas en el nivel primario constituido por un total de 348 alumnos y un total de 12 aulas en el nivel secundario constituido

por 228 alumnos. Sustenta en su mayoría a estudiantes de condición socioeconómica media baja.

I.E. 21554 del Centro Poblado “Palpa” está ubicado en la sierra de la provincia de Huaral de la ciudad de Lima, dicha institución es de enseñanza de nivel primario y secundario de carácter público, cuenta con un total de 12 aulas en el nivel primario constituido por un total de 180 alumnos y un total de 9 aulas en el nivel secundario constituido por 125 alumnos. Sustenta en su mayoría a estudiantes de condición socioeconómica media baja, ya que un gran porcentaje de sus habitantes, entre ellos sus padres se dedican a la actividad agrícola.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La presente investigación utilizará como población a 220 (100%) adolescentes y como muestra a 154; 84 provenientes de la I.E. 30 51 “El Milagro” y 70 de la I.E. 21554 del Centro Poblado “Palpa”.

Criterios de inclusión:

En esta investigación estarán incluidos los adolescentes/escolares que cumplan con los siguientes requisitos:

- Que estén matriculados en el 3º, 4º, y 5º grado del nivel secundario de sus centros educativos en el año académico 2011.
- Que asistan con regularidad a sus centros educativos.
- Que firmen el consentimiento informado.
- Que sus edades se encuentren entre los 15 y 19.

Criterios de Exclusión:

En esta investigación estarán excluidos los adolescentes/escolares que:

- Presenten edades menores de 15 años y/o mayores de 20 años.
- Se les haya diagnosticado problemas mentales.
- No firmen el consentimiento informado.

D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó es la Entrevista y el instrumento es un cuestionario tipo Escala Lickert.

El instrumento ISO-30 (King & Kowalchuk, 1994), adaptación UBA (Fernández Liporace & Casullo, 2006), es una escala autoadministrable que consta de 30 ítems (ver anexo B). Su valor como instrumento epidemiológico reside en que insume tiempos de aplicación muy breves y, a la vez resulta sensible a la detección de riesgo suicida. Fue validado en adolescentes de Buenos Aires, Argentina por María Martina Casullo Fernández Liporace. Los estudios de consistencia interna verificaron un Alpha de 0.87 en 768 estudiantes y 0.78 para los ítems críticos. La estabilidad temporal se estableció mediante un retest a los cuatro días, resultando en 0.80 (N = 167; p <.01) para la puntuación total y 0.70 (N = 162; p <.01) para los ítems críticos. La validación concurrente se determinó contra la Escala de Desesperanza (Beck, 1976) y con el Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ – JR, Reynolds, 1988), [r =0 .64 (N = 161; p<.01);

$r = 0.78$ ($N = 41$; $p < .01$) para el puntaje total], (King & Kowalchuk, 1994). (Ver anexo C y D)

E. RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Previo a la recolección de datos se realizó las coordinaciones pertinentes con las autoridades de las Instituciones Educativas, donde se llevó a cabo la investigación. Los datos fueron recolectados del 7 al 11 de noviembre en la I.E. 30 51 “El Milagro” y del 14 al 18 de noviembre en la I.E. 21554 del Centro Poblado “Palpa”; durante un tiempo de 20 a 30 minutos en cada grado durante las horas de tutoría; contando con la participación de todos los alumnos que dieron su consentimiento para ser partícipes de la investigación y el apoyo de los tutores; el llenado correcto del instrumento fue supervisado por la investigadora.

Concluida la recolección de datos se procedió al vacado de estos, se elaboró una tabla de códigos. Una vez determinados los valores se procesó los datos mediante la utilización de recursos estadísticos. La presentación de los datos se realizó a través de gráficos y tablas.

F. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El procesamiento de los datos se realizó de forma manual, iniciando con el vaciamiento de los datos obtenidos según la codificación del cuestionario aplicado, seguido por el procesamiento a través del paquete estadístico SSPS 18.0. Utilizando pruebas

estadísticas no paramétricas como la U de Mann-Whitney y prueba de Kuskall-Wallis.

Luego, los resultados son presentados en cuadros estadísticos para su análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico.

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización del estudio se consideró la autorización de las instituciones y el consentimiento informado de los estudiantes. (Ver anexo C)

Antes de la aplicación del instrumento a los estudiantes se hizo mención breve del tema de investigación, los objetivos planteados, su participación voluntaria; asegurando que la información proporcionada es confidencial y de carácter anónimo; y que el uso y manejo de la información obtenida es exclusivamente para fines científicos.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIONES

En este capítulo se presentan, analizan e interpretan datos recolectados, y procesados mediante el paquete estadístico SSPS 18.0; obteniéndose los siguientes resultados:

En relación a las características generales tenemos que la población está constituida por 220 adolescentes y la muestra por 154, 84 provenientes de una zona urbana marginal que se caracteriza por la presencia de problemas psicosociales como violencia intrafamiliar, pandillaje, drogadicción y pobreza (INSM"HD-HN" 2010) y 70 de una zona rural de Lima caracterizada por pobreza, falta de acceso rápido a servicios de salud mental e instituciones de apoyo psicosocial (ENNIV 2010). En la I.E. 3051 del AA.HH. El Milagro de Lima Metropolitana se encontró a 34 (40,5%) adolescentes de 15 años de edad; 23 (27,4%) de 16 años; 20 (23,8) de 18 años y 1 (1,2%) de 19 años (Ver anexo F). En relación al sexo tenemos 49 (58,4%) adolescentes que pertenecen al sexo femenino y 35 (41,6%) al sexo masculino (Ver anexo H). En cuanto al grado de escolaridad tenemos que 25 (29,8%) adolescentes pertenecen al tercer grado de secundaria; 35 (41,6%) al cuarto grado de secundaria y 24 (28,6%) al quinto grado de secundaria) (Ver anexo J). En la I.E. 21554 del Centro Poblado Palpa-Huaral encontramos a 29 (41,4%) adolescentes de 15 años de edad; 21 (30%) de 16 años; 19 (27,2) de 18 años y 0 (0%) de 19 años (Ver anexo G). En relación al sexo tenemos que 37 (60%) adolescentes pertenecen al sexo femenino y 33 (40%) al sexo masculino (Ver anexo I). En cuanto al grado de escolaridad tenemos que 20 (30,3%) adolescentes pertenece al tercer grado de secundaria; 33 (41,1%) al

cuarto grado de secundaria y 17 (28,6%) al quinto de secundaria. (Ver anexo K)

TABLA N° 1
NIVEL DE RIESGO SUICIDA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
ESCOLAR SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA
LIMA 2011

Nivel de riesgo Suicida	Huaral		Lima	
	N	%	N	%
Bajo	4	5,7	4	4,8
Moderado	48	68,6	55	65,5
Alto	18	25,7	25	29,8
TOTAL	70	100	84	100

**Fuente: Aplicación del cuestionario ISO-30 a Adolescentes
Lima-Huaral 2011**

De acuerdo con la Tabla N° 1 se observa que 48 (68,6%) de los alumnos de Palpa-Huaral presentan nivel de riesgo suicida moderado, y en Lima 55 (65,5%); presentándose una pequeña diferencia porcentual, sin embargo existe la tendencia a que los casos pasen de riesgo suicida moderado a alto; aumentando el porcentaje en Lima en un 4.1%.

Lo cual se podría estar produciendo, por el medio donde habitan y se encuentra inmersos, ya que el AA.HH. “El Milagro” ubicado en el distrito de Independencia; zona urbano marginal que se caracteriza por presentar una gran problemática a nivel psicosocial como pandillaje,

drogadicción, violencia intrafamiliar, alcoholismo, violencia, así mismo los adolescentes están expuestos a las exigencias sociales enmarcadas hoy en día por nuestra sociedad (51).

Al respecto se sabe que *“Los suicidios son más frecuentes en zonas urbanas que rurales aunque con una letalidad menor por la cercanía a los servicios de urgencia”*. En contraste con investigaciones anteriormente realizados como: El estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida realizado por María Martina Casullo y Norma Contini de González; donde se detectó que estudiantes adolescentes con una edad promedio de 15 años, presentan riesgo suicida alto, tal es así que 11% de estos se encuentra en los centros urbanos de Buenos Aires y un 13 % en localidades de menor densidad poblacional de Argentina.

Por lo tanto podemos inferir que la teoría coincide con los resultados obtenidos en la investigación; ya que existe mayor riesgo suicida en la población adolescente escolar de la I.E. 3051 del AA.HH. El Milagro de Lima Metropolitana en comparación con la población de la I.E. 21554 de Palpa-Huaral; esta diferencia puede estar ocurriendo debido a la vivencias situacionales de cada población y a que existe mayor concentración poblacional en las zonas urbanas que en las rurales.

TABLA Nº 2
RIESGO SUICIDA SEGÚN CONDUCTAS SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR
DE LA I.E. 30 51 DEL AA.HH. EL MILAGRO E I.E. 21554 PALPA-HUARAL
LIMA 2011

	Conductas Suicidas por Desesperanza		Conductas Suicidas por Baja Autoestima		Conductas Suicidas por Incapacidad de afrontamiento de Emociones		Conductas Suicidas por Soledad y Abatimiento		Conductas Suicidas por Ideación Suicida		TOTAL (Riesgo Suicida)	
	Huaral	Lima	Huaral	Lima	Huaral	Lima	Huaral	Lima	Huaral	Lima	Huaral	Lima
Nº	70	84	70	84	70	84	70	84	70	84	70	84
Media	11,17	10,15	7,79	8,37	9,71	9,21	8,59	7,74	4,79	6,39	42,04	41,87
Mediana	11,00	10,00	8,00	9,00	10,00	9,00	9,00	7,00	4,00	6,00	41,00	41,00
Desv. típ.	2,929	3,206	3,283	3,065	2,68	2,575	2,753	2,92	3,971	3,881	8,650	8,184
Varianza	8,579	10,27	10,780	9,39	7,22	6,628	7,580	8,53	15,765	15,06	74,82	66,98

Fuente: Aplicación del cuestionario ISO-30 a Adolescentes Lima-Huaral 2011

En la Tabla N° 2 se observa que las conductas que obedecen al riesgo suicida en adolescentes escolares de Palpa-Huaral son mayores que las encontradas en adolescentes escolares de Lima y obedecen a conductas orientadas a la Desesperanza de vida con una media de 11.17, Incapacidad de afrontamiento de emociones con una media de 9.71, soledad y abatimiento con una media de 8.59, y con un riesgo suicida con una media total de 42,04.

Al respecto se sabe que *“La DESESPERANZA DE VIDA caracterizada por una gran pérdida de la motivación se ve reflejada en conductas como falta de motivación, pesimismo, desaliento y aflicción; La INCAPACIDAD PARA ENFRENTAR EMOCIONES caracterizada principalmente por la falta de autorregulación y autodomio ante los problemas se evidencia a través de conductas como confusión e irritabilidad; el AISLAMIENTO SOCIAL caracterizado por la incapacidad de cumplir un rol en la sociedad se ve traducido en conductas como tristeza, aislamiento y angustia; estos comportamientos considerados autodestructivos para una persona, conduce a los adolescentes a adoptar conductas riesgosas que los conllevan a atentar contra su integridad física, psicológica y social; pero que no tienen como objetivo la muerte sino llamar la atención para expresar que necesitan ayuda (parasuicidio)”* (52)

Así mismo al observar a los adolescentes de Lima metropolitana, en las conductas de riesgo suicida, lo expresan en conductas diferentes a los adolescentes de Huaral como la baja autoestima con una media de 8.37 e ideación suicida con una media de 6,39.

Al respecto señala el autor Baumeister J. que *“La BAJA AUTOESTIMA caracterizada por la subvaloración del autoconcepto se ve reflejada a través conductas como sentimientos de minusvalía, ideas de fracaso, sentimientos de inferioridad, desconfianza en sí mismo e ira; y la IDEACIÓN SUICIDA caracterizada principalmente por conductas como*

pensamientos de muerte permanentes, proyecciones suicidas (planes de muerte) e intentos suicidas (cortarse las venas, consumir productos tóxicos entre otros) son comportamientos sumamente autodestructivos; ya que se encuentran encaminados a culminar en muerte”.

Por lo tanto se puede inferir que en los adolescentes de la I.E. 3051 del AA.HH. El Milagro de Lima Metropolitana se encuentra mayormente conductas riesgosas, respecto a las dimensiones de baja autoestima e ideación suicida; por lo que la posibilidad de un suicidio es totalmente alta; revelando una problemática social urgente que debe ser abordado desde una perspectiva preventivo-promocional; ya que la subvaloración del autoconcepto y las preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción sumadas a las características psicoafectivas propias de la adolescencia convierte a estos adolescentes en suicidas latentes.

TABLA Nº 3

**NIVEL DE RIESGO SUICIDA SEGÚN SEXO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR DE LA I.E. 3051 DEL AA.HH. EL MILAGRO DE LIMA METROPOLITANA E I.E. 21554 DEL CENTRO POBLADO PALPA-HUARAL
LIMA 2011**

Nivel de Riesgo Suicida	Huaral				Lima			
	Sexo Femenino		Sexo Masculino		Sexo Femenino		Sexo Masculino	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	4	12,5	2	3,6	2	4,1	2	5,7
Moderado	25	78,2	19	89,2	33	67,3	22	62,9
Alto	3	9,3	12	7,2	14	28,6	11	31,4
TOTAL	37	100	33	100	49	100	35	100

Fuente: Aplicación del cuestionario ISO-30 a Adolescentes Lima-Huaral 2011

En la Tabla Nº 3 se observa que en el caso de I.E. 21554 de Palpa-Huaral 37 representan al sexo femenino y 33 al masculino; de los cuales el riesgo suicida se ve más acentuando en las mujeres; ya que más del 90% presentan un riesgo moderado y alto de suicidio, (78,2% y 9,3% respectivamente), la diferencia en cuanto a riesgo suicida alto es alarmante; ya que es mayor en los adolescentes de sexo masculino con un 7,2%. Del mismo modo se observa que en el caso de la I.E. 3051 del AA.HH. El Milagro de Lima Metropolitana de 49 adolescentes que representan al sexo femenino y 35 al masculino; existe una tendencia de riesgo suicida moderado a alto para ambos sexos. En cuanto a la población adolescente de Huaral la cifra

alarmante de riesgo suicida también es mayor en la población de sexo masculino.

Al respecto Zoila Pacheco señala que *“La prevalencia de hombres que intentan suicidarse es menor a la de las mujeres; pero en relación al suicidio consumado es de dos a tres veces mayor que la de las mujeres; ya que estos utilizan métodos más violentos para realizar su objetivo”*. (53)

Por lo tanto existe una gran probabilidad que los adolescentes de sexo masculino de ambas instituciones educativas que intenten suicidarse, concluyan este acto en la muerte; ya que los métodos que son utilizados por estos para llevar a cabo el suicidio son más violentos y de mayor certeza; sin embargo en las mujeres el riesgo suicida es mayor y está latente con mayor frecuencia.

TABLA N° 4
NIVEL DE RIESGO SUICIDA SEGÚN EDAD EN LA POBLACIÓN
ADOLESCENTE ESCOLAR DE LA I.E. 3051 DEL AA.HH.
EL MILAGRO DE LIMA METROPOLITANA E I.E. 21554
DEL CENTRO POBLADO PALPA-HUARAL
LIMA 2011

Nivel de Riesgo Suicida	Huaral				Lima			
	15-17 años		18-19 años		15-17 años		18-19 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	2	2,9	0	0	5	6,5	1	14,3
Moderado	50	72,5	1	100	51	66,2	2	28,6
Alto	17	24,6	0	0	16	27,3	4	57,1
TOTAL	69	100	1	100%	77	100	7	100

Fuente: Aplicación del cuestionario ISO-30 a Adolescentes Lima-Huaral 2011

De acuerdo con la Tabla N° 4 se observa que la población de la I.E. 21554 de Palpa-Huaral es de 70 alumnos, de los cuales 69 se encuentran entre las edades de 15 a 17 años; siendo el nivel riesgo suicida de moderado a alto (72,5% y 24,6% respectivamente). A la vez se observa que en la población de la I.E. 3051 del AA.HH. El Milagro de Lima Metropolitana, en las mismas edades el riesgo suicida es de moderado a alto es de (66,2% y 27,3%) respectivamente.

Según la OMS “La *adolescencia media* comprende entre los 13 y 17 años, se caracteriza por un aumento en el alcance e intensidad de los sentimientos y el crecimiento de la importancia del grupo de pares y el rol de grupos”

También señala Huapaya que existe asociación significativa entre la ideación suicida con la sintomatología depresiva y el rango de edad de 16 a 19 años. Los síntomas depresivos presentes fueron el factor de riesgo más fuertemente asociado en el actual estudio, avalando lo encontrado en la mayoría de trabajos alrededor de la ideación suicida". (11)

Según los resultados, en los adolescentes de 15 a 17 años existe un nivel de riesgo suicida de moderado a alto (72,5% y 24,6%) respectivamente en Huaral, así mismo el riesgo suicida en Lima es de moderado a alto (66,2% y 27,3%) respectivamente. Debido a que el adolescente a esta edad, siente un deseo intenso de ser aceptado por los demás por lo cual prevalece la opinión de los demás sobre su decisión y a que no cuenta con las estrategias de afrontamiento y tolerancia necesarios para hacer frente de manera positiva a los problemas; se genera en él un conflicto interno que se ve reflejado en conductas e intentos suicidas.

TABLA Nº 5
NIVEL DE RIESGO SUICIDA SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD
EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR DE LA
I.E. 3051 DEL AA.HH. EL MILAGRO DE LIMA
METROPOLITANA E I.E. 21554 DEL CENTRO
POBLADO PALPA-HUARAL
LIMA 2011

Nivel de Riesgo Suicida	Huaral						Lima					
	3º		4º		5º		3º		4º		5º	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BAJO	4	20	6	18,2	2	11,8	3	12	3	8,6	1	4,2
MODERADO	12	60	18	54,5	11	64,75	15	60	26	74,	12	50
ALTO	4	20	9	27,3	4	23,5	7	28	6	17,	11	45,3
TOTAL	20	100	33	100	17	100	25	100	35	100	24	100

Fuente: Aplicación del cuestionario ISO-30 a Adolescentes Lima-Huaral 2011

De acuerdo con la Tabla Nº 5 se observa que la población de la I.E. 21554 de Palpa-Huaral es de 70 alumnos, de los cuales se observa una tendencia en los tres años de escolaridad de moderado a alto en la I.E.de Huaral con un porcentaje de más del 20%; mientras que en la I.E.de Lima Metropolitana en el 3º y 4º año un promedio de 20% y en 5º un 45,3%.

Al respecto **González Forteza** afirma que *“El adolescente que está por culminar sus estudios secundarios entra en una serie de contradicciones; ya que debe contar con un proyecto de vida; debido a que las exigencias sociales son cada vez más altas en nuestro medio;*

es entonces cuando se ven solos y no saben cómo enfrentar la vida”.

(7)

Por lo tanto según los resultados obtenidos podemos inferir que entre el nivel de riesgo suicida y el grado de escolaridad existe una relación relativamente significativa; ya que a medida que van avanzando en los años de estudio, las exigencias familiares y sociales son cada vez más fuertes; encontrándose una cifra preocupante de 11 (45,3 %) de adolescentes con riesgo suicida alto en el 5º grado de secundaria de la I.E. 3051 de Lima metropolitana.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

- Los adolescentes de la I.E. 3051 del AA.HH. El Milagro de Lima Metropolitana presentan un nivel alto de riesgo suicida en comparación con los adolescentes de la I.E. 21554 Palpa-Huaral.

- Los adolescentes de la I.E. 21554 Palpa-Huaral en el nivel de riesgo suicida, las conductas riesgosas que más presentan son de Desesperanza, Incapacidad de afrontamiento de emociones, soledad y abatimiento, y en el puntaje total de orientación suicida en comparación con los adolescentes de la I.E. 3051 del AA.HH. El Milagro de Lima Metropolitana.

- Los adolescentes de la I.E. 3051 del AA.HH. El Milagro de Lima Metropolitana en el nivel de riesgo suicida, las conductas riesgosas que más presentan son de Baja autoestima e Ideación Suicida en comparación con estudiantes de la I.E. 21554 Palpa-Huaral.

- El nivel de riesgo suicida es mayor en adolescentes de sexo masculino tanto en la I.E. 3051 del AA.HH. como en la I.E. 21554 Palpa-Huaral El Milagro de Lima Metropolitana.

- Existen 4.3% casos y 4,8% de casos (en la I.E. 21554 Palpa-Huaral y la I.E. 3051 del AA.HH. El Milagro de Lima Metropolitana respectivamente), con una puntuación de ítems críticos que nos señalan un nivel alto de riesgo suicida en la dimensión de ideación suicida.

B. LIMITACIONES

- Las conclusiones del presente estudio pueden ser generalizadas sólo a poblaciones similares a la estudiada.

C. RECOMENDACIONES

- Que los profesionales de salud tomen en cuenta las conclusiones del presente estudio a fin de continuar mejorando las estrategias en la atención del adolescente promoviendo la prevención y promoción de su salud mental.
- Ejecutar estudios de investigación cualitativos, de manera que se puedan profundizar e identificar los factores personales y familiares que influyen en el nivel de riesgo suicida de los adolescentes.
- Realizar programas preventivo promocionales a fin mejorar e incrementar las habilidades sociales en los adolescentes, encaminados a la reducción de esta problemática en nuestra sociedad.
- Realizar estudios similares incluyendo la participación familiar y del equipo de salud a fin de realizar un trabajo integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev* 2004; 24(8): 957-79.
2. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Lima Metropolitana. Lima: IESM HD-HN; 2009.
3. Kaplan; Sinopsis de Psiquiatría. 7ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1994. Págs. 823-830.
4. National Adolescent Health Information Center. 2004 Fact sheet on suicide: adolescent & young adults. San Francisco: University of California; 2004.
5. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors and approaches to prevention. *Pediatr Drugs* 2003; 5(4): 243-65.
6. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Situación de la Salud Mental en el Perú. Lima 2009.
7. Gonzales Forteza c,gracias G, Medina Mora, Sanchez M. Indicadores Psicosociales predictores de Ideacion Suicida en dos generaciones de estudiantes preuniversitarios,1998 21(3):1-9.
8. Kosky R, Silburn S, Zubrick S. Are children and adolescents who have suicidal thoughts different from those who attempt suicide? *J. Nerv Ment Dis.* 1990 Jan; 178(1):38-43.
9. Serfaty E: Suicidio en la adolescencia. *Adolescencia Latinoamericana* 1998; 1: 105-10.
10. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Lima: IESM HD-HN; 2003.
11. Huapaya Cáceres Diana Beatriz. Factores asociados a Ideación Suicida en Adolescentes de 3er, 4to y 5to años de

secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de lima-2009.

12. Cano P, Gutiérrez C, Nizama M. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 2009; 26(2):175-81.
13. Muñoz J, Pinto V, Callata H, Napa N, Perales A. Ideación suicida y cohesión Familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Rev Perú Med Exp Salud Publica* 2006; 23(4).
14. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev* 2004; 24(8): 957-79.
15. Ventura Juncá Raúl, Carvajal César, Egaña Josefina, Garib María José, Undurraga Sebastián, Vicuña Pilar .Prevalencia de Ideación e Intento Suicida en Adolescentes de la región metropolitana de Santiago de Chile, 2007.
16. Bella Mónica, Fernández Ruth y Willington José .Intento de Suicidio en Niños y Adolescentes: Depresión y Trastorno de Conducta disocial como patologías más frecuentes, 2009.
17. Hawton K, Fagg J: Deliberate self-poisoning and self injury in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1976-1989. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 816-23. 13. Hollis C: Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 622-30.
18. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Situación de la Salud Mental en el Perú. Lima 2009.
19. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Situación de la Salud Mental en el Perú. Lima 2010.

- 20.** Andrews JA, Lewinsohn PM: Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 655-62
- 21.** Kotila L, Lonnqvist L: Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 453-9.
- 22.** Retamal P, Reszczyński C, Orto M, Ojeda Y, Medina P: Aspectos generales del suicidio en Chile. *Bol Hosp San Juan de Dios* 1995; 42: 29-49.
- 23.** 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* 1996; 35: 1162-73.
- 24.** Shaffer D: Suicide in childhood and early adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 1974; 15: 275-91
- 25.** Thompson TR: Childhood and adolescent suicide in Manitoba. *Can J Psychiatry* 1987; 32: 264-9.
- 26.** Hoberman HM, Garfinkel BD: Completed suicide in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 689-95
- 27.** Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T: Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 473-81.
- 28.** Fergusson DM, Lynskey MT: Childhood circumstances, adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 612-22.
- 29.** Taylor EA, Stansfeld poison themselves 1. A clinical comparison with psychiatric controls. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 127-35.

30. Spirito A, Brown L, Overholser J, Fritz G: Attempted suicide in adolescence: a review and critique of the literature. *Clin Psychol Rev* 1989; 9: 335-63.
31. Gould M, Shaffer D, Fisher P, Garfinkel R: Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 155-62.
32. Beautrais A, Joyce P, Mulder R: Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1174-82.
33. Harrington R, Bredenkamp D, Groothues C, Rutter M, Fudge H, Pickles A: Adult outcomes of child and adolescent depression III. Links with suicidal behaviours. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35: 1309-19.
34. Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A: Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1061-4.
35. Woods E, Lin Y, Middleman A, Beckford P, Chase L, DuRant R: The associations of suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 1997; 99: 791-6.
36. Apter A, Gothelf D, Orbach Y, Weizman R, Ratzoni G, Har-Even D, Tyano S: Correlation of suicidal and violent behavior in different diagnostic categories in hospitalized adolescent patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 912-8.
37. Pfeffer C, Normandin L, Kakuma T: Suicidal children grow-up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 1087-97.
38. Garrison C, McKeown R, Valois R, Vincent M: Aggression, Substance use, and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health* 1993; 83: 179-84.
39. Brent DA, Johnson B, Bartle S, et al: Personality disorder, tendency to imp and suicidal behavior in

- adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 69-75.
- 40.** Shaffer D, Garland A, Gould M, Fisher P, Trautman PD: Preventing teenage suicide: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 675-87
- 41.** Kotila L, Lonnqvist L: Adolescents who make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 386-93.
- 42.** Stein D, Apter A, Ratzoni G, Har-Even D, Avidan G: Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 488-94.
- 43.** Massion AO, Warshaw MG, Keller MB: Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 600-7.
- 44.** Casullo María Martina, Fernández Liporace Mercedes. Validación factorial de un Instrumento para evaluar el Riesgo Suicida-2006.
- 45.** Bettis B, Walker E: Symptoms associated with suicidal behavior in childhood and adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 1986; 14: 591-604.
- 46.** 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* 1996; 35: 154-7.
- 47.** De Wilde EJ, Kienhorst ICWM, Diekstra RFW, Wolters WHG: The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 51-9.
- 48.** Organización Mundial de Salud. Niveles de Salud 2006.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Andrade P.** (1994). Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica*.
2. **Andrews JA, Lewinsohn PM:** Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 655-62
3. **Apter A, Gothelf D, Orbach Y, Weizman R, Ratzoni G, Har-Even D, Tyano S:** Correlation of suicidal and violent behavior in different diagnostic categories in hospitalized adolescent patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 912-8.
4. **Bella Mónica, Fernández Ruth y Willington José** .Intento de Suicidio en Niños y Adolescentes: Depresión y Trastorno de Conducta disocial como patologías más frecuentes, 2009.
5. **Beautrais A, Joyce P, Mulder R:** Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1174-82.
6. **Brent DA, Johnson B, Bartle S,** et al: Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 69-75.
7. **Cameron MH et al.** (1994). Mandatory bicycle helmet use following a decade of helmet promotion in Victoria, Australia: An evaluation. *Accident Analysis & Prevention*, 26: 325–37.
8. **Casullo María, Bonaldi P, Fernández M.** Comportamientos suicidas en la adolescencia; Morir antes de la muerte. Buenos Aires: Editorial Lugar Losada; 2002.
9. **Casullo, María Martina** Adolescent suicidal behaviors and ideations: a social urgency Buenos Aires: Editorial Lugar Losada; 2004.

10. **Dadds MR et al.**, (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65: 627–635.
11. **De Wilde EJ, Kienhorst ICWM, Diekstra RFW, Wolters WHG:** The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 51-9.
12. **Encuesta Nacional de Hogares.** ENAHO Lima 2010.
13. **Encuesta Nacional de Nivel de Vida.** ENNIV Lima 2010.
14. **Evans E, Hawton K, Rodham K.** Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev* 2004; 24(8): 957-79.
15. **Farberow, N.L.** (1980). *The Many Faces of Suicide*. New York. McGraw Hill.
16. **Fergusson DM, Lynskey MT:** Childhood circumstances, adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 612-22.
17. **Garrison C, McKeown R, Valois R, Vincent M:** Aggression, Substance use, and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health* 1993; 83: 179-84.
18. **González-Forteza C, García G, Medina-Mora ME, Sánchez MA.** Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes preuniversitarios. *Salud Ment* 1998; 21(3): 1-9.
19. **González Forteza, C.; Salgado, N. & Andrade, P.** (1993). Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes. *Salud Mental*. 16,3, 16-21.
20. **Garrison C, McKeown R, Valois R, Vincent M:** Aggression, Substance use, and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health* 1993; 83: 179-84.

- 21. Goldney, R.D. & cols.** (1989). Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 79, 481-489.
- 22. Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T:** Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 473-81.
- 23. Gould M, Shaffer D, Fisher P, Garfinkel R:** Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 155-62.
- 24. Hawton K, Fagg J:** Deliberate self-poisoning and self injury in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1976-1989. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 816-23. 13. Hollis C: Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 622-30.
- 25. Harrington R, Bredenkamp D, Groothues C, Rutter M, Fudge H, Pickles A:** Adult outcomes of child and adolescent depression III. Links with suicidal behaviours. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35: 1309-19.
- 26. Hualde A. Pastoral Juvenil.** 2ª Edición. Ediciones Paulinas. Bogotá, Colombia 1991. Págs. 47, 135, 144, 169, 188.
- 27. Hoberman HM, Garfinkel BD:** Completed suicide in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 689-95.
- 28. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi.** Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. Lima: IESM HDHN; 2009
- 29. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi.** Situación de la Salud Mental en el Perú. Lima 2010.
- 30. Kotila L, Lonqvist L:** Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 453-9.

- 31. Kotila L, Lonnqvist L:** Adolescents who make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 386-93.
- 32. Massion AO, Warshaw MG, Keller MB:** Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 600-7.
- 33. Orbach, I.; Bar-Joseph, H.& Dror, N.** (1990). Styles of problem solving in suicidal individuals. *Suicide and Life –Threatening Behavior.* 20, 57-64.
- 34. Organización Mundial de la Salud.** Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías .Ginebra 2001.
- 35. Organización Mundial de la Salud.** Informe sobre la salud en el mundo 2001; Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
- 36. Organización Mundial de Salud.** Niveles de Salud 2006.
- 37. 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* 1996; 35: 154-7.
- 38. Perales A, Sogi C.** Conductas suicidas en estudiantes de medicina. *Rev Psiquiatría Perú* 2000; 56 (1): 8-13.
- 39. Pfeffer C, Normandin L, Kakuma T:** Suicidal children grow-up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 1087-97.
- 40. 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* 1996; 35: 1162-73.
- 41. Retamal P, Reszczyński C, Orto M, Ojeda Y, Medina P:** Aspectos generales del suicidio en Chile. *Bol Hosp San Juan de Dios* 1995; 42: 29-49.
- 42. Shaffer D:** Suicide in childhood and early adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 1974; 15: 275-91

- 43. Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A:** Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1061-4.
- 44. Shaffer D, Garland A, Gould M, Fisher P, Trautman PD:** Preventing teenage suicide: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 675-87
- 45. Stein D, Apter A, Ratzoni G, Har-Even D, Avidan G:** Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 488-94.
- 46. Spirito A, Brown L, Overholser J, Fritz G:** Attempted suicide in adolescence: a review and critique of the literature. *Clin Psychol Rev* 1989; 9: 335-63.
- 47. Ventura Juncá Raúl, Carvajal César, Egaña Josefina, Garib María José, Undurraga Sebastián, Vicuña Pilar .**Prevalencia de Ideación e Intento Suicida en Adolescentes de la región metropolitana de Santiago de Chile, 2007.
- 48. Woods E, Lin Y, Middleman A, Beckford P, Chase L, DuRant R:** The associations of suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 1997; 99: 791-6.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

- ANEXO A** OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE
- ANEXO B** INSTRUMENTO ISO-30
- ANEXO C** VALIDACIÓN FACTORIAL
- ANEXO D** DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO ISO-30
- ANEXO E** CONSENTIMIENTO INFORMADO
- ANEXO F** EDAD DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR DE LA I.E. N° 3051 DEL AA. HH. EL MILAGRO DE LIMA METROPOLITANA
- ANEXO G** EDAD DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR DE LA I.E. N° 21554 DEL CENTRO POBLADO PALPA-HUARAL
- ANEXO H** GÉNERO DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR DE LA I.E. N° 3051 DEL AA. HH. EL MILAGRO DE LIMA METROPOLITANA
- ANEXO I** GÉNERO DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR DE LA I.E. N° 21554 DEL CENTRO POBLADO PALPA-HUARAL
- ANEXO J** GRADO DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR DE LA I.E. N° 3051 DEL AA. HH. EL MILAGRO
- ANEXO K** GÉNERO DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR DE LA I.E. N° 21554 DEL CENTRO POBLADO PALPA-HUARAL
- ANEXO L** NIVEL DE RIESGO SUICIDA SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA
- ANEXO M** NIVEL DE RIESGO SUICIDA POR ÍTEMS CRÍTICOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA

ANEXO A
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Nivel de Riesgo Suicida en la población adolescente escolar	Es el grado que alcanza la posibilidad de que una persona atente contra su vida; a través de comportamientos autodestructivos ya sean directos (ideas suicidas e intento suicida) o indirecto (caracterizado por la exposición a riesgos que compromete la vida sin intención directa de provocarse la muerte).	Es el grado de probabilidad que tiene un adolescente que asiste a una I.E. de nivel secundario de realizar acciones encaminadas a su autolesión y/o autoeliminación, a través de conductas autodestructivas de manera consciente e inconsciente.	Desesperanza Baja Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Pesimismo • Falta de motivación • Desaliento • Aflicción • Sentimientos de minusvalía • Ideas de fracaso • Sentimientos de inferioridad 	Alto Moderado Bajo

			<p>Incapacidad para afrontar emociones</p> <p>Soledad y abatimiento</p> <p>Ideación suicida</p>	<ul style="list-style-type: none">• Desconfianza en sí mismo• Ira• Confusión• Irritabilidad • Tristeza• Aislamiento• Angustia • Ideas Suicidas• Intentos Suicidas• Proyecciones suicidas	
--	--	--	---	---	--

ANEXO B
INSTRUMENTO ISO-30

CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN

Tengan ustedes muy buenos días, mi nombre es Esther del Rosario Cerna Sánchez, soy estudiante del 5º año de la EAP ENFERMERÍA - FAC. DE MEDICINA – UNMSM, en esta oportunidad vengo a realizarles un breve cuestionario, debido a que me encuentro realizando una investigación en adolescentes. Agradezco desde ya su amable participación.

INSTRUCCIONES

Conteste en el cuadrito contiguo a la pregunta marcando con un aspa (x), según crea usted lo conveniente. Las respuestas serán confidenciales y los datos que aporte serán utilizados sólo con los fines de la investigación referida; no permita que nadie más observe o sugiera sus respuestas.

DATOS GENERALES

Edad:

Sexo:

Grado:

I.E:

Nº	Enunciados	0 Totalmente en desacuerdo	1 Parcialment e en desacuerdo	2 En gran parte de acuerdo	3 Totalme nte de acuerdo
1.	Yo debo ser un soñador/a, ya que siempre estoy esperando cosas que no resultarán.				
2	Hay muchas posibilidades para mí, de ser feliz en el futuro.				
3	Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán				
4	Ante un fracaso, confío 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. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.				
7	Mi vida se ha desarrollado mayormente de la manera que yo elegí.				

8	Yo debería ser capaz de hacer que duren más los buenos momentos, pero no puedo.				
9	Creo que causo muchos problemas a la gente que está a mi alrededor.				
10	Creo que seré incapaz de encontrar suficiente fuerza como para enfrentar a la vida				
11	Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.				
12	Cuando me pasa algo malo, siento que mis esperanzas de una vida mejor no se cumplirán				
13	Aún cuando estoy muy enojado/a por algo, me esfuerzo en pensar claramente.				
14	Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden muy bien mis sentimientos				
15	Para impedir que las cosas empeoren, creo que acabar con mi vida es la mejor solución				
16	Cuando veo a alguien logra lo que yo no quiero, siento que es injusto.				
17	Aún cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas temporalmente pueden mejorar				
18	Cuando mi vida no transcurre fácilmente me siento confundido emocionalmente				
19	Siento como que no pertenezco a ningún grupo				
20	Pienso que morirme es la mejor forma de resolver todos mis problemas				
21	Pensaba que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad				
22	Siento que tengo control sobre mi vida				
23	Cuando tengo emociones fuertes, me siento				

	fuera de control.				
24	Cuando fracaso, quiero esconderme, y desaparecer.				
25	Para no sentirme mal o solo/a, pienso que la solución es morirse				
26	26.Nadie me querría si realmente me conociera como soy				
27	Es posible que me convierta en la persona que quiero ser				
28	Nunca sentí que estuviera a punto de derrumbarme				
29	Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Sé que los voy a defraudar.				
30	Si las cosas empeoraran, creo que me mataría.				

ANEXO C

VALIDACIÓN FACTORIAL DE LA ESCALA ISO-30

MERCEDES FERNÁNDEZ LIPORACE¹, MARÍA MARTINA CASULLO²

Escala ISO - 30: Coeficientes de discriminación (ritem/total, corregida)

Item	Discriminación	Item	Discriminación	Item	Discriminación
1	.2524	11	.3927	21	.5929
2	.4114	12	.4561	22	.3645
3	.1486	13	.3058	23	.2430
4	.3314	14	.4182	24	.4669
5	.3167	15	.5630	25	.5974
6	.3557	16	.2845	26	.4180
7	.2572	17	.4283	27	.3798
8	.4099	18	.3706	28	.0963
9	.5425	19	.5824	29	.5232
10	.4742	20	.5950	30	.5750

ANEXO D
DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO
ISO-30

MERCEDES FERNÁNDEZ LIPORACE¹, MARÍA MARTINA CASULLO²

Alfa de Crombach

$$\alpha = K / (K - 1) [1 - /]$$

$$\alpha = 29 / 28 [1 - 25.887]$$

$$\alpha = 0.87$$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere un resultado ≥ 0.50 , por lo tanto este instrumento es **confiable**.

ANEXO E

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente, yo _____

Certifico que he tomado conocimiento de ser partícipe de una investigación desarrollada por Esther Cerna Sánchez, estudiante del 5° año de la carrera de enfermería de la UNMSM, por motivo de la tesis que se encuentra preparando para optar al grado de Licenciada en Enfermería.

Declaro haber sido informado que las respuestas que proporcionaré a través de un cuestionario, serán tratadas de manera anónima y los datos que aporte serán utilizados sólo con fines científicos.

Lima, _____ de _____ del 2011

Firma del alumno (a)

Firma del investigador

ANEXO F

EDAD DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR DE LA I.E. N° 3051 DEL AA. HH. EL MILAGRO DE LIMA METROPOLITANA LIMA 2011

Edad	N	%
Lima		
15	34	40,5
16	23	27,4
17	20	23,8
18	6	7,1
19	1	1,2
Total	84	100

ANEXO G

EDAD DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR DE LA I.E. Nº 21554 DEL CENTRO POBLADO PALPA-HUARAL LIMA 2011

Edad Huaral	N	%
15	29	41,4
16	21	30
17	19	27,2
18	1	1,4
19	0	0
Total	70	100

ANEXO H

**GÉNERO DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR DE LA I.E.
Nº 3051 DEL AA. HH. EL MILAGRO DE LIMA METROPOLITANA
LIMA 2011**

Género Lima	N	%
Masculino	35	41,6
Femenino	49	58,4
Total	84	100

ANEXO I

GÉNERO DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR DE LA I.E. Nº 21554 DEL CENTRO POBLADO PALPA-HUARAL LIMA 2011

Género Huaral	N	%
Masculino	28	40
Femenino	32	60
Total	70	100

ANEXO J

**GRADO DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
ESCOLAR DE LA I.E. N° 3051 DEL AA. HH. EL MILAGRO
DE LIMA METROPOLITANA
LIMA 2011**

Grado de Escolaridad Lima	N	%
3º	25	29,8
4º	35	41,6
5º	24	28,6
Total	84	100

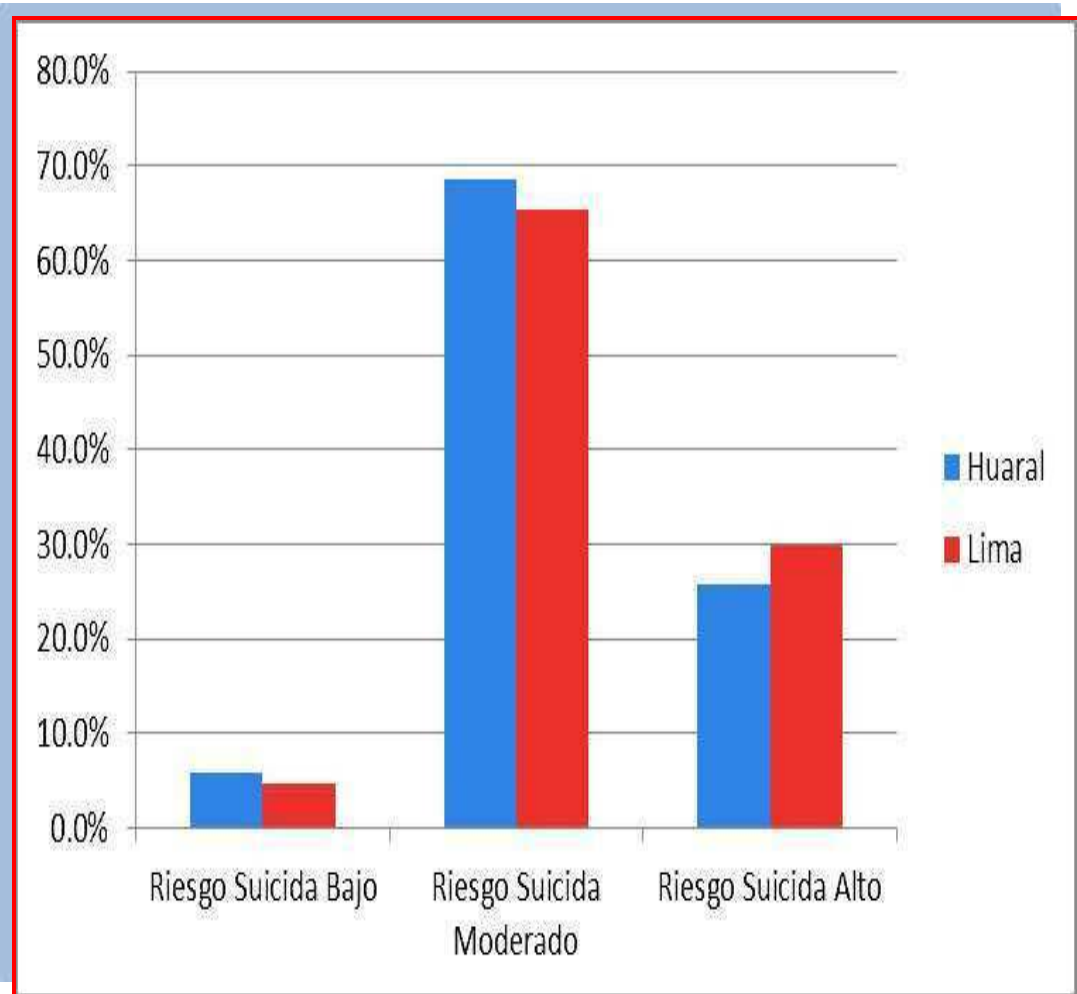
ANEXO K

**GÉNERO DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR DE
LA I.E. N° 21554 DEL CENTRO POBLADO PALPA-HUARAL
LIMA 2011**

Grado de Escolaridad Huaral	N	%
3º	20	30,3%
4º	33	41,1%
5º	17	28,6%
Total	70	100,0

ANEXO L

NIVEL DE RIESGO SUICIDA SEGÚN INSTITUCIÓN EDUCATIVA



ANEXO M
NIVEL DE RIESGO SUICIDA POR ÍTEMS CRÍTICOS EN LA
POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLAR SEGÚN
INSTITUCIÓN EDUCATIVA
LIMA 2011

