

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL
COLEGIO GRAN UNIDAD ESCOLAR SAN CARLOS – PUNO**

2018

TESIS

PRESENTADA POR:

VANESSA MARY RAMOS BANEGAS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE: LICENCIADA EN

ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

NIVEL DE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO GRAN
UNIDAD ESCOLAR SAN CARLOS – PUNO 2018

PRESENTADA POR:

VANESSA MARY RAMOS BANEGAS

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA



APROBADA POR:

PRESIDENTE:

Dra. NELLY MARTHA ROCHA ZAPANA

PRIMER MIEMBRO:

Dra. ROSENDA AZA TACCA

SEGUNDO MIEMBRO:

M.Sc. JULIA BELIZARIO GUTIERREZ

DIRECTOR / ASESOR:

Dra.Cn. HAYDEE CELIA PINEDA CHAIÑA

Área : SALUD DEL NIÑO ESCOLAR Y ADOLESCENTE

Tema : FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO DEL NIÑO ESCOLAR Y ADOLESCENTE

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 17 de Mayo del 2019

DEDICATORIA

**A Dios que es mi guía e ilumina
mi camino en cada
paso que doy y siempre esta
para protegerme.**

**A los que siempre están ahí incondicionalmente
mis padres, Anacleto Ramos
Barriga su sabiduría e inteligencia
ha logrado nuestra felicidad y a mi adorable Madre
Marina Inés Banegas Cariapaza por su valor,
Su fuerza y gran amor infinito.**

**A mis hermanos Paul Need Ramos Banegas
y Dennis Ramos Banegas
que son un gran ejemplo a seguir.**

**A mis hermosas hermanas
Fely Banegas una bella persona
Jhovana Ramos Banegas la mejor
Consejera de mi vida.**

AGRADECIMIENTOS

- A mi Alma Mater, la Universidad Nacional del Altiplano, a cada una de las docentes por prepararnos para una vida profesional de excelencia y competitividad.
- A las docentes de la Facultad de Enfermería a quienes admiro, respeto y aprecio profundamente, por haberme brindado los conocimientos teóricos prácticos para desempeñarme como profesional de Enfermería
- A los miembros del jurado conformado por: Dra. Nelly Martha Rocha Zapana, Dra. Rosenda Aza Tacca, M.Sc. Julia Belizario Gutierrez por sus atinadas sugerencias en mejoramiento y la culminación del presente trabajo de investigación.
- A mi Directora Dr. Cn. Haydee Celia Pineda Chaiña por sus constantes orientaciones, cariño y su apoyo, durante el inicio, desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación
- Al Licenciado Simón Rodríguez Cruz director de la Institución Educativa Secundaria la Gran Unidad Escolar San Carlos.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ACRÓNIMOS	
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
CAPITULO I.....	11
INTRODUCCIÓN	11
1.1. Planteamiento del problema	11
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Justificación del estudio	14
1.4. Objetivos	14
1.4.1. Objetivo general	14
1.4.2. Objetivos específicos.....	14
CAPITULO II	15
REVISIÓN DE LITERATURA.....	15
2.1. Marco teórico – Conceptual	15
2.1.3. Factores implicados en el riesgo suicida	18
2.1.4. Dimensiones de Riesgo Suicida	25
2.2. Antecedentes	29
CAPITULO III.....	32
MATERIALES Y MÉTODOS	32
3.1. Ubicación geográfica del estudio	32
3.2. Periodo de estudio	32
3.3. Procedencia del material utilizado	32
3.6. Procedimiento	37
3.8. Análisis de los resultados	40
CAPITULO IV.....	41
RESULTADOS Y DISCUSIONES	41
4.1.- Resultados	41
4.2. Discusión.....	47
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS.....	58

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 Nivel de riesgo suicida en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos– Puno 2018	63
FIGURA 2 Nivel de riesgo suicida debido a desesperanza en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.....	63
FIGURA 3 Nivel de riesgo suicida debido a baja autoestima en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.....	64
FIGURA 4 Nivel de Riesgo Suicida debido a incapacidad de afrontar emociones en los adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.....	64
FIGURA 5 Nivel de Riesgo Suicida debido a soledad y aislamiento social en los adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.....	65
FIGURA 6 Nivel de Riesgo Suicida debido a ideación suicida en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.....	65

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Nivel de riesgo suicida en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos– Puno 2018.....	41
TABLA 2. Nivel de riesgo suicida debido a desesperanza en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.....	42
TABLA 3. Nivel de riesgo suicida debido a baja autoestima en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.....	43
TABLA 4. Nivel de Riesgo Suicida debido a incapacidad de afrontar emociones en los adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.....	44
TABLA 5. Nivel de Riesgo Suicida debido a soledad y aislamiento social en los adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.....	45
TABLA 6. Nivel de Riesgo Suicida debido a ideación suicida en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.....	46

ACRÓNIMOS

- (OMS):** Organización Mundial de la Salud
- (OPS):** Organización Panamericana de la Salud
- (ISO 30):** Escala de Intervención de Riesgo suicida
- (PNA):** Primer Nivel de Atención
- (CDJ):** Centro de desarrollo Juvenil
- (SM):** Salud Mental
- (GUESC):** Gran Unidad Escolar San Carlos
- (I.E):** Institución Educativa
- (O.G):** Objetivo General
- (O.E):** Objetivo Específico

RESUMEN

Debido a las exigencias sociales y las características propias de la adolescencia; los problemas en esta población vulnerable han ido aumentando exorbitantemente, estos conllevan a que los adolescentes adopten conductas autodestructivas, y se presenta a diario en las instituciones educativas. La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar el nivel de riesgo suicida en los estudiantes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos de la ciudad de Puno, el tipo de investigación fue descriptivo de diseño de corte transversal, la población estuvo conformada por 339 adolescentes del cuarto año de secundaria, para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta, instrumento el Inventario de Orientación de Riesgo suicida, ISO - 30, diseñada por King y Kowalchuk; la confiabilidad del instrumento por Alfa de Cronbach es 0.87, en cuanto a los resultados el 51% de los adolescentes del cuarto año de secundaria de la Institución Educativa tiene un nivel moderado de riesgo suicida, un 43% bajo nivel de riesgo suicida y finalmente un 6% nivel alto de riesgo suicida, se concluye que los adolescentes de la Gran Unidad Escolar San Carlos presentaron un nivel moderado de riesgo suicida.

Palabras Clave: Nivel de riesgo suicida, Adolescente.

ABSTRACT

Due to social demands and characteristics of adolescence; The problems in this vulnerable population have been exacerbated exorbitantly, these lead to adolescents adopting self-destructive behavior, and a diary is presented in educational institutions. The present investigation was carried out with the objective of determining the level of suicidal risk in the students of the San Carlos High School School of the city of Puno, the type of research was descriptive of simple design, the population consisted of 339 adolescents from the fourth high school year, with a sample of 180; the type of sampling that has been used the probabilistic, the data collection has been used the technique of the survey, as the instrument has been used the Inventory of Suicide Risk Guidance, ISO 30, drafted by King and Kowalchuk; the reliability of the instrument by Cronbach's Alpha is 0.87, in terms of results, 51% of adolescents in the fourth year of high school in the Educational Institution have a moderate level of suicide risk, a 43% low level of suicide risk and finally a 6% high level of suicidal risk, it is concluded that adolescents of the Great School Unit of San Carlos present a moderate level of suicidal risk.

Keywords: Suicide risk level, Adolescent.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

A nivel mundial el suicidio es un problema de salud pública de carácter social que actualmente cobra un número importante de vidas cada año. La adolescencia es un periodo de grandes cambios físicos, psicológicos y de profunda transformación de las interacciones y relaciones sociales. Aunque algunos adolescentes pasan a la edad adulta gozando de buena salud, en muchos casos no ocurre así. ⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que por lo menos 1100 personas se suicidan al año y ocurren de 10 - 15 intentos por cada suicidio, siendo el grupo etario más afectado el de 15 - 24 años. El incremento de suicidios en niños y adolescentes es “preocupante”, y lo es más debido a que la OMS ubica esta muerte de causa violenta. El índice de suicidio ha aumentado en un 60% a nivel mundial, en los últimos 50 años; a sí mismo la frecuencia de intentos de suicidio que logran su cometido se ha incrementado 20 veces en este mismo lapso, también plantea que “para el año 2020 aproximadamente 1.53 millones de personas morirán por suicidio y 10-20 veces más, intentarán suicidarse en el mundo”. Esto representa una muerte cada 20 segundos y una tentativa cada 1-2 segundos. ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

En el grupo etario entre 15 y 24 años de edad, que presentan conductas autodestructivas la tasa de mortalidad por suicidio se ha incrementado en comparación con el resto de grupos 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 con este problema. ⁽⁵⁾

En el Perú existen un millón 700 mil personas que sufren de depresión, pero solo el 25% ha recibido atención especializada, Castillo Martell, director del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, explicó que las conductas suicidas están asociadas a la depresión y se forman desde la infancia si uno deja que la depresión avance, en muchos casos va a llegar al suicidio, aunque no en todos sostuvo; según las estadísticas de la institución, el 80% de los 334 casos de suicidios presentados en el país el año pasado tuvo su origen en problemas de ánimo y depresión, de cada 20 personas

mayores de 15 años, una se deprime al año; de cada 20 personas con episodio de depresión, una intenta suicidarse; y de cada 20 intentos de suicidio, uno llega a consumarse, por otro lado, el psiquiatra Freddy Vásquez, presidente de la Sociedad Peruana de Prevención del Suicidio, señaló que, en el país, la mayoría de suicidas son varones, alertó que, en los últimos 20 años, la autoeliminación ha crecido entre los adolescentes de 15 a 19 años.⁽⁶⁾

El conocer la real magnitud de este fenómeno es un verdadero reto, debido a que no se cuenta con datos fidedignos sobre los riesgos suicidas, suicidio consumado, la razón reside en la dificultad para recopilar la información; ya que en el Perú no se han realizado suficientes estudios acerca del suicidio.⁽⁷⁾

En el 2009 en el Perú se ha reportado 378 suicidios, los cuales han tenido como causas; problemas económicos, salud, sentimentales, familiares, 193 casos corresponden al grupo de adolescentes entre los 15 - 17 años. De la cifra total de suicidios del 2009, el 70% se produjo en Lima, seguido de Junín (Huancayo) con 10%, Arequipa 8%, Puno 7%, Trujillo 2% entre otros.⁽⁸⁾ Es preocupante que nuestro departamento ocupe el cuarto lugar en casos de suicidio en nuestro país. Cabe señalar que, en el 2008, Puno registro el 3.5% de suicidios del total reportado a nivel nacional.⁽⁹⁾

En el 2013 en el primer semestre, los casos atendidos por problemas de salud mental y trastornos depresivos fueron más de 2 200, y los intentos de suicidio diagnosticados suman 63 casos por ello se reconoce que cerca del 20 % de jóvenes y adolescentes sufren de trastornos que exigen el apoyo o la intervención de los servicios de salud mental, los mismos que de no ser atendidos oportunamente, pueden desencadenar en suicidio.⁽¹⁰⁾

En el 2016 Manuel Rodríguez Cáceres, responsable del Control y Prevención en Salud Mental de la Dirección Regional de Salud de Puno menciona que en los últimos años se ha ido incrementando significativamente y que hasta la fecha se ha reportado y registrado alrededor de 31 casos de intento de suicidios, la mayoría de estos se presentan por factores depresivos y emocionales.⁽¹³⁾ En el 2017, Puno registro el 9.3% de suicidio de total reportado a nivel nacional.⁽¹⁴⁾

La adolescencia es un periodo de vida, 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 ante un riesgo suicida. ⁽¹⁵⁾

En esta etapa deben lidiar simultáneamente con una variedad de problemas psicosociales, consolidar un sentido de identidad y madurar cognoscitiva y emocionalmente. ⁽¹⁴⁾ Típicamente, los adolescentes son confrontados con la emergencia de una autonomía, el rechazo a la autoridad parental, el incremento de responsabilidades sociales y académicas y un deseo de intimar con otros. Igualmente, este período de transición representa un tiempo de exploración de la identidad donde se experimentan cambios frecuentes en las metas de vida, en los vínculos románticos, en las aspiraciones de trabajo o estudio y en la visión del mundo. Estos eventos pueden facilitar que algunos adolescentes cursen con síntomas depresivos o riesgos suicidas por la inhabilidad de enfrentar cambios biológicos y psicosociales que ocurren durante este período crucial del desarrollo, utilizan conductas desadaptativas aprendidas para dirigir su inconformidad asociada a sus rápidas experiencias de cambios. Dentro de los riesgos podríamos considerar a la desesperanza, la baja autoestima, la incapacidad para afrontar emociones, soledad y aislamiento social e ideación suicida. ⁽¹⁶⁾

Por cada suicidio consumado hay múltiples intentos de suicidio, siendo un intento previo, el riesgo más importante para futuros intentos suicidas, en la adolescencia se incrementa la carga de presiones o responsabilidades individuales, que unido a la inexperiencia e inmadurez generan imprevistos que pueden traducirse en momentos de angustia, soledad y frustración, que propician riesgos para cometer un acto suicida, los adolescentes de la Institución Educativa en estudio a la mínima provocación reaccionan de manera violenta, donde presentan cambios de humor, tristeza, llantos o irritabilidad, o si no, no quiere salir, ni se relaciona con sus amigos, tiene sentimientos de desesperanza o desilusión frecuente, podría cometer un intento de suicidio. Como evidencia se presenta los antecedentes ocurridos en el 2013 un adolescente de la Institución Educativa Gran Unidad Escolar San Carlos presentó un suicidio fallido, dicho adolescente atento contra su vida ingiriendo una sustancia toxica, fue captado por su madre y llevado al Hospital Regional Manuel Núñez Butrón donde la atención fue oportuna salvando la vida del adolescente. En el mes de diciembre del mismo año otro adolescente de la misma Institución Educativa presento un suicidio consumado. ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

1.2. Formulación del problema

Frente a estos antecedentes se considera importante responder a la siguiente interrogante.

¿Cuál es el nivel de riesgo suicida en los adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018?

1.3. Justificación del estudio

El riesgo suicida es una problemática cada vez más creciente, los adolescentes en esta etapa llena de contradicciones que sumado a situaciones adversas a las cuales consideran difíciles de afrontar, conlleva a tomar decisiones fatales como el suicidio, considerando como única solución a sus problemas. La presente investigación es de carácter relevante porque el resultado concluirá con una información importante para las autoridades de Salud y profesionales de Enfermería, para así plantear estrategias de prevención a la atención primaria en las Instituciones secundarias, desarrollo de acciones preventivas y la disminución de riesgo suicidio en nuestro medio.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

- Determinar el nivel de riesgo suicida en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de riesgo suicida debido a desesperanza en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.
- Identificar el nivel de riesgo suicida debido a baja autoestima en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.
- Identificar el nivel de riesgo suicida debido a incapacidad de afrontar emociones en los adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.
- Identificar el nivel de riesgo suicida debido a soledad y aislamiento social en los adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.
- Identificar el nivel de riesgo suicida debido a ideación suicida en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Marco teórico – Conceptual

2.1.1. 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. ⁽¹⁷⁾

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”. ⁽¹⁸⁾

Nizama lo concibe como el acto autoinflingido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente tres etapas llamadas en conjunto proceso suicida: en el que intervienen sucesivamente el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida. ⁽¹⁹⁾

Dentro del fenómeno suicida podemos distinguir tres aspectos: la ideación suicida, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado. ⁽²⁰⁾

- **Ideación suicida**

Es un concepto muy amplio, ya que abarca desde pensamientos fugaces de que no vale la pena vivir, pasando por intensas preocupaciones de autodestrucción, hasta planes específicos y muy meditados para matarse (cuándo, dónde y cómo), así como pensamientos sobre el impacto que puede causar la muerte propia en los demás.

La mayoría de las personas que intentan suicidarse avisan anteriormente mediante ideación suicida verbalizada por lo que es muy importante que se tenga en cuenta este comportamiento a la hora de evaluar el riesgo de suicidio.

Se pueden distinguir dos tipos de ideación suicida en función de la gravedad, estos serían, por un lado, la ideación pasiva, dónde hay pensamientos, pero no intento de quitarse la vida, y por otro lado la ideación activa, dónde además de pensamientos también tienen planificado el cómo hacerlo.

- **Tentativa de Suicidio**

La tentativa de suicidio sería un acto suicida cuyo resultado no es la muerte, además del deseo de morir, se han descrito otras intencionalidades conscientes, como chantaje, demanda de atención o agredir psicológica y vengativamente a otros con la responsabilidad de la propia muerte.

En el caso de los adolescentes se ha encontrado que por lo general ocurre tras una crisis interpersonal en la que aparecen sentimientos de confusión y desesperación, por lo que puede resultar difícil la intención de los sujetos incluso para ellos mismos.

Tubert diferencia dos tipos de intentos de suicidio, el primero, denominado “maligno”, caracterizado por ser un acto impulsivo, peligroso y sin desencadenantes claros, se caracteriza por realizar una ruptura del vínculo con la realidad, con el entorno y con los demás. No es por tanto una llamada de atención ni hay petición de ayuda. ⁽²¹⁾

Los medios utilizados en este tipo indican la búsqueda de muerte como su finalidad primordial.

El segundo tipo, denominado “benigno”, se caracteriza por ser un acto compulsivo, menos peligroso y como reacción a pérdidas o cambios, teniendo un tono depresivo.

No hay ruptura con la realidad, sino un intento desesperado de establecer vínculos con los demás. Es una petición de auxilio que debe ser escuchada y atendida adecuadamente.

Los efectos son distintos en ambos tipos. Después del intento de suicidio maligno se agrava la tensión emocional y persiste el deseo suicida. Por el contrario, después de uno benigno lo que se suele producir es un alivio de la tensión, pudiendo llegar a expresar incluso arrepentimiento.

- **Suicidio Consumado**

Se entiende por suicidio consumado todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo la muerte, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

En muchos casos los actos suicidas han ido precedidos de ideación o tentativas suicidas. No darles el valor a estos actos de forma adecuada significa no apreciar una situación de alto riesgo y por tanto no poder aportar las medidas necesarias para su prevención.

2.1.2. Riesgo suicida

El diccionario de la lengua Española de la Real Academia define el riesgo suicida es toda acción en el grado de la posibilidad de que atente contra su vida.

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualizó el riesgo suicidio es toda acción del individuo que se cause daño así mismo deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”⁽²²⁾

En la actualidad se considera que el riesgo suicida se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas).⁽²³⁾

Niveles de riesgo suicida

- **Bajo riesgo suicida**

No hay planes ni preparativos concretos para hacerse daño. La intención de suicidarse no es evidente, aunque hay ideación suicida; el adolescente no tiene un plan concreto.

Donde el adolescente presenta esperanza, entusiasmo, motivación, aliento y ánimo, presenta una alta autoestima, se valora, no tiene ideas de fracaso, tiene la capacidad de afrontar emociones, se tiene confianza, saciable, feliz, no tiene ideas suicidas, ni intentos y mucho menos proyecciones suicidas.

- **Moderado riesgo suicida**

Se caracteriza por que las ideas suicidas son más intensas, frecuentes y persistentes. Existen planes vagos, pero no hay intención explícita de cometer suicidio. Los síntomas son moderados y existe buen autocontrol. Dado que este es un nivel moderado, las consultas deben ser frecuentes.

Donde el adolescente presenta desesperanza, pesimismo, falta de motivación, desaliento y aflicción, presenta una baja autoestima, no se valora, tiene ideas de fracaso, no tiene la capacidad de afrontar emociones, no tiene confianza, presenta ira, no es sociable, tiene ideas suicidas.

- **Alto de riesgo suicida**

Caracterizada por que la ideación es frecuente, intensa y persistente. Existen planes específicos de suicidio, e indicadores de intención suicida. Ha efectuado conductas preparatorias, existe un método accesible o disponible, evidencia de deterioro de autocontrol, síntomas disfóricos severos, múltiples factores de riesgo. Deben definirse medidas precisas de vigilancia y protección. ⁽²⁴⁾

Donde el adolescente presenta desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar emociones, soledad y aislamiento social e ideación suicida.

2.1.3. Factores implicados en el riesgo suicida

El riesgo suicida hace alusión a una serie de conceptos fundamentales. Ha sido ampliamente utilizado ante la posibilidad de autoeliminación en el adolescente.

La organización mundial de la salud, define al grupo adolescente como la población comprendida entre los 10 y 19 años. ⁽²⁵⁾

Conceptualizando la adolescencia, es un largo periodo de crecimiento y desarrollo humano, la adolescencia constituye la última etapa antes de llegar a la madurez del adulto y una de estas peculiaridades es que de esta crisis debe seguir una persona madura que actúe como tal según las normas culturales predominantes en la comunidad y en el momento histórico para realizar su propia vida. ⁽²⁶⁾

El riesgo suicida es un fenómeno que ha estado siempre presente a lo largo de toda la historia de los seres humanos, pero la percepción de la gente sobre el mismo ha sido muy diferente dependiendo de los planteamientos religiosos, filosóficos, sociales y culturales vigentes en cada época, la complejidad y el afán por encontrar una explicación satisfactoria ha originado una diversidad de teorías, unas más centradas en los factores sociales causantes del suicidio y otras en determinadas características personales y motivacionales, que de alguna manera puedan predecir los actos suicidas, el aumento del suicidio en la adolescencia y el conocimiento sobre las circunstancias sociales, características personales y condiciones en general que anteceden o precipitan el acto suicida, han alcanzado un gran interés para los investigadores, precisamente cuando el suicidio ha llegado a convertirse en la segunda causa de muerte entre el grupo de 15 a 24 años de edad. ⁽²⁷⁾

La Organización Mundial de la Salud clasifica al riesgo suicida en las siguientes: individual, relaciones humanas, comunidad, sociedad y sistema de salud. ⁽²⁸⁾

a) Individual

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es un periodo de ajuste psicosocial, caracterizado por múltiples cambios fisiológicos, psicológicos, presentando constantes fluctuaciones en el estado de ánimo, debido en parte, a la personalidad del adolescente.

En la mayoría de los estudios sobre factores de riesgo suicida, el hacerse daño a uno mismo o intentar suicidarse previamente son considerados los factores más fuertes a la hora de predecir el suicidio como factores implicados en el riesgo individual la Organización Mundial de la Salud advierte los siguientes: intento de suicidio previo, trastornos psiquiátricos, uso abusivo de alcohol u otras sustancias, desesperanza, dolor crónico y enfermedad, antecedentes familiares de suicidio y factores genéticos y biológicos⁽²⁹⁾

b) Relaciones Humanas

Un segundo grupo de factores de riesgo advertido por la Organización Mundial de la Salud está vinculado a las relaciones humanas, específicamente el

sentimiento de soledad, falta de apoyo social, relaciones conflictivas y pérdidas o rupturas.

c) **Comunidad**

La Organización Mundial de la Salud menciona un tercer grupo de riesgo que tiene que ver con la comunidad donde aparece los conflictos, los grupos vulnerables como los adolescentes, aislados, la discriminación contra ciertos grupos y el trauma o la experiencia de abuso.

La adolescencia se caracteriza por que los adolescentes adoptan nuevos papeles cada día como una forma de experimentar una cierta diversidad de éstos debido a que están haciendo frente a la apremiante tarea de definir su identidad.

La adolescencia es un “moratoria psicosocial” es decir la etapa transitoria en la que se ensayan muchos papeles o roles sociales antes de hacer elecciones permanentes y de saber cuáles “se acomodan” más adecuadamente a sus recursos. Todo grupo social establece sus propias normas y sus pautas para ayudar al adolescente a realizar la transición, desde las actitudes, la socialización podemos entenderla como el proceso mediante el cual los sujetos aprenden que sólo determinados tipos de conducta se consideran apropiados en algunas situaciones y que hay diferentes expectativas sociales en cuanto a lo que significa ser hombre o mujer en este sentido al hablar de las expectativas sociales de hombres y mujeres nos enfrentamos a los roles que la sociedad maneja.

Estas relaciones sociales y afectivas constituyen contextos importantes para el ejercicio de habilidades sociales ya aprendidas en la infancia, al mismo tiempo en que requieren del desarrollo de nuevas habilidades sociales, tales como: responder asertivamente a la presión de grupo, expresar desagrado y hablar en público. El déficit de habilidades sociales está asociado con gran número de problemas de interacción, como baja autoestima, depresión, fobia social, conducta negativista, antisocialidad y comportamiento adictivo. Esos problemas no se distribuyen de manera homogénea en relación al género. Se consideran que los adolescentes del sexo femenino presentan más problemas de interacción, tales como ansiedad y problemas relacionados con la afectividad, mientras que los del sexo masculino

reciben en mayor parte de la atención en problemas como agresividad. Tanto las habilidades sociales como las de resolución de problemas suponen factores de protección que adquieren especial relevancia durante la adolescencia, en tanto se trata de una etapa marcada por múltiples cambios, por la búsqueda de la identidad personal y social y por la asunción de retos con los que el adolescente no se había enfrentado hasta el momento. De esta forma, los déficits de habilidades para la resolución de problemas han sido señalados repetidamente como factores estrechamente asociados al comportamiento suicida en la adolescencia, poniéndose así de manifiesto cómo la incapacidad en la generación de alternativas para la resolución de problemas supone un importante incremento del riesgo suicida. ⁽³⁰⁾

Con frecuencia los conceptos de los adolescentes acerca de las funciones que competen a cada sexo son confusos, a causa de sus conceptos poco claros, en cuanto a los roles, entrar a la adolescencia sin una clara comprensión de lo que la sociedad espera de ellos, los adolescentes se encuentran unidos por grupos.

La formación de grupos sociales en el adolescente según Tuckman ⁽³¹⁾ se da en cuatro etapas.

➤ **Primera etapa**

Periodo de Orientación, En esta etapa se identifican los límites de las conductas interpersonales y de tarea, se establecen relaciones de identidad con los líderes y con los demás. Esto brinda la oportunidad para revalorar su concepto de sí mismo, así como también que puede corroborar la validez de ese concepto con la realidad los roles se definen y se forman alianzas entre sus miembros.

➤ **Segunda etapa**

Está definida por los conflictos y la polarización en torno a temas interpersonales, acompañados frecuentemente con respuestas

emocionales, Tuckman describe a esta fase como un periodo de “frenesí” los adolescentes muestran resistencia a adecuarse a los roles asignados por sus compañeros, como una forma de validar su autoestima, que de otra manera podría llevarlos a la modificación de conceptos de sí mismos.

➤ **Tercera etapa**

Es la unión y mayor cohesión del grupo, se produce nuevas reglas, por lo que esta etapa es denominada “normalización” se generan nuevos planteamientos y esto da como resultado un crecimiento grupal.

➤ **Cuarta etapa**

También llamada como “rendimiento” el grupo ha realizado su tarea dando al adolescente la oportunidad de solidificar su personalidad y aprender diferentes roles, por lo mismo el grupo tiende a desintegrarse.

d) Sociedad

El cuarto grupo de factores de riesgo señalado por la Organización Mundial de la Salud son sociales y se vinculan con el rol y que pueden tener los medios de comunicación en el tratamiento del suicidio y el estigma que pesa sobre quienes buscan ayuda. Además de estos factores, la deserción escolar también pudiera considerarse. El acceso directo o la cercanía a los métodos de suicidio aumenta el riesgo de éstos según la organización Mundial de la Salud. La disponibilidad de medios específicos o la preferencia por alguno de ellos dependen de la geografía y el contexto cultural. Por ejemplo, en Estados Unidos, las armas de fuego es el medio utilizado en la mayoría de los suicidios, mientras que, en las áreas rurales de los países en desarrollo, la ingesta de pesticidas es el principal método para cometer suicidio.

Con respecto al rol de los medios de comunicación, existe bastante evidencia de que ciertos tipos de representación del suicidio en los medios de comunicación pueden incentivar el suicidio en la población general todos los autores citados en la organización mundial de la salud advierte que ciertas prácticas de los medios,

como cubrir suicidios de celebridades, reportear sobre inusuales métodos de suicidio o suicidios en grupos, mostrar fotos o información sobre el método de suicidio empleado o normalizar éste como respuesta aceptable a una crisis, pueden ‘sensacionalizar’ y ‘glamourizar’ el suicidio, aumentando el riesgo de imitación de éste por parte de personas vulnerables.

Adicionalmente, el estigma que pesa sobre quienes buscan ayuda por conductas suicidas, problemas mentales, abuso de sustancias y otros factores de estrés emocional, continúa existiendo en muchos países, y puede ser una barrera importante para que las personas reciban la ayuda que requieren.

Por último, se ha constatado que las conductas suicidas están vinculadas con factores de desempeño escolar: la ideación suicida está asociada con una orientación académica débil, los intentos de suicidio están vinculados con deficiencias en el desempeño académico, y los suicidios frecuentemente ocurren luego de largas ausencias a la escuela. Los adolescentes con este tipo de problemas tienen un riesgo de suicidio más alto que el resto de sus compañeros y otros factores de riesgo concomitantes, incluyendo depresión y abuso de drogas, intensifican su riesgo de suicidio.

e) **Sistema de Salud**

Las barreras para acceder a la atención de salud es el último factor de riesgo destacado por la OMS. De acuerdo a esta organización, el riesgo de suicidio aumenta significativamente en presencia de comorbilidad, por lo tanto, el acceso oportuno y eficaz a los servicios de salud es esencial para reducir el riesgo suicida. La evidencia para esta asociación entre acceso al sistema de salud y suicidio, se concentra principalmente en el campo de la salud mental.

Importancia de la intervención en el riesgo suicida en adolescentes.

Un informe de la OMS sobre Recursos de Salud Mental para 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 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.

En este sentido, la detección precoz de riesgo suicida, 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.

2.1.4. Dimensiones de Riesgo Suicida

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

(31)

Estas dimensiones fueron planteadas por King y Kowalchuk.

a) Desesperanza

La desesperanza es fundamentalmente una creencia según la cual se considera un futuro no viable y de problemas que nunca se podrán resolver, donde la persona percibe una imposibilidad de lograr algo en el presente o el futuro, además de constantes imposibilidades, lo cual genera resignación y abandono de ambiciones y sueños. (32)

La desesperanza como un predictor del suicidio se ha estudiado desde diferentes posturas. Los investigadores han determinado que durante la desesperanza se presenta con mayor intensidad y esto a su vez hace que se mantenga la ideación y el riesgo suicida, lo cual establece que este sentimiento es un factor importante. Además, se ha indicado que los

acontecimientos negativos de la vida influyen directamente sobre la desesperanza, y esto a su vez interviene de manera positiva sobre el riesgo de cometer actos suicidas. ⁽³³⁾

Beck define la desesperanza como un deseo de escapar de algo que uno considera que es un problema insoluble y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro, tiene que ver en este sentido con un sistema de esquemas cognitivos que parte del elemento común de las expectativas negativas, hasta que lleva a un sentimiento general de desesperación y de falta de intención de vivir, siendo así una característica principal del intento suicidio, de hecho, sería una de las características centrales de las personas deprimidas y las suicidas, algunos adolescentes que no tienen habilidades sociales adecuadas empiezan sintiendo que necesitan ayuda y tras experimentar esta sensación durante algún tiempo, comienzan a tener desesperanza. ⁽³⁴⁾

b) Baja Autoestima

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

Cuando la autoestima es mayor, la ideación suicida es menor; en tanto su la autoestima es menor la ideación suicida es mayor. ⁽³⁵⁾

La autoestima es un estado emocional respecto a sí mismo que remite al proceso de autoevaluación de virtudes y defectos personales, es la dimensión valorativa del autoconcepto. La baja autoestima hace referencia a una subvaloración del autoconcepto del adolescente. ⁽³⁶⁾

c) Incapacidad para Afrontar Emociones

Uno de los motivos más frecuentes de la incapacidad para afrontar emociones es debido a la evitación emocional, esta consiste en escapar, retirarse o posponer temas que nos resultan desagradables ya que el afrontarlos supone experimentar una desagradable vivencia personal, generalmente un sentimiento de inferioridad o de incapacidad, un sentimiento de culpabilidad, de ridículo, de torpeza, de soledad.

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. ⁽³⁷⁾

d) Soledad y Aislamiento Social

La soledad es una experiencia conocida por todos los seres humanos, inherentes a la necesidad de pertenecer y que actualmente es considerada como una epidemia de la sociedad moderna, un problema de salud pública que por sus consecuencias físicas, mentales y sociales requiere un abordaje desde múltiples perspectivas. Así mismo, la adolescencia es una etapa especialmente vulnerable para experimentar sentimientos de soledad que son un factor significativo para la salud y la calidad de vida de los adolescentes y como tal es relevante para el cuidado de enfermería. Las personas que sufren de soledad no quieren reconocer como “solos”, debido a que experimentan sentimientos de vergüenzas o dificultad para superar el aislamiento. ⁽³⁸⁾

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. ⁽³⁹⁾

e) Ideación Suicida

La ideación suicida es considerada como la de menor riesgo; no obstante, representa su primera manifestación. Esto ubica a la ideación suicida como un asunto de vital importancia para la toma de decisiones orientadas a la identificación de personas con riesgo de suicidio. Se considera que la ideación suicida es un fenómeno prevalente en los

adolescentes es un factor de riesgo para el intento de suicidio. Está representada por la presencia de planes y deseos actuales para cometer el suicidio en personas que no han realizado algún intento reciente de suicidio. La distinción entre ideación y el intento suicida difieren en términos del grado de severidad o intensidad de la motivación para terminar con la propia vida, así como la naturaleza de su expresión. En el caso de la ideación suicida, está más relacionada con procesos cognitivos, mientras que el intento se relaciona al comportamiento. Asimismo, las ideaciones suicidas presentan distintos grados de severidad, desde aquellas relacionadas a deseos pasivos de morir hasta planes completamente formulados para morir.

Conjunto de sentimientos, planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción. ⁽⁴⁰⁾

Evaluación del nivel de riesgo suicida

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

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

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

La escala ISO - 30 permite evaluar las siguientes dimensiones: (ANEXO 1)

I. Desesperanza. Integrada por los ítems

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

II. Baja autoestima. Integrada por los ítems

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

III. Incapacidad para afrontar emociones. Integrada por los ítems

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

IV. Soledad y aislamiento social. Integrado por los ítems

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

V. Ideación suicida. Integrada por los ítems

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

En base al puntaje total obtenido se clasifica en tres categorías.

1. **Bajo Riesgo Suicida:** Aquel que obtiene un puntaje inferior a 30
2. **Moderado Riesgo Suicida:** Una puntuación total comprendida entre 31 – 44
3. **Alto riesgo suicida:** Con un puntaje total o superior a 45

2.2. Antecedentes

Algunos antecedentes que pueden brindar un panorama general sobre el modo cómo ha venido siendo investigado o abordado el problema de investigación propuesto.

A nivel internacional

En Argentina, se realizó una investigación titulada “Adolescentes en riesgo suicida” con el objetivo de: Determinar la prevalencia de los casos de alto riesgo suicida en cuatro grupos de adolescentes escolarizados (ciudad de Buenos Aires, ciudad de San Miguel de Tucumán, localidades de la provincia de Catamarca y ciudad de Pilar, provincia de Buenos Aires). Tipo de estudio: Descriptivo-correlacional-comparativo, el tamaño de la muestra se determinó a través de muestreo intencional simple, se estudiaron 1297 adolescentes para la recolección de datos se utilizó el ISO - En cuanto a los resultados, 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%. “los resultados del presente estudio realizado han 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)”.⁽⁴²⁾

En Colombia, se realizó una investigación titulada “Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio.” Con el objetivo de explorar la posible asociación entre el riesgo de suicidio, depresión, consumo de psicoactivos y disfunción familiar en adolescentes escolarizados. Con un diseño de estudio descriptivo de casos y controles Se utilizó una encuesta de auto aplicación a una muestra aleatoria de 779 adolescentes; se utilizaron los instrumentos ISO-30, CDI-LA, CIDI-II y Apgar familiar respectivamente. Los resultados de la investigación, la prevalencia del riesgo de suicidio se situó entre

23,0% y 26,5%. La depresión y la disfunción familiar se asociaron positivamente con el riesgo de suicidio, con una razón de disparidad de 4,3 y 2,0 respectivamente. Concluye que la magnitud del problema que deben tener en cuenta las autoridades educativas, la administración municipal y los padres de familia. Es prioritario fortalecer los programas de detección de la depresión adolescente, como también exigir al Estado mejores tratamientos para depresión (no solo limitados al medicamento). Es necesario promover la estrategia de escuela de padres en instituciones educativas, hacer énfasis en temas referentes a la salud mental y resaltar la importancia en la comunicación, la cooperación, el afecto y el respeto entre los miembros de la familia. ⁽⁴³⁾

A nivel Nacional

En Lima, se realizó una 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° 2 del Centro Poblado Palpa - Huaral, Lima” su objetivo fue 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 y de la I.E. N° 21554 del Centro Poblado de Palpa-Huaral Lima. Con un diseño de estudio cuantitativo-transversal, de nivel aplicativo y método descriptivo. Para la recolección de datos utilizó el instrumento ISO 30 (Inventario de Orientación Suicida), 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 que presentaron un nivel moderado. ⁽⁴⁴⁾

A nivel local

En Juliaca, se realizó una investigación titulada “Comportamientos de riesgo suicida en adolescentes escolarizados de las Instituciones Educativas “Comercial 45” Puno y Gran Unidad Escolar “José Antonio encinas” su objetivo fue identificar los comportamientos de riesgo suicida en adolescentes de ambas instituciones. El tipo de estudio fue descriptivo comparativo con diseño transversal simple; la muestra estuvo conformada por 268 estudiantes del 4o año de secundaria, de los cuales 74 corresponde a la Institución

Comercial 45 Puno y 194 de la Institución José Antonio Encinas Juliaca; para la recolección de datos utilizó el instrumento fue la Escala ISO 30 (Inventario de Orientaciones Suicidas, diseñado por King y Kowalchuk en 1994). Los resultados fueron que el 44.6% de adolescentes de la Institución Comercial 45 y 43.3% en la Institución José Antonio Encinas se encuentran con bajo riesgo suicida; el 37.8% corresponde a la I.E.S. Comercial 45 y 31.4% a la I.E.S. José Antonio Encinas ambos con alto riesgo suicida. De acuerdo al género en la I.E.S. Comercial 45 el 46.2% es femenino y el 40.9% masculino y el alto riesgo está representado por 38.5% (femenino) y 36.4% (masculino); en la I.E.S. José Antonio Encinas, el 46.7% del género femenino presenta bajo riesgo suicida y el género masculino 37.8%, el alto riesgo suicida, afecta al 33.8% del género masculino y 30% del femenino. En relación a la edad, en la I.E.S. Comercial 45 el 38.7% del grupo de 16 años y 32.4% de 15 años de la I.E.S. José Antonio Encinas muestran alto riesgo suicida. Según dimensiones psicológicas, el 47.3%. De la I.E.S. Comercial 45 muestra incapacidad para afrontar emociones, 41.9% manifiesta ideación suicida, 36.5% presenta desesperanza, 35.1% experimenta soledad y abatimiento, el 33.8% se encuentra con baja autoestima y en la I.E.S. José Antonio Encinas el 47.4% tiene ideaciones suicidas, 43.8% presenta incapacidad para afrontar emociones y una baja autoestima, 42.8% manifiesta desesperanza y el 41% pasa por momentos de soledad y abatimiento. Se concluye donde los comportamientos de riesgo suicida en adolescentes escolarizados de ambas instituciones educativas secundarias en estudio, presentan bajo riesgo suicida; así mismo en relación al género predomina el femenino y por edad en el grupo de 15 y 16 años de edad. De acuerdo a las variables psicológicas en la I.E.S. de Puno, predomina la incapacidad de afrontar emociones, seguido de la ideación suicida; en la I.E.S. de Juliaca, predomina la ideación suicida, seguido de la incapacidad de afrontar emociones.

(45)

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Ubicación geográfica del estudio

El presente estudio de investigación se realizó en la capital de distrito, provincia y del departamento de Puno, está ubicado a orillas del Lago Titicaca a 3827 m.s.n.m., lago navegable más alto del Mundo. Se encuentra en la región de la sierra sudeste del país, en la meseta del Collao limita por el Sur, con la región Tacna por el Este, con la República de Bolivia y por el Oeste, con las regiones de Cusco, Arequipa y Moquegua., el clima es frío, moderadamente lluvioso y semi-seco. Con una población 252 348 habitantes, las actividades económicas que se desenvuelven en la ciudad son: Comercio, transporte, servicios, hoteles, restaurantes y fabricación de artesanías y textileras. La Institución Educativa Gran Unidad Escolar San Carlos fue creado el 07 de agosto de 1825 por el gran libertador Don Simón Bolívar y Palacios, la institución atiende a 1613 estudiantes y es una Institución emblemática y ha logrado, una máxima distinción a nivel nacional.

3.2. Periodo de estudio

Del 12 de julio al 5 de octubre.

3.3. Procedencia del material utilizado

Técnica e instrumento de recolección de datos

Técnica

Para el logro de objetivos planteados en la investigación se aplicó la encuesta, mediante esta técnica se recolectó la información con respecto al nivel de riesgo suicida, dicha información extraída sirvió para presentar los resultados de la investigación.

Instrumento

El instrumento para la recolección de datos fue el Inventario de Orientación Suicida, ISO - 30.

- **Descripción del instrumento**

El inventario de orientación suicida fue adaptado en Argentina por Fernández y Casullo, consta de 30 ítems y 5 dimensiones a evaluar, distribuidos de la siguiente manera: dimensión 1 desesperanza consta con 6 ítems, dimensión 2 baja autoestima consta con 6 ítems, dimensión 3 incapacidad para afrontar emociones

consta con 6 ítems, dimensión 4 soledad y aislamiento social consta con 6 ítems y dimensión 5 ideación suicida consta con 6 ítems.

• **Calificación del instrumento**

El instrumento cuenta con 19 ítems negativos y 11 positivos a evaluar, mediante una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta.

Preguntas negativas: son los ítems: 1, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 29 y 30. Para las cuales se hará el uso de la siguiente escala de puntuación:

- 1.- Totalmente en desacuerdo. 0 puntos.
- 2.- Desacuerdo. 1 punto.
- 3.- De acuerdo. 2 puntos.
- 4.- Totalmente de acuerdo. 3 puntos.

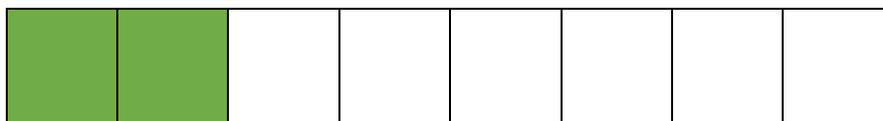
Preguntas positivas: son los ítems: 2, 3, 4, 7, 11, 13, 14, 17, 22, 27, y 28. Para las cuales se hará el uso de la siguiente escala de puntuación.

- 1.- Totalmente en desacuerdo. 3 puntos.
- 2.- Desacuerdo. 2 puntos.
- 3.- De acuerdo. 1 punto.
- 4.- Totalmente de acuerdo. 0 puntos.

La sumatoria de todos los ítems genera un valor final, el cual fueron ubicados en tres categorías.

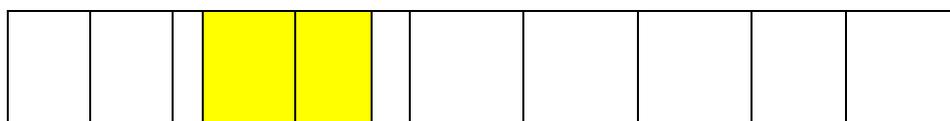
1.- Bajo riesgo suicida. Puntaje inferior a 30.

Puntaje 10 20 30 40 50 60 70 80 90

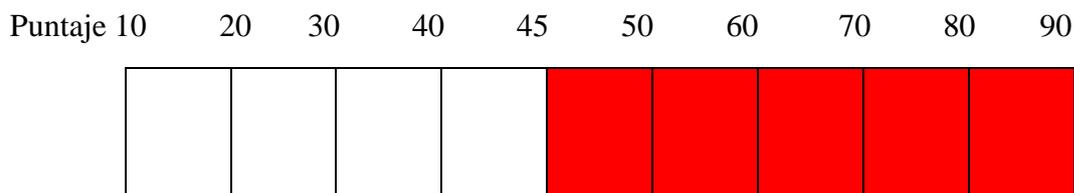


2.- Moderado Riesgo suicida. Puntuación comprendida entre 31 – 44.

Puntaje 10 20 30 31 40 44 45 50 60 70 80 90



3.- Alto riesgo suicida. Puntaje total o superior a 45.



Validez y confiabilidad

El instrumento utilizado en el presente estudio de investigación, fue validado en Argentina, lo realizaron con el objetivo de efectuar el análisis psicométrico de la Escala ISO – 30 en términos de estudiar su validez factorial, la consistencia interna de sus dimensiones y la capacidad de discriminación de los elementos que lo componen.

En primer lugar, efectuaron el análisis de la discriminación de los reactivos, con el objetivo de determinar la capacidad de los mismos para distinguir entre sujetos situados en los extremos superior e inferior de la distribución de puntuaciones de riesgo suicida. Para ello calcularon la correlación de cada elemento con la puntuación total, corregida, determinando en todos los casos indicadores adecuados no negativos y distintos a cero. (Anexo 5).

En segundo lugar, el análisis de la validación factorial, ensayaron varios métodos de extracción y rotación para elegir finalmente, la solución que explicara el mayor porcentaje de varianza, ofreciendo un mejor ajuste, el cual implicó la menor pérdida posible de elementos. Escogieron trabajar con el método de componentes principales, con rotación Varimax y criterio Kaiser con extracción por contraste de caída, que arrojaron una estructura de cinco dimensiones, que explicaron el 45.024% de la varianza total (cada dimensión da cuenta respectivamente, del 12.249%, 10.301%, 8.578%, 7.53% y 6.314%).

El ajuste del procedimiento y la adecuación muestral para ítems/sujetos ($KMO = 0.897$; Test de Esfericidad de Bartlett: $\chi^2 = 4383.486$, 435 gl; $p = .000$) resultan óptimos; asimismo, la fiabilidad de la escala total se juzga adecuada ($\alpha = 0.87$) y los índices de consistencia para cada factor aparecen como correctos si se tiene en cuenta la cantidad de elementos incluidos en cada dimensión - 0.88 para el Factor 1 con cuatro ítems, 0.74 para el Factor 2 con diez reactivos, 0.67 para el Factor 3 con seis elementos; 0.44 para el Factor 4 que posee sólo dos ítems y 0.50 para el Factor 5, compuesto por cuatro reactivos. (Anexo 6)

Calculan la discriminación de los ítems según su ubicación en las dimensiones aisladas en el análisis factorial – en el paso anterior se calculó sobre la base de la puntuación total de la escala -, se observa que este indicador ha mejorado en líneas generales, ya que todos estos índices se ubican por encima de 0.30. salvo seis casos, cuyas discriminaciones son inferiores a ese valor de corte, considerado óptimo; sin embargo, debe advertirse que, de esos seis reactivos, sólo dos poseen coeficientes inferiores a 0.25 – aceptables por ser no negativos y distintos de cero en tanto que los cuatro restantes se ubican entre 0.28 y 0.30. (Anexo 7)

Finalmente, se presenta la comparación de la inclusión inicial de los elementos en cada una de las dimensiones previstas en el diseño original y la distribución de aquéllos finalmente obtenida en el análisis factorial. Cuatro reactivos se han perdido en virtud de cargar por debajo de 0.40 en alguno de los factores o por recibir saturaciones dobles iguales o superiores a 0.40 en dos factores. ⁽⁴⁶⁾ (Anexo 8)

La confiabilidad del instrumento Inventario de Orientación Suicida – ISO 30 por ALFA DE CROMBACH es de 0.87 lo que significa que es confiable. (Anexo 9)

3.4. Población y muestra del estudio

Población

La población estuvo conformada por un total de 673 adolescentes de la Institución Educativa Gran Unidad Escolar San Carlos, se detalla en el siguiente cuadro.

POBLACIÓN DE ESTUDIO EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA GRAN UNIDAD ESCOLAR SAN CARLOS – PUNO	
CUARTO AÑO	339
QUINTO AÑO	334
TOTAL	673

Muestra

La muestra estuvo conformada por 339 adolescentes de la Institución Educativa Gran Unidad escolar San Carlos mediante la siguiente formula.

$$n = \frac{k^2 * p * q * n}{(e^2 * (CN - 1)) + k^2 * p * q}$$

n= Es el tamaño de la muestra.

k= Es el nivel de confianza 99% de confianza = 2.57

e= es el error muestral deseado 5% = 0.5

p= es la proporción de la población = 0.5

q= Es la proporción característica de la población= 0.5

Hallando la muestra

$$n = \frac{2.57^2 * 0.5 * 0.5 * 673}{(5^2 * (673 - 1)) + 2.57^2 * 0.5 * 0.5}$$

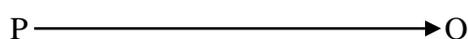
$$n = 339$$

El tipo de muestreo fue, no probabilístico por conveniencia.

3.5. Diseño estadístico

El tipo de investigación fue de tipo descriptivo de corte transversal; porque describe la variable en estudio que es el riesgo suicida, y transversal porque se recabó la información en un solo momento.

El diseño de la investigación fue el descriptivo simple, el cual permite la obtención de información respecto a la variable en estudio, riesgo suicida.



Donde:

P: Población adolescente de la I.E.S. Gran Unidad Escolar San Carlos

O: Nivel de Riesgo suicida en Adolescentes del Colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno

Criterios de inclusión

En esta investigación estarán incluidos los adolescentes.

- Matriculados y que cursen el cuarto año de secundaria debido a los antecedentes ocurridos como es el suicidio fallido y consumado
- Asistan con regularidad a su centro educativo
- Firmen su asentimiento informado

Criterios de excusión

En esta investigación estarán excluidos los adolescentes

- Que se encuentren en talleres en el Centro de desarrollo juvenil
- Que no firmen su asentimiento informado

3.6. Procedimiento

Procedimiento y recolección de datos

a) De la coordinación

Se presentó una solicitud a la Decana de la Escuela profesional de Enfermería con fines de obtener carta de presentación para la ejecución del proyecto.

Se presentó por escrito una solicitud al director de la Gran Unidad Escolar San Carlos con la finalidad de obtener la autorización para la aplicación del instrumento en los adolescentes del cuarto año de secundaria.

b) De la selección y obtención de la muestra

Los adolescentes del cuarto año de secundaria fueron seleccionados tomando en cuenta los criterios de inclusión, que se estableció en la investigación.

Fueron tomados todos los adolescentes del cuarto año de secundaria.

c) De la aplicación del instrumento

Para la aplicación del instrumento se les explicó a los adolescentes la utilidad que tendría el llenado del instrumento y las consideraciones a tener en cuenta al momento que fue llenado.

La entrega del cuestionario se realizó de manera individual, en el momento de la recolección de datos, la investigadora permaneció junto con adolescente ante una posible duda al momento del llenado del cuestionario.

Los datos fueron recolectados durante un tiempo aproximado de 35 a 40 minutos a más en los estudiantes del cuarto año de secundaria durante las horas de tutoría y religión.

Finalizada el llenado se procede al recojo del instrumento, verificando que estén completos, se agradeció la cooperación de los estudiantes y de los maestros.

3.7. Variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍA	INDICE
<p>RIESGO SUICIDA</p> <p>Es el grado que alcanza la posibilidad de que una persona atente contra su vida; a través de comportamientos autodestructivos.</p>	<p>DESESPERANZA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesimismo 	Bajo Riesgo Suicida	Puntaje inferior a 30
		<ul style="list-style-type: none"> • Falta de motivación 	Moderado Riesgo Suicida	Puntaje comprendido entre 31 - 44
		<ul style="list-style-type: none"> • Desaliento 	Alto Riesgo Suicida	Puntaje total o superior a 45
		<ul style="list-style-type: none"> • Aflicción 		
	<p>BAJA AUTOESTIMA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de minusvalía 	Bajo Riesgo Suicida	Puntaje inferior a 30
		<ul style="list-style-type: none"> • Ideas de fracaso 	Moderado Riesgo Suicida	Puntaje comprendido entre 31 - 44
		<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de inferioridad 		
	<p>INCAPACIDAD PARA AFRONTAR EMOCIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desconfianza en sí mismo • Ira 	Bajo Riesgo Suicida	Puntaje inferior a 30
<ul style="list-style-type: none"> • Confusión 			Moderado Riesgo Suicida	Puntaje comprendido entre 31 - 44
<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad 		Alto Riesgo Suicida	Puntaje total o superior a 45	
<p>SOLEDAZ Y AISLAMIENTO SOCIAL</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza 	Bajo Riesgo Suicida	Puntaje inferior a 30
	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento 	Moderado Riesgo Suicida	Puntaje comprendido entre 31 - 44	

			Alto Riesgo Suicida	Puntaje total o superior a 45
	IDEACIÓN SUICIDA	• Ideas suicidas	Bajo Riesgo Suicida.	Puntaje inferior a 30
		• Intentos suicidas	Moderado Riesgo Suicida	Puntaje comprendido entre 31 - 44
		• Proyecciones suicidas	Alto Riesgo Suicida	Puntaje total o superior a 45

3.8. Análisis de los resultados

Luego de la ejecución y obtención de los datos se realizó la siguiente acción.

- Se codifica y se organiza el instrumento.
- Se revisó las respuestas y se verificó que estén completos.
- Se traslada la información al sistema digital, utilizando el programa Microsoft Excel, para luego procesar la información.
- Seguidamente se elaboró tablas de doble entrada, teniendo en cuenta los objetivos.
- Se realizó figuras para la mejor visualización de los resultados

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.1.- Resultados

O.G.

TABLA 1

Nivel de riesgo suicida en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos– Puno 2018

NIVEL DE RIESGO SUICIDA	N°	PORCENTAJE
Alto riesgo suicida	20	6%
Moderado riesgo suicida	174	51%
Bajo riesgo suicida	145	43%
TOTAL	339	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de 4to de secundaria G.U.E. San Carlos

En la tabla se observa que el 51% de los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria la Gran Unidad Escolar San Carlos presenta un nivel moderado de riesgo suicida, el 43% un nivel bajo de riesgo suicida y el 6% un nivel alto de riesgo suicida.

O.E. 1

TABLA 2

**Nivel de riesgo suicida debido a desesperanza en adolescentes del colegio
Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.**

NIVEL DE RIESGO SUICIDA	N°	PORCENTAJE
Alto riesgo suicida	13	4%
Moderado riesgo suicida	167	49%
Bajo riesgo suicida	159	47%
TOTAL	339	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de 4to de secundaria G.U.E. San Carlos

En la tabla se observa que el 49% de los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria la Gran Unidad Escolar San Carlos presenta un nivel moderado de riesgo suicida, el 47% un nivel bajo de riesgo suicida y el 4% un nivel alto riesgo de riesgo suicida debido a desesperanza.

O.E. 2

TABLA 3

Nivel de riesgo suicida debido a baja autoestima en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.

NIVEL DE RIESGO SUICIDA	N°	PORCENTAJE
Alto riesgo suicida	22	6%
Moderado riesgo suicida	192	57%
Bajo riesgo suicida	125	37%
TOTAL	339	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de 4to de secundaria G.U.E. San Carlos

En la tabla se observa que el 57% de los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria la Gran Unidad Escolar San Carlos presenta un nivel moderado de riesgo suicida, el 37% un nivel moderado de riesgo suicida y el 6% un nivel alto de riesgo suicida debido a baja autoestima.

O.E. 3

TABLA 4

Nivel de Riesgo Suicida debido a incapacidad de afrontar emociones en los adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.

NIVEL DE RIESGO SUICIDA	N°	PORCENTAJE
Alto riesgo suicida	17	5%
Moderado riesgo suicida	186	55%
Bajo riesgo suicida	136	40%
TOTAL	339	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de 4to de secundaria G.U.E. San Carlos

En la tabla se observa que el 55% de los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Gran Unidad Escolar San Carlos presenta un nivel moderado de riesgo suicida, el 40% un nivel bajo de riesgo suicida y el 5% un nivel alto de riesgo suicida debido a incapacidad de afrontar emociones.

O.E. 4

TABLA 5

Nivel de Riesgo Suicida debido a soledad y aislamiento social en los adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.

NIVEL DE RIESGO SUICIDA	N°	PORCENTAJE
Alto riesgo suicida	22	6%
Moderado riesgo suicida	162	48%
Bajo riesgo suicida	155	46%
TOTAL	339	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de 4to de secundaria G.U.E. San Carlos

En la tabla se observa que el 48% de los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Gran Unidad Escolar San Carlos presenta un nivel moderado de riesgo suicida, el 46% un nivel bajo de riesgo suicida y el 6% un nivel alto de riesgo suicida debido a soledad y aislamiento social.

O.E. 5

TABLA 6

Nivel de Riesgo Suicida debido a ideación suicida en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.

NIVEL DE RIESGO SUICIDA	N°	PORCENTAJE
Alto riesgo suicida	25	7%
Moderado riesgo suicida	165	49%
Bajo riesgo suicida	149	44%
TOTAL	339	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de 4to de secundaria G.U.E. San Carlos

En la tabla se observa que un 49% de los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Gran Unidad Escolar San Carlos presenta un nivel moderado de riesgo suicida, el 44% nivel bajo de riesgo suicida y el 7% un nivel alto de riesgo suicida debido a ideación suicida.

4.2. Discusión

El resultado hallado en el presente estudio evidencia un porcentaje significativo de adolescentes que presentan un nivel moderado de riesgo suicida, este nivel se caracteriza porque existe ideas suicidas más intensas, planes vagos y un buen autocontrol. Sin embargo, un porcentaje bajo de adolescentes presentan un nivel alto de riesgo suicida, este nivel caracterizado por la ideación que es frecuente, insistente y persistente, con planes específicos de suicidio y deterioro de autocontrol, cabe señalar que este nivel representa una situación preocupante, que de no buscar medidas preventivas esta podría pasar a un intento de suicidio y porque no decir a un suicidio consumado.

En el estudio de Casullo⁽⁴³⁾ en Argentina encontró que los adolescentes presentaron un alto riesgo suicida el cual difiere con los resultados obtenidos, esto puede atribuirse a que se reporta mayores tasas de suicidio y que los suicidios en este país es la segunda causa de muerte en este grupo etario y se ve relacionado con la pobreza, la falta de comunicación en la familia, con los docentes del colegio y amigos, el acoso sexual, el bullying y la incapacidad de resolver sus problemas, se suicidan con mayor frecuencia aquellos adolescentes que portan armas de fuego lo que hace una muerte violenta. En cambio, nuestra realidad no es tan distinta ya que el departamento de Puno ocupa el cuarto lugar de muertes por suicidio y particularmente la ciudad de Puno representa un 9.3% de suicidios en adolescentes, lo cual es una situación preocupante, esto se atribuiría a que muchos de estos adolescentes proceden de familias disfuncionales donde aumenta la vulnerabilidad para que aparezcan conductas autodestructivas en los adolescentes, su acción debilita la base afectiva emocional de la personalidad, que obstaculiza el desarrollo y la eficiencia de los mecanismos autorreguladores, y afectan la capacidad regenerativa del sistema familiar para amortiguar y modificar la acción y efecto del riesgo suicida.⁽⁴²⁾ Por otro lado el estudio de Toro⁽⁴⁴⁾ en Colombia encontró que los adolescentes presentaron un moderado riesgo suicida estos resultados se asemejan a los resultados obtenidos, esto se atribuiría a que posiblemente las familias de los adolescentes no han generado el desarrollo de habilidades sociales, donde el adolescente no tiene una valoración de sí mismo que les hace vulnerable frente a la desesperanza, ira, la pérdida de identidad, también a la carencia de un plan o proyecto de vida para su futuro.

En el estudio de Cerna⁽⁴³⁾ en Lima encontró que los adolescentes presentaron un nivel alto de riesgo suicida este resultado difiere con los resultados obtenidos esto se atribuiría a que el Instituto Nacional de Salud Mental menciona que cada 22 minutos un adolescente en Lima intenta quitarse la vida donde las características más comunes son la presencia de tristeza, irritabilidad profunda, el aislamiento de sus amigos y la desconexión total con su entorno, es más, por el acoso escolar, maltratos, fracasos amorosos o académicos son los desencadenantes que afectan al adolescente, a pesar que los resultados sean diferentes en dichos estudios este grupo etario es el más vulnerable en la vida del ser humano y es más que deben liderar cambios fisiológicos, físicos y psicológicos, donde adoptan conductas autodestructivas y existen rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierte en riesgo suicida para cometer un acto suicida como lo es la poca tolerancia a la frustración, actitudes perfeccionistas, son críticos, rígidos intelectualmente y sobre todo no toleran el fracaso. Por otro lado en el estudio de Huanca⁽⁵⁵⁾ en Juliaca encontró que los adolescentes presentaron un alto riesgo suicida el cual difiere a los resultados obtenidos, esto puede atribuirse que en la ciudad de Juliaca hay un mayor crecimiento poblacional, donde las familias se dedican por completo al trabajo especialmente al comercio, dejando de lado a sus hijos adolescentes y muchos de ellos sienten el abandono de sus padres, donde no existe una buena comunicación, donde los adolescentes no pueden descargar sus problemas, donde sufren violencia física, violencia sexual y Juliaca presenta mayores tasas de suicidio, en cuanto a la ciudad de Puno muchos de los adolescentes proceden de las zonas rurales, dedicando más tiempo en trasladarse de ida y vuelta a casa, teniendo menos tiempo para relacionarse con su familia sumado a esto, algunos adolescentes viven solos o con un familiar en cuartos alquilados, siendo ellos más vulnerables, teniendo menos oportunidades para cumplir los roles con su red social incluso las tareas encomendadas por los docentes, siendo de esta manera que estos adolescentes sufren frustraciones en silencio y optan decisiones drásticas.

En cuanto a la Tabla II, los adolescentes presentaron un nivel moderado de riesgo suicida debido a desesperanza, siendo la desesperanza como un predictor inminente en el riesgo suicida caracterizado por la pérdida de la motivación que se refleja como el pesimismo, desaliento y aflicción, donde el adolescente no tiene razón de vivir, surgen dudas de su existencia donde sienten que ya no es necesario levantarse cada día y específicamente aquellos adolescentes que no cuentan con un proyecto de vida, definitivamente la desesperanza puede llegar a ser uno de los peores enemigos, porque pone una venda en los ojos y va quitando fuerzas y ganas.

En cuanto a la Tabla III, los adolescentes presentaron un nivel moderado de riesgo suicida debido a baja autoestima, el autor Baumeister menciona que la baja autoestima está caracterizada por la subvaloración de sí mismo que se ve reflejada a través de conductas acompañadas de sentimientos de minusvalía, ideas de fracaso, sentimientos de inferioridad, desconfianza en sí mismo e ira, Riquelme refiere que los adolescentes con baja autoestima tienden a tener mayor nivel de riesgo suicida, cuando la autoestima es mayor el nivel de riesgo suicida es menor, siendo la autoestima esencial para el desarrollo de la personalidad del adolescente.⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾

En cuanto a la Tabla IV, los adolescentes presentaron un nivel moderado de riesgo suicida debido a incapacidad de afrontar emociones, el autor Goleman⁽⁴⁷⁾ caracteriza principalmente la incapacidad de afrontar emociones por la falta de autorregulación y autodominio entendida como una función cerebral que ocurre en diferentes dimensiones del desarrollo (biológico, cognitivo, emocional, social y pro-social), se constituye en la capacidad de regular voluntariamente el comportamiento, pensamiento y emociones, donde el adolescente escapa, se retira o pospone temas que no son de su agrado, generalmente presenta sentimientos de inferioridad y también sentimientos de culpabilidad, definitivamente el adolescente sufre esto por las malas experiencias vividas que no pueden superarlo en situaciones donde se han sentido en ridículo o torpe frente a sus amigos, familiares o docentes haciendo que el adolescente sea incapaz de hacerse cargo de un rol en la sociedad, donde el adolescente evita o bloquea toda interacción con su entorno.

En cuanto a la Tabla V, los adolescentes presentaron un nivel moderado de riesgo suicida debido a soledad y aislamiento social, la soledad y aislamiento social es una experiencia conocida por todos los seres humanos, siendo los adolescentes que experimentan estos sentimientos con mayor proporción por las malas experiencias vividas, si han vivido momentos de vergüenza o han sufrido un acoso escolar esto hace que eviten, huyan ante todo contacto con otros, se separa de otros individuos sean amigos, familiares, docentes, vecinos, el adolescente opta el aislamiento como un mecanismo de defensa, piensa que solo así no podrán lastimarlo perdiendo la comunicación con su entorno y los roles que debe asumir.

En cuanto a la Tabla VI, los adolescentes presentaron un nivel moderado de riesgo suicida debido a ideación suicida, siendo la ideación suicida es uno de los predictores más relevantes ya que los adolescentes tienen más probabilidades de intentar o cometer el suicidio, la ideación suicida es un fenómeno prevalente, está representada por la presencia

de planes y deseos ya sean pasivos, como también relacionada con los procesos cognitivos, el adolescente idealiza el suicidio como la única solución a sus problemas, muchos adolescentes viven buscando su identidad y pertenencia en un ámbito de relativa libertad, aún anclado a sus padres, inmersos en una atmósfera de competencia, desamor, y acoso permanente. Cada instante deben probar su personalidad y aprendizajes, para afrontar su mayor reto: sobrevivir el paso por la tormenta. Con la muerte de un adolescente muere también un proyecto, una vida que debía seguir su curso hasta su consolidación.

Definitivamente el suicidio y el riesgo suicida en los adolescentes constituye un serio problema de salud pública y salud mental que debe ser afrontado por los diferentes elementos de la sociedad que interviene la familia y la comunidad, el nivel de riesgo suicida que presentan los adolescentes en el estudio es una clara evidencia que si existe el riesgo suicida en este grupo etario, siendo los adolescentes una población vulnerable y que adolecen de muchos cambios, sean fisiológicos, físicos y psicológicos que afectan su personalidad teniendo cambios frecuentes en sus sentimientos, rompiendo vínculos con la familia, amigos y la sociedad, haciendo que muchos de ellos sientan duda o no puedan resolver sus problemas.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determina un nivel moderado de riesgo suicida, seguido de un nivel bajo y finalmente un nivel alto en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.

SEGUNDA: Se identifica un nivel moderado de riesgo suicida, seguido de un nivel bajo y finalmente un nivel alto debido a desesperanza en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.

TERCERA: Se identifica un nivel moderado de riesgo suicida, seguido de un nivel bajo y finalmente un nivel alto debido a baja autoestima en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.

CUARTA: Se identifica un nivel moderado de riesgo suicida, seguido de un nivel bajo y finalmente un nivel alto debido a incapacidad de afrontar emociones en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.

QUINTA: Se identifica un nivel moderado de riesgo suicida, seguido de un nivel bajo y finalmente un nivel alto debido a soledad y aislamiento social en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.

SEXTA: Se identifica un nivel moderado de riesgo suicida, seguido de un nivel bajo y finalmente un nivel alto debido a ideación suicida en adolescentes del colegio Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno 2018.

RECOMENDACIONES

A la Institución Educativa Secundaria la Gran Unidad Escolar San Carlos – Puno

Coordinar con el Centro de Desarrollo Juvenil para poder intervenir el nivel de riesgo suicida que presentan los adolescentes, mediante talleres, trabajar en temas de: esperanza, autoestima, comunicación, resolución de problemas y toma de decisiones, capacitar a los docentes de la Institución organizado por el profesional de Enfermería para que puedan identificar alguna manifestación ante un posible riesgo suicida y organizar entre el personal de Salud y los padres de familia el tema de comunicación para mejorar los vínculos entre padres e hijos.

A las licenciadas encargadas del Centro de Desarrollo Juvenil

Realizar talleres para difundir los resultados del presente estudio para así reflexionar el nivel de riesgo suicida que presentan los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Gran Unidad Escolar San Carlos a fin de mejorar la calidad de atención del adolescente, priorizando las dimensiones que conllevan a un riesgo suicida como son: desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar emociones, soledad y aislamiento social e ideación suicida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS [Internet]. El suicidio es un problema enorme: 2015 (actualizado el 24 abril del 2016). Disponible en: <http://www.who.int/medicenter/newa/releases/2004/pr61/es/>
2. Valladolid MN. Redalyc.Suicidio. Rev Peru Epidemiol. 2011;15(2):81–5.
3. Kosky R, Silburn S, Zubrick SR. Are children and adolescents who have suicidal thoughts different from those who attempt suicide? J Nerv Ment Dis. 1990;178(1):38–43.
4. Vásquez E. Intento de suicidio en Adolescentes. Boletín Informativo. Bolivia Clínica. Hospital 2010.
5. MINSA [Internet]. Perú: Suicidio en el Perú; 2006. [fecha de acceso 20 de setiembre del 2018]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/com/prensa/notadeprensa.aspxcodigo=2865.año=2006>
6. PERÚ21 [Internet]. Lima: La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida; 2015. [fecha de acceso 30 de junio del 2018]. Disponible en: <http://peru21.pe/actualidad/depresion-ciberbullying-sis-instituto-nacional-salud-mental-honorio-delgado-hideyo-noguchi-2197688>
7. Serfaty E. Suicidio en la adolescencia. Adolescencia Latinoamericana; 2011;1(2):105-10.
8. Serpa S. Caso Clínico Emergencias Psiquiátricas. Intervención Inicial en Suicidio. En: Gestión del Cuidado con Evidencia Científica. “Universalizando el Lenguaje Enfermero” NANDA-NOC-NIC Lima - Perú Octubre del 2010.
9. Diario Andina [Internet]. Puno: Intento de Suicidio: 2008. [fecha de acceso 12 de Siembre del 2018]. Disponible en: [http://www.andina.com.pe/español/noticia.aspx?id=5RWTTzkTYCA=.](http://www.andina.com.pe/español/noticia.aspx?id=5RWTTzkTYCA=)
10. Diario RPP [Internet]. Puno: El 20% de jóvenes piensa suicidarse: 2013. [fecha de acceso 20 de agosto 2018]. Disponible en: <https://rpp.pe/peru/actualidad/puno-el-20-de-jovenes-piensa-suicidarse-noticia-621537>
11. Diario Los Andes. [Internet]. Puno: Estudiante de la GUESC de Puno intenta matarse: 2013. [fecha de acceso 20 de agosto 2018]. Disponible en: <http://www.losandes.com.pe/oweb/Policial/20131122/76532.html>

12. Diario Los Andes. [Internet]. Puno: Escolar se suicida: 2013. [fecha de acceso 20 de agosto 2018]. Disponible en: http://www.losandes.com.pe/oweb/Policial/20131225/77374.html?fbclid=IwAR0LcYU4PTVmx3HiBV51s4dO6wkGG_iCeTf9MEChMUO6i94XoX9tFZ8lOd4
13. Diario Correo. [Internet]. Puno: 7 de cada 10 familias puneñas presentan problemas de violencia: 2016. [fecha de acceso 20 de agosto 2018]. Disponible en <https://diariocorreo.pe/edicion/puno/preocupante-7-de-cada-10-familias-punenas-presentan-problemas-de-violencia-703859/>
14. MINSA (INTERNET). Lima: Informe estadístico de suicidios en el Perú 2018. [fecha de acceso 30 de junio del 2018]. Disponible en: file:///D:/documentos2017/Downloads/informe-estadistico-08-2018_PNCVFS-UGIGC.pdf
15. OMS. [Internet]. Comunicado de prensa. Perú en estadísticas: 2000. [fecha de acceso 25 de setiembre del 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/chil-adolescent-health/topics/prevention-care/adolescent/es/index.html>.
16. Pfefferbaun B. Adolescente and illness. En : Frances A, Hales RE (Eds). Adolescent Psychiatry. Chapter 20. Washington DC: A.P.A. Annual Review; 1986.
17. Kotila L, Lonqvist L. Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 453-9.
18. Retamal P, Reszczyński C, Orto M, Ojeda, Medina P: Aspectos generales del suicidio en Chile. *Bol Hosp San Juan de Dios* 1995; 42: 29-49. 23. Peterson B.
19. Valladolid MN. Redalyc. Suicidio. *Revista Perú Epidemiología*. 2011;15(2):81-5.
20. Kohli, M. A., Salyakina, D., Pfennig, A., Lucae, S., Horstmann, S., Menke, A. Association of genetic variants in the neurotrophic receptor-encoding gene *nrk2* and a

lifetime history of suicide attempts in depressed patients. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(4):348–59.

21. Tubert S. La muerte y lo imaginario en la adolescencia. Madrid, España: Saltés Van Heeringer, C., Portzki, G. y Audenaert, K. (2004). The Psychobiology of suicidal behaviour. En D. De Leo, U. Bille- Brahe, A. Kerkhof y A. Schmidtke (Eds.) Suicidal Behaviour: Theories and research findings 1982; (pp. 61-66). Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber.

22. Bille U. Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe: 1998. [citado 31 ene 2011]. Disponible en:
<http://selvmord.wnm.dk/filecache/31137/1277884104/e60709whopublicationsuicidalbehaviourineuropebille-brahe1998.pdf>

23. Chinchilla A, Correas J, Vega M. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson; 2003.

24. King J, Kowalchuk B. Manual for ISO–30 Adolescent: Inventory of Suicide Orientation–30. Minneapolis, EE.UU: Minn: National Computer Systems; 1994.

25. OPS. La Salud del Adolescente y del Joven. Publicación científica N° 552. E.U.A. 1995 Pág. 15-17.

26. Freye E. La salud del adolescente. Aspectos médicos sociales. Consejo nacional de la Ciencia y Tecnología Perú 1994 Pág. 25-31.

27. Stuart G.W, Laraia M. Enfermería Psiquiátrica Principios y práctica 8a Edic. Editorial Elzevir España S.A. 2009.

28. OMS. Preventing suicide: A Global Imperative. World Health Organization. 2014.

29. Hawton, J, Heeringen, K. Suicide (Seminar). The Lancet, (2009) 373 (9672),1372–1381.

30. Durkheim, E. *Suicide: A study in sociology* . Translated by JA Spaulding and G. Simpson- 2000.
30. Bebbington, P., Cooper, C., Minot, S., Brugha, T., Jenkins, R., Meltzer, H. Suicide attempts, gender, and sexual abuse: Data from the 2000 British psychiatric morbidity survey. *Am J Psychiatry*. 2009;166(10):1135–40.
31. 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* 998; 37: 488-94.
32. Wenzel A, Brown GK, Beck AT. *Cognitive therapy for suicidal patients. Scientific and clinical applications*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2009.
33. Assari S, Lankarani M. Association between stressful life events and depression; intersection of race and gender. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2015;2(3):1-8. doi:10.1007/s40615-015-0160-5
34. Jaiswal SV, Faye AD, Gore SP, Shah HR, Kamath RM. Stressful life events, hopelessness, and suicidal intent in patients admitted with attempted suicide in a tertiary care general hospital. *J Postgrad Med*. 2016;62(2):102-4. doi:10.4103/0022-3859.180556
35. Riquelme A. *El suicidio en adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida* Universidad de Mursia, Servicios de publicaciones Primera Edición, España 2004 Pág. 30-33.
36. Perales A, Sogi C. Conductas suicidas en estudiantes de medicina. *Rev Psiquiatría Perú* 2000; 56 (1): 8-13.
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. Carvajal C.G. Soledad en la dolescencia: Anállisi del concepto Aquichan. Vol. 9, Núm. 3,sin me, Universidad de la Sabana Colombia Diciembre 2009 pp. 281-296.

39. 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.
40. 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.
41. Undiks, A.; Soto, V.; Seglar, H.; Rodríguez, M. & Vega, P. *Juventud urbana y exclusión social*. Humanista, Buenos Aires. Argentina 2012
42. Casullo M, Fernández M. Estudiantes adolescentes argentinos en riesgo suicida: una investigación comparativa. *Inst Investig*. 2007;1(1):37–45.
43. Toro D, Paniagua R, González C, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Fac Nac Salud Pública*. 2009;27(3):302–8.
44. Cerna E.R. 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.
45. Huanca M.J. Riesgo suicida en adolescentes escolarizados de las Instituciones Educativas Comercial 45 Puno y Gran Unidad Escolar José Antonio Encinas Juliaca 2016.
46. Casullo MM. Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *Rev Iberoam Diagnóstico y Evaluación*. 2006;1(21):9–22.
47. Goleman D, Cherniss C. Inteligencia emocional aplicada al entorno: Inteligencia emocional Control de estrés . 2011. p. 39–111.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ALTIPLANO

Facultad de Enfermería

CUESTIONARIO ISO - 30

Grado ()

Sección ()

- Instrucciones: A continuación, encontraras una lista de enunciados, los cuales deberás leerlos detenidamente y marque la respuesta correcta relacionarlos con tu persona.

- Marca con una x:

LEYENDA:

- TD = Si estas Totalmente en Desacuerdo
- D = Si estas en Desacuerdo
- A = Si estás de Acuerdo
- TA = Si estas Totalmente de Acuerdo

Nº	NIVEL DE RIESGO SUICIDA	TD	D	A	TA
1	Yo debo ser un soñador/a ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan				
2	Hay muchas posibilidades para mí, de ser feliz en el futuro				
3	Generalmente pienso que aun los peores sentimientos desaparecen.				
4	Ante un fracaso, 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 vida podría ser justa				
7	Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí				
8	Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo.				
9	Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.				
10	Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.				
11	Siento que me mintieron, ya que la vida no es justa en absoluto.				

12	Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.				
13	Aun cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.				
14	Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.				
15	Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida.				
16	Tengo cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.				
17	Aun cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.				
18	Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimiento.				
19	Siento como que no pertenezco a ningún lado.				
20	Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.				
21	Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.				
22	Siento que tengo control sobre mi vida.				
23	Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.				
24	Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer				
25	Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirse.				
26	Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad. Nadie me amaría si realmente me conociese bien.				
27	Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.				
28	Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme)				
29	Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar				



30	Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría				
	T O T A L				

ANEXO 2

ASENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente, yo _____ Certifico que he tomado asentimiento informado para ser partícipe de esta investigación desarrollada por Vanessa Mary Ramos Banegas, Bachiller de la escuela profesional de enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano, 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.

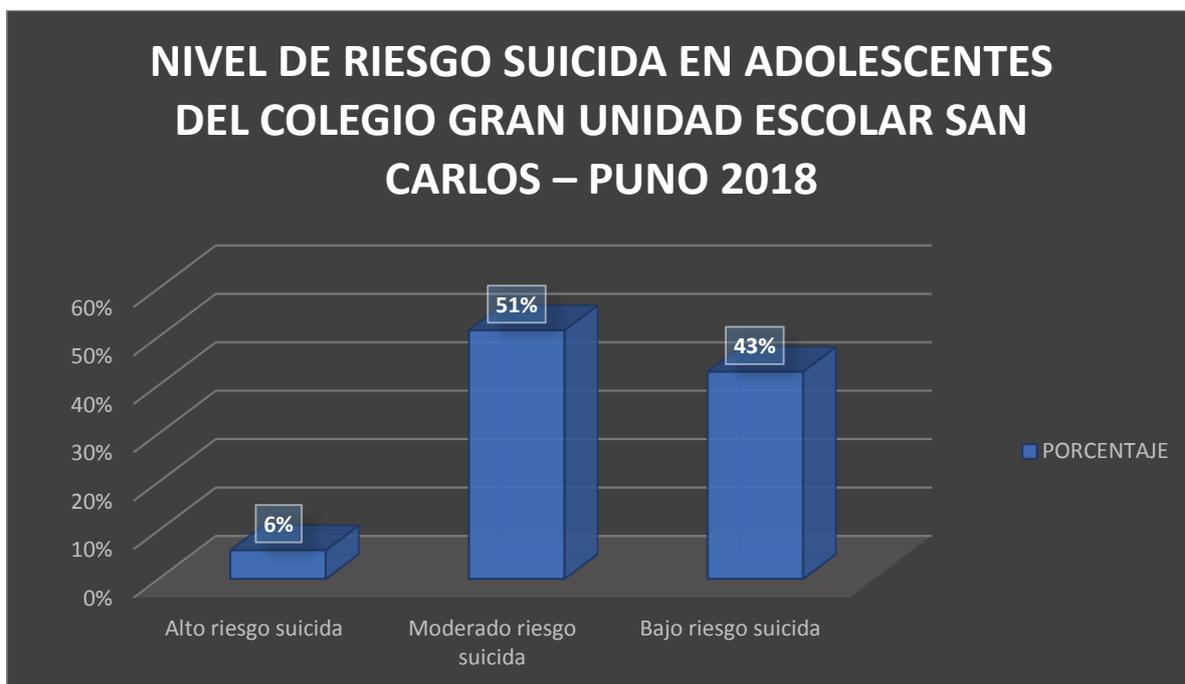
Puno, _____ de _____ del 2018

Firma del alumno (a)

Firma del investigador

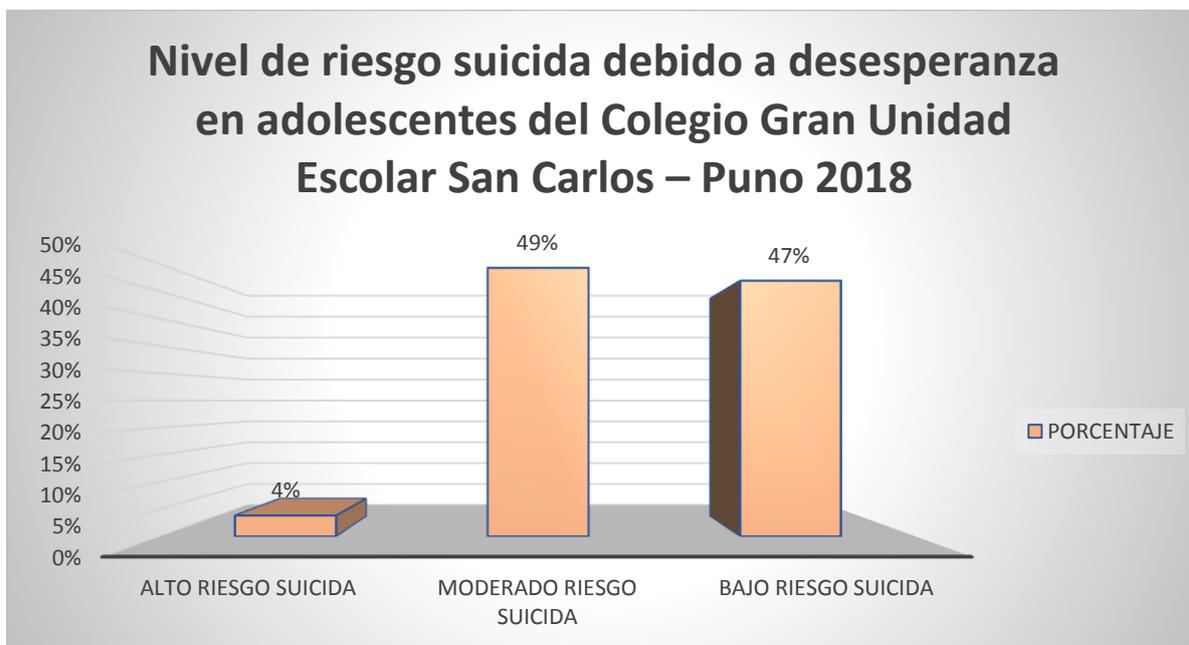
ANEXO 3

FIGURA 1



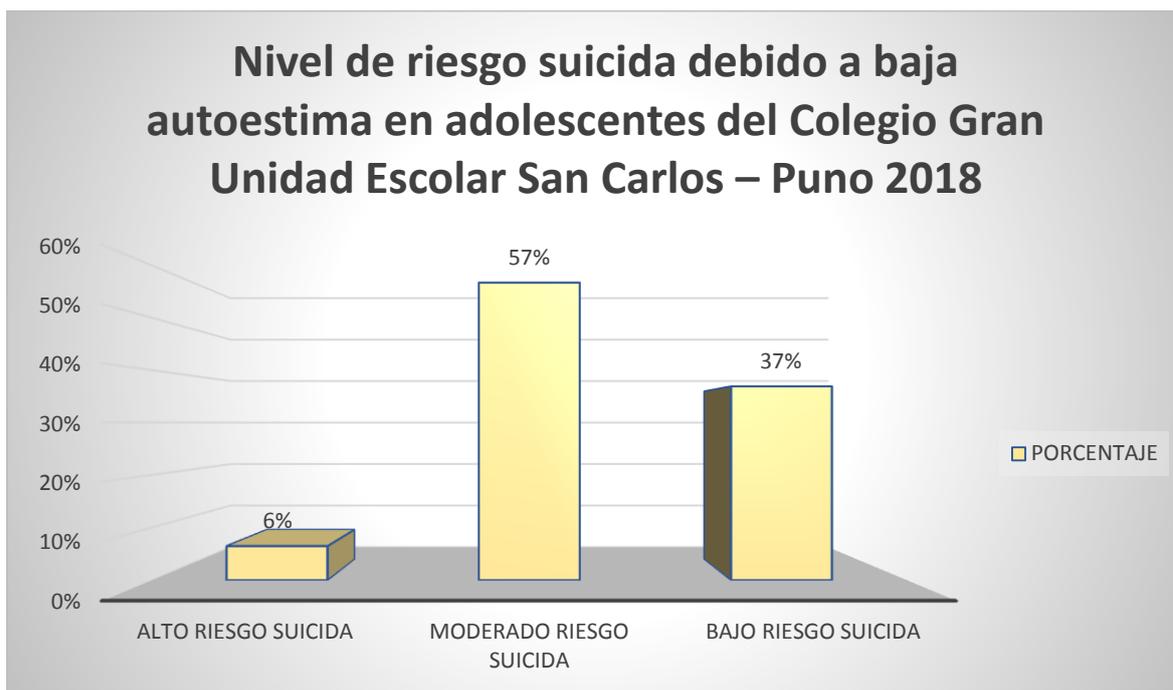
Fuente: Tabla N° 01 Resultados del cuestionario aplicado a los estudiantes del 4to de secundaria G.U.E. San Carlos

FIGURA 2



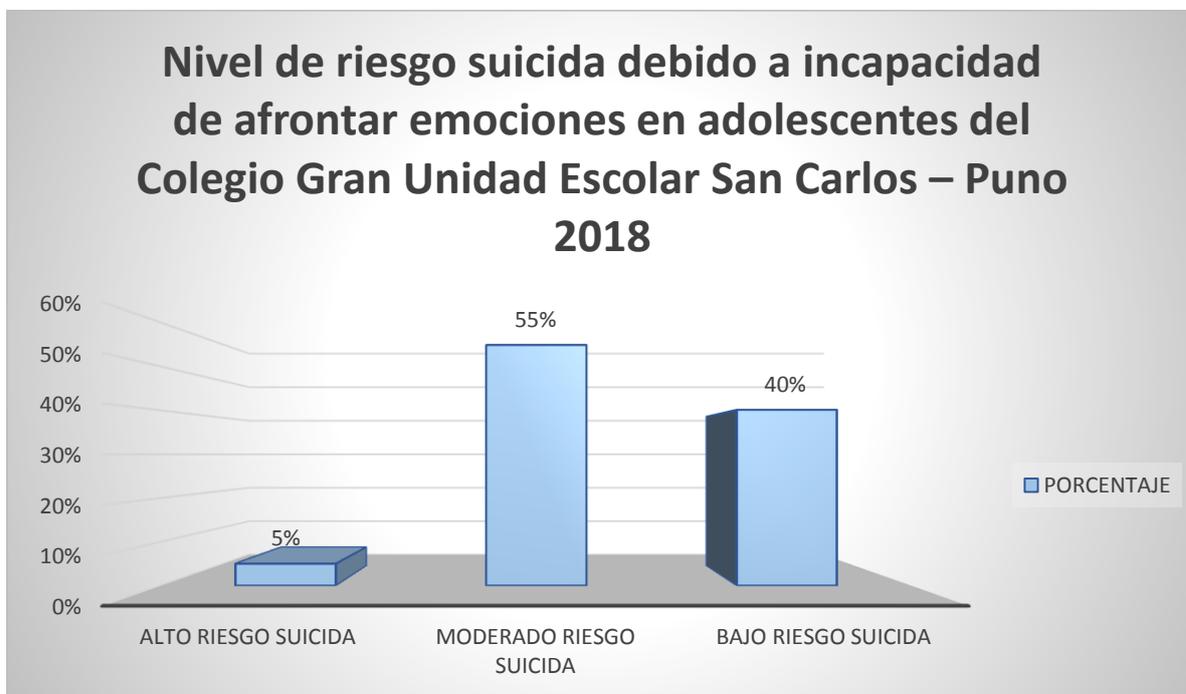
Fuente: Tabla N° 02 Resultados del cuestionario aplicado a los estudiantes de 4to de secundaria G.U.E. San Carlos

FIGURA 3



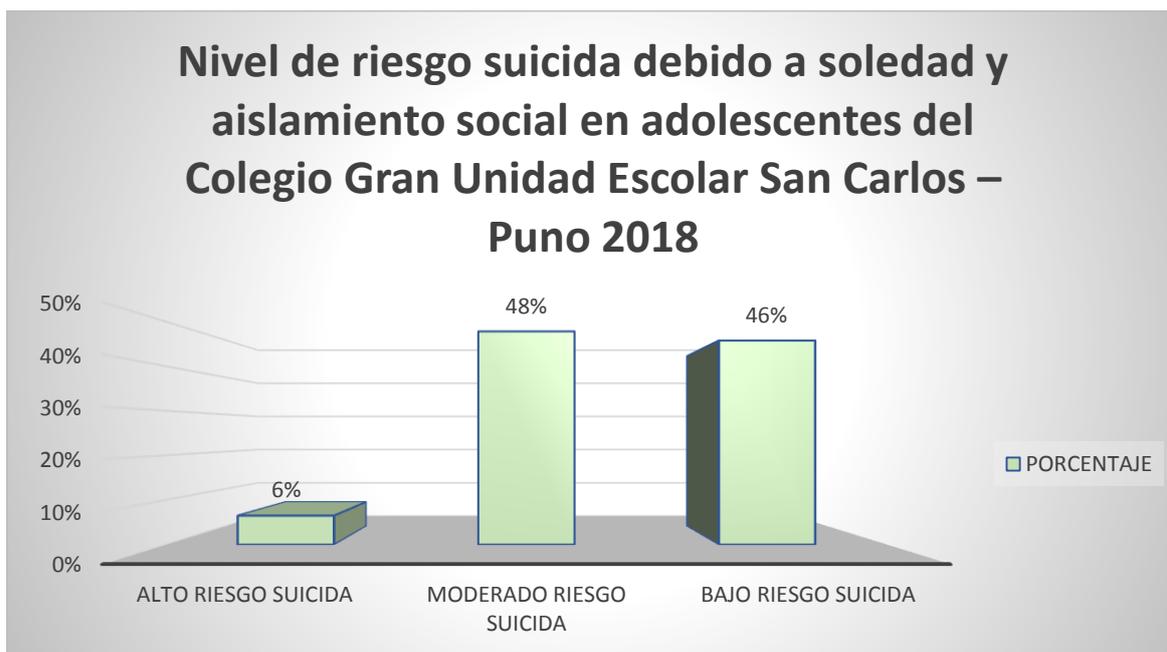
Fuente: Tabla N° 03 Resultados del cuestionario aplicado a los estudiantes de 4to de secundaria G.U.E. San Carlos

FIGURA 4



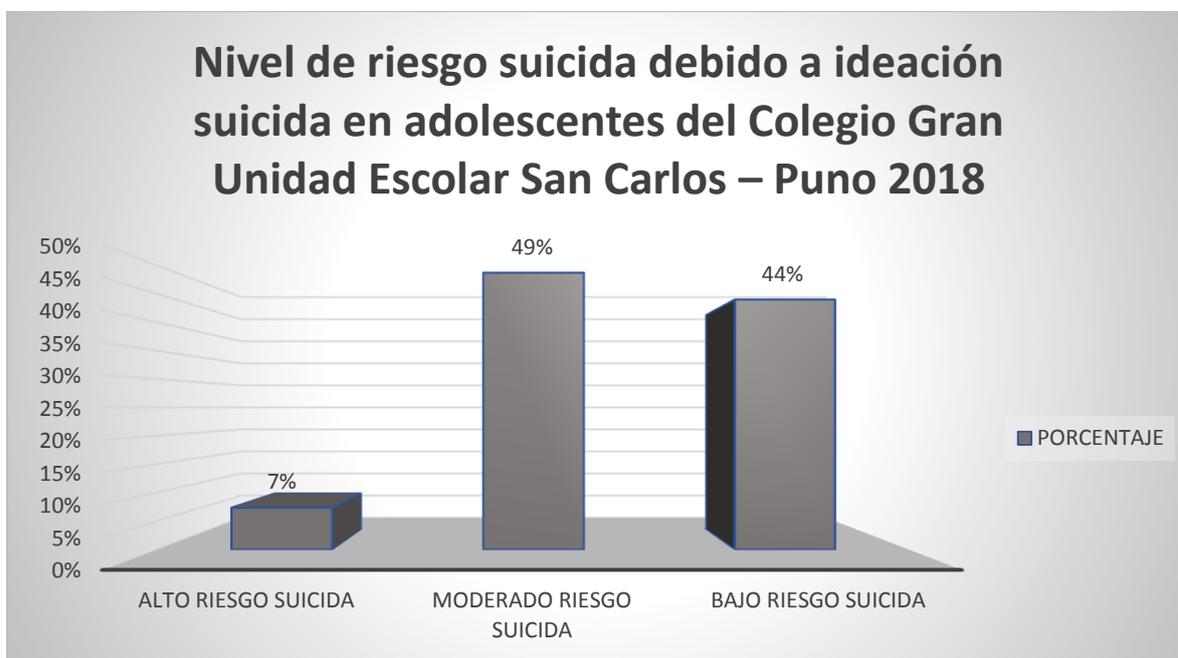
Fuente: Tabla N° 04 Resultados del cuestionario aplicado a los estudiantes de 4to de secundaria G.U.E. San Carlos

FIGURA 5



Fuente: Tabla N° 05 Resultados del cuestionario aplicado a los estudiantes de 4to de secundaria G.U.E. San Carlos

FIGURA 6



Fuente: Tabla N° 06 Resultados del cuestionario aplicado a los estudiantes de 4to de secundaria G.U.E. San Carlos

ANEXO 4

BASE DE DATOS

ENCUESTA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	TOTAL	
1	0	0	2	2	0	2	1	0	2	0	2	1	0	1	0	2	0	1	2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	2	1	1	24
2	2	1	1	3	1	1	2	1	1	0	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	33
3	1	0	1	0	2	0	1	2	1	0	1	2	1	1	2	2	0	2	1	0	2	2	1	2	1	0	0	2	1	0	30	
4	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	40	
5	3	1	3	1	1	3	0	1	0	0	2	0	0	1	3	3	0	3	1	0	1	1	3	0	0	1	0	1	1	0	34	
6	1	0	1	1	1	2	1	0	1	0	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	0	0	1	1	1	30	
7	1	1	1	0	2	2	1	1	1	0	2	1	2	1	1	2	0	2	1	0	1	1	0	1	1	0	1	2	1	0	30	
8	1	1	1	1	3	2	1	3	2	0	0	2	0	1	2	1	1	3	2	1	2	2	3	3	1	3	1	3	3	0	49	
9	3	1	1	2	2	2	2	2	1	0	2	1	2	1	2	2	0	3	2	0	2	1	3	2	2	0	2	1	0	1	42	
10	1	0	2	1	0	2	0	1	3	0	2	1	0	1	0	3	1	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	1	0	26	
11	1	1	3	1	0	1	0	0	1	0	2	0	0	1	0	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	23	
12	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	2	0	1	0	3	2	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	3	0	19	
13	1	0	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	41	
14	2	0	1	0	0	2	2	0	0	0	3	0	1	1	0	2	0	2	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3	3	0	25	
15	2	0	0	1	2	1	1	1	1	0	3	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	22	
16	2	0	1	2	0	1	1	1	0	0	1	1	3	2	0	3	0	1	0	0	0	2	1	2	2	0	0	1	3	0	30	
17	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	3	3	1	2	1	0	0	0	3	3	0	3	0	0	0	0	25	
18	1	1	1	2	1	2	2	2	1	0	2	2	1	1	1	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	3	0	0	32	
19	2	1	2	1	1	2	1	1	1	0	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	2	1	1	34	
20	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	12	
21	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	3	0	3	2	2	1	1	2	1	1	3	2	2	3	1	2	1	3	1	52	
22	1	1	1	1	2	2	1	1	1	0	2	1	1	0	1	2	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	2	2	1	1	32	
23	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	

51	1	0	1	0	1	0	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	23	
52	3	0	0	3	3	0	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	0	1	3	3	0	3	0	0	3	0	43	
53	1	2	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	37	
54	1	1	2	1	0	0	1	2	2	1	1	0	1	2	1	2	1	0	2	1	1	0	0	1	1	1	1	0	29
55	0	0	1	2	3	2	2	1	2	3	0	2	2	1	0	1	3	0	3	2	2	1	2	2	2	1	1	2	47
56	1	0	2	1	2	2	1	1	0	2	1	2	0	1	2	0	0	0	1	2	0	2	0	2	1	2	1	0	33
57	2	0	0	0	2	2	2	2	3	0	1	3	0	1	2	0	2	2	1	0	1	0	0	1	0	2	1	0	30
58	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	3	1	2	0	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	0	40	
59	1	2	0	2	0	1	2	0	0	1	2	0	3	2	2	3	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	30	
60	0	0	3	0	1	2	0	1	1	0	3	1	0	1	2	1	0	0	1	0	2	0	0	2	2	1	0	26	
61	1	0	1	2	2	2	0	2	0	1	3	1	0	1	3	2	3	3	1	3	1	3	1	0	2	0	2	46	
62	1	2	1	3	1	1	1	1	3	1	0	2	1	0	2	3	0	2	1	1	0	1	2	3	2	1	2	41	
63	0	1	1	1	1	3	1	0	0	3	1	3	0	0	3	1	0	0	1	0	3	1	0	0	1	2	0	1	28
64	0	0	2	2	2	2	1	2	2	1	2	0	2	1	2	1	2	2	0	1	2	0	3	2	1	3	2	0	44
65	2	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0	3	1	1	0	3	0	0	2	0	2	2	0	0	2	1	0	25	
66	0	1	3	0	1	2	1	2	1	3	0	2	0	0	3	1	1	2	3	2	0	1	3	2	0	2	1	0	38
67	1	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	14	
68	2	0	2	2	2	0	0	2	1	0	2	2	1	0	0	3	1	1	0	1	3	1	1	2	0	1	1	33	
69	2	1	0	2	2	2	1	2	2	1	2	0	2	0	2	1	1	1	1	2	2	0	2	0	2	0	0	37	
70	1	0	1	3	0	2	0	2	0	0	1	0	0	0	3	1	1	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	19	
71	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	0	1	2	0	1	2	1	0	2	0	1	2	1	2	3	0	1	35	
72	2	3	0	3	3	2	0	0	3	0	1	0	0	3	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	3	0	0	35	
73	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	47
74	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	21
75	2	2	3	2	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	3	2	1	3	2	3	2	2	3	1	3	1	2	3	60
76	2	1	1	1	1	2	1	3	2	1	0	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	0	1	1	1	44	
77	1	0	0	1	2	2	0	0	0	3	0	1	1	0	3	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	19	

105	2	0	1	2	2	2	1	2	1	1	3	0	2	1	0	0	1	1	1	2	0	2	2	1	1	0	37
106	0	0	1	1	0	2	3	3	0	1	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	1	0	0	0	25
107	0	0	1	0	0	2	0	0	0	1	3	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	13
108	1	0	1	0	1	1	1	1	3	2	1	2	1	2	1	0	1	1	1	0	0	1	2	1	0	0	31
109	3	1	1	2	1	2	2	2	1	0	1	2	1	2	1	0	1	1	1	1	0	1	1	2	1	0	35
110	3	3	0	2	1	3	2	2	0	0	3	0	0	1	0	1	0	3	0	0	1	0	0	0	0	1	30
111	3	0	1	0	2	3	2	3	1	1	0	3	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	38
112	2	0	1	2	0	1	3	3	0	0	3	0	0	1	0	1	2	0	0	0	1	3	3	1	0	0	31
113	2	2	1	1	2	1	2	3	2	0	1	2	0	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	3	2	1	48
114	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0	0	21
115	1	3	2	1	1	2	1	1	0	1	1	1	2	1	0	1	1	0	1	1	0	2	2	2	1	0	33
116	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
117	0	0	1	0	1	2	1	1	0	0	3	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	2	1	0	0	23
118	1	0	1	0	1	0	2	2	0	0	2	3	0	1	0	0	1	3	1	2	1	1	0	2	1	0	28
119	0	0	2	0	1	1	0	1	0	1	0	3	1	1	0	3	3	0	0	2	3	2	1	0	0	29	
120	1	1	2	0	0	1	1	1	0	2	0	3	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	2	2	2	0	31
121	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	31
122	2	0	2	1	1	2	3	1	0	2	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	2	1	1	1	32
123	1	1	1	1	1	1	0	2	0	1	2	1	2	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	3	0	0	30
124	0	1	1	2	1	2	2	0	0	2	1	2	1	2	0	0	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	23
125	1	1	2	1	2	1	1	0	2	0	2	1	1	3	1	2	2	2	2	1	0	3	1	2	2	2	43
126	1	0	3	1	3	1	1	2	1	0	2	0	2	1	2	1	2	2	0	0	1	1	1	2	1	0	41
127	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	53
128	1	0	1	2	1	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2	1	0	21
129	2	0	2	0	1	2	0	3	2	1	2	0	1	2	3	2	2	3	1	2	2	0	2	2	1	0	45
130	3	1	3	1	2	3	0	3	1	2	1	3	2	0	3	2	3	2	3	2	3	0	0	0	0	3	56
131	1	3	1	1	1	1	3	2	1	0	2	0	2	0	1	2	0	1	2	1	0	1	0	2	1	0	30

294	2	0	1	1	1	1	2	2	2	2	1	0	1	2	1	1	2	1	0	2	0	1	1	1	1	36
295	2	0	2	1	1	1	1	1	0	0	2	1	1	0	3	0	1	1	1	0	0	0	1	2	0	26
296	0	0	1	1	0	1	0	2	1	0	1	1	1	1	1	2	0	3	1	0	1	0	1	2	0	24
297	0	0	0	1	1	1	1	0	2	1	0	2	1	1	0	1	0	3	0	0	1	0	1	1	0	21
298	0	1	0	0	0	2	2	0	0	0	1	0	2	1	1	3	0	3	3	3	0	1	0	3	2	34
299	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	3	0	1	0	0	0	0	3	1	0	17
300	1	0	1	1	1	2	0	1	1	2	0	0	2	0	1	1	2	1	1	1	0	1	1	2	2	31
301	0	0	2	1	1	2	1	1	0	0	2	1	0	1	1	2	1	1	1	0	0	0	2	1	0	24
302	0	0	2	0	0	3	1	0	0	0	3	1	0	1	0	3	0	1	0	0	0	0	2	0	0	20
303	1	0	0	2	2	3	1	0	1	0	1	1	2	3	0	2	0	0	0	0	0	1	1	2	2	32
304	1	1	1	0	1	2	1	2	1	0	1	1	0	1	2	1	2	3	3	0	2	1	1	1	0	36
305	1	0	1	1	0	1	2	1	0	0	3	2	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	2	1	0	23
306	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	0	0	2	0	3	0	1	3	3	0	3	3	0	0	32
307	0	3	2	2	0	3	0	3	0	0	3	0	0	1	0	3	0	2	0	0	0	0	2	0	0	26
308	0	0	2	1	3	3	2	0	0	1	3	0	1	0	2	3	0	3	0	0	0	0	3	0	0	30
309	0	2	0	1	3	1	1	1	0	2	1	1	3	1	0	3	1	2	3	0	1	1	2	3	0	39
310	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	42
311	2	1	2	1	0	2	1	2	0	0	3	0	3	3	2	2	3	0	0	0	0	1	3	0	0	34
312	2	0	1	0	0	0	2	1	0	0	2	1	1	0	1	2	2	1	1	0	0	3	2	2	0	25
313	2	1	1	0	0	2	1	1	1	0	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	0	1	2	1	0	32
314	2	0	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	47
315	2	0	1	1	1	2	1	2	1	0	2	1	0	1	2	2	1	2	0	0	1	1	3	1	0	31
316	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	3	1	0	0	0	0	1	2	0	0	21
317	1	1	1	1	1	2	1	2	1	0	1	2	1	1	1	2	0	2	2	0	2	1	2	2	0	32
318	2	3	1	2	2	1	1	0	2	0	1	1	1	2	0	3	2	1	0	0	1	1	0	3	1	36
319	1	1	1	2	0	2	0	2	1	0	2	2	0	1	1	0	2	0	1	2	0	1	2	0	1	31
320	1	0	2	0	1	1	1	0	1	0	3	1	2	1	1	3	1	1	1	0	1	1	2	1	0	31

ANEXO 5

Escala ISO - 30: Coeficientes de discriminación

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 6

Escala ISO - 30: estructura factorial

It	F1	F2	F3	F4	F5
1 Yo debo ser un soñador/a, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan		.554			
2 Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro.			.621		
3 Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán.			.522		
4 Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí.			.515		
5 Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto.				.636	
6 Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.		.445			
7 Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.					.701
8 Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo.		.493			
9 Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.		.440			
10 Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida.	Eliminado por cargas bajas				
11 Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.			.523		
12 Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.		.557			
13 Aún cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.					.401
14 Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.					.409
15 Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.	.801				
16 Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.		.400			
17 Aún cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.			.678		
18 Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.		.652			
19 Siento como que no pertenezco a ningún lado.	Eliminado por cargas bajas				
20 Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.	.762				
21 Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad.		.424			
22 Siento que tengo control sobre mi vida.					.558
23 Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.		.530			
24 Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.		.537			
25 Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirse.	.809				
26 Nadie me amaría si realmente me conociese bien.				.697	
27 Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.			.558		
28 Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).	Eliminado por cargas bajas				
29 Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.	Eliminado por cargas bajas				
30 Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría.	.826				
Varianza total explicada: 45.024% / Varianza explicada %	12.245	10.301	8.578	7.536	6.314
Alpha total: 8698 / Alpha por factor	.8820	.7436	.6695	.4396	.5020

ANEXO 7

**Escala ISO - 30: índices de discriminación
por ítem según factores aislados**

F1	Discrim	F2	Discrim	F3	Discrim	F4	Discrim	F5	Discrim
15	.7363	1	.2825	2	.4763	5	.2819	7	.3066
20	.7223	6	.3602	3	.2219	26	.2819	13	.2497
25	.7550	8	.4400	4	.3806			14	.3045
30	.7693	9	.4810	11	.4357			22	.3199
		12	.4595	17	.5092				
		16	.2864	27	.4227				
		18	.4386						
		21	.4974						
		23	.3429						
		24	.4549						

ANEXO 8

Escala ISO - 30: distribución de ítemes según estructura factorial

It		Dimensión original	Factor
1	Yo debo ser un soñador/a, ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan	Baja autoestim	F2
2	Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro.	Desesperanza	F3
3	Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán.	Incap a fr. emoc	F3
4	Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí.	Soledad y abat	F3
5	Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto.	Ideac suicida	F4
6	Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.	Baja autoestim	F2
7	Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.	Desesperanza	F5
8	Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo.	Incap a fr. emoc	F2
9	Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.	Soledad y abat	F2
10	Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la vida.	Ideac suicida	Eliminado
11	Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.	Baja autoestim	F3
12	Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.	Desesperanza	F2
13	Aún cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzar a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.	Incap a fr. emoc	F5
14	Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.	Soledad y abat	F5
15	Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.	Ideac suicida	F1
16	Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.	Baja autoestim	F2
17	Aún cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.	Desesperanza	F3
18	Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.	Incap a fr. Emoc	F2
19	Siento como que no pertenezco a ningún lado.	Soledad y abat	Eliminado
20	Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.	Ideac suicida	F1
21	Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad.	Baja autoestim	F2
22	Siento que tengo control sobre mi vida.	Desesperanza	F5
23	Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.	Incap a fr. Emoc	F2
24	Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.	Soledad y abat	F2
25	Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirse.	Ideac suicida	F1
26	Nadie me amaría si realmente me conociese bien.	Baja autoestim	F4
27	Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.	Desesperanza	F3
28	Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).	Incap a fr. emoc	Eliminado
29	Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.	Soledad y abat	Eliminado
30	Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría.	Ideac suicida	F1

ANEXO 9**CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO****Alfa de Cronbach****Formula:**

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum vi}{vt} \right]$$

Donde

K= El número de Ítems.

$\sum vi$ = sumatoria de varianzas de los ítems.

vt = varianza de la suma de los ítems.

α : Coeficiente de Alfa de Cronbach.

Remplazando**Donde**

K= El número de Items.

S2i= sumatoria de varianzas de los ítems

S2t= varianza de la suma de los ítems

α : Coeficiente de Alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{30}{29} \left[1 - \frac{1.10}{7.10} \right]$$

$$\alpha = 0.87$$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere un resultado mayor o igual a 0.50. por lo tanto, este instrumento es confiable