

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



ESCUELA DE POSGRADO



Maestría en Psicología Clínica con mención en Psicología de la Salud

**Prevalencia de ideación suicida en adolescentes de una Institución Educativa de
Cajamarca en el año 2020**

Presentado por

Kiana Nikkey Minchán Estrada

Nathalia Elizabeth Vargas Sagástegui

Asesor

Dr. Luis Enrique Vásquez Rodríguez

Cajamarca - Perú

Agosto – 2020

COPYRIGHT ©2020 by

Kiana Nikkey Minchán Estrada

Nathalia Elizabeth Vargas Sagástegui

Todos los derechos reservados

Resolución N° 058-2020-EPG-UPAGU

Cajamarca, 31 de agosto del 2020.

VISTO: el Informe N° 056-2020-CA-EPG-UPAGU, de fecha 31 de agosto del 2020, suscrito por el Coordinador Académico, Milton Linares Guerrero.

CONSIDERANDO:

Que, mediante el Informe de visto, se da a conocer que el Informe Final de Tesis titulado: **Prevalencia de ideación suicida en adolescentes de una Institución Educativa de Cajamarca en el año 2020**, que sustentó la Bach. **KIANA NIKKEY MINCHÁN ESTRADA** y Bach. **NATHALIA ELIZABETH VARGAS SAGÁSTEGUI**, fue aprobado por el correspondiente Jurado;

Que, en el mismo documento se indica que las respectivas observaciones fueron alcanzadas oportunamente por dicho Jurado, las mismas que fueron levantadas, en su momento, por los alumnos interesados;

Que, como consecuencia de tales acciones, el presidente y el secretario del jurado evaluador, cursaron correos electrónicos fechados el 03 de julio del 2020, comunicando que el trámite pertinente debe continuar;

Que, la Directora de la EPG-UPAGU, mediante proveído recaído en el documento de visto, dispuso que **con cargo a dar cuenta** en próxima sesión de Consejo Consultivo, se proceda a la expedición de la respectiva resolución.

Estando a lo expuesto,

SE RESUELVE:

Artículo Único. **APROBAR EL PROYECTO DE TESIS: Prevalencia de ideación suicida en adolescentes de una Institución Educativa de Cajamarca en el año 2020**, presentado por las alumnas: **Bach. KIANA NIKKEY MINCHÁN ESTRADA** y **Bach. NATHALIA ELIZABETH VARGAS SAGÁSTEGUI** del programa de Maestría en Psicología Clínica, con mención en Psicología de la Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese.



A:

A la Dra. Marilú Cecibel Cachi Díaz por enseñarme la importancia de la espiritualidad en el desarrollo personal del ser humano.

Al Profesor Víctor Hermín Blanco Aguilar que es instructor y arbitro nacional de ajedrez

FDPA

Kiana Nikkey Minchán Estrada

A:

A mi papá, por ser mi compañero de vida, sin dejare caer nunca, por ser mi guía, y mi refugio, porque todos mis motivos llevan su nombre.

A mi familia porque han colaborado para cumplir mi meta, siempre expectantes y dispuestos a brindar su apoyo incondicional en cada paso de mi vida.

Nathalia Elizabeth Vargas Sagástegui

Una persona, al descubrir que es amada por ser como es, no por lo que pretende ser,
sentirá que merece respeto y amor

Carl Rogers

AGRADECIMIENTOS

- A Dios por ser nuestro guía, protector y compañía en todo momento, y por permitirnos terminar este logro a pesar de la situación actual.
- A nuestras familias por el apoyo y la motivación constante en toda nuestra vida.

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	6
Capítulo 1. Marco Teórico	10
1.1. Adolescencia	10
1.2.2 Estadíos de la Adolescencia	11
1.2.3 La ideación suicida	16
1.2.4 La Ideación suicida en los adolescentes	18
1.2.5 Factores de Riesgo y su influencia en la ideación suicida.....	19
1.2. Teorías que explican la etiología de la Ideación Suicida	23
1.3. Teoría de Beck: Ideación Suicida.	27
1.4. Evaluación de las Ideas Suicidas.....	30
1.5. Medidas apropiadas para cada nivel de severidad	33
1.6. Ideación Suicida y Contexto Escolar	35
1.7. Personalidad e Ideación Suicida.....	37
1.8. Prevalencia	38
1.9. Hipótesis.....	39
2.9.1 Hipótesis General	39
1.10. Operacionalización de Variables.....	40
Capítulo 2. Estrategias Metodológicas.....	41

2.1 Tipo y nivel de Investigación	41
2.2 Diseño de investigación	41
2.3. Población y Muestra.....	41
2.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	42
2.5 Técnica de Análisis de datos	47
Capítulo 3. Resultados y Discusión	49
Capítulo 4. Conclusiones y Recomendaciones	57
Referencias	61

Índice de Tablas

Tabla 1	32
Tabla 2.....	34

RESUMEN

La investigación realizada se basa en un primer momento en estudios que nos muestran como la ideación suicida ha ido presentándose en diferentes contextos dando relevancia al ámbito escolar y a la etapa de la adolescencia, donde se muestra que la ideación suicida puede permanecer durante muchos años agobiando el pensamiento de las mujeres, por otro lado en el caso de los varones tienden a ser más impulsivos y esta conducta los lleva a cometer el acto suicida, sin embargo es importante indicar que la ideación suicida tiene varias etapas, siendo el acto final la realización de esta conducta. Por lo tanto en esta investigación se resalta la importancia de conocer si los adolescentes en época escolar presenta prevalencia de ideación suicida como lo manifestado en investigaciones que han respaldado este estudio. El conocimiento de esta situación nos puede llevar a detectar a tiempo esta conducta de riesgo y prevenir ideas suicidas en nuestros adolescentes, los resultados de esta investigación son relevantes ya que nos muestra un fragmento de la realidad.

PALABRAS CLAVES: Ideación, Suicida, adolescentes, prevalencia, actitud hacia la vida y la muerte, desesperanza, pensamiento suicida

ABSTRACT

The research carried out is initially based on studies that show us how suicidal ideation has been presented in different contexts, giving relevance to the school environment and the adolescence stage, where it is shown that suicidal ideation can remain for many years overwhelming the women's thinking, on the other hand in men's case, tend to be more impulsive and this behavior leads them to commit the suicidal act, however it is important to indicate that suicidal ideation has several stages, with the final act being the performance of this behavior. Therefore, this research highlights the importance of knowing whether adolescents in school have a prevalence of suicidal ideation, as manifested in research that has supported this study. Knowledge of this situation can lead us to detect this risk behavior in time and prevent suicidal thoughts in our adolescents, the results of this research are relevant since it shows us reality fragment.

KEY WORDS: Ideation, Suicidal, adolescents, prevalence, attitude towards life and death, hopelessness, suicidal thinking.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa fundamental de cambios físicos, sociales y emocionales en la cual el individuo empieza a fortalecer su personalidad, identidad y formar sus propios intereses y proyectos alejándose de las figuras paternas; ante ello los adolescentes atraviesan por situaciones frustrantes que los llevan a experimentar sentimientos de depresión, angustia, ansiedad e incluso abandono del ámbito familiar. Esto provoca que pierdan la capacidad de reconocer y controlar sus emociones obteniendo como resultado la aparición de pensamientos negativos (deseos de suicidarse, pensamientos inclinados hacia la muerte y desesperanza). Entre las razones por las que esto ocurre están las presiones sociales y las familias disfuncionales, las mismas que asociadas a otros factores de riesgo, vuelven vulnerable al adolescente y lo hacen creer que no podrá sobrellevar situaciones que involucran tensión.

Cabe mencionar que nos encontramos en un mundo donde los adolescentes viven el día a día sin tomar el rumbo de su existencia, solo buscan las sensaciones de recompensas inmediatas, y no evalúan las conductas que van contra su bienestar físico y/o psicológico. Es fundamental, por ello, promover la salud mental de este grupo etario para desarrollar en ellos capacidades de afrontamiento positivo.

Es importante evaluar la prevalencia de ideación suicida en adolescentes, ya que se considera al suicidio como un acto grave que cobra muchas vidas, se inicia con una idea, luego pasa por una etapa de intento suicida, y finalmente concluye en el acto suicida propiamente dicho. De esta manera, se considera que la ideación suicida es una llamada de alerta que nos habla del inicio de un problema grave, lo que nos permite darnos cuenta de la importancia de estas ideas, y lo fundamental de poder

identificarlas oportunamente para evitar el acto suicida, dando la oportunidad de propiciar una intervención adecuada para la persona que se encuentre en riesgo (Judith, 2016, págs. 65-69).

Cabe indicar que la Prevalencia de Ideación Suicida y Depresión en Estudiantes de edad promedio entre los 15 y 17 corresponde al sexo femenino teniendo el más alto porcentaje con un 31.28%: asimismo el 71% de mujeres han tenido la ideación suicida y el 26% intento quitarse la vida, en relación a los varones el 49% ha presentado la idea de quitarse la vida y el 12% ha cometido el intento suicida. La relación de intentos suicidas entre hombres y mujeres es de 3 a 1, en donde las mujeres tienen cuatro veces más intentos que los hombres. Por otro lado la prevalencia de ideación suicida es de 20.2% en adolescentes, correspondiendo un 29.95% del total al sexo femenino; asimismo indica que los estudiantes que provienen de Instituciones Educativas estatales presentan un 1.58% veces más probabilidad de presentar ideación suicida que los estudiantes que pertenecen a entidad particular. El ser mujer predispone a un riesgo 2 veces más de tener ideación suicida en comparación con los varones en concordancia con otros estudios. En Adolescentes Escolares de 3°, 4°, 5° grado de Secundaria de Instituciones Educativas Publicas manifiestan que la prevalencia de ideación suicida en escolares es de 83.1% indicando un bajo nivel, un 14.3% medio nivel, y 2.6% nivel alto, y los que tienen rumiación de ideación suicida es de un 16,9% de niveles medio y alto de ideación suicida en los adolescentes. Se concluye que un 10% de adolescentes presenta un alto riesgo de suicidio y las modalidades de mayor prevalencia son los pensamientos de desesperanza y deseos de muerte, así como los beneficios asociados al suicidio; por lo que se evidencia que en el nivel alto de planificación de acto suicida es de un 22% y muy alto de 5.9% . Por ende al

realizar la prevención será de manera distinta entre aquellos adolescentes que manifiestan ideaciones pasivas sobre la muerte con los que experimentan ideaciones activas con la presencia de planificación (Bazán López, 2007).

Por otro lado una investigación realizada en Chile donde un estudio denominado Prevalencia de Ideación e Intento de Suicidio en Estudiantes de Santiago de Chile, encontraron que la prevalencia de ideación es de 59,7% e intento suicida 18,8% en adolescentes, asimismo se observa una clara prevalencia de suicidalidad en mujeres, 71% ha tenido ideación suicida y 26% ha intentado quitarse la vida (Ventura Junca, 2010).

Las investigaciones locales señalan que la ideaciones suicidas en consideración con el nivel de riesgo, nos indican que un 10% de adolescentes presenta un alto riesgo de suicidio y las modalidades de mayor prevalencia son los pensamientos de desesperanza y deseos de muerte, así como los beneficios asociados al suicidio; por lo que se evidencia que en el nivel alto de planificación de acto suicida es de un 22% y muy alto de 5.9%, es importante señalar que existe un porcentaje de adolescentes que perciben a la muerte como algo necesario o deseable (Leal & Vásquez, Ideación Suicida en Adolescentes Cajamarquinos, 2012)

La presente investigación permitirá aportar conocimientos actualizados y confiables sobre la realidad la población adolescentes en torno a la variable de investigación propuesta, los mismos que darán una visión más clara sobre el tema, asimismo los resultados que se obtengan permitirán a la I.E.E. tomar acciones de prevención y/o intervención sobre la ideación suicida en los adolescentes y finalmente contribuirá a promocionar la salud mental dentro del ámbito educativo, partiendo de los hallazgos que se obtengan, se podrá generar nuevas

investigaciones con diferentes actores sociales y con distintas poblaciones para ampliar y mejorar los conocimientos.

Frente a las estadísticas presentadas y deseando conocer más sobre el tema en adolescentes de nuestra localidad, es que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación, ¿Cuál es la prevalencia de ideación suicida en adolescentes de una Institución Educativa de Cajamarca en el año 2020?; asimismo a raíz de esta pregunta se ha planteado los siguientes objetivos de investigación, determinar la prevalencia de ideación suicida en adolescentes de una Institución Educativa de Cajamarca en el año 2020, asimismo se ha planteado objetivos específicos determinar la prevalencia la actitud hacia la vida y la muerte, conocer la prevalencia de pensamientos y deseos de suicidarse e intento suicida, y la prevalencia de desesperanza en adolescentes de una Institución Educativa en Cajamarca en el año 2020.

En relación a los objetivos planteados se puede evidenciar que en cada uno de ellos se encontró prevalencia de ideación suicida en nivel medio de un 93.60% y un nivel alto 6.40%. En relación a la actitud de la vida y la muerte se encontró un nivel bajo de 72%, un nivel medio de 22% y un nivel alto de 6%; en cuanto a los pensamientos y deseos de suicidarse un 22% de las adolescentes está en nivel bajo, mientras que el 49% se ubica en un nivel medio y por ultimo un 29% está en un nivel alto, finalmente al analizar el factor desesperanza se encontró que el 13% de las adolescentes evaluadas se encuentran en un nivel bajo mientras que el 82% está en un nivel medio y solo un 5% está en nivel alto en cuanto a este factor.

Capítulo 1. Marco Teórico

1.1. Adolescencia

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2018) la define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (p. 15). Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

La Adolescencia es definida como la época de la vida en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Autoestima, autonomía, valores e identidad se van afirmando en este proceso. Comprendida entre los 10 y 19 años (Chambi, 2015).

Dado que la adolescencia es una etapa de cambios dentro de los cuales esta aceptar los cambios de su cuerpo, aprender a relacionarse con sus compañeros, descubrir su identidad sexual aprender a desarrollar habilidades que les permitan en un futuro independizarse de sus padres, conseguir un trabajo, ganar confianza en su sistema de valores, lograr un estatus económico de adultos todo esto puede generar mucha tensión pues su capacidad del yo aún está en el proceso de adquirir habilidades para enfrentar todas estas presiones y en el camino al desarrollo de estas habilidades psicológicas el adolescente puede desarrollar desesperación , angustia, ansiedad entre otros.

La crisis que se vive durante la adolescencia determina el desarrollo de la personalidad y existen situaciones que pueden generar estrés dependiendo de cómo se afronte la situación.

Cuando hablamos de adolescentes debemos enfocarnos en que los padres y los maestros o profesores se focalizan en los elementos que ellos considerarían importantes y, al ver que estos no faltan, no entienden la posición tal vez depresiva de los jóvenes. Pero si nos ponemos de parte de los alumnos e hijos, nos damos cuenta de inmediato de que lo que puede ser importante para ellos no siempre coincide con lo que sería apreciable para los adultos. Entonces, si queremos ayudar de verdad a un joven a mejorar y con eso encauzar su vida hacia lo mejor, tendríamos que tomarnos el tiempo de escuchar lo que para él es importante, a pesar de que para los adultos no sea una prioridad. Descubrir los talentos de los jóvenes, sus áreas de competencias, ayuda a prever actividades enfocadas a la subida de la autoestima sin olvidar en ningún momento que siempre tendremos que tomar los objetivos de ellos y no los de los padres o de los adultos (Bolmida, 2018, pp. 12-18).

1.2.2 Estadios de la Adolescencia

Según lo señalado por Condemayta, (2012, pp. 15-17) “Existen diferentes estadios en la adolescencia”

) Adolescencia Temprana (10-14 años)

Esta etapa se caracteriza por la presencia de egocentrismo que se evidencia tanto en el niño como en el adolescente esta característica va disminuyendo

según los factores culturales que rodean el entorno así como la adquisición de procesos cognitivos que llevan a la madurez.

El adolescente se enfoca en su propia conducta, cambios corporales apariencia física, y considera que las personas de su entorno están centradas en observar sus cambios tanto o más que el mismo, cree que estas personas están enfocadas en criticar lo que realiza.

Se percibe como el autor principal que está en un escenario donde todas las personas observan su conducta, esto es parte de su egocentrismo, se siente el centro de atención de los demás y proyecta sus preocupaciones en su grupo de pares.

La fábula personal se refiere a la creencia del adolescente de que es un ser único. Este fenómeno se aprecia en la convicción de que sus pensamientos, sentimientos, creencias, ideales y experiencias son muy especiales, incluso únicos(as), y que los demás son incapaces de llegar a entenderlos(as) (Condemayta, 2012; Velásquez, 2016).

J **Adolescencia Intermedia. (15 a 17 años)**

En esta etapa el adolescente se aleja del apego seguro de los padres para ampliar sus relaciones interpersonales con su grupo de pares y esto influye en el adolescente y su familia.

En cuanto al factor psicológico puede decirse que el adolescente descubre su nueva identidad y le da más importancia a su imagen individual, empieza entonces a diferenciarse de la familia, pero la opinión de terceros sobre su apariencia física tiene mucha importancia.

El adolescente tiende a aislarse de los demás, desea pasar más tiempo a solas concentrado en sus intereses personales, pero también puede observar a los demás y le da valor a los sentimientos que estos le expresan y siente la apertura para expresar sus emociones, el egocentrismo es considerado el principal factor que hace vulnerable al adolescente haciéndolo propenso a las conductas de riesgo.

Se planteaba que esta sensación de omnipotencia les deterioraba el juicio y producía una falsa sensación de poder, que en situaciones críticas les acarrea consecuencias negativas, pues los llevaba a tener convicciones tales como «nunca me voy a quedar embarazada» a pesar de tener relaciones sexuales no protegidas o «imposible que me convierta en un adicto» aunque consuma drogas. Sin embargo, la investigación reciente en neurodesarrollo ha demostrado que los adolescentes tienen conciencia de los riesgos que corren, pero esto no los inhibe de presentar estas conductas debido a que atraviesan por un período de incremento sustancial de la inclinación hacia la búsqueda de recompensas o sensaciones, lo que aumenta en presencia de pares.

El desarrollo cognitivo del adolescente deja de ser tan concreto, se vuelve más abstracto y esto le da la capacidad para analizar las cosas y cuestionar las normas establecidas no solo de sus padres sino de la sociedad.

Se coloca retos personales y es posible que académicamente destaque en sus calificaciones. Con respecto a su desarrollo social como un intento de separarse más de los padres y encontrar su propia identidad, copia modelos de conducta y vestimenta de su grupo de pares esta influencia puede ayudar de forma negativa o positiva, también dentro de la búsqueda de su individualidad se encuentra el desarrollo de su identidad sexual.

En cuanto al desarrollo sexual, en la adolescencia media aumenta la aceptación del propio cuerpo y la comodidad con él. La mayoría de los adolescentes ha tenido ya gran parte de los cambios puberales y está menos preocupado de ellos.

Sin embargo, los jóvenes dedican mucho tiempo a tratar de hacer su cuerpo más atractivo. En este período se toma conciencia de la orientación sexual y aumenta el involucramiento en relaciones de pareja. Estas son habitualmente breves y utilitarias, predominando en ellas la exploración, la búsqueda, la descarga de impulsos sexuales y el egocentrismo. Las relaciones de pareja pueden también comprender fantasías idealistas y románticas. Por último, en esta fase aumenta la experimentación de diversas conductas sexuales, incluyendo el inicio de relaciones coitales con cierta frecuencia (Condemayta, 2012; Velásquez, 2016).

J **Adolescencia tardía. (17 a 19 años)**

Esta es una etapa más tranquila en donde el adolescente está más cerca de su autonomía y consolidación de su personalidad listo para ir asumiendo la responsabilidades previas a la adultez, esto ocurrirá si el adolescente recibe el respaldo de la familia y los amigos de no ser así la presión de las responsabilidades le generaran presión y lo pueden llevar a desarrollar depresión u otros trastornos emocionales.

En el ámbito del desarrollo psicológico, en esta etapa la identidad se encuentra más firme en sus diversos aspectos. La autoimagen ya no está definida por los pares, sino que depende del propio adolescente. Los intereses son más estables y existe conciencia de los límites y las limitaciones personales.

Se adquiere aptitud para tomar decisiones en forma independiente, para establecer límites, y se desarrolla habilidad de planificación futura.

Avanza en el camino hacia la independencia financiera, la que logrará más temprano o más tarde, dependiendo de su realidad. Aumenta el control de impulsos, se puede postergar ya la gratificación y aparece la capacidad de comprometerse.

En cuanto al desarrollo cognitivo, en la adolescencia tardía existe un pensamiento abstracto firmemente establecido. Si las experiencias educativas han sido adecuadas, se alcanza el pensamiento hipotético deductivo propio del adulto. Aumenta la habilidad para predecir consecuencias y la capacidad de resolución de problemas.

En cuanto al desarrollo social se puede decir que en esta etapa la influencia de los amigos ha disminuido notablemente, las amistades disminuyen pues se hacen más selectivas, el adolescente se siente más seguro de sí mismo y entabla lazos con su familia, valora la experiencia de sus padres a los que les pide consejo y apoyo siempre y cuando la dinámica familiar sea funcional y aceptara sus cambios y pensamientos diferentes a los de la familia, mientras más flexible sea la familia más fácil será para el adolescente acoplarse a ellos.

Respecto del desarrollo sexual se produce la aceptación de los cambios corporales y la imagen corporal. El joven ha completado ya su crecimiento y desarrollo puberal, los que no le preocupan a menos que exista alguna anormalidad. Acepta también su identidad sexual, con frecuencia inicia relaciones sexuales y aumenta su inclinación hacia relaciones de pareja más íntimas y estables, las que comprenden menos experimentación y explotación, estando más basadas en intereses y valores similares, en compartir, en la

comprensión, disfrute y cuidado mutuo (Condemayta, 2012; Velásquez Chambi, 2016).

1.2.3 La ideación suicida

Se considera como la de menor riesgo, sin embargo es la primera manifestación para identificar a individuos con riesgo de suicidio (Rosales, 2010); y se manifiesta por realizar planes y deseos actuales de cometer un suicidio en individuos que no han realizado algún intento de suicidio (Beck, Steer, & Ranieri, 1988).

Es importante distinguir la diferencia entre ideación suicida e intento suicida, en donde defieren en el grado de intensidad y deseo para terminar con su propia vida y la naturaleza de su expresión; en el primero está relacionada con los procesos cognitivos, y el segundo se caracteriza por el comportamiento (Norlev, Davidsen, & Sundaram, 2005). Cabe indicar que las ideaciones suicidas presenta grados de severidad, que conlleva desde los deseos pasivos de morir hasta realizar planes formulados de muerte. (Casey, y otros, 2006).

Mencionamos el planteamiento de Neuringer (2001), que es nombrado por Rosales (2010) donde se menciona las tres características del pensamiento suicida:

- 1. Estructura del Pensamiento Suicida:** comprende tres aspectos: el pensamiento catalógico el cual hace referencia a un raciocinio basada en falacias lógicas, la segundo es desorganización semántica que se identifican con las estrategias cognitivas dirigidas a la evitación del pensamiento que se mantiene relacionado con el temor de morir, y finalmente la tercera es el pensamiento dicotómico extremo, que implica la polarización del pensamiento lo que significa la carencia de oportunidades o puntos medios.

2. Rigidez y constricción de pensamiento, dificultad para aceptar cambios y nuevas opciones de conducta, este tipo de raciocinio hace que la persona se sienta en una situación sin escape.

3. La percepción distorsionada del tiempo es la tendencia a “congelar” o detener el tiempo; incapacidad del individuo de incorporar el pasado y de prever acciones para el futuro, razón por la cual los adolescentes observan los hechos o acontecimientos en el tiempo de manera diferente a la de los demás, por lo cual limita que se pueda identificar situaciones positivas y oportunidades que podrían lograr en un futuro.

Asimismo, la ideación suicida en la etapa de la adolescencia está asociada con problemas en el sistema familiar como una baja cohesión y adaptación, inseguridad en el cariño de los padres, violencia de pareja, déficit en la comunicación familiar, ideación suicida también en los padres, un bajo rendimiento académico, depresión, y estar más de 8 horas solos.

La ideación suicida, abarca desde pensamientos dispersos de muerte o una inadecuada valoración de la vida hasta ideas o pensamientos específicos, organizados y constantes de dañarse o la muerte en sí misma (Tellez y Forero, 2006); mientras que la amenaza o gesto suicida está representada por expresiones de ovaciones que de realizarse totalmente conllevarían a un daño significativo o a la muerte (Cañón, 2011); a esto se suma las personas que van más allá de la amenaza, llegando a la tentativa de suicidio, donde ya se actúa buscando específicamente la muerte, esto tiene más posibilidad de ocurrir cuando el adolescente ha mostrado pensamiento y expresiones suicidas en los diálogos de los días previos, encerrando la idea planificada de quitarse la vida (Miranda, Román & Valdez, 2009); si no se ha intervenido hasta este punto llega el momento donde el

adolescente actúa auto infligiéndose daños que dan por terminada su vida. (Pérez, et al. 2009) citado por (Cecilia, 2016)

1.2.4 La Ideación suicida en los adolescentes

La adolescencia es una etapa muy vulnerable ya que no desarrollan las suficientes habilidades para la vida, por ende tienden a involucrarse en situaciones de alto riesgo, buscando muchas veces la aprobación con sus pares y evidencian más conflictos en su ambiente familiar. Por lo indicado en la opinión de Ann (2010) citado (Leal & Vásquez, 2012) serían las razones por la que los adolescentes tienen mayores índices de muertes violentas, especialmente el suicidio.

La organización Mundial de la Salud (OMS) consideró el suicidio como un tema importante para la salud pública de los jóvenes por tres razones:

- Es una de las principales causas de muerte en la población joven en la mayoría de los países desarrollados como lo que están en vía de desarrollo.
- Existen grandes diferencias en las tasas de suicidio entre los diferentes tipos de países del mundo de acuerdo a las diferencias como sexo, y los grupos de edad; que son indicadores de la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales.
- Los suicidios de las mujeres y de los jóvenes se han vuelto un problema con mayor prevalencia en todo el mundo.

Para el autor (González, Dilas, Ortiz, González, & González, 2010) citado por (Leal & Vásquez, Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos, 2012) las investigaciones de la problemática suicida en los adolescentes requiere de atención especialmente en las lesiones Auto-infligidas deliberadamente (LAD), ya que comprende un amplio espectro de conductas, que pueden llegar a tener resultados

letales o no letales; puesto que estas conductas autodestructivas están implícitas las denominadas: gesto suicida, intento o tentativa de suicidio.

Para Lippincontt, Willims y Wilkins (2001) indican que las ideas o pensamientos suicidas se presentan tanto en niños y adolescentes en ambos sexos y no tienen que estar relacionado con rasgos psicopatológicos, sin embargo no son de interés clínico a pesar de la amenaza que representa la integridad de los adolescentes; por otro lado cuando la idea suicida está asociada a trastornos del comportamiento esta incrementa su gravedad en ambos sexos.

1.2.5 Factores de Riesgo y su influencia en la ideación suicida

) Género

Se ha reportado que los suicidios consumados son más frecuentes en adolescentes masculinos, mientras que la ideación y los intentos de suicidio son más frecuentes en el género femenino. De acuerdo a esto, se informa en países desarrollados que la frecuencia de suicidios en varones es cuatro veces mayor que en mujeres.

) Edad

Está bien establecido que las tasas de suicidio y las conductas suicidas aumentan con la edad, siendo inusual en menores de 15 años, aunque se ha encontrado en estudios recientes adolescentes cuyas edades rodean los 13 años, con conductas suicidas.

) Medios de comunicación

Se considera que existen características del desarrollo del adolescente que guardan relación con las ideas suicidas, sabemos que el adolescente se encuentra en busca de su propia identidad por lo cual busca modelos, siendo los medios de comunicación su principal fuente de acceso, por ello cuando una

figura significativa se suicida es muy posible que el adolescente imite la conducta de este modelo a seguir, esto está comprobado con la muerte de varios personajes famosos seguido de las muertes de adolescentes. Wilde 2000 citado por (Villalobos, 2009).

) **Entorno Social**

La pertenencia a un grupo y el deseo de tener una relación sentimental puede llevar a un adolescente a desarrollar ideas suicidas cuando termina una relación afectiva o cuando tiene una desavenencia con un amigo. Beck 1979 Fenning 2005 (Villalobos, 2009).

) **Factores familiares**

La pérdida de un pariente por muerte o divorcio, historia familiar de conducta suicida, discordia familiar, pobre calidad de la relación niño-familia y el maltrato, se asocian a mayor riesgo de suicidio y conductas suicidas en jóvenes. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión. Se estima que la dinámica familiar se encuentra alterada en un 40-100% de los jóvenes suicidas.

) **Factores Socioculturales y Sociodemográficos**

El bajo estatus socioeconómico, el poco nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo para el suicidio en los adolescentes, ya que limitan su participación social.

Estos factores culturales se vinculan con la escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad. El crecimiento individual de cada

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

El inconformismo de género y las cuestiones de identidad relativas a orientación sexual, constituyen también factores de riesgo para el comportamiento suicida sobre todo en una cultura homofóbica. El bajo rendimiento escolar se asocia con mayor riesgo de suicidios en jóvenes del género masculino sin haber relación aparente con enfermedades mentales severas.

) **Problemas Educativos**

Las dificultades escolares, el concepto de tener una mala imagen corporal pueden llevar al adolescente a desarrollar ideas suicidas. Metha Chen, Mulvedon y Dode 1998 Beck 1979 (Villalobos, 2009)

) **Abuso sexual**

El impacto de sufrir abuso sexual y violencia familiar influye como un factor de riesgo alto para el desarrollo de ideas suicidas en el adolescente (Villalobos, 2009). Se han reportado como efectos a largo plazo problemas tales como estrés postraumático, la depresión, la ideación y el intento de suicidio, la inestabilidad emocional, cefaleas, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales adicción al alcohol y sustancias psicoactivas, victimización sexual posterior y maltrato por parte de la pareja. Se ha identificado que el malestar depresivo y la ideación suicida fueron significativamente más frecuentes en

mujeres que habían sido víctimas del abuso sexual, en los varones y en las mujeres que habían intentado suicidarse (Velásquez, 2016)

) **Depresión**

Los problemas de salud mental como la depresión llevan a desarrollar en el adolescente ideas suicidas, pero en algunos de ellos los síntomas son atípicos y las personas de su entorno no se percatan de ello o es posible que la familia no se sienta preparada para asumir esta situación Freudstein 200 (Hernan, 2009). Según Cole 1988 citado por (Hernán, 2009) señala que la depresión es un factor muy fuerte que es predictor de las ideas suicidas pues su principal característica es la desesperanza.

Se ha encontrado una alta prevalencia entre trastornos depresivos en la adolescencia e ideación suicida. Hasta un 60% de las víctimas presentan algún trastorno depresivo al momento de su muerte. Asimismo, entre un 40-80% de los adolescentes con intentos de suicidio cumplen con criterios diagnósticos para depresión. De hecho, la depresión es el predictor principal de ideación suicida.

) **Consumo de Sustancias**

Un factor de riesgo asociado a las ideas y conductas suicidas son el consumo de sustancias asociados a problemas de conducta y trastornos afectivos y también en el caso de alcoholismo se presenta porque este es un desinhibidor que puede llevar al adolescente a cometer el acto suicida. Metha Chen, Mulvedon y Dode 1998, Beck 1979 (Villalobos, 2009).

) **Problemas de conducta**

Otro Factor de riesgo para la ideación y la conducta suicida son los problemas de comportamiento específicamente la impulsividad y la agresividad, la

relación entre estas variables radica en que comparte situaciones de riesgo como familias disfuncionales, consumo de sustancias, abuso sexual , pobreza, desempleo, acceso armas, baja tolerancia al a frustración. Freudstein 200, (Villalobos, 2009).

1.2. Teorías que explican la etiología de la Ideación Suicida

) Teoría Neurobiológica

Se menciona que el comportamiento suicida se inicia por la interacción de cinco factores importantes: biológicos, rasgos de la personalidad, factores psicosociales o ambientales, trastornos mentales en historia familiar y genética, dicha interacción podría explicar porque los trastornos mentales ocasiona mayor número de ideación suicida o suicidio.

ASBERG (1976) inicio el estudio de los factores neurobiológicos de la conducta suicida al correlacionar la disminución de la serotonina cerebral con las formas violentas de suicidio.

(Colimón, Téllez, & Cisneros, 2006) Proponen el modelo estrés- diátesis donde manifiesta que los estresores como: eventos vitales, dificultades financieras, pérdida afectiva, enfermedad depresiva, son los causantes de un acto suicida; asimismo la diátesis o vulnerabilidad se caracterizan por tener tendencia al pesimismo, la desesperanza, presencia de agresividad o impulsividad.

Asimismo indica que una disminución en la acción de la serotonina 5 HT (5HT) está implicada en las conductas depresivas, agresivas, y de trastornos de control de los impulsos, asociados a eventos suicidas, o de agresión. De la misma manera, la conducta suicida está asociada a una disminución en los niveles serotoninérgicos de la cortea ventral prefrontal. De la misma manera,

se encontró niveles bajos de serotonina (5-HT) y su metabolismo principal, ácido 5- hidróxiindolacético (5-H1AA) en cerebros post-mortem. Asimismo se ha indicado la falta de procesamiento adecuado en la corteza prefrontal del cerebro de la que depende la toma de decisiones, y que se evidencia debilidad por los estados depresivos, exceso de alcohol o sustancias psicoactivas u otros estados psicopatológicos, finalmente en individuos con intento de suicidio la reducción de los niveles de 5-H1AA en el LCR se correlacionó con el diagnóstico psiquiátrico la letalidad del intento.

Por otro lado, manifiestan que puede existir una asociación entre las alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y suicidio. Cabe indicar que las primeras observaciones fueron por Buney y Fawcett (1965) quienes evidenciaron una elevada excreción urinaria de 17 hidroxicorticosteroides en víctimas de intentos de suicidios y suicidios consumados. Asimismo elevados niveles de cortisol en sangre en suicida e incluso valores arriba de 20 mg/dl podrían tomarse como marcados biológico de alto riesgo de suicidio (Mosquera, 2003)

) **Teoría Genética**

Los factores genéticos podrían ser un predisponente a tendencias suicidas en ciertos individuos (Bondy, Buettner, & Zill, 2006) y estudian el papel del gen que codifica el triptofanhidroxilasa (TPH), que es la enzima limitadora del ritmo en la biosíntesis de la serotonina, en la predisposición genética al suicidio. Dichos autores realizaron un análisis de siete polimorfismos del gen TPH en 231 individuos que habían intentado suicidarse y en 281 individuos que no habían realizado el intento, los indicados sirvieron de grupo de control; y se encontraron relaciones significativas entre algunas variantes de

este gen (especialmente de la variante “3’ part” o región 3 no codificadora) y los intentos de suicidio. Dicha variante estaba más presente en personas que habían intentado el suicidio por medios violentos y que tenían cuadros de depresión. Por lo antes indicado la variante “3’ part” del gen TPH puede ser uno de los factores de vulnerabilidad para un fenotipo (grupo de personas con una determinada característica genética visible) en el que se combina las conductas suicidas, las alteraciones anímicas e impulsos agresivos.

Asimismo otras investigaciones sugieren que existe concordancia de suicidio en gemelos idénticos; y se observó que el 20% de los casos donde un hermano se suicida, el otro fallece de la misma manera; por otro lado se evidencio que familiares que han intentado suicidarse, habían cometido suicido, con un porcentaje de 26.7% (MINSA, 2007).

) **Teorías Psicológicas**

Las teorías cognitivas de Aarón Beck examinaron los estados emocionales como la desesperanza y el desamparo en la patogenia de la depresión y el suicidio; es por ello que ha relacionado la “Triada negativa” de la depresión con el suicidio basándose en que el pensamiento del individuo se deforma cuando se encuentra deprimida, de esta manera adquiere un pensamiento negativo de sí mismo, del futuro y del mundo que lo rodea. Por lo que la idea de suicidio representa una mejoría respecto a la situación actual (Lavado, 2012).

Asimismo en la teoría Psicoanalítica Sigmund Freud (1917) fue el primero en explicar psicológicamente al suicidio, y postula que los motivos del acto eran intrapsíquicos, vinculándolas al instinto de muerte y a la pulsión suicida con cargas tanáticas dirigidas contra el propio yo, donde el individuo no

siempre es consciente de sus actos. Asimismo sus mecanismos de defensa como la negación es una forma de huir de la vida, de sus problemas, optando como una solución por el suicidio. También menciona que elaboro la interpretación en el que el Thanatos o instinto de muerte autodirigido, el que nos induce a ese tipo de comportamiento; es así que el suicidio representa el inconsciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente introyectado, por regla general, de forma ambivalente (Codero & Tapia, 2009).

Mencionan a Rodriguez, Rivera, Revuelta, & Montes de Oca (1990) señalan que las aportaciones más importantes de Freud son la idea fundamental del suicidio como parte del homicidio, la ambivalencia entre el amor y odio que se encuentra presente en la dinámica de todo suicida y, la asociación de agresividad, y por tanto del suicidio, la manifestación de un instinto o pulsión de muerte que el individuo al buscar un reposo eterno puede encontrarlo en el suicidio. Asimismo otros autores como Hendin 1951; Litman, 1965; citado en Rodriguez, Rivera, Revuelta, & Montes de Oca, (1990) indican que la teoría del instinto de muerte es más un punto de vista filosófica que una hipótesis científica, Freud la formuló ya que sin ella no podía explicar adecuadamente la autodestructividad de los seres humanos. Otro autor como Horney (1950) (citado en Rodríguez., et al 1990) menciona que las formas distorsionadas del desarrollo nacen de los trastornos provocados culturalmente por la religión, política, figuras paternas, etc., en el desarrollo del niño, provocando un desarrollo neurótico. Dicho esto aparece actitudes que inducen al niño a un proceso de angustia básica; y a medida que el menor se esfuerza por vencer su angustia básica puede desarrollo

sentimientos de superioridad; es por ello que se produce un tipo de fracasos del desarrollo del yo, una disparidad entre el desarrollo del yo idealizado y del verdadero yo, dando lugar a la “alienación del yo”.

Para Rado (1951) (citado en Rodríguez., et al 1990) indica que los estados de depresión implican una adaptación de dependencia. El repliegue interior de la ira del individuo se evidencia como un deseo insatisfecho de depender de alguien; así como la ira dirigida contra sí mismo, en donde su propósito adaptativo de reparación, y la esperanza de ser perdonado y reconciliarse son lo que le provoca frustración.

La Psicología Cognitiva indica que la desesperanza está ligada a la consumación del suicidio, por lo que se debería encaminar a la corrección de pensamientos negativos e infundir esperanza (Tena, 2012)

) **Teoría de la Crisis**

(MINSAs, 2007) Menciona que la conducta suicida es una situación en la cual existe una pérdida temporal del equilibrio psíquico, ya que presenta incapacidad para manejar situaciones dolorosas y amenazantes como resultado de los recursos adaptativos de la persona.

1.3. Teoría de Beck: Ideación Suicida.

En otra investigación se tomó como base el campo de las estructuras mentales. Beck, Steer y Ranieri (1988) afirman que los suicidas tienen un estilo cognoscitivo peculiar, diferente del de los individuos normales y de los que tienen perturbaciones emocionales que no los orillan al suicidio. Como dijo Beck: “La ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas posiblemente relacionados con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros trastornos; sin embargo, la ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos

patrones de pensamiento y de conducta, pero que están interrelacionados” (Beck, Kovacs, Weissman, 1979). (González, Dilas, Ortíz, González, & González, 2010) En estudios se encontró que la prevalencia de ideación suicida es mayor en los adolescentes jóvenes que en los adolescentes mayores (Steer, Kumar & Beck, 1993).

Utilizando los primeros 11 reactivos de la Escala ISB (Beck & Cols., 1979) en un estudio de 131 estudiantes de 14 a 19 años de edad de una escuela de Kansas, se estudió la relación entre: depresión, autoestima, ideación suicida, ansiedad de morir y rendimiento escolar de los estudiantes con padres divorciados y no divorciados. Se encontró que los estudiantes que puntuaron con diferencias significativas en depresión e ideación suicida, tenían un bajo promedio escolar, pero no se encontraron diferencias significativas entre los hombres y las mujeres que puntuaron con ideación suicida (Brubeck, Dan & Beer, 1992)

Basándonos en lo referido por Beck se puede decir que al realizar la investigación por sexo se encontró que en diferentes países las tasas de suicidio indican que son los hombres quienes cometen este acto, pero son las mujeres las que tienen más ideas suicidas y realizan varios intentos de suicidio entre ellos las autolesiones con intencionalidad suicida (González, Dilas, Ortíz, González, & González, 2010) esto indica que las mujeres al momento de suicidarse presentan comportamientos más repetitivos siendo las autolesiones y los envenenamientos los más frecuentes, mientras que los hombres presentan conductas más riesgosas con daño directo a su salud además evidencian ser más impulsivos que las mujeres, siendo este un factor que los lleva a ser potencialmente suicidas, mientras que en las mujeres las ideas suicidas están asociados más a cuadros depresivos, estilos cognitivos de introspección asociados a la imagen corporal, belleza , rumiación constante de la idea suicida.

Otros autores señalan que los adolescentes tienden a interiorizar el sufrimiento a través de sentimientos de culpa, autculpa, ansiedad, depresión, baja autoestima, pobre imagen corporal, sentimientos de falta de atractivo, ira, preocupación por la salud y falta de atracción por el sexo opuesto, externalizan su sufrimiento a través de problemas de conducta, problemas con la ley y abuso de sustancias (González, Dilas, Ortíz, González, & González, 2010; Villalobos, 2009)

En relación a las capacidades de afrontamiento se puede decir que las mujeres al momento de tomar la decisión de suicidarse evalúan de forma general su situación, buscan apoyo social y comparten su sentimiento de dolor lo que hace que tengan factores protectores ante la idea o consumación del suicidio mientras que los hombres son más concretos e impulsivos y se aíslan siendo más propensos a suicidarse Beck 1979

Según Beck (1979) (Citado en Martínez, León, S. González, C. González, & J.J González, 2000) menciona que existen cuatro indicadores de la ideación suicida:

- **Actitud hacia la Vida / Muerte.**

En cuanto a esto, Guevara (citado en Prado & Fernando, 2012) afirma que entre las especies vivas, la humana es la única para quién la muerte está omnipresente en el transcurso de la vida, la única especie que rodea a la muerte con un ritual funerario complejo y cargado de simbolismo; en definitiva, la única para la cual la Ideación suicida, hecho natural, se ve constantemente desbordada por la muerte como hecho de cultura. Las actitudes cambian con el tiempo, a partir del desarrollo evolutivo individual y por la influencia de factores socioculturales; es que se reflejan los temores, las esperanzas, las expectativas, la conciencia comunitaria y muerte individual (Coa & Curo, 2016).

- **Pensamientos/Deseos suicidas**

Los pensamientos suicidas pueden ser un síntoma de depresión o una señal de que la persona no puede enfrentarse a una serie de acontecimientos personales que le parecen, en su momento, insoportables (Prado & Fernando, 2012), (Coa & Curo, 2016)

- **Proyecto de Intento Suicida**

Según Beck (1979), es la disposición que la persona se ha formado para realizar o ejecutar un plan estratégico que tenga como fin acabar con tu vida (Prado & Fernando, 2012) (Coa & Curo, 2016)

- **Desesperanza**

La desesperanza es definida como actitudes negativas con respecto al futuro y como uno de los elementos cognitivos que se encuentra asociado con la conducta suicida. Según Beck (1993) menciona que la desesperanza es un factor de riesgo para el suicidio (Ramírez, 2006), (Coa & Curo, 2016).

1.4. Evaluación de las Ideas Suicidas

Existen dimensiones importantes que son la frecuencia y duración de los episodios de ideación. La frecuencia puede ser elevada y la ideación es descrita como prácticamente continua, sin embargo puede presentarse en episodios breves, fugaces (“rachas”), con una duración de segundos, o puede persistir durante minutos hasta horas; en forma general podemos indicar que los episodios de mayor duración se dan entre una o más horas o muy frecuentes entre varias veces al día, los cuales son más severos. En relación a la intensidad de la ideación suicida puede ser variable y puede experimentarse como imágenes (“me veo cayendo”) o de manera verbal, como cadenas de pensamiento que pueden prolongarse en el tiempo como rumiaciones suicidas.

Las ideas suicidas pueden aparecer en relación a situaciones interpersonales como experiencias negativas en su vida, asimismo puede asociarse a estados sintomáticos severos de angustia, depresión, o disfórico; dichos pensamientos pueden aparecer o agravarse al consumir alcohol o sustancias.

En ciertos casos, los individuos experimentan sensaciones positivas tras pensar en el suicidio (ideación egosintónica) y debe ser considerado una señal de riesgo. Lo contrario es cuando sienten angustia, culpa o vergüenza (ideación egodistónica). La actitud del individuo frente a sus propios pensamientos suicidas tiene gran importancia, algunos indican que acogen las ideas como una solución de terminar con el sufrimiento, minimizando el impacto del suicidio sobre los demás, o sosteniendo que estarían mejor. Frente a lo indicado se tiene relación la posición del individuos frente a la ideación, el algunos casos se vive como extrema al Yo (¿Por qué me pasa que de pronto me viene esas ideas?, en otros casos son más graves las ideas declaradas como un sentido de agencia (he estado pensando en terminar con todo), puede ser de tipo pasivo (dejarme atropellar) o activo (colgarme).

Los pensamientos suicidas pueden variar en grado de concreción, entre un individuo que dice que ha estado considerado la muerte sin tener un plan o un método definido, o cuando refieren un plan concreto y elaborado. Asimismo existen grados de variables (he pensado en tres cosas, pero no lo he definido).

Tras de detección de ideas o planes autodestructivas, se debe indagar sobre el propio sentido de capacidad o coraje que tiene el individuo para llevarlas a efecto, así como de la existencia de factores disuasivos y capacidad de autocontrol. Es importante preguntar por el peor momento vivido: “¿Cuándo estado más cerca de intentar el suicidio?”, “¿Qué paso, por qué no realizó el acto suicida?”, por otro lado para evaluar la propia capacidad

de autocontrol, puede consultarse “¿qué haría si vuelve a sentir en estos días deseos de suicidarse?” “¿cree que lo podría evitar?”.

También es de vital importancia clarificar si junto a la ideación suicida existe una intención suicida, ambas pueden estar disociadas “a veces se me pasa la idea de matarme, pero pierda cuidado, es algo que nunca haría”, por último debe valorarse la actitud del individuo, puesto que la renuencia de ideas o propósitos autolíticos es un indicador de riesgo.

Tabla 1

Dimensiones de la ideación suicida (Gómez, Alejandro, 2012, pág. 610)

DIMENSIONES DE LA IDEACIÓN SUICIDA	DESCRIPTORES
Frecuencia	Infrecuente/frecuente/continua
Relación con estímulos	Clara; evidente; dudosa; inexistente
Duración de los episodios	Segundos/minutos/horas
Formato	Verbal/en imágenes
Ideación activa o pasiva	"Ojalá que me ocurra algo" vs. "quiero ..."
Afecto concomitante	Miedo/angustia/dolor/alegría o alivio/rabia/culpa/vergüenza
Nivel de concreción	Vaga o abstracta/concreta
Evolución	Aguda/crónica
Posición del Yo frente a la ideación suicida	Activa/pasiva/variable u oscilante
Actitud	Rechazo/indiferencia/aceptación/ambivalencia
Planes suicidas	Sí/no/dudoso
Asociación a otras variables	Situacionales/interpersonales/emocionales/síntomas
Percepción de capacidad	Se siente capaz ("coraje para hacerlo")/ no se considera capaz
Presencia de disuasivos	P. ej. dañaría otras personas; razones religiosas
Control percibido	Presente/ausente/inseguro

Severidad relativa	Peor episodio el actual/ otros han sido peores
Relación con conducta suicida	Sin relación/ se ha asociado a conducta suicida/se podría asociar a conducta suicida
Intención suicida	Intención suicida presente/ intención suicida ausente
Percepción de capacidad o coraje para efectuar un intento	Se siente capaz/no se siente capaz/inseguro

1.5. Medidas apropiadas para cada nivel de severidad

El término zona suicida se refiere a un área de riesgo formado por ideas, planes y conductas suicidas. El nivel de riesgo leve, no existe intentos suicidas y la ideación es de frecuencia, intensidad y duración bajas, no existe intención suicida ni planificación de intentos. Los síntomas son leves y el autocontrol está conservado; los factores de riesgo son escasos y existen factores protectores identificables. Debe evaluarse seriamente la suicidalidad, monitoreando la ideación suicida.

En el nivel de riesgo moderado las ideas suicidas son más intensas, frecuentes y persistentes, la desesperanza es moderada, 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 de severidad, la suicidalidad debe evaluarse de modo continuo, asimismo debe incorporarse a la familia y estar dispuesta a solicitar atención terapéutica.

En relación al nivel severo la ideación es frecuente, intensa y persistente, existen planes específicos de suicidio, e indicadores de intención suicida (elección o búsqueda de un método, escritura de cartas, testamento), ha afectado conductas preparatorias (búsqueda de un lugar). Existe un método accesible o disponible, y deterioro de autocontrol, síntomas disfóricos severos, múltiples factores de riesgo y

escasos factores protectores. En cuanto al nivel extremo de severidad la principal la diferencia es que no existe factores protectores, los rasgos anteriores están más acentuados en este nivel, dado que es de alto riesgo, la medida inmediata es la internación voluntaria o involuntaria, y debe definirse medidas de vigilancia y protección (lugar donde puede estar, tipo de habitación, retiro de elementos que pueden servir para dañarse) y estrategias terapéuticas que permitan controlar el riesgo con prontitud (Gómez, 2012).

Tabla 2

Clasificación de los riesgos suicida y sus indicadores

(Gómez, Alejandro, 2012, pág. 613)

FACTORES	RIESGO	RIESGO	RIESGO	RIESGO
	LEVE	MODERADO	SEVERO	EXTREMO
IDEAS SUICIDAS	Infrecuentes, poco intensas, fugaces, sin plan, sin intento suicida	Frecuentes, intensidad moderada, planes vagos.	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos.	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos.
INTENCIÓN SUICIDA	No hay	No hay	Indicadores indirectos	Indicadores indirectos
SÍNTOMAS	Leves	Moderados	Severos	Severos
CONTROL DE IMPULSOS	Buen autocontrol.	Buen autocontrol	Autocontrol determinada	Autocontrol deteriorado
DESESPERANZA	Leve	Moderada	Severa	Severa

CONTEXTO	Medio protector confiable	Medio protector confiable	Medio protector inseguro	Medio protector ausente
----------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------	----------------------------

1.6. Ideación Suicida y Contexto Escolar

La escuela representa para el adolescente un contexto interactivo crucial en el desarrollo y ajuste del adolescente, ya que estos pasan aproximadamente una tercera parte de su tiempo en la comunidad escolar, lo que implica, a su vez, una larga convivencia con iguales y profesores. Los iguales y profesores, como en el caso de la familia, pueden proporcionar oportunidades valiosas para el aprendizaje y entrenamiento de habilidades sociales y el establecimiento de relaciones positivas, pero también pueden constituir un terreno fértil para el desarrollo de conductas desadaptativas. Desde esta perspectiva, (Sánchez & Villareal, 2003, págs. 14-18) conceptualizaron que el adolescente contribuye positivamente a su propio desarrollo y se encuentra implicado en un proceso de negociación con sus padres, con objeto de ejercer un mayor control sobre su propia vida. Sánchez-Sosa, et al. (2010) encontró una relación negativa y significativa entre el ajuste escolar y la ideación suicida. Por su parte, Pérez-Amezcu, et al. (2010) citado por Sánchez, Villarial y Musitu refieren que los adolescentes con poco reconocimiento escolar son más proclives a manifestar ideación suicida. Por otra parte, Bonanno y Hymel (2010) determinaron mediante un análisis de regresión que la victimización escolar es un factor predictivo de ideación suicida. Sánchez- Sosa et al. (2011) estimaron un Modelo Explicativo Psicosocial de la Ideación Suicida en el que los problemas de integración escolar se relacionan directa y significativamente con la sintomatología depresiva y la

victimización escolar y estas dos variables a su vez se asocian directa y significativamente a la ideación suicida. Lo cual ratifica el hecho de que la simple escolarización de los adolescentes no es un factor de protección, como comúnmente se cree. Sino que por el contrario, los problemas de integración escolar se constituyen como factores de riesgo de conductas desadaptativas en los adolescentes. Lo que implica que los sistemas educativos deberán centrarse en modelos centrados en el aprendizaje y el desarrollo integral de los educandos, dejando a un lado los métodos tradicionales basados en la instrucción y la enseñanza, que son promotores de criba y retraso académico, así como desintegración escolar.

En México, la Dirección General de Prevención al Delito de la Procuraduría General de la República (2011) informó que en el 2009, las agresión a compañeros de escuela la ejercen 8.8% de los niños de primaria y 5.6% de los estudiantes de secundaria.

Asimismo, reportaron que el saldo fatal del bullying durante ese año fue de 190 suicidios de adolescentes lo que representa que uno de cada seis jóvenes víctimas terminó suicidándose. Sin embargo, no solo las víctimas de bullying están expuestas al suicidio. En un estudio de más de 16,000 adolescentes realizado en Finlandia, los investigadores encontraron mayor prevalencia de depresión e ideación suicida grave tanto entre los que eran intimidados en la escuela como entre los autores de la intimidación (Kaltiala-Heino, et al. 1999) la ideación suicida sea considerada como la etapa inicial de dicho continuo y no como un factor de riesgo independiente del comportamiento suicida, implica que la investigación desarrollada en ideación suicida, sea particularmente importante para el diseño e implementación de programas preventivos de esta problemática mundial.

Respecto al carácter multifactorial del suicidio, conlleva desde nuestro punto de vista un planteamiento holístico de índole metateórico que enriquece substantivamente lo planteado por la Comunidad Científica Internacional, en el sentido de que al adoptar esta postura holística se trascienden las explicaciones fatalistas que centran la causalidad en variables de naturaleza interna, para adentrarnos en otros escenarios en los que participa activamente el adolescente, como la familia (funcionamiento familiar), la escuela (problemas de integración escolar y victimización escolar), además de las variables psicológicas algunas comúnmente estudiadas como la depresión, autoestima y otras que empiezan a cobrar relevancia como las conductas alimentarias de riesgo. Asimismo, cabe destacar que la multideterminación de la conducta suicida, pone de manifiesto la necesidad de plantear modelos explicativos que contribuyan a la prevención de este problema, que deberá de ser considerado no como causa o síntoma sino más bien como consecuencia de una serie de factores de riesgo que potencian el desarrollo de conductas desadaptativas en los adolescentes y que a su vez propician la consumación del suicidio. (Sánchez & Villareal, 2003)

1.7. Personalidad e Ideación Suicida

De acuerdo a Beck (1979) indica que existen diversos factores a tener en cuenta en el riesgo suicida, y muchas de ellos son causados por una distorsión en la personalidad, considerado como una alteración en la unidad biopsicosocial que se manifiesta desde la niñez; asimismo se debe de tomar en cuenta otros problemas que suelen cursar de forma paralela, como el abuso de sustancias, los problemas cognitivos en momento de estrés, la escasa tolerancia a la frustración, incapacidad para proponer soluciones, inestabilidad

emocional, aislamiento, dependencia, tristeza, ansiedad, dichos motivos hacen a las personas vulnerables a tener pensamiento suicidas o al suicidio.

Es lógico pensar que la ideación suicida son pensamientos negativos que se constituyen desde fantasías de muerte, es decir ideas y deseo e intenciones asociado como un factor de riesgo para la depresión, consumo de alcohol, violencia y dolor psicológico, sensación de pérdida, influencia del contexto, problemas académicos, económicos (Alanocca Quispe, 2018).

Es importante destacar que Montes y Montes (2009) proponen características en mujeres y varones con pensamiento suicida:

- J) **Mujeres con pensamiento suicida:** Presentan problemas familiares, económicos, razones amorosas, problemas emocionales, incapacidad para afrontar problemas, buscar soluciones erróneas, sentirse solo, depresión, soledad, baja autoestima, inmadurez, desesperación, falta de comprensión.
- J) **Varones con pensamiento suicida:** Presentan problemas en casa, escuela, con los padres, inmadurez, problemas económicos, presencia de depresión, baja autoestima, desilusión amorosa.

1.8. Prevalencia

Para poder determinar el significado del término prevalencia, se hace necesario, en primer lugar, conocer el origen etimológico del mismo. En este caso, podemos decir que deriva del latín, concretamente de la suma de tres componentes claramente delimitados:

- El prefijo “pre-”, que puede traducirse como antes.
- El verbo “valere”, que es sinónimo de “permanecer en plenitud”.
- El elemento “ente”, que indica “agente”.
- El sufijo “-ia”, que se usa para establecer una “cualidad”.

Prevalencia es un término que puede vincularse a dos verbos: prevaler y prevalecer. Estos conceptos refieren a aprovechar algo para obtener una ventaja, a la posibilidad de mantenerse o la condición de aquel o aquello que se impone.

De acuerdo a la cantidad de personas que sufren un trastorno de la salud dentro de un determinado grupo, puede estimarse la prevalencia en cuestión. Dicha prevalencia es una proporción: revela cuántos individuos de un total están enfermos. Es posible diferenciar entre la prevalencia de periodo (que revela la proporción de enfermos en un momento incierto) y la prevalencia puntual (referida a un momento específico). En nuestro ejemplo anterior, la proporción refiere a una prevalencia puntual.

La prevalencia viene a dejar patente la proporción de la población que, en un momento determinado, padece una enfermedad y que se va a estudiar. Por regla general, es un término que se utiliza para llevar a cabo el análisis de patologías crónicas e incluso para poder establecer medidas y proyectos en pro de las necesidades asistenciales o los servicios médicos.

1.9. Hipótesis

2.9.1 Hipótesis General

H: Existe prevalencia de ideación suicida al 20% en adolescentes de una Institución Educativa de Cajamarca en el año 2020.

1.10. Operacionalización de Variables

NOMBRE DE LA VARIBALE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
IDEACIÓN SUICIDA	Actitudes hacia la vida y la muerte	Reflejan los temores, las esperanzas, las expectativas de la muerte.	1. ¿Tienes deseos de morir? 2. ¿Tienes razones para querer morir? 3. ¿Siente que su vida ha perdido sentido? 4. ¿Se siente útil en esta vida? 5. ¿Cree que la muerte trae alivio a los sufrimientos?
	Pensamientos y deseos de suicidarse	Es un síntoma de depresión o señal de que la persona no puede enfrentarse a una serie de acontecimientos insoportables	6. ¿Ha tenido pensamientos de terminar con su vida? 7. ¿Ha tenido deseos de terminar con su vida? 8. ¿Tiene pensamiento suicida con frecuencia? 9. ¿Logra resistir a esos pensamientos?
	Intento Suicida	Viene a ser la disposición que la persona se ha formado para realizar o ejecutar un plan estratégico que tenga como fin acabar con su vida	10. ¿Ha pensado en un método específico? 11. ¿El método es accesible a usted? 12. ¿Ha comentado con alguien sobre algún método específico? 13. ¿Ha realizado algún intento de suicidio?
	Desesperanza	Ausencia de un sentimiento de trascendencia, siendo el estado de ánimo que priva previo a la tentativa o al acto suicida	14. ¿Pensaría en llevar acabo algún intento de suicidio? 15. ¿Tiene posibilidades para ser feliz en un futuro? 16. ¿Siente que tiene control sobre su vida? 17. ¿Pierde las esperanzas cuando le pasa algo? 18. ¿Piensa que su familia rara vez le toma en cuenta?

Capítulo 2. Estrategias Metodológicas

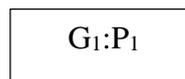
2.1 Tipo y nivel de Investigación

El tipo de la presente investigación es de nivel básica por su naturaleza cuantitativa y el manejo de datos estadísticos. El nivel de investigación es descriptivo se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p. 92).

2.2 Diseño de investigación

El diseño de investigación es diseño cuantitativo, no experimental, en donde observamos fenómenos tal como se da en su contexto natural, para analizarlos. (Hernández, et al, p.152).

El esquema es el siguiente:



Donde:

G_1 : Grupo único

P_1 : Prueba única

2.3. Población y Muestra

La población objetivo estará compuesta por 790 adolescentes de una Institución Educativa de Cajamarca; cuya muestra está constituida por 235 adolescentes del sexo femenino. El tipo de muestreo es de tipo no probabilístico la elección de los elementos

no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Hernández, et al, p.176).

2.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

El instrumentos a utilizar será La Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI)

ESCALA ORIGINAL IDEACIÓN SUICIDA

Nombre	: Scale for Suicide Ideation, SSI
Autor	: Aaron Beck, Kovacs y Weissman
Edad de aplicación	: adolescentes
Formas de aplicación	: individual
Tiempo de Aplicación	: 15-20 minutos aprox.
Materiales de Aplicación:	• Cuadernillo de Aplicación • Normas de Aplicación • Protocolos de Registro

Para la evaluación de ideas suicidas se utilizó el Inventario de Ideación Suicida de Beck (1979), nombre original Scale for Suicide Ideation, SSI. Con los autores Beck, Kovacs y Weissman, existen varias versiones como la computarizada y autoadministrada, La ISB consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. Si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de ‘intentar suicidarse” y (5) “Intento pasivo de suicidar– se”, es “0”, se omiten las secciones siguientes y se

suspende la entrevista, codificando como: “No aplicable”. En caso contrario, se sigue aplicando.

TEST ADAPTADO:

FICHA TÉCNICA: SSI (BECK)

I. DATOS GENERALES

1.1. Nombre del test: Escala de Ideación suicida de Beck (SII)

1.2. Autor: Aarón Beck (1970). Adaptación de Bobadilla (2004)

1.3. Autor de Adaptación: Vicente Bobadilla Tapia, Carla Cavero Godoy, Luzminda Estela Delgado y, Cinthya Vélez Romero.

1.4. Lugar: Chiclayo-Perú

1.5. Particularidad: Instrumento de exploración psicológica

1.6. Objetivo: Valorar la intensidad del deseo de suicidarse

Estructuración: La prueba tiene 4 factores

FACTORES	N° ITEMS	ITEMS
I. Actitudes hacia la vida y la muerte	5	1,2,3,4,5
II. Pensamientos y deseos de suicidarse	4	6,7,8,9
III. Intento suicida	4	10,11,12,13
IV. Desesperanza	5	14,15,16,17,18

II. CARACTERÍSTICAS DEL INVENTARIO

2.1. Tipo de Escala: Dicotomal

2.2. Total: 18

2.3. Tipo de administración: Individual y/o colectiva

2.4. Tiempo de aplicación: 10 a 15 minutos

2.5. Utilidad: Detectar oportunidades de idea o deseo de suicidio para evitarlo y proporcionar un tratamiento adecuado.

2.6. Edad de aplicación: Escolares de 14 a 17 años.

III. CALIFICACIÓN

N° PREGUNTA	SI	NO	N° PREGUNTA	SI	NO	N° PREGUNTA	SI	NO
01	2	1	07	2	1	13	2	1
02	2	1	08	1	2	14	2	1
03	2	1	09	2	1	15	2	1
04	2	1	10	2	1	16	1	2
05	2	1	11	2	1	17	1	2
06	2	1	12	1	2	18	2	1

La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 1 punto (No)- 2 puntos (Si), la suma total va a ser de acuerdo a la sumatoria de los valores:

I	II	III	IV	IDEACIÓN SUICIDA	NIVELES
5-6	4-5	4-5	5-6	18-24	Nivel bajo: Posee una bajo riesgo de ideación suicida
7-8	6	6	7-8	25-30	Nivel medio: Posee riesgo de ideación suicida

9-10	7-8	7-8	9-10	31-36	Nivel alto: Posee un alto riesgo de ideación suicida
------	-----	-----	------	-------	--

Los individuos deben contestar todos los ítems, de no hacerlo se invalida el test.

Los estudiantes que obtengan por debajo del puntaje mínimo se consideran sin riesgo de ideación suicida.

IV. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Con respecto a la validez total de la Escala de Ideación Suicida adaptada, Beck (2004) utiliza un análisis factorial y halla 3 factores principales en la construcción de la escalada de intencionalidad suicida, misma que coincide por Plutchik y el análisis de la escala, demuestra la existencia de 4 factores subyacentes principales.

En cuanto a la confiabilidad es de 0.81 coincidiendo con Plutchik (2004), la coincidencia interna de la escala era de 0.84 coincide con Beck (0.82) siendo su consistencia interna elevado de 0.82.

V. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

Estudiantes a partir de los 14 años hacia adelante

Estudiantes que pertenezcan a 3^{er}o, 4^{to} y 5^{to} años de secundaria

Estudiantes que tengan el consentimiento de sus padres

Criterios de exclusión

Estudiantes que sean menor de 14 años de edad

Estudiantes que pertenezcan a 1^{ro}, 2^{do} de secundaria

ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

Edad :.....

Grado :.....

Sección:

Instrucciones:

Los siguientes ítems contienen una lista de preguntas las cuales tendrá que leer detenidamente y marcar con un aspa (X) la alternativa que crea conveniente. Trate de ser lo más honesto y serio al momento de responder las interrogantes. Recuerde contestar todas las preguntas y sin emplear mucho tiempo en cada una de ellas.

Ejemplo:

¿Tiene deseos de ser feliz?

SI

NO

ITEMS	SI	NO
1. ¿Tiene deseos de morir?		
2. ¿Tiene razones para querer morir?		
3. ¿Siente que su vida ha perdido sentido?		
4. ¿Se siente útil en esta vida?		
5. ¿Cree que la muerte trae alivio a los sufrimientos?		
6. ¿Ha tenido pensamientos de terminar con su vida?		
7. ¿Ha tenido deseos de acabar con su vida?		
8. ¿Tiene pensamiento suicida con frecuencia?		
9. ¿Logra resistir a esos pensamientos?		
10. ¿Ha pensado en algún método específico?		
11. ¿El método es accesible a usted?		
12. ¿Ha comentado con alguien sobre algún método de suicidio?		
13. ¿Ha realizado algún intento de suicidio?		
14. ¿Pensaría en llevar a cabo algún intento de suicidio?		
15. ¿Tiene posibilidades para ser feliz en el futuro?		
16. ¿Siente que tiene control sobre su vida?		
17. ¿Pierde las esperanzas cuando le pasa algo?		
18. ¿Piensa que su familia rara vez la toma en cuenta?		

2.5 Técnica de Análisis de datos

Una vez aplicado el instrumentos de medida, se procederá a realizar la base de datos en la cual se digitará todas las respuestas ofrecidas por cada uno de los participantes en la presente investigación. Para el análisis de datos se utilizará el paquete estadístico SPSS Statistics, versión 23.0; para las figuras estadísticas el procesador de base de datos Estadístico Excel y para medir la confiabilidad de la variable se va utilizar el alfa de crobash.

2.6 Aspectos éticos

-) Para realizar la aplicación del presente estudio se realizará las coordinaciones con los directores de las Instituciones Educativas para informarles con claridad acerca de la naturaleza, propósito y condiciones de la investigación.
-) Se informara a los padres de familia del objetivo de la investigación, asimismo a través de una carta de consentimiento informado se solicitara su permiso para proceder a la evaluación.
-) Los resultados obtenidos serán manejados por el evaluador y manteniéndose en el anonimato a los participantes, asimismo se destacara que los datos no serán utilizados en beneficio propio o de algunas entidades que puedan perjudicar la integridad psicológica o moral de los participantes de la investigación.
-) El estudio cumplirá con el principio de beneficencia, respetando la dignidad humana por lo que se le brindará información a los participantes para que con su consentimiento participen en la investigación, la que fue acredita a través del consentimiento informado, asimismo el principio de justicia y el derecho a

la intimidad ya que es una información netamente privada que no será compartida con otras personas sino maneja únicamente por el investigador.

) Se le brindará a las Instituciones Educativas los resultados obtenidos en la evaluación para su prevención e intervención con el fin de procurar el bienestar de los estudiantes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,identificado con DNI..... (padre, madre, apoderado) de la menor estudiante del grado, sección.....; autorizo la participación de mi hijo (a) en la evaluación psicológica, conociendo que la información aportada durante el proceso está sujeto a secreto profesional, por lo tanto no puede ser divulgada a tercera personas; asimismo dicha evaluación se realizará para fines de investigación, guardando en todo momento los datos personales del evaluado bajo confiabilidad.

Cajamarca, Marzo 2020

Firma

Capítulo 3. Resultados y Discusión

Respecto al nivel de ideación suicida, en la Figura 1 se observa que 93.60 % de las adolescentes presenta ideación suicida de riesgo en nivel medio, puede estarse generando por factores psicosociales estresantes que por momentos causan pensamientos de ideación suicida en las adolescentes, mientras que el otro 6.40% de las adolescentes evaluadas presenta un riesgo alto de ideación suicida es decir existen pensamientos recurrentes sobre esta idea de suicidarse.



Figura 1

Fuente de elaboración propia

En relación a la figura 2 la actitud que las adolescentes tienen hacia el factor de la vida y la muerte se evidencia que un 72% presenta un nivel bajo es decir no se deja influir por el simbolismo cultural que representa la idea de vida y de muerte en su entorno, mientras que un 22% de estas adolescentes se encuentran en un nivel medio y prestan atención de vez en cuando a las representaciones culturales de la vida y la muerte, pero no afectan su vida cotidiana, pero un 6% se encuentra en un nivel alto esto quiere decir que les afecta de forma recurrente el prestar atención al simbolismo cultural de la vida y la muerte mostrando mayor actitud hacia estos temas.



Figura 2

Fuente de elaboración propia

En la figura 3 que representa los porcentajes obtenidos en cuanto al factor que indica los pensamientos y deseos de suicidarse, podemos observar que el 22 % de las adolescentes presentan pensamientos y deseos de suicidarse en nivel bajo, pero un 49% presenta un nivel medio es decir de vez en cuando existe la presencia de los pensamientos suicidas que pueden ser un síntoma de depresión o una señal de que las adolescentes por momentos no pueden enfrentarse a una serie de acontecimientos personales que les parecen insoportables y un 29% presenta un alto nivel de pensamientos y deseos de suicidarse, esto quiere decir que están presentes en su vida cotidiana y afectan su desenvolvimiento.

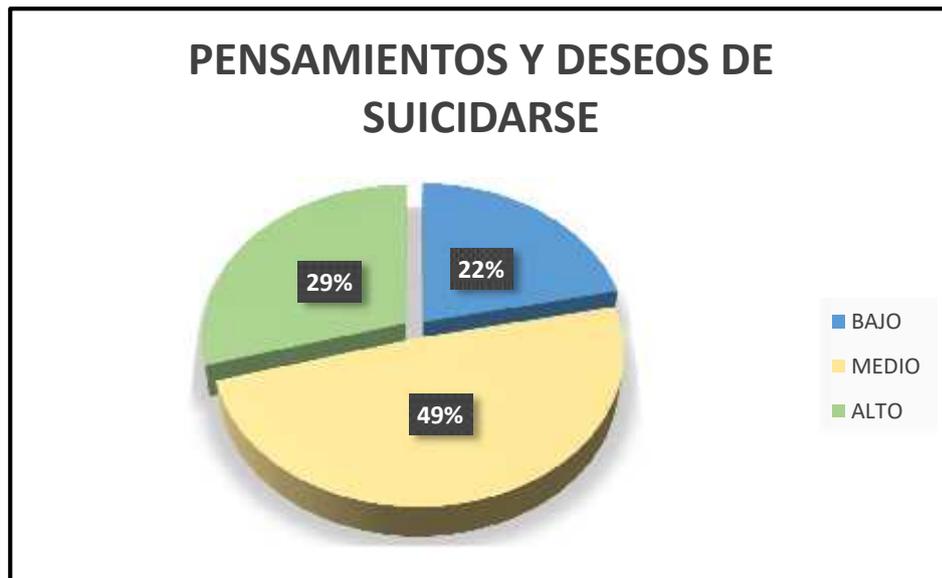


Figura 3

Fuente de elaboración propia

En cuanto a la figura 4 correspondiente al factor intento suicida se puede decir que el 82% de las adolescentes tienen un nivel bajo de disposición y elaboración de un plan o estrategia para acabar con su vida, pero un 6% correspondiente al nivel medio en algunas ocasiones han deseado elaborar debido a las múltiples situaciones que percibe como estresores y por ultimo un 12% se ubica en un nivel alto indicando que tienen un plan y estrategia elaborada.

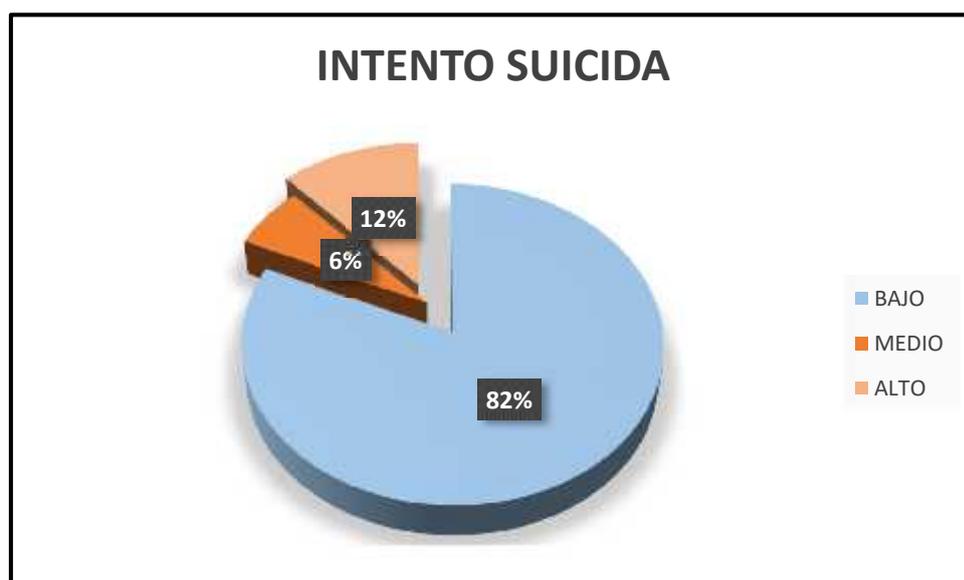


Figura 4

Fuente de elaboración propia

Con respecto a la figura 5 correspondiente al factor de desesperanza se puede decir que el 13% de las adolescentes presentan un nivel bajo de desesperanza como actitudes negativas con respecto al futuro siendo uno de los elementos cognitivos asociados a la conducta suicida, mientras que el 82% correspondiente al nivel medio manifiestan en ciertas ocasiones conductas asociadas a la depresión, por último el 5% muestran un nivel alto indicando que existen factores estresantes en su entorno que las desmotivan generando desesperanza que puede llevarlas a tener ideación suicida.

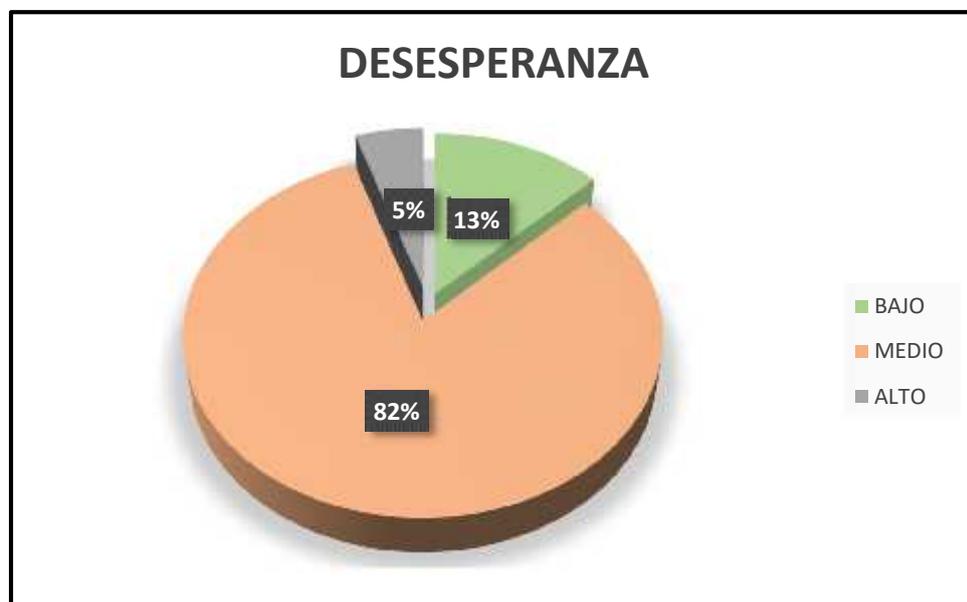


Figura 5

Fuente de elaboración propia

Discusión de Resultados

Los resultados obtenidos a través del presente estudio realizado a una muestra del sexo femenino han permitido evidenciar la presencia de algunas características que generan ideación suicida en los adolescentes a través de diferentes contextos sociales; por esta razón es importante realizar una evaluación periódica sobre la ideación suicida en los adolescentes dado que es una problemática que afecta la Salud Mental y se ve reflejado en un bajo nivel académico y poca interacción social o el hecho de realizar conductas de riesgo, también entablar relaciones sociales con adolescentes que viven

sus mismo problemas y esto los pone en un riesgo evidente dado que las ideas de suicidarse se presentan en momentos que los adolescentes perciben ciertas situaciones como estresantes, ante los cuales se sienten desprovistos de capacidades de afrontamiento siendo una medida de escape el pensar y hasta ejecutar el intento suicida. A continuación, se presentaron los hallazgos obtenidos en nuestra investigación con respaldo teórico y la consecución de los objetivos planteados.

En relación al objetivo general Determinar la prevalencia de ideación suicida en adolescentes de una Instituciones Educativas en Cajamarca se puede señalar que existe prevalencia de ideación suicida en un nivel alto 6.40% lo que indica que estos pensamientos son recurrentes en las adolescentes e interfieren en su vida diaria y en un nivel medio 93.60% lo cual evidencia que las adolescentes han pensado en suicidarse alguna vez en su vida.

En cuanto al primer objetivo que indica determinar la prevalencia hacia la vida y la muerte de las adolescentes de una institución Educativa se halló que un 72% presenta un nivel bajo es decir no se deja influir por el simbolismo cultural que representa la idea de vida y de muerte en su entorno, mientras que un 22% de estas adolescentes se encuentran en un nivel medio es decir prestan atención de vez en cuando a las representaciones culturales de la vida y la muerte, pero no afectan su vida cotidiana, pero a un 6% en un nivel alto de las adolescentes les afecta de forma recurrente el prestar atención al simbolismo cultural de la vida y la muerte mostrando mayor interés hacia estos temas, y según lo planteado por Vásquez y Leal en el año 2012 quienes señalan que existe un porcentaje de adolescentes que perciben a la muerte como algo necesario o deseable y aunque en nuestro estudio es solo un 6%, es importante trabajar a nivel preventivo brindando herramientas de afrontamiento a las adolescentes para evitar que este porcentaje aumente.

En relación al segundo objetivo planteado Conocer la prevalencia de pensamientos y deseos de suicidarse en adolescentes de una institución Educativa se evidencia que un 22 % de las adolescentes poseen un nivel bajo de pensamientos suicidas, pero un 49% presenta un nivel medio es decir de vez en cuando existe la presencia de los pensamientos suicidas que pueden ser un síntoma de depresión o una señal de que las adolescentes por momentos no pueden enfrentarse a una serie de acontecimientos personales que le parecen, en su momento, insoportables y un 29% presenta un alto nivel de pensamientos y deseos de suicidarse, esto quiere decir que están presentes en su vida cotidiana y afectan el desenvolvimiento en su vida diaria, lo cual evidencia que existe prevalencia de un 29% y 49 % en relación a este factor y coincide con lo señalado en la investigación de Bazán 2007 cuando realizó su estudio en adolescentes de una Institución Educativa de Lima Metropolitana donde encontró que los estudiantes que tenían un nivel medio y alto en relación a este factor era porque en un 55% de ellos existía sintomatología depresiva.

Con respecto al tercer objetivo Determinar la prevalencia de intento suicida en adolescentes de una Institución Educativa en Cajamarca podemos decir que los hallazgos determinan que el 82% de las adolescentes tienen un nivel bajo de disposición y elaboración de un plan o estrategia para acabar con su vida, pero un 6% se ubica en un nivel medio lo que indica que en algunas ocasiones lo ha deseado elaborar debido a las múltiples situaciones que percibe como estresores y por ultimo un 12% correspondiente a un nivel alto ya tiene el plan y la estrategia elaborada, este último porcentaje coincide con el resultado obtenido por Ventura en el año 2010 cuando realizó una investigación en una Institución Educativa de Santiago de Chile donde no solo determino que existía prevalencia de un 12% de intento suicida sino que señalo que no siempre aquellos que piensan en suicidarse tienen un plan para

hacerlo, muchas veces esta idea puede estar como un pensamiento recurrente por muchos años sin necesidad de ser ejecutado sobre todo en las mujeres y esto es respaldado por los estudios realizados en Texas por Beck quien encontró que las mujeres suelen pensar en suicidarse pero que no realizan el intento.

Por último en lo que respecta al cuarto objetivo planteado en este estudio podemos decir que se busca Identificar la prevalencia de desesperanza en adolescentes de una Institución Educativa en Cajamarca ante lo cual los resultados fueron los siguientes que el 13% de las adolescentes presentan niveles bajos de desesperanza como actitudes negativas con respecto al futuro y como uno de los elementos cognitivos que se encuentra asociado con la conducta suicida, mientras que el 82% de las adolescentes presentan un nivel medio y está asociada a la depresión, por último el 5% de las adolescentes se encuentran en un nivel alto donde evidencian que existen factores estresantes en su entorno que las desmotivan, generando desesperanza que puede llevarlas a tener ideación suicida, estos resultados coinciden con las investigaciones de Bazán en el 2007 quien al investigar la ideación suicida en una Institución Educativa de Lima Metropolitana encontró que la mayor parte de adolescentes se encontraban en un nivel medio en relación al factor desesperanza y que tenían 1.2% de probabilidades de que esta desesperanza este asociada a una depresión, por eso aunque el porcentaje se encuentre en un nivel medio debe trabajarse a nivel preventivo para evitar que pase a un nivel alto debido a que la desesperanza puede llevar a la ideación suicida y al acto suicida según las investigaciones internacionales y nacionales que respaldan este estudio

En cuanto a la hipótesis planteada Existe prevalencia de ideación suicida al 20% en adolescentes de una Institución Educativa de Cajamarca, esta hipótesis es desvirtuada pues se observa que 93.60 % de las adolescentes presenta ideación suicida de riesgo

en nivel medio, puede estarse generando por factores psicosociales estresantes que por momentos causan pensamientos de ideación suicida en las adolescentes, mientras que un 6.40% de las adolescentes evaluadas presenta un riesgo alto de ideación suicida es decir existen pensamientos recurrentes sobre esta idea de suicidarse, es importante señalar que aunque el porcentaje mayor se encuentra en nivel medio se debe trabajar estrategias de prevención para evitar que este nivel avance y aumente; y con el porcentaje 6.40% se debe realizar intervenciones terapéuticas para erradicar estos pensamientos disfuncionales.

A pesar que la hipótesis es desvirtuada podemos señalar que existe prevalencia de ideación suicida en nivel medio 93.60% y nivel bajo 6.40%, este estudio y sus resultados nos permite conocer la realidad de las adolescentes evaluadas para realizar programas y estrategias preventivas para poder evitar que esto se convierta en un problema que afecte la Salud Mental de las adolescentes de la Institución que se designó para realizar el estudio, basándonos en los antecedentes es importante evaluar de forma periódica a las adolescentes ya que es posible que los resultados obtenidos puedan variar con el paso del tiempo y dependiendo del tipo de prevención que se realice, además tengamos en cuenta que la pandemia por el virus COVID-19 que estamos viviendo afecte los resultados que actualmente hemos obtenido.

Capítulo 4. Conclusiones y Recomendaciones

- J En cuanto a la hipótesis planteada existe prevalencia de ideación suicida al 20% en adolescentes de una Institución Educativa de Cajamarca, esta hipótesis es desvirtuada pues se observa que 93.60 % de las adolescentes presenta ideación suicida de riesgo en nivel medio, puede estarse generando por factores psicosociales estresantes que por momentos causan pensamientos de ideación suicida en las adolescentes, mientras que el otro 6.40% de las adolescentes evaluadas presenta un riesgo alto de ideación suicida es decir existen pensamientos recurrentes sobre esta idea de suicidarse.
- J En relación a los objetivos planteados se puede evidenciar que en cada uno de ellos se encontró prevalencia de ideación suicida en nivel medio de un 93.60% y un nivel alto 6.40%. En relación a la actitud de la vida y la muerte se encontró un nivel bajo de 72%, un nivel medio de 22% y un nivel alto de 6%.
- J En cuanto a los pensamientos y deseos de suicidarse un 22% de las adolescentes está en nivel bajo, mientras que el 49% se ubica en un nivel medio y por ultimo un 29% está en un nivel alto.
- J En lo que respecta al intento suicida se evidencia que un 82% de las adolescentes evaluadas se encuentran en un nivel bajo y un 6% se ubica en un nivel medio y por ultimo un 12% se encuentra en nivel alto.
- J Al analizar el factor desesperanza se encontró que el 13% de las adolescentes evaluadas se encuentran en un nivel bajo mientras que el 82% está en un nivel medio y solo un 5% está en nivel alto en cuanto a este factor.

Recomendaciones

-) Realizar talleres preventivos sobre conductas de riesgo e incluir dentro de los temas los pensamientos disfuncionales que puedan generar ideación suicida, brindar pautas para identificarlos y ayudar a las adolescentes a crear estrategias de afrontamiento funcionales, para poder darle firmeza. Se debe trabajar conjuntamente con los padres de familia para poder crear un ambiente familiar donde se enseñe a combatir el estrés que provocan algunas situaciones familiares.
-) Realizar talleres con los padres de familia donde se les de pautas de cómo enseñar a sus hijos a enfrentar los problemas donde sean los padres los que realicen técnicas de modelado para ayudar a sus hijas en el aprendizaje de estas pautas, siendo una de las primeras el manejo de críticas constructivas, aprender a tolerar la frustración viendo los problemas como parte del aprendizaje y no como señal de fracaso.
-) Trabajar sobre la confianza de las adolescentes ayudándolas a identificar sus propias habilidades y permitirles actividades que les den la oportunidad de mostrarlas y afianzarlas.
-) En relación a las adolescentes que evidencian ideación suicida, brindar a estas y sus padres consejería para luego derivarlas con un terapeuta especialista en el tema.

APÉNDICES

Apéndice 1

Cronograma de Ejecución del Proyecto

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	MESES						
	ABRIL	MAYO	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
Propuestas de temas para elaboración de proyecto	X						
Formulación de problema y marco teórico	X	X					
Formulación de Metodología de Investigación			X				
Aprobación del proyecto de tesis				X			
Exposición del proyecto de tesis y levantamiento de observaciones				X	X		
Aplicación de pruebas						X	
Análisis de resultados						X	
Elaboración de informe preliminar y final							X
Presentación del informe							X
Exposición del informe							X
Levantamiento de observación y presentación final							X

Apéndice 2

Presupuesto y Financiamiento del Proyecto

N°	Recursos	Cantidad	Importe
01	Papel bond 80gr.	04 Millar	S/. 80.00
02	Fotocopias	150	S/. 75.00
03	Tinta para impresora	2 unidades	S/. 60.00
04	Compra de instrumento de evaluación	01	S/. 30.00
05	USB	2 unidades	S/. 60.00
06	Impresión a color	05 ejemplares	S/. 225.00
07	Empastado	05 ejemplares	S/. 200.00
08	Lapiceros	1 caja	S/. 25.00
09	Engrampador	1 unid.	S/. 10.00
10	Perforador	1 unid.	S/. 10.00
11	Movilidad	2 personas	S/. 100.00
12	Refrigerio	2 personas	S/. 150.00
TOTAL			S/. 1025.00

Referencias

- Alanocca Quispe, Y. (2018). Relación entre ideación suicida y cohesión, adaptación familiar en estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria de la I.E.S.P Perú Birf de la ciudad de Juliaca – 2018. 37-38.
- Bazán López, J. (2007). Prevalencia y Factores Asociados a la Ideación Suicida en Lima Metropolitana . *Nuero-Psiquiatría* , 4-6.
- Bolmida, M. (2018). La Autoestima en Niños y Adolescentes. *Revista Electronica de la Universidad Católica de Valencia* , 12-18.
- Bondy, B., Buettner, A., & Zill, P. (2006). Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*, 336-351.
- Cano, P., Gutierrez, C., & Nizama, M. (2009). Tendencia a la Violencia e Ideación Suicida en Adolescentes Escolares en la Ciudad de la Amazonía Peruana. 175.
- Cardenas, R. (2016). Ideación Suicida, Afrontamiento y Satisfacción Familiar en Adolescentes de Intituciones Educativas. 21-32.
- Coa, Y., & Curo, A. (2016). Ideación suicida en internos setenciados por violación a la libertad sexual. *Universidad Peruana de la Unión*, 13- 16.
- Codero, & Tapia. (2009). Estudio de riesgo de suicidio en estudiantes de las escuelas de medicina y psicología de la Universidad del Azuay: identificación de los riesgos asociados. 135-137.
- Colimón, N., Téllez, J., & Cisneros, C. (2006). Neurobiología del suicidio. 42-61.
- Condemayta, C. (2012). La Comparación de las características epidemiológicas de adolescentes tempranos y tardios hospitalizados por intento de suicidio en el año 2012 hospital honorio delgado. 15-17.
- Flores, N., Perales, Y., & Gomez, W. (2014). Depresión e ideación Suicida en los Adolescentes de una Institución Educativa Pública del Distrito de Chongos Bajo. 265-274.
- Garcia, N. (2006). Ideación e Intento Suicida en Estudiantes Adolescentes y su relación con el consumo de drogas. 40-45.
- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. 607-615.
- Gonzáles, S., Dilas, A., Ortíz, L., Gonzáles, C., & Gonzáles, J. (2010). Características psicometricas de la escala de ideación suicida de Beck. *Salud Mental*, 104-107.
- Judith, V. (2016). *Ideación suicida en adolescentes*.

- Lavado. (2012). Ideación suicida en internos sentenciados por Violación de la La libertad sexual y sentenciados por homicidio del establecimiento penitenciario Juliaca, 2015. 14-16.
- Leal, R., & Vásquez, L. (2012). Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos. 25-30.
- Leal, R., & Vásquez, L. (2012). *Ideación Suicida en Adolescentes Cajamarquinos*.
- Leal, R., & Vásquez, L. (2012). *Ideación suicida en sdolescentes cajamarquinos*. Cajamarca.
- MINSA. (2007). Ministerio de Salud. 16.
- Mosquera, A. (2003). Ideación suicida en internos sentenciados por violación de la libertad sexual y sentenciados por homicidio del Establecimiento Penitenciario Juliaca, 2015. 15-17.
- OMS. (2018). Prevención del Suicidio Organización Mundial de la Salud. 15.
- Rodriguez, P. F., Rivera, J., Revuelta, R. G., & Montes de Oca, H. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, 1-6.
- Sánchez, J. C., & Villareal, M. E. (2003). *Ideacion suicida en sdolescentes: un análisis psicocosocial*.
- Tena, K. M. (2012). Medidas preventivas de los familiares ante el reintento de suicidio, servicio de hospitalización sector varones del hospital hermilio valdizan-2012. 60-62.
- Velásquez, F. S. (2016). Patología psiquiátrica en relación al intento de suicidio en adolescentes atendidos en el hospital regional honorio delgado espinoiza de Arequipa entre los años 2010 y 2015. 16-18.
- Ventura Junca, R. (2010). Prevalencia de Ideación e Intento Suicida en Adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile . 310-311.
- Villalobos, F. H. (2009). Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. *Editorial de la Universiad de Granada*, 17-34.