

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”
HUÁNUCO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS

**“RIESGO SUICIDA EN LOS ALUMNOS DE SECUNDARIA DE UNA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA DEL DISTRITO DE PILLCO
MARCA - HUÁNUCO 2017”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA

TESISTAS:

BACH. RUTH MARIA SALCEDO PABLO
BACH. BITMER WILYAM PEÑA VILLANUEVA

ASESORA:

MG. YÉSSICA MARÍA RIVERA MANSILLA

HUÁNUCO- PERÚ

2019

DEDICATORIA

Deseamos dedicar esta Tesis a nuestros padres, porque ellos fueron los principales motores e impulsores para cumplir con nuestros objetivos en nuestras vidas.

Bitner y Ruth

AGRADECIMIENTO

- Agradecemos a la Mg. Yéssica Rivera Mansilla por su tiempo, su paciencia, sus consejos y por inspirarnos a ser buenos profesionales.
- A los participantes, alumnos de la Institución Educativa “Juan Velasco Alvarado”
- A nuestros amigos con quienes compartimos toda nuestra vida universitaria

RESUMEN

La presente investigación es de tipo cuantitativo donde se identificó el riesgo suicida en los alumnos de secundaria de una institución educativa pública del distrito de Pillco Marca – Huánuco 2017. Se utilizó un diseño de tipo descriptivo simple; la población estuvo conformada por 439 alumnos, y la aplicación del instrumento para la recolección de datos fue de tipo censal. El instrumento utilizado para la obtención de los datos fue Escala del Riesgo Suicida de Plutchick, adaptada. Los resultados encontrados fueron: existe una mayor prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 2do año de educación secundaria con un porcentaje de 37%, seguido por el 1er grado con un porcentaje de 35%, 4to grado con un porcentaje de 34%, 5to grado con un porcentaje de 33% y el 3er grado con un 32%. A su vez se encontró que existe una mayor prevalencia de riesgo suicida en el sexo femenino con un 43%, a diferencia de los varones con un 23%.

Palabras claves: Riesgo suicida, adolescentes huanuqueños.

INTRODUCCIÓN

Los intentos de suicidio en adolescentes se han convertido en un problema grave de salud pública a nivel mundial, nacional y local ya que se encuentra entre las tres primeras causas de morbi-mortalidad en este grupo etario. El Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) en el año 2015, calcula que en el Perú se presentan entre 1 y 3 suicidios por día.

La adolescencia es una etapa de la vida con muchas potencialidades para desarrollar una existencia creativa por la que atravesamos todos los seres humanos; sin embargo, en esta etapa se presenta en los jóvenes cambios difíciles que les produce ansiedad y depresión hasta llegar en muchas ocasiones a una tentativa de suicidio.

El suicidio en adolescentes es un tema que suele callarse y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en el que vivimos, sin embargo, es importante conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y como puede prevenirse. Es por este motivo que nos inclinamos por este tema de investigación.

Esta investigación se desarrolla en cinco capítulos: El capítulo I trata sobre el planteamiento del problema, en el que se detalla la problemática de los intentos de suicidio en adolescentes.

En el capítulo II se detalla el marco teórico en el que intervienen gran variedad de temas y subtemas relacionados con el suicidio en los adolescentes entre los cuales se destacan los antecedentes a nivel internacional, nacional y local; también se habla sobre el suicidio, teorías sobre el suicidio y factores. En este capítulo además se incluye las variables.

En el capítulo III se desarrolla el marco metodológico entre ellas el nivel, tipo y método de investigación, diseño, ámbito de la investigación, población, muestra e instrumento de estudio.

En el capítulo IV encontramos los resultados de la Investigación, según grado y sección, sexo.

En el capítulo V encontramos las conclusiones y recomendaciones.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
INTRODUCCION	vii
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 Fundamentación del Problema	11
1.2 Formulación del Problema	13
1.3 Objetivos: Generales y Específicos.	13
1.4 Justificación e Importancia	14
1.5 Limitaciones	14
CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL	
2.1 Antecedentes	16
2.2 Fundamentación Teórica	20
2.3 Definiciones Conceptuales	43
2.4 Sistema de Variables - Dimensiones e Indicadores	45
2.5 Definición Operacional de Variables	45

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel, Tipo y Método de Investigación	46
3.2 Diseño de Investigación	47
3.3 Ámbito de la Investigación	47
3.4 Población y Muestra	50
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	50
3.6 Procedimiento de la recolección de la Información	53
3.7 Técnica de Procesamiento de Datos	53

CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Presentación de resultados	55
4.2. Análisis e interpretación de resultados	59
4.3. Discusión de los resultados	64

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	66
5.2 Sugerencias y Recomendaciones	67

BIBLIOGRAFÍA	70
---------------------	----

ANEXOS	79
---------------	----

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Fundamentación del problema

El suicidio es definido como un acto consciente de auto-aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución (Schneidman, E.1996).

Tanto es así que nos encontramos en una sociedad que se le da cada vez más importancia a las cosas exteriores, al materialismo, a la superficialidad, y con razón nuestros niños y adolescentes crecen en un medio en el cual, la vida es algo despreciable, porque a todo lo ven como un camino lleno de sufrimientos.

Actualmente, el suicidio es un problema social que cobra un número importante de vidas cada año, a tal punto que hoy en día es considerado un problema de salud pública; ya que es la segunda causa de muerte en la población de 15 a 24 años. Cerca de 800 000 personas se quitan la vida cada año y muchas más quedan en intentos fallidos. Cada suicidio o intento de suicidio, es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países, los cuales tienen efectos duraderos, no solo para el suicida sino también para los allegados. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en el 2015 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. (DIRESA 2018).

El suicidio no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, en 2015, más del 78% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Es alarmante ver que, en la adolescencia, el suicidio ocupa un lugar entre las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países y sólo le supera otro tipo de muerte violenta: los accidentes en vehículos de motor y lo más grave es la tendencia a incrementarse. (OMS, 2017)

El Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) en el año 2015, calcula que en el Perú se presentan entre 1 y 3 suicidios por día, pero un 8.9% de peruanos en algún momento de su vida ha tenido deseos de quitarse la vida. En el 95% de los casos esta problemática se relaciona con un trastorno mental que nunca ha recibido atención médica.

El psiquiatra Abel Sagástegui Soto, (2015) director del Instituto Nacional de Salud Mental – INSM, que trabaja con adultos mayores, detalló que el 70% de casos corresponde a depresión, el 15% a esquizofrenia y el 10% a trastornos de personalidad o adicciones. "Del total de personas con depresión solo un 20% intenta un suicidio y más o menos uno de cada 10 intentos termina en la muerte. Asimismo, dos tercios de los adultos y adultos mayores tienen la idea de no continuar viviendo, pero no intentan suicidarse", indicó. Fajardo, C (2015).

Ríos, J. (2014) define al riesgo suicida como la probabilidad que tiene un individuo de cometer un acto suicida a futuro, siendo un acto suicida cualquier acción intencionada con posibles consecuencias físicas en la que se pone en riesgo la vida.

De lo anterior, podemos afirmar que existen muchas posibilidades de que los adolescentes que intentaron suicidarse a la larga, pueden llegar a consumarlo.

Por ello, esta investigación buscó identificar a los adolescentes que estén en riesgo suicida en la I.E. Juan Velasco Alvarado, Pillco Marca – Huánuco, con la finalidad de que las autoridades de dicho distrito puedan proporcionarles a los adolescentes información, que aborde el comportamiento suicida y se puedan incrementar programas

de prevención. De esta manera se contribuirá a tener mejores condiciones para ayudarse a ellos mismos y a su grupo de compañeros y amigos que se encuentren en una situación de crisis suicida. De la misma manera, involucrar a los padres, familiares y maestros, para que estén capacitados y puedan detectar tempranamente a aquellas personas proclives a la realización de un acto suicida y evitar que ocurra.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En tal sentido, hemos planteado el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 1° a 5° año de educación secundaria de la IE “Juan Velasco Alvarado” Pillco Marca -Huánuco 2017?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del nivel secundario, según sexo de la I.E “Juan Velasco Alvarado” Pillco Marca - Huánuco 2017.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Identificar la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del nivel secundario, según grado de estudios de la I.E “Juan Velasco Alvarado” Pillco Marca -Huánuco 2017.
- B. Identificar la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 1° año de educación secundario, por secciones de la I.E “Juan Velasco Alvarado” Pillco Marca - Huánuco 2017.
- C. Identificar la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 2° año de educación secundario, por secciones de la I.E “Juan Velasco Alvarado” Pillco Marca - Huánuco 2017.

- D. Identificar la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 3° año de educación secundario, por secciones de la I.E “Juan Velasco Alvarado” Pillco Marca - Huánuco 2017.
- E. Identificar la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 4° año de educación secundario, por secciones de la I.E “Juan Velasco Alvarado” Pillco Marca - Huánuco 2017.
- F. Identificar la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 5° año de educación secundario, por secciones de la I.E “Juan Velasco Alvarado” Pillco Marca - Huánuco 2017.

1.4 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

El riesgo suicida, sobre todo en adolescentes, es una problemática que va en aumento, ya que la adolescencia es un periodo de desarrollo relevante de cambios físicos, psicológicos y cognoscitivos; es por esto que se observa en los antecedentes, adolescentes en riesgo suicida. De no intervenir a tiempo podría traer consecuencias irremediables en dicha población estudiantil.

En respuesta a esta problemática del riesgo suicida, hemos visto necesario investigar sobre este tema, que nos permitieron realizar un diagnóstico temprano, e informar a los profesionales para que puedan implementar actividades de prevención de dicho problema.

Es decir, nuestra investigación tiene importancia aplicada, pues contribuye al ejercicio pertinente de la profesión del psicólogo como tal.

1.5 LIMITACIONES

- La biblioteca de la universidad, no se encuentra actualizada, por tanto, no se logró recaudar información básica, sustancial sobre nuestro tema de

investigación, por lo que se tuvo que recurrir a recaudar información de otros medios.

- La I.E “Juan Velasco Alvarado”, no cuenta con un interno de la Facultad de Psicología para que pueda facilitar las coordinaciones con la finalidad de poder realizar la evaluación del estudio correspondiente.
- La inasistencia de algunos alumnos el día en que se aplicó la prueba.
- No todos los alumnos plasmaron su edad en la prueba.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES

A) NIVEL INTERNACIONAL

En Estados Unidos casi 30.000 personas al año deciden terminar con sus vidas (Kochanck, S. y Anderson, 2004 citado por Halgin R, 2009).

Se estima que uno de cada cinco adolescentes norteamericanos considera seriamente el suicidio como una opción para salir de cualquier problema; entre un 5 y un 8% de adolescentes realiza un intento suicida, representando aproximadamente un millón de adolescentes, de quienes casi 700.000 recibe atención médica por este hecho; y que aproximadamente 1600 adolescentes mueren por suicidio consumado.

Considerando estas cifras, el suicidio fue la tercera causa de muerte en los grupos etarios de 10-14 y 15-19 años en los Estados Unidos durante el año 2000 (Gould y Shaffer, 2001 citado por Rivadeneyro, A, Solis, C y Visag, J, 2011).

El comportamiento por ciudades de la conducta suicida en el país de Colombia, muestra diferencias significativas durante el año 2008. Las ciudades que registran más intentos de suicidio son: Ciudad Bolívar, Kennedy, Usma y Suba. Estas localidades por lo general, presentan otros tipos de problemática. En relación con el número de casos que se reportan de intento de suicidio, según género, se puede observar que el evento es un problema que se registra más en mujeres que en hombres. Durante el año 2008, el 64.6% de los casos fue de mujeres y el 36% de hombres, a diferencia de los suicidios consumados

que reportan más en hombres que en mujeres. Durante los últimos cinco años se presentaron 1841 casos, clasificados como suicidio en Colombia, de los cuales 264, es decir, el 14% se registran en la capital del país. Para la administración distrital, el número de casos se reduce.

Al analizar el intento de suicidio, el suicidio consumado también afecta de manera prioritaria a los hombres más que a las mujeres, de tal manera que el 80% de los casos, compromete a este sexo. El 56% de las víctimas corresponde a población entre los 15 y 39 años. Barboza, L. (2011)

Por otro lado, el diario U Chile, del país de Chile (2013), describe que éste es el país que ostenta uno de los mayores aumentos en la tasa de suicidios en el mundo, sólo superado por Corea del Sur. La cifra es especialmente alarmante en jóvenes. De acuerdo al estudio titulado “Epidemiología del Suicidio en la Adolescencia y Juventud” del Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica de Chile, basado en los antecedentes desde 1983 a 2003, la tasa más alta de suicidio en jóvenes corresponde a varones de 20 a 24 años.

También las cifras crecen en los adolescentes. Según cifras del Ministerio de Salud de Chile, si en el año 2000 se suicidaban cuatro de cada 100 mil personas entre 10 y 19 años, esa cifra en 2010 se elevó a ocho y se estima que para 2020 se llegará a 12 suicidios por cada 100 mil jóvenes, lo que representa un incremento del 200 por ciento.

El diario Popular (2012), manifiesta que en el año 2010 en Argentina se registraron 3024 casos de personas que se quitaron la vida, de las cuales 913 tuvieron como víctimas a chicos y jóvenes de 5 a 24 años.

Acerca de la problemática en niños y jóvenes, el informe oficial afirma que se registraron en ese año un total de 54 suicidios entre chicos de 5 a 14 años; y

859 entre adolescentes de 15 a 24 años. Se trata de 913 episodios, a razón de 18 por semana.

B) NIVEL NACIONAL

El ministerio de Salud (MINSA), reportó un total de 228 suicidios consumados para el año 2002, de los cuales el 63% eran varones. Por otro lado, el estudio epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, informó que el pensamiento suicida tiene una prevalencia de 27,8%, con predominio del sexo femenino. (Guerra, Paz y Saavedra, 2003).

En el estudio epidemiológico de Salud Mental de la sierra peruana realizado por el IESM “H.D-HN” (2003), se encontró que la prevalencia anual de deseos de morir está en 34.2% y la prevalencia de vida del intento suicida es del 2.9%.

Por su parte Mosquera (2003), estudio el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Hermilio Valdizán-Lima, a lo largo de un año. Para ello se entrevistó a una muestra de 67 pacientes entre varones y mujeres. Entre los principales resultados hallados encontró que el 68.6% de los pacientes provenían de hogares separados, 67% declaró su intención de morir al momento de realizar el intento suicida, 46.27% de los pacientes tuvo como motivación principal conflictos de pareja referidos a discusiones, desengaños amorosos, maltratos físico o psicológico y separaciones.

Durand D, Mazzotti G, Vivar A. (2009), en un estudio transversal, descriptivo y analítico, realizado sobre las características sociodemográficas, motivaciones, antecedentes, prevalencia de episodio depresivo y el intento de

suicidio, en el servicio de emergencia del Hospital general Arzobispo Loayza (HAL), en 62 pacientes que acudieron con historia de intento de suicidio, a quienes se aplicó dos encuestas: la primera que consta de tres partes (filiación, episodio actual y antecedentes) y la segunda fue la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I (SCID-I) (DSM IV), encontrando que el 58.1% de los que tienen intento de suicidio, son de sexo femenino, joven, soltera, con grado de instrucción secundaria, desempleada, católica, de procedencia urbana, que llega somnolienta por la ingesta de raticidas o sobredosis de fármacos, motivada por un problema familiar o de pareja, y 41.9% tiene un episodio depresivo mayor, son de sexo femenino y tiene antecedente personal de enfermedad psiquiátrica.

El Ministerio de Salud (MINSa, 2009), en un estudio realizado para valorar la salud mental de la población de las ciudades de Iquitos y Nauta en la región Loreto, encontró que los intentos de suicidio se relacionan con los desórdenes mentales más frecuentes como son los rasgos depresivos con 22,9% y el consumo de bebidas alcohólicas con 97%, siendo los principales motivos del deseo de morir, los problemas con la familia (especialmente con los padres), baja autoestima, problemas de pareja y problemas económicos.

C. NIVEL REGIONAL

A nivel regional los intentos de suicidio constituyen uno de los fenómenos psicosociales más fuertes, es así que en el año 2010 hubo 532 casos de intento de suicidio y en el 2009 hubo 661 casos, según el informe anual de actividades de salud mental. Se hallaron 126 casos de intento de suicidio entre niños y adolescentes entre 10 a 19 años de edad en el año 2010 en la región Huánuco (DIRESA-Huánuco, 2009-2010).

En un estudio realizado en los colegios del distrito de Amarilis-Huánuco del total de evaluados 1280, un 25% que equivale a 316 alumnos, tiene riesgo suicida. Donde uno de cada cuatro adolescentes presenta riesgo en toda la población evaluada. (Lobón R, Noreña, D. y Espinoza, 2008).

Otro estudio de alumnos del tercer grado de secundaria de las I.E.E de la ciudad de Huánuco, muestra que el 33.4% (418), en promedio, se encuentran en riesgo suicida. Se halla que los porcentajes varían en las diferentes instituciones educativas, siendo el máximo porcentaje el de la I.E “Héroes de Jactay” (56%) y en la I.E “Nuestra Señora de las Mercedes” tiene 41.5% (153) de alumnos con riesgo. Camarena, C, Jaimes, J, y Natividad, C, (2010).

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1 EL SUICIDIO

La palabra suicidio etimológicamente deriva de los vocablos latinos “sui y cedere”; cedere significa “darse muerte” y sui, “sí mismo”. El suicidio se puede definir como un proceso que inicia con la ideación suicida, continua con el intento de quitarse la vida para llegar finalmente al suicidio consumado. Castelli (2002).

2.2.1.1 Teorías sobre el suicidio

- **Conductas Suicidas desde la Psiquiatría**

La psiquiatría considera, que las conductas suicidas, pueden acompañar a muchos trastornos emocionales como la depresión, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Así pues, más del 90% de todos los suicidios se relacionarían con trastornos emocionales u otras enfermedades psiquiátricas. Las conductas suicidas a

menudo ocurrirían como respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora, tales como el aislamiento social, la muerte de un ser querido, un trauma emocional, enfermedades físicas graves, el envejecimiento, el desempleo o los problemas económicos, los sentimientos de culpa, y la dependencia de las drogas o el alcohol.

En lo referente a las técnicas del “suicidio patológico”, Ey, H. (2008), transcribe los resultados de investigaciones realizadas: “por lo general el suicidio patológico, es llevado a cabo por medios triviales: sumersión, precipitación, ahorcamiento, gas, veneno, arma de fuego, etc. Barrionuevo, J. (2009).

- **Modelos Biológicos**

De acuerdo a este modelo los autores Vásquez, V y García, M. (2014) realizaron las siguientes clasificaciones:

Hipótesis Genéticas: Casi la mitad de los pacientes en cuyas familias han existido suicidios realizan un intento. Además de los mecanismos psicológicos que pueden explicar el fenómeno (la identificación con el paciente suicida, por ejemplo), se han postulado factores genéticos en el suicidio. El mecanismo hereditario de la conducta suicida podría incluir la transmisión de la enfermedad psiquiátrica de base o a la

existencia de una herencia del mismo comportamiento suicida. Los trabajos realizados, sobre todo los de gemelos, los hechos sobre la población Amish en Estados Unidos o los de adopción, no han logrado disipar la duda entre la herencia y la imitación para explicar los resultados.

- **Hipótesis Neurobioquímicas:** El principal neurotransmisor implicado en las conductas suicidas es la serotonina. Se ha constatado un déficit de esta sustancia mediante gran número de estudios: postmortem, medición del ácido 5 hidroxindolacético en el líquido céfalo raquídeo (5-HIAA en LCR), estudios plaquetarios y pruebas neuroendocrinas. La disminución de 5-HIAA en LCR se relaciona con la violencia del acto suicida y, para algunos autores, con un escaso control de impulsos, lo que concuerda con hallazgos similares en otros diagnósticos relacionados. Otra línea fecunda de investigación biológica en suicidio viene del estudio del eje hipotálamo-hipofisario suprarrenal.
- **Teoría Conductista:** Indica que la falta de refuerzos biopsicosociales positivos en la persona, puede generar rasgos depresivos que si no se tratan oportunamente desembocan en una depresión. El refuerzo frecuente de un acto dado genera un nivel de confianza, mantiene el

interés en lo que se hace, la persona se siente segura o con la certeza que tendrá éxito; pero cuando el refuerzo deja de aparecer, el comportamiento ya no es el mismo, entonces la persona sufre una pérdida de confianza, de certeza o de sentido de poder, sus sentimientos van desde la falta de interés, pasando por la decepción, el desánimo y sentido de impotencia, hasta llegar a la depresión profunda. La persona manifiesta una conducta con rasgos depresivos, cuando no se siente querido, apoyado, cuidado, los cuales son elementos protectores para el fortalecimiento emocional hacia un equilibrio en su desarrollo y confianza en sí mismo.

2.2.1.2 Clasificación del suicidio

a) Explicaciones socioculturales

Las primeras explicaciones del suicidio enfatizaron su relación con varios factores sociales. Se ha encontrado que los índices de suicidio varían con la ocupación, tamaño de la ciudad de residencia, posición socioeconómica, edad, género, situación matrimonial y raza. Índices más altos son asociados con ocupaciones de cargo alto y bajo (encontrarse con el medio), la vida urbana, hombres de mediana edad, personas solteras o divorciadas, y las clases socioeconómicas alta y baja. Hall. (1997).

En un trabajo pionero, la socióloga francesa, Durkeim, E. (1989) relacionó las diferencias en los índices de suicidio con el impacto de las fuerzas económicas sobre la persona (Propuso tres categorías de suicidio: egoísta, altruista y anímico.

- **El suicidio egoísta:** Resulta de una incapacidad para integrarse a la sociedad. El fracaso en el mantenimiento de vínculos simples con la comunidad priva a la persona de los sistemas de apoyo que son necesarios para el funcionamiento adaptativo. Sin dicho apoyo, es incapaz de funcionar de manera adaptativa, la persona se aísla y se enajena de las demás personas.
- **El suicidio altruista:** Es motivado por el deseo de la persona de favorecer objetivos de grupo o lograr algún bien mayor. Alguien puede renunciar a su vida por una causa más elevada (por ejemplo, en un sacrificio religioso o en la protesta política máxima). Las presiones de grupo pueden hacer a este acto algo muy aceptable y honroso.
- **El suicidio anímico:** Resulta cuando la relación de una persona con la sociedad esta desequilibrada de alguna manera dramática. Cuando los horizontes de una persona son ampliados o reducidos de pronto por condiciones inestables, el individuo puede no

ser capaz de manejar el cambio o afrontar la nueva posición y puede elegir el suicidio como una “Salida”. Los suicidios de personas que perdieron su riqueza personal durante la gran depresión o que se causaron la muerte después de ser liberados de los campos de concentración al terminar la segunda guerra mundial son casos de este tipo. Del mismo modo, una persona que de pronto y de forma inesperada adquiere una gran riqueza puede ser propensa al suicidio. Durkeim, (1989).

b) Enfoque Psicopatológico

Ringel, E. (1973) citado por Lobón y otros (2008) distingue tres tipos de suicidas en relación al proceso psicopatológico.

- **Suicidio impulsivo sin factores inhibidores:**
El sujeto es incapaz de soportar una frustración y de prever las consecuencias de una acción.
- **Suicidio neurótico:** Corresponde el sujeto con una larga historia de neurosis.
- **Suicidio por alteración psicopática:** En este caso el sujeto amenaza o intenta suicidarse como manera de coaccionar a quienes lo rodean.

c) Enfoque Psicológico

Deshaies, G. (1947) distingue cuatro de formas de suicidio infantil.

- **Suicidio emotivo impulsivo:** Responde a la normalidad de reacción psico-orgánica el estado infantil, por ser la emotividad infantil viva, fácil y espontáneamente incontrolable. Existe una acumulación de fenómenos emocionales y el sugestivo influjo de un recuerdo conmovedor a la que pueda reaccionar.
- **Suicidio imaginativo:** El niño imita una acción externa recreándola imaginativamente en su fuero interno, con sentido a veces totalmente extraño al sentido objetivo del acto suicida.
- **Suicidio pasional:** Va guiado por la pasión, los celos por un hermano, un compañero o un familiar cualquiera.
- **Suicidio simulado:** Es ejecutado por el niño como un proceso de asimilación ascendente o descendente de un sentido utilitario, en el mecanismo de su entorno social y familiar.

2.2.1.3 Factores del suicidio

- **Heredabilidad:** Desde hace tiempo se sabe que el suicidio está presente en algunas familias con mayor frecuencia que en otras, y que esta transmisión no es meramente explicable por la presencia de enfermedad psiquiátrica, ya que los familiares con enfermedad

mental no tienen mayor riesgo de suicidio que los que libres de enfermedad. Brent y Mann; (2005).

Un meta-análisis de 21 estudios familiares comprobó que los familiares de primer grado de sujetos suicidas tienen el triple de riesgo de realizar conductas suicidas, a pesar de no presentar patología psiquiátrica. Baldessarini y Hennen, (2004).

Otro estudio familiar describió que los familiares de primer grado de sujetos que se habían suicidado (195 esquizofrénicos y 315 bipolares), tenían una tasa de suicidio ocho veces superior a la de los controles. Tsuang, (1983).

Otra forma de estudiar la transmisión familiar del suicidio o de las conductas suicidas es mediante estudios de hermanos gemelos y de adopción. Entre los primeros, se ha demostrado una concordancia en las tasas de suicidio más altas en los gemelos homocigóticos que las encontradas en niños heterocigóticos (Roy, 1993), las cifras varían entre 6 y 7. Baldessarini y Hennen, (2004).

En cuanto a los estudios de sujetos adoptados, confirman la importancia de la dotación genética, ya que los familiares biológicos de los adoptados muertos por suicidio tienen una tasa de suicidio entre cuatro y seis veces mayor que los familiares biológicos de otros

sujetos adoptados. Asimismo, la tasa de intentos de suicidio es más elevada en los familiares biológicos de otros sujetos adoptados suicidados. Brent y Mann, (2005).

La presencia de antecedentes familiares de conducta suicida en la familia biológica se asocia con la conducta suicida en el sujeto incluso tras ajustar la presencia de enfermedad mental, lo que indica que la transmisión es independiente de la enfermedad psiquiátrica. Brent y Mann, (2005).

La importancia de la genética en el suicidio y los intentos de suicidio es muy importante, distintos autores estiman que el 43% de la conducta suicida se explica por la carga genética, el 57% restante estaría influenciado por factores ambientales. Roy, (1993).

En conjunto, parece que los factores genéticos juegan un papel importante en la vulnerabilidad o predisposición hacia la conducta suicida. De modo que la herencia de la conducta suicida parece estar determinada por, al menos, dos componentes: uno, la propia transmisión de las enfermedades mentales, y otro, la dotación genética relacionada con la agresividad, impulsividad y otros factores de personalidad. Brent y Mann, (2005).

Según numerosos estudios, parece que la asociación familiar es mayor según la severidad de la conducta suicida, así es menor en ideación suicida, mayor en intentos de suicidio y mucho mayor en suicidio consumado. Baldessarini y Hennen, (2004); Wender, (1986).

- **Sexo:** Existen diferencias según el sexo en la etiología, el nivel de riesgo, la naturaleza de la conducta suicida, así como en su prevención y tratamiento. Hawton, (2005).

En la mayoría de los países, a excepción de China y algún otro país asiático, las tasas de suicidio son mayores en hombres que en mujeres. Zhang, (2010).

En contraste, por lo general, la tasa de intentos de suicidio suele ser mayor en mujeres que en hombres, García, E (2002).

La prevalencia de enfermedad mental en hombres y mujeres en suicidios consumados e intentos de suicidio es alta. Los estudios realizados mediante autopsia psicológica demuestran que los trastornos afectivos predominan en los suicidios en ambos sexos, con comorbilidad de trastornos de personalidad y trastornos de la edad infantil, mientras que las mujeres presentaban una mayor prevalencia de trastornos afectivos, incluyendo la depresión. Lapierre, (2004). En cuanto a

los intentos de suicidio, además de factores comunes como la enfermedad mental, hay factores como nivel económico bajo o fumar que se asocian más a los intentos en varones, mientras que en el caso de las mujeres se asocian a factores como un peor concepto de salud percibida o un peor nivel educacional. Zhang, (2005).

- **Edad:** El suicidio está entre las primeras causas de muerte entre los jóvenes y adolescentes. INEI, (2010), con cifras de años potenciales de vida perdidos muy elevadas. Doessel, D. Williams, R. y Whiteford, H. (2009).
- **Adolescentes y adultos jóvenes:** Entre los factores de riesgo más importantes en estas edades de la vida, también está la enfermedad mental. Tanto en suicidio consumado como en intento de suicidio, la comorbilidad psiquiátrica más frecuente son los trastornos afectivos, seguidos por el consumo de sustancias y trastornos de la conducta. Beautrais, (2000). En jóvenes fallecidos por suicidio, parece que la comorbilidad es la norma, con una prevalencia de comorbilidad psiquiátrica del 43% al 70%. Beautrias, (2000), y una mayor gravedad en los intentos cuanto mayor es el número de diagnósticos. Beautrais, (1996).

La presencia de intentos de suicidio entre los antecedentes personales también ha sido relacionada con un mayor riesgo de conducta suicida. Así, entre los menores de 14 años, los antecedentes de intento de suicidio entre los suicidios consumados estaban presentes en aproximadamente un tercio de los casos, y los estudios por autopsia psicológica indican cifras similares en los adolescentes y jóvenes. Gould, M. Fisher, P. y Parides, M. (1996).

La mayoría de los estudios que han examinado las asociaciones entre las medidas de la desventaja social y el suicidio o intento de suicidio, han demostrado un aumento de riesgo entre las personas desfavorecidas socialmente. El riesgo suicida parece ser del doble para los sujetos jóvenes con niveles socioeconómicos bajos. Agerbo, E. Nardentoft, M. y Mortensen, P. (2002), cinco veces mayor para aquellos que han abandonado la escuela, y cerca de ocho veces mayor, para aquellos sin estudios universitarios. Gould, M. Fisher, P. y Parides, M. (1996). Entre el 70 % y 97% de los suicidios en adolescentes, presentan un acontecimiento vital estresante previo. Rich, (1991); Shaffer, (1974). Las características de estos acontecimientos vitales señalan con más frecuentes las pérdidas, los conflictos

interpersonales, y los problemas de disciplina presentes tanto en suicidios como intentos de suicidio.

Diversos trabajos han confirmado la asociación entre intentos de suicidios en niños y el maltrato físico o los abusos sexuales. Beautrais, (2000), el riesgo va aumentando con la gravedad del abuso.

2.2.2. RIESGO SUICIDA

Al ser la adolescencia una etapa donde se produce diferentes cambios consideramos algunas características que involucra el riesgo suicida, como primer lugar se considera el desarrollo evolutivo del adolescente, que tiene que ver con el marcado interés por la afiliación a un grupo, la consolidación de redes de apoyo social, y la atracción sexo-afectiva por el sexo apuesto, en ese sentido, la presencia de conflictos interpersonales con personas importantes en su ambiente social, tiene un alto valor estresante sobre el adolescente. Por ejemplo, la terminación de una relación afectiva o una fuerte discusión con un amigo, pueden llegar a convertirse en eventos disparadores de la conducta suicida en los adolescentes. Fernning, B. (2005).

Según Metha, A; Chen, E; Mulvenon, S; Dode, I (1998), la búsqueda de la identidad (social, sexual, vocacional) del adolescente, en virtud de la cual empieza a consolidar la imagen, los valores y las aspiraciones que quiere tener para su vida, puede ser la causa de que la autoestima se consolide como un factor importante en el origen de las conductas suicidas en los adolescentes. Así pues, el fracaso escolar, las dificultades a la hora de entablar las relaciones sociales o una mala imagen corporal pueden convertirse en un elemento crucial en el surgimiento de la conducta suicida.

Por otro lado, Shaffer, D (citado por Cabra, O. 2010), los jóvenes homosexuales y bisexuales están en riesgo incrementado de intento de suicidio, teniendo a menudo múltiples factores (la depresión, intento de suicidio previo, abuso de sustancias, conflictos familiares, entre otros) como lo están los adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual o abuso físico infantil.

En relación con la consolidación de la identidad personal, un estresor cuyo impacto ha sido demostrado en diferentes estudios con adolescentes es el ser víctima de abuso sexual o de maltrato físico. Gonzales, C. Ramos, L. Vignau, L y Ramírez, C. (2001); Chávez, A. Pérez, R. Macías, L. y Paramo D. (2004); Villalobos Galvis, en prensa. Al parecer, la vivencia de este tipo de circunstancias, además de las características traumáticas que acarrea, genera un impacto en la imagen y valía que tiene el adolescente acerca de si mismo, así como puede llegar a afectar significativamente la forma como restablezca las relaciones con las demás personas.

Finalmente, la búsqueda de la autonomía representa para el adolescente una de las tareas más difíciles en su proceso de adaptación, pues implica el conflicto entre la separación de la influencia familiar y la necesidad del cuidado y apoyo que esta representa. En este sentido, no es extraño encontrar estudios como los de Gonzales, C. Ramos, L, Caballero, M. y Wagner, F. (2003) en los cuales se comprueba que la presencia de conductas suicidas se asocia significativamente a la intensidad y frecuencia de las discusiones y conflictos paterno filiales.

De igual manera, se ha hallado en diferentes estudios que el abuso de sustancias psicoactivas implica un argumento significativo en el riesgo de conductas suicidas en adolescentes. Particularmente, su importancia estriba en

la comorbilidad con los trastornos conductuales y afectivos, los cuales tienen una alta correlación, con la conducta suicida. Por otro lado, el consumo de sustancias también se encuentra asociado con la agresividad, así como con otras características de personalidad que predisponen a la conducta suicida (p.ej; búsqueda de novedad, la baja evitación de riesgo o la baja dependencia del refuerzo). Otra posible explicación a la asociación existente entre aquellas dos variables, puede estar en el carácter desinhibido de las sustancias psicoactivas frente a las conductas de riesgo, o a los efectos emocionales y perceptivos que puede generar una intoxicación y que pueden llevar al suicidio. Apter y Freudestein, (2000).

Por otro lado, a partir de estudios con poblaciones psiquiátricas, el papel significativo de algunos trastornos mentales sobre la presencia de las conductas suicidas, en primer lugar, la depresión aparece como uno de los predictores más fuertes y más frecuentemente encontrados en los estudios predictivos de los diferentes tipos de conductas suicidas, desafortunadamente, muchas personas jóvenes con depresión no son identificadas, en parte porque sus síntomas depresivos son a veces muy atípicos (p.ej; irritabilidad, inquietud motora) o en parte porque los adultos no están listos para reconocer los síntomas depresivos en los menores, tal vez por el deseo que se tiene de que los niños sean felices y saludables. Apter y Freudestein, (2000).

Otro factor de riesgo psiquiátrico para las conductas suicidas, son los problemas de comportamiento, específicamente de impulsividad y agresividad. La relación entre estas variables, radica en que comparten factores de riesgo, tales como, familias disfuncionales, abuso físico y sexual en la niñez, alcoholismo y abuso de sustancias (a nivel personal o de los familiares), el

desempleo, la pobreza y el acceso a armas de fuego. También muestran una alta asociación con la presencia de trastornos del estado de ánimo, tal como se comprueba en diferentes estudios de comorbilidad. Así pues, la presencia de conductas de agresividad e irritabilidad en los niños, hace muy difícil diferenciar si se está hablando de un cuadro depresivo o del inicio de un problema de conducta, impidiendo una adecuada y oportuna atención. Apter y Freudstein, (2000).

Factores de riesgo suicida

- Factores personales:

Los dos factores de riesgo más importantes y verificados en toda la literatura acerca del suicidio son: la presencia de un trastorno mental y conducta suicida previa.

Trastorno mental: el 95% de las personas que se suicidan tienen un trastorno psiquiátrico.

De las personas que cometen suicidio, más de la mitad tienen un trastorno afectivo (sobre todo depresión), el 25% son alcohólicos y el 10% tienen esquizofrenia. El 10-15% de los pacientes con trastornos afectivos mayores, con esquizofrenia y con alcoholismo crónico acaban suicidándose.

En jóvenes, los trastornos depresivos y de ansiedad, los trastornos de conducta (sobre todo antisocial) y los trastornos por alcohol y drogas son los más asociados al suicidio. La esquizofrenia menos pues inicia más tarde.

Los síntomas más frecuentemente encontrados en adolescentes con conducta suicida son: impulsividad y agresividad, baja autoestima,

desesperanza, baja tolerancia a la frustración, labilidad emocional y sentimientos de soledad y rechazo.

Conducta suicida previa: uno de los mejores indicadores de riesgo suicida es que el paciente tenga antecedentes de tentativas previas. Actualmente el 50-60% de pacientes que realizan una tentativa de suicidio ya ha realizado alguna con anterioridad. El 25-50% de pacientes que consuman el suicidio habrían realizado un intento previo. El máximo riesgo de repetición es en los primeros tres meses tras la tentativa.

- Factores epidemiológicos:

Edad:

El suicidio es extremadamente raro entre los niños prepuberales, se postula que la inmadurez cognitiva protege contra el suicidio. Entre los adolescentes la proporción aumenta con el aumento de la edad (pico máx. entre 19 y 23) Así, la tasa de mortalidad por suicidio entre los 15-19 años en EEUU es de 9,5/100.000 hab/año, y entre los 20-24 años es de 13,6/100.000 hab/año.

Sexo:

El suicidio es mucho más frecuente entre los varones, entre los 15-19 años se suicidan 4,5 varones por cada mujer. Entre los 20-24 años, 6 varones por cada mujer. Las tentativas de suicidio entre las chicas es el doble de frecuente que entre los chicos. Esto se cree que podría ser por la propensión de los varones a utilizar métodos más violentos e irreversibles.

Raza:

El suicidio es más frecuente entre los blancos que entre los afroamericanos, aunque en los últimos años las diferencias se han reducido debido al gran aumento del suicidio entre los afroamericanos desde finales de los 80 (hasta un 300% más). También se desconoce el motivo.

Las tentativas de suicidio y la ideación suicida son más frecuentes entre la comunidad hispana que en blancos y afroamericanos.

Método:

La mayoría de los suicidios adolescentes parecen ser impulsivos, del pensamiento al acto pasa muy poco tiempo y por ello es más difícil hacer una intervención.

Las armas de fuego son el método más común empleado para consumar el suicidio en ambos sexos en EE. UU, la disponibilidad de este tipo de armas es un factor de riesgo elevado. El ahorcamiento sería el segundo método empleado. La precipitación desde la altura también es más frecuente.

En las tentativas de suicidio el método mayoritario es la intoxicación por psicofármacos.

Ambos tipos de conducta suicida además se diferencian en las características de realización: suele ser premeditada y cuidando las circunstancias que impidan el rescate en el suicidio consumado. En las tentativas la realización suele ser impulsiva, dejando “pistas” que faciliten el rescate o incluso el propio sujeto comunica o busca ayuda para su tratamiento.

- Factores biológicos:

Campo de estudio reciente, aparece como consecuencia de los hallazgos neuroquímicos en adultos, especialmente los que hacen referencia a la disfunción serotoninérgica, relacionada con los trastornos afectivos, impulsividad, conducta violenta y conducta suicida.

- Factores genéticos:

Los estudios familiares, de gemelos, de adopción y de comunidades endogámicas sugieren una transmisión genética de la conducta suicida. La asociación con una historia familiar de suicidio es un factor de riesgo considerable.

La búsqueda de los genes que pudieran estar implicados en la conducta suicida es de momento infructuosa.

- Factores familiares:

La alteración de las relaciones familiares en la infancia está asociada a la conducta suicida en la población infanto-juvenil. Un ambiente familiar roto por separación, divorcio o viudedad (ausencia de uno de los padres), violencia familiar, malos tratos físicos o psíquicos, abusos sexuales, abandono, falta de comunicación se han relacionado con el suicidio juvenil.

La existencia de enfermedad mental en los padres: depresión, abuso de sustancias, trastornos de personalidad, son un factor de riesgo adicional para el suicidio adolescente.

Estos aspectos son especialmente importantes a la hora de establecer un plan terapéutico. En muchas ocasiones, la falta de un

soporte familiar adecuado implica que la contención debe hacerse en un medio hospitalario.

- Factores sociales:

Los problemas de adaptación social son una característica importante en los niños y adolescentes con conductas suicidas. Es frecuente encontrar trastornos de conducta: fugas, repetida siniestralidad, hurtos...que no son adecuadamente valorados o incluso reducidos a “chiquilladas”. Son los llamados “chicos problemáticos”, que con frecuencia recurren al abuso de tóxicos y alcohol. Estas situaciones potencian sentimientos de rechazo, soledad y baja autoestima, que culminan en la conducta suicida.

El homosexual también presenta mayor riesgo de tentativas suicidas. El grado de asociación entre orientación sexual y conducta suicida no está esclarecida pues diversos estudios muestran que presentan varios factores de riesgo: elevadas tasas de uso de alcohol y drogas, más propensos a ser intimidados y victimizados en la escuela, más dificultades familiares. Cárdenas, P. (2008).

2.2.3 ADOLESCENCIA

La adolescencia es la etapa en la cual se experimentan cambios muy rápidos en cuanto al crecimiento físico, emocional, social e intelectual. Asimismo, se produce una variación en la manera como las personas se relacionan con el mundo que les rodea. Esta etapa que se inicia con la pubertad o comienzo de la edad fértil, se ha visto envuelta en una variedad de rituales, en los cuales se reconoce el comienzo de la capacidad reproductiva Hurlock, (1994).

Etimológicamente, la adolescencia proviene del latín ad: a, hacia y olescere, de oleré: crecer. Significa la condición y el proceso de crecimiento.

La adolescencia se define como la etapa del desarrollo humano, que tiene un comienzo y una duración variables, la cual marca el final de la niñez y crea los cimientos para la edad adulta. Está marcada por cambios interdependientes en las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del ser humano. Monroy, (2002).

Castillo, G. (2007), habla que en este período se pasa a una especie de descubrimiento consciente del yo por medio de la introspección. Además, surgen conductas sumamente opositoras y tercas que sirven como una afirmación de la personalidad que está naciendo en el individuo. La introspección, por otro lado, trae consigo una serie de dudas y sentimientos de inferioridad referidos a sí mismo. El adolescente se siente más capaz que antes, pero a la vez percibe que no puede alcanzar la autonomía deseada. Es por ello que surgen algunas conductas ambivalentes y contradictorias, como, por ejemplo, estar inconforme y estar conforme; actuar con independencia y dependiendo de otro; y, tener una actitud de apertura, así como una conducta retraída.

Desarrollo Físico

El estudio de desarrollo físico, comprende los cambios físicos y fisiológicos que se dan en la etapa de la pubertad, como una característica universal en todos los adolescentes. Estos cambios se expresan a través del crecimiento físico (estatura, peso y proporciones corporales y de la maduración sexual). Mussen, 1971, citado por Rodríguez, L. (1997).

Asimismo, comprende el estudio de los efectos psicológicos del desarrollo físico en los adolescentes, en términos de actitudes y enfrentamiento a dichos cambios o adaptación. Dicha adaptación depende más de los factores culturales que biológicos, cuyas características connotan vivencias más personales o individuales que universales. Por tanto, la cultura puede facilitar u obstaculizar el ajuste del joven a los cambios físicos y fisiológicos de la pubertad, y puede influir en el hecho de que estos cambios se conviertan en una fuente de orgullo o de ansiedad o confusión (Mussen, 1971, citado por Rodríguez, L. 1997).

a) Desarrollo Cognitivo

La cognición es un proceso por el que un organismo adquiere conciencia u obtiene conocimientos en relación a un objeto. El desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia, se caracteriza por presentar un pensamiento abstracto y por el uso de la metacognición. Las operaciones de inteligencia infantil son puramente concretas, sin embargo, entre los 11 y 12 años el pensamiento sufre una transformación, es decir que del pensamiento concreto se pasa al pensamiento formal o también llamado pensamiento hipotético-deductivo; a medida que la persona entra a la etapa de la adolescencia, sus procesos mentales presentan una continua tendencia a hacerse más elaborados y complejos, como resultado de la experiencia y la maduración. En esta etapa el adolescente ya es capaz de construir sistemas y teorías, se preocupa por problemas que no tienen relación alguna con los acontecimientos que se viven diariamente, es decir que tienen la capacidad de construir teorías abstractas.

b) Desarrollo Emocional

El psicólogo estadounidense. Hall, G. (1904) afirmó que la adolescencia es un periodo de estrés emocional producido por los cambios psicológicos importantes y rápidos que se producen en la pubertad. Sin embargo, los estudios de la antropóloga estadounidense, Margareth, M. (1966), mostraron que el estrés emocional es evitable, aunque está determinado por motivos culturales. Sus conclusiones se basan en la variación existente en distintas culturas respecto a las dificultades en la etapa de transición desde la niñez hasta la condición de adulto. El psicólogo estadounidense de origen alemán Erikson, E. (1950), entiende el desarrollo como un proceso psicosocial que continua a lo largo de toda la vida.

d) Características de la adolescencia

Como ya se ha mencionado, la adolescencia es una etapa de transformaciones físicas, emocionales e intelectuales, que comprende una reorganización del esquema psicológico para adecuarse a grandes cambios sexuales que tienen un efecto muy importante en el individuo. Por ejemplo, los cambios físicos repercuten en el curso que toman los afectos y el concepto que la persona tiene de sí misma. Por su parte, la identidad también se ve influenciada por el aumento de la estatura y por lo tanto de las extremidades, es probable que el crecimiento desigual de los huesos y de la cara, hagan que el adolescente se pueda sentir inseguro debido a su apariencia. Hurlock, (1994). Se dice que la persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse, a esto se le conoce como el inicio de la pubertad. Sin embargo, se ha dicho que este período inicia cuando las hormonas sexuales se activan y aparecen las características

sexuales secundarias. En la mayoría de los niños esta edad varía de entre los 10 y 15 años y en las niñas, entre los 9 y 14 años. La mayoría de las personas cree que la pubescencia inicia a los 10 años, debido a ello muchos niños que aún no han llegado a la pubertad son llamados adolescentes. Harrocks, (1994). En sí, la adolescencia es una etapa en la que el individuo se hace cada vez más consiente de sí mismo, intenta poner a prueba sus conceptos desorganizados del yo y trabaja gradualmente para dar paso a una estabilización que va a caracterizar su vida adulta. Aprende el rol personal y social que adaptará al concepto de sí mismo que se vaya forjando, así como al concepto que tenga de los demás y busca el status como individuo. En esta época, también es cuando las relaciones de grupo adquieren mayor importancia debido a que el adolescente necesita lograr un status entre los individuos de su misma edad. A la par van surgiendo los intereses sexuales, lo que conlleva a hacer complejas y conflictivas sus emociones y actividades.

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES

-Riesgo Suicida: Se define como la probabilidad que tiene un individuo de cometer un acto suicida a futuro, siendo un acto suicida cualquier acción intencionada con posibles consecuencias físicas en la que se pone en riesgo la vida. Ríos, J. (2014).

El riesgo suicida es toda característica o circunstancia de una persona o un grupo de personas que según los conocimientos que posee, lo asocian a la posibilidad de poder manipular una conducta suicida, ya sea un intento suicida o suicidio consumado. Este puede estar relacionado con factores individuales, familiares o sociales de riesgo suicida. El riesgo suicida se define como la

probabilidad que tiene un individuo de cometer un acto suicida a futuro, siendo un acto suicida cualquier acción intencionada con posibles consecuencias físicas en la que se pone en riesgo la vida. Ríos, J. (2014).

-Conducta Suicida: Comprende un abanico de comportamientos que van desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, pasando por los planes suicidas y la tentativa e incluye también el denominado suicidio indirecto, que se refiere a los sujetos con un estilo de vida caracterizado por la constante exposición a situaciones de riesgo físico. Vallejo, (2006).

- Adolescente: Sujetos que tengan edades entre 10 a 14 años, los tardíos de 15 a 19 años, edad que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.

- Prevalencia: Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado. Hospital Universitario Ramón y Cajal, (2017).

2.4 SISTEMA DE VARIABLES – DIMENSIONES E INDICADORES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
RIESGO	Dificultad para dormir	Respuestas al
SUICIDA	Pérdida de control de sí mismo	Cuestionario de
	Dificultad para socializar	Plutchik
	Pesimismo	
	Apatía	
	Pérdida de un ser querido	
	Ideación suicida	
	Intento de suicidio	

2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Riesgo Suicida: Según los puntajes obtenidos en la Escala de riesgo suicida de Plutchick (adaptado). El puntaje mayor a 6 puntos se considera riesgo suicida. Se considera riesgo suicida si el ítem 15 tiene una respuesta afirmativa, sin contabilizar necesariamente los puntajes de 6 a más.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel, Tipos y Método de Investigación

Nivel: Descriptivo

El presente estudio buscó 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 de nuestro estudio (Riesgo Suicida). (Danhke, 1989 citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Tipo de Investigación: Investigación Cuantitativa

La metodología cuantitativa utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población. (Hernández, et al, 2003 p.115).

Método: Descriptivo

Describe situaciones y eventos, es decir, como son y cómo se comportan determinados fenómenos. Buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. (Hernández, et al, 2003).

3.2 Diseño de Investigación

Descriptivo Simple.

Representación:

X1-----O1

Leyenda:

X1: Estudiantes del 1° a 5° año de educación secundaria de la I.E “Juan Velasco Alvarado”. Pillco Marco-Huánuco 2017.

O1: Evaluación de la escala de riesgo suicida de Plutchick.

3.3 Ámbito de la Investigación:

La presente investigación se realizó en el Perú, departamento de Huánuco, Provincia de Huánuco y Distrito de Pillco Marca, Institución Educativa “Juan Velasco Alvarado”.

El Perú se encuentra ubicado en el lado occidental de América del Sur, cuyo territorio colinda con el océano pacífico por el oeste y limita por el noreste con Ecuador y Colombia, por el este con Brasil, por el sur este con Bolivia y por el sur con Chile; Con una extensión de 1 285 216km² o 496 223 millas, es el tercer país más extenso en Sudamérica y tiene tres regiones geográficas muy marcadas: Costa, Sierra y Selva, los cuales tiene un clima completamente distinto entre ellos, brindando a cada región una particularidad, con propias culturas; el Perú tiene un territorio de compleja geografía dominada principalmente por las elevaciones de la cordillera de los andes y las corrientes del Pacífico. Cuenta con una población de 31 millones 237 mil 385 (INEI, 2017).

El Perú cuenta con veinticuatro regiones, entre los cuales se encuentra Huánuco, la que a su vez también cuenta con distritos y provincias.

Departamento de Huánuco:

Localización: Se encuentra ubicada en la parte del Centro Oriental del país, entre la Cordillera Occidental y la cuenca Hidrográfica del río Pachitea, tributario del Ucayali.

Altitud: la más baja es de 131 m.s.n.m. (ejemplo Tournavista y Lullapichis); y la de mayor altura es 5,238 m.s.n.m. (ejemplo Queropalca y San Miguel de Cauri).

Coordenadas Geográficas: Aproximadamente está entre los 8° 26'22" y 10° 28'29" de Latitud Sur; a 74°19'16" de Longitud Oeste, con relación al meridiano de Greenwich.

Longitud Limítrofe: limitando al norte con La Libertad (79.65 km.) y San Martín (183.60km), al norte y este con Ucayali (397.80km), al sur con Pasco (346.05 km), al suroeste con Lima (39.15km) y al oeste con Áncash (280.50km).

Superficie: Es de 36,886.74 km² la provincia de Huánuco tiene 4,091 kilómetros cuadrados.

Topografía: El territorio de la región Huánuco se halla separada de la capital de Lima por la cumbre de la cordillera occidental de los andes, desde el pico de Raura a 5,717 m.s.n.m. hasta las nacientes del río Pativilca, a 6,632m.s.n.m. Con el departamento de Ancash están determinadas por la cordillera de Huallanca, desprendida de la cordillera occidental y luego el río marañón.

Reseña Histórica: La ciudad de Huánuco es fundada el 15 de agosto de 1539 por los conquistadores españoles con el nombre de "Huánuco de los Caballeros". De gran movimiento durante el periodo colonial, tuvo escritores importantes, descendientes de los españoles de la conquista. Durante la etapa de la emancipación, Huánuco fue una de las primeras ciudades en impulsar la independencia del Perú, a comienzos del siglo XIX.

Inclusive figura como 15 de diciembre de 1820, la primera jura de independencia, tras una serie de levantamientos en Huamalíes, Huallanca y Ambo.

El departamento de Huánuco no solo es importante por su ubicación geográfica y por su pasado histórico, sino que también por la riqueza de sus tierras en donde la presencia del hombre se remonta a miles de años atrás.

Es así mismo tenemos un legado histórico tales como el “Hombre de Lauricocha y Kotosh”. El Hombre de Lauricocha, es el nombre que se le ha dado al hallazgo antropológico, que tiene una antigüedad de 10,000 años A.C. El complejo arqueológico de Kotosh remota a 4,200 años A.C. siendo la ocupación humana más antigua de América, del mismo modo es conocido como el templo de las manos cruzadas. La zona fue poblada por diferentes etnias, quienes luego de ofrecer una serie de resistencia al imperio incaico, fueron incorporándose a él, convirtiendo así a Huánuco en una vía de paso de manera obligatoria de la ruta Cusco – Cajamarca y viceversa. Huánuco, (2018).

Distrito de Pillco Marca

Es uno de los doce que conforman la Provincia de Huánuco, en el Departamento de Huánuco, actualmente bajo la administración del Gobierno Regional de Huánuco, (Perú).

Creación Política: El distrito fue creado mediante Ley del 05 de mayo del 2000, en el gobierno del presidente Alberto Fujimori.

Ubicación: Está ubicado en la zona Sur de la provincia de Huánuco, enclavado en la cuenca alta del río Huallaga, que atraviesa de Sur a Norte. Tiene una superficie de 68,74 km². Su capital es el poblado de Cayhuayna, una ciudad pintoresca que está 1 930 msnm.

Límites: Por el Noroeste: Con el distrito de Huánuco, Por el Sureste: Con la provincia de Ambo, por el Este: Con el distrito de Amarilis, por el Oeste: Con los distritos de San Pedro de Chaulán y San Francisco de Cayrán. Pillco Marca, (2018).

3.4 Población y Muestra

Población: Conjunto de individuos que están constituidos por las unidades de análisis en un lugar y momento determinado. Tamayo, (2012).

En nuestra investigación, la población estuvo constituida por 439 alumnos del 1° a 5° año de educación secundaria de la I.E “Juan Velasco Alvarado”. Pillco Marca-Huánuco 2017.

Muestra: No corresponde porque el estudio que hemos realizado es censal.

3.5. Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos:

ESCALA DE RIESGO SUICIDA PLUTCHIK (Adaptada)

La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik (1989) con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Ésta formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica.

En España el instrumento fue validado por Rubio, Jáuregui, Villanueva, Casado y Marín (1998), usando para ello una muestra de la población española.

Se trata de un cuestionario auto administrativo de 15 preguntas, con respuesta SI-NO.

Procede de una versión de 26 ítems. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems.

Las cuestiones están relacionadas con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.

Resulta fácil y rápida de administrar (6-8 minutos).

Adaptación: En el año 2008 esta prueba fue adaptada en nuestra realidad huanuqueña por los siguientes alumnos: Espinoza Yanag, Yesmina, Noreña Estrada, David y Lobón Fabián, Roberto de la siguiente manera:

Validez de la Escala: La adaptación de la escala Riesgo Suicida de Plutchik se realizó mediante el criterio de jueces los especialistas encargados de la validación fueron: Calle Ilizarbe, Jesús, Inocente Paulino, Olimpio y Sanchez Infantas, Rosario. E.

También se utilizó la validez de contenido en la que se utiliza el análisis por de los expertos en la observación de cada ítem. Este método se criterio de expertos, para ello se utiliza el método Aiken para ver la concordancia realizó en dos momentos.

Resultados:

Primer momento: los ítems son significativos por tanto válidos, se encontró un ítem poco significativo lo cual se recomienda ser modificado o eliminado, pero que sin embargo no afecta la prueba.

Segundo momento: Los ítems son significativos, por tanto, son válidos. Esto significa que de acuerdo a la validez por contenido los ítems son aceptables y válidos.

Se aplicó también la validez por discriminación: cuanto más discriminativo es el ítem, más representativo será para el test, para ello se utiliza el análisis de ítem- total y la corrección biseral para determinar la discriminación.

Resultados: los ítems tienen una orientación similar; es decir, todos discriminan la misma variable en este caso “el riesgo suicida de Plutchik”, aunque algunos con mayor peso que otros.

Para validar los ítems se realizó entrevistas individuales a una muestra de la población con similares características (adolescentes) en una institución educativa del distrito de Pillco Marca.

Confiabilidad de la Escala:

Para la confiabilidad, se realizó un estudio piloto con una muestra de 20 alumnos, de la Institución Educativa Juan Velasco Alvarado, localizada en el distrito de Pillco Marca – Provincia de Huánuco. Dicha muestra, mantuvo características similares a nuestra población. Obteniéndose un $r=0.96$ (Análisis de correlación de Pearson).

Confiabilidad interna: Por Alfa de Crombach

$$\alpha = (15/14) (1 - (2.54/6.38)) \quad \alpha = 0.644$$

Entonces se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.6442; esto indica una **confiabilidad promedio**.

Confiabilidad Kuder y Richardson # 20, hallando en la fórmula (II):

$$KR_{20} = (15/14) ((6.33 - 3.18)/6.33) \quad KR_{20} = 0.588$$

Se obtuvo; una **confiabilidad promedio**.

Conclusión final: El instrumento cumple con las propiedades psicométricas, aunque la fuente de error aleatoria (errores intermitentes provenientes de los sujetos evaluados) está interfiriendo en la confiabilidad; pero la fuente de error sistemática (errores constantes provenientes del instrumento). De modo general el instrumento es adecuado para ser utilizado en la muestra objetivo de estudio.

3.6 Procedimiento de la recolección de la información

Psicometría: Administración de instrumentos psicológicos, las consideraciones técnicas de cada uno de ellos.

Fichaje: Consiste en la recolección de datos y organización de la información usando fichas, tradicionalmente en tarjetas como trozos rectangulares de papel.

El fichaje acompaña investigaciones y estudios, donde se anotan en estas tarjetas, resúmenes, conceptos e ideas relevantes al trabajo.

METODO	TECNICAS	INSTRUMENTO
RECOPIACIÓN DE DATOS		
MEDICIÓN	PSICOMETRÍA	Escala de riesgo suicida de “Plutchick”
OBSERVACIÓN INDIRECTA	FICHAJE	- Fichas Bibliográficas - Fichas de Resumen - Fichas Mixtas

3.7 Técnicas de Procesamiento de Datos

Análisis Estadístico Descriptivo: Mediante el programa de SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 17, y aplicando la estadística descriptiva se determinaron los estadígrafos en relación a las medidas de tendencia central y dispersión de datos.

MÉTODO	TÉCNICAS	INSTRUMENTO
DE PROCESAMIENTO DE DATOS		
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO	DETERMINACIÓN DE MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	Media, moda y mediana
	ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO	Desviación estándar, varianza y frecuencia.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Presentación de Resultados

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

En relación a las características generales tenemos que la población está constituida por 439 estudiantes.

En relación al sexo, se tuvo un total de 240 (54, 67%) adolescentes que pertenecen al sexo femenino y 199 (45.33) al sexo masculino, de ello un 43% de estudiantes que corresponden al sexo femenino, equivalentes a 104 se encuentran en riesgo suicida, así mismo respecto al sexo masculino se tiene un 23% que equivale a 46 estudiantes que se encuentran en riesgo suicida, concluyendo que la predominancia de riesgo suicida en el sexo femenino es mayor a las del sexo masculino en los alumnos del nivel secundario del colegio donde se desarrolló la presente investigación, tal como se puede evidenciar en la tabla 1.

Tabla 1

Alumnos del Nivel Secundario de un Colegio estatal del distrito de Pilco Marca, por riesgo suicida, según sexo. Unheval - Huánuco 2017.						
GRADO RIESGO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
RIESGO SUICIDA	104	43	46	23	150	34
NO RIESGO SUICIDA	136	57	153	77	289	66
TOTAL	240	100	199	100	439	100

Fuente: Evaluación con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (adaptada).
Elaboración: Propia

En cuanto al grado de escolaridad tenemos que 115 (26.19%) estudiantes pertenecen al primer grado de educación secundaria de ello 40 se encuentran en riesgo suicida, equivalentes a un 35%; 101 (23.00%) pertenecen al segundo grado de educación secundaria de ello 37 estudiantes se encuentran en riesgo suicida, equivalentes a un 37%; 88 (20.04%) pertenecen al tercer grado de educación secundaria de ello 28 se encuentran en riesgo suicida, equivalentes a un 32%; 65 (14.80%) pertenecen al cuarto grado de educación secundaria de ello 22 estudiantes se encuentran en riesgo suicida, equivalentes a un 34% y 70 (15.94%) pertenecen al quinto grado de educación secundaria de ello 23 estudiantes se encuentran en riesgo suicida, equivalentes a un 33%. Tal como se puede evidenciar en la tabla 2.

Tabla 2

Alumnos del Nivel Secundario de un colegio estatal del Distrito de Pillco Marca, por riesgo suicida, según el grado de estudios
UNHEVAL - Huánuco - 2017.

GRADO RIESGO	1er grado		2do grado		3er grado		4to grado		5to grado		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
RIESGO SUICIDA	40	35	37	37	28	32	22	34	23	33	150	34
NO RIESGO SUICIDA	75	65	64	63	60	68	43	66	47	67	289	66
TOTAL	115	100	101	100	88	100	65	100	70	100	439	100

Fuente: Evaluación con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (adaptada).

Elaboración: Propia

Alumnos del Nivel Secundario de un colegio estatal del Distrito de Pillco Marca, por riesgo suicida, según el grado de estudios UNHEVAL - Huánuco - 2017.

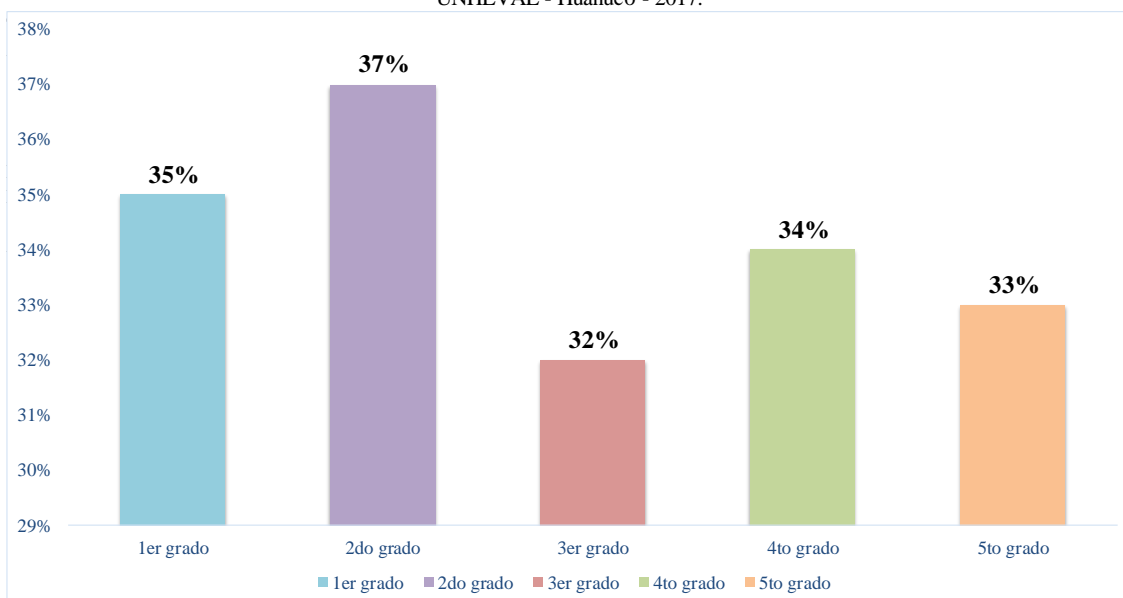


Figura 2: Alumnos del Nivel Secundario de un colegio estatal del Distrito de Pillco Marca, por riesgo suicida, según el grado de estudios UNHEVAL - Huánuco - 2017.

Fuente: Evaluación con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (adaptada).

Elaboración: Propia

ANÁLISIS: En la tabla 2 precedente encontramos que hay un total de 34 % de alumnos que se encuentran con Riesgo Suicida en el Nivel Secundario. Por otro lado, en la tabla 2 y figura 2, el rango de porcentaje va entre 32% y 37%. El porcentaje mayor se encuentra en el segundo grado; lo cual significa que de cada diez alumnos cuatro se encuentran con Riesgo Suicida.

INTERPRETACIÓN:

Como observamos en la tabla 2, existe un 34% de alumnos del nivel secundario de la I.E “Juan Velasco Alvarado” de Pillco Marca con riesgo suicida; predominando el 2 grado de educación secundaria, con un total de 37% de alumnos con riesgo suicida.

Por lo tanto podemos inferir con la teoría de Shneidan (1980) que muchos sujetos no logran elaborar proyectos de vida viables y desarrollan lo que denomina *Visión de Túnel*, esta forma de mirar la vida se caracteriza por la presencia de pensamientos dicotómicos (blanco o negro), rigidez de pensamiento (sólo hay una manera de hacer

algo), incapacidad para lograr razonamientos divergentes, donde se considera que la *Rigidez Cognitiva* es un factor limitante y altamente responsable de que el sujeto cuente con pocas estrategias para afrontar y resolver problemas, lo que determina que aumente el riesgo de suicidio ante situaciones generadoras de estrés emocional. Una personalidad rígidamente estructurada, con características de tipo obsesivo compulsivas es frecuente de encontrar en persona con intentos suicida.

También los factores asociados a la familia son determinantes en este tema, al respecto Caballero, Maldonado y Benguigui (2004) destacan como causa principal de suicidio los problemas familiares donde el maltrato físico de los padres tiene una especial importancia.

Por otro lado, debido a una cultura machista donde los hombres no expresan sus sentimientos y dicha represión se manifiesta en violencia hacia uno mismo y hacia los demás. Además, añade el factor emocional como una segunda causa de esta problemática, dándole importancia también al maltrato psicológico en el colegio donde destaca el bullying.

Caballero, Maldonado y Benguigui (2004) comentan que actualmente los hogares se han convertido solo en casas, donde no se conversa ni se comparte con la familia, por lo que se hace más difícil la identificación de situaciones de riesgo, como la depresión, el estrés, o el maltrato psicológico.

Herrera (1999) también estudiaron los factores familiares de riesgo en el intento suicida. Realizaron una entrevista dirigida a veintitrés personas para identificar la presencia de factores de riesgo del medio familiar, así como su funcionamiento y las crisis que más se presentaban en la convivencia.

Como resultado obtuvieron que el funcionamiento familiar sí es un factor de riesgo importante ya que los pacientes que realizaron intentos suicidas tenían núcleos familiares regulares y malos, en los que la presencia de crisis familiares no era transitoria y además las relaciones entre ellos estaban dañadas.

4.2. Análisis e Interpretación de Resultados

Tabla 3

Alumnos del Nivel Secundario de un colegio estatal del Distrito de Pillco Marca, del 1er año de secundaria, por riesgo suicida, según secciones UNHEVAL -Huánuco - 2017.

GRADO RIESGO	1° A		1° B		1° C		1° D		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
RIESGO SUICIDA	6	20	9	30	8	27	17	68	40	35
NO RIESGO SUICIDA	24	80	21	70	22	73	8	32	75	65
TOTAL	30	100	30	100	30	100	25	100	115	100

Fuente: Evaluación con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (adaptada)

Elaboración: Propia

Alumnos del Nivel Secundario de un colegio estatal del Distrito de Pillco Marca, del 1er año de secundaria, por riesgo suicida, según secciones UNHEVAL -Huánuco - 2017.

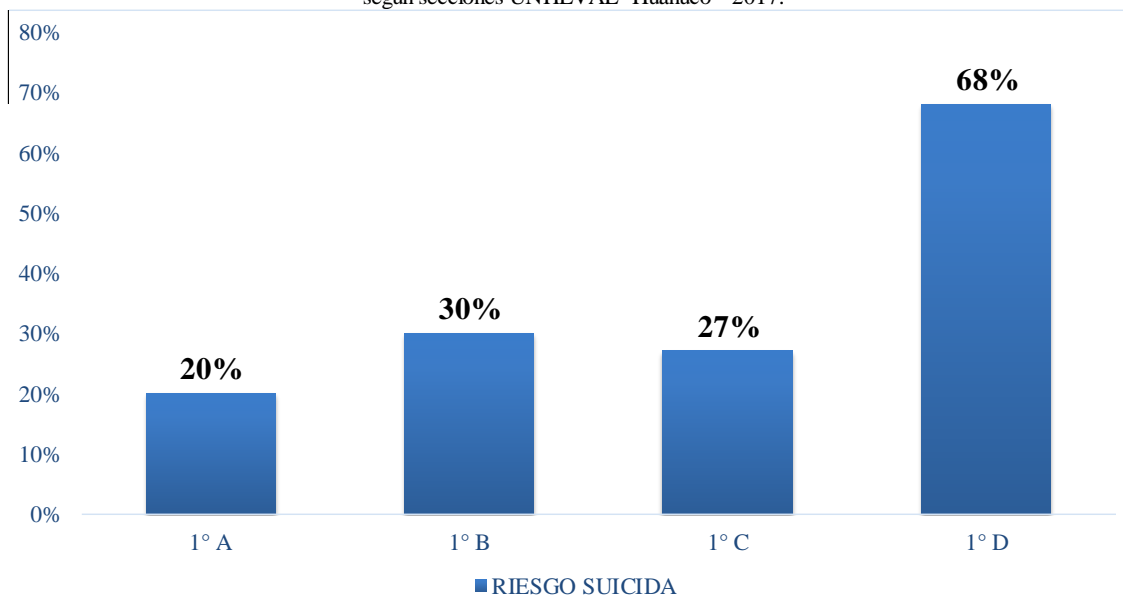


Figura 3: Alumnos del Nivel Secundario de un colegio estatal del Distrito de Pillco Marca, del 1er año de secundaria, por riesgo suicida, según secciones UNHEVAL -Huánuco - 2017.

Fuente: Evaluación con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (adaptada)

Elaboración: Propia

ANÁLISIS: En la tabla 3 precedente encontramos que hay un total de 35 % de alumnos que se encuentran con Riesgo Suicida en el 1er año del Nivel Secundario; Por otro lado, en la tabla 3 y figura 3, el rango de porcentaje va entre 20% (1°A) y 68% (1°D); esto significa que de cada tres alumnos dos se encuentran con Riesgo Suicida.

Tabla 4
Alumnos del Nivel Secundario de un colegio estatal del Distrito de Pillco Marca, del 2do. año de secundaria, por riesgo suicida, según secciones UNHEVAL -Huánuco - 2017.

GRADO RIESGO	2° A		2° B		2° C		2° D		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
RIESGO SUICIDA	10	33	10	31	11	48	6	38	37	37
NO RIESGO SUICIDA	20	67	22	69	12	52	10	63	64	63
TOTAL	30	100	32	100	23	100	16	100	101	100

Fuente: Evaluación con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (adaptada)

Elaboración: Propia

Alumnos del Nivel Secundario de un colegio estatal del Distrito de Pillco Marca, del 2do. año de secundaria, por riesgo suicida, según secciones UNHEVAL -Huánuco - 2017.

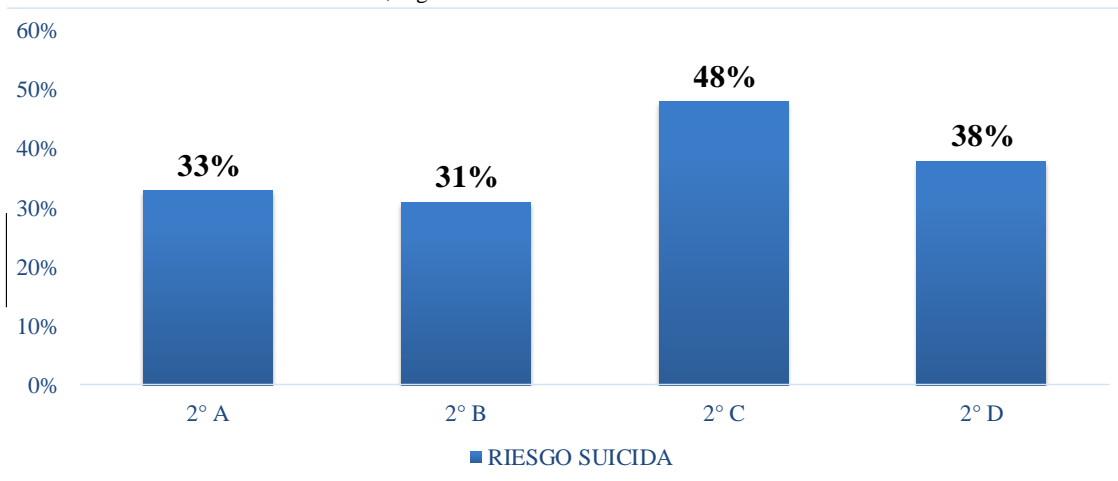


Figura 4: Alumnos del Nivel Secundario de un colegio estatal del Distrito de Pillco Marca, del 2do. año de secundaria, por riesgo suicida, según secciones UNHEVAL -Huánuco - 2017.

Elaboración: Propia

ANÁLISIS: En la tabla 4 precedente encontramos que hay un total de 37 % de alumnos que se encuentran con Riesgo Suicida en el 2do año del Nivel Secundario. Por otro lado, en la tabla 4 y figura 4, el rango de porcentaje va entre 31% (2°B) y 48% (2°C); esto significa que de cada dos alumnos uno se encuentra con Riesgo Suicida.

Tabla 5

Alumnos del Nivel Secundario de un colegio estatal del Distrito de Pillco Marca, del 3er. año de secundaria, por riesgo suicida, según secciones UNHEVAL -Huánuco - 2017.

GRADO RIESGO	3° A		3° B		3° C		3° D		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
RIESGO SUICIDA	5	26	10	37	8	38	5	24	28	32
NO RIESGO SUICIDA	14	74	17	63	13	62	16	76	60	68
TOTAL	19	100	27	100	21	100	21	100	88	100

Fuente: Evaluación con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (adaptada)

Elaboración: Propia

Alumnos del Nivel Secundario de un colegio estatal del Distrito de Pillco Marca, del 3er. año de secundaria, por riesgo suicida, según secciones UNHEVAL -Huánuco - 2017.

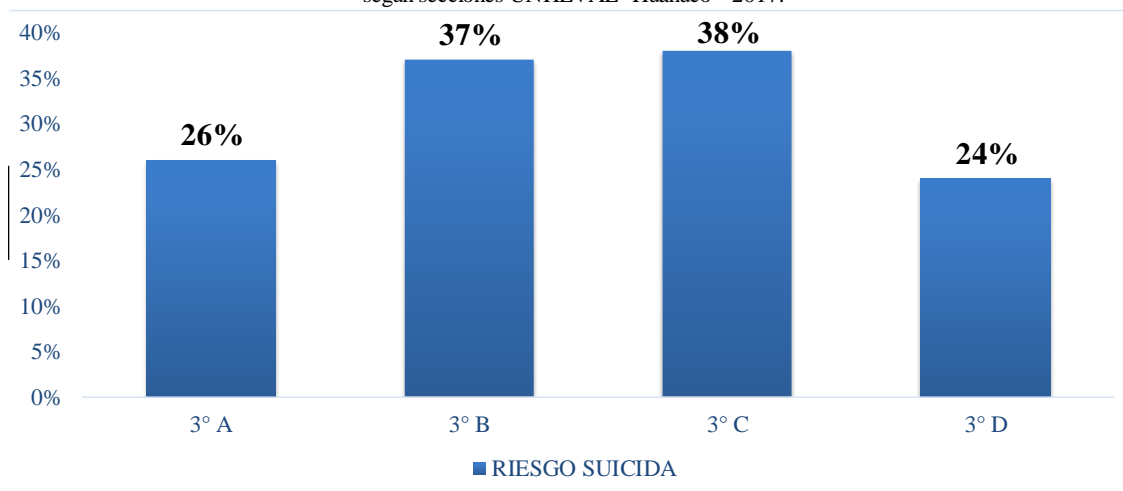


Figura 5: Alumnos del Nivel Secundario de un colegio estatal del Distrito de Pillco Marca, del 3er. año de secundaria, por riesgo suicida, según secciones UNHEVAL -Huánuco - 2017.

Fuente: Evaluación con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (adaptada)

Elaboración: Propia

ANÁLISIS: En la tabla 5 precedente encontramos que hay un total de 32 % de alumnos que se encuentran con Riesgo Suicida en el 3er año del Nivel Secundario. Por otro lado, en la tabla 5 y figura 5, el rango de porcentaje va entre 24% (3°D) y 38% (3°C); esto significa que de cada tres alumnos uno se encuentra con Riesgo Suicida.

Tabla 6

Alumnos del Nivel Secundario de un colegio estatal del Distrito de Pillco Marca, del 4to año de secundaria, por riesgo suicida, según secciones UNHEVAL -Huánuco - 2017.

GRADO RIESGO	4° A		4° B		4° C		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
RIESGO SUICIDA	5	18	3	21	14	61	22	34
NO RIESGO SUICIDA	23	82	11	79	9	39	43	66
TOTAL	28	100	14	100	23	100	65	100

Fuente: Evaluación con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (adaptada)

Elaboración: Propia

Alumnos del Nivel Secundario de un colegio estatal del Distrito de Pillco Marca, del 4to año de secundaria, por riesgo suicida, según secciones UNHEVAL -Huánuco - 2017.

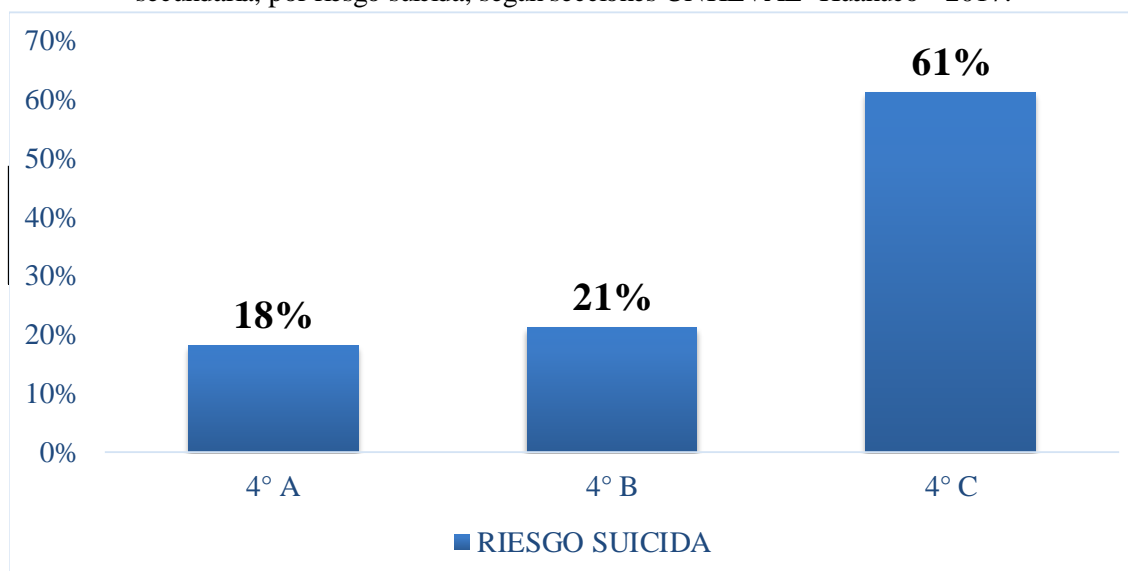


Figura 6: Alumnos del Nivel Secundario de un colegio estatal del Distrito de Pillco Marca, del 4to año de secundaria, por riesgo suicida, según secciones UNHEVAL -Huánuco - 2017.

Fuente: Evaluación con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (adaptada)

Elaboración: Propia

ANÁLISIS: En la tabla 6 precedente encontramos que hay un total de 34 % de alumnos que se encuentran con Riesgo Suicida en el 4to año del Nivel Secundario. Por otro lado, en la tabla 6 y figura 6, el rango de porcentaje va entre 18% (4°A) y 61% (4°C); esto significa que de cada dos alumnos uno se encuentra con Riesgo Suicida.

Tabla 7

Alumnos del Nivel Secundario de un colegio estatal del Distrito de Pillco Marca, del 5to año de secundaria, por riesgo suicida, según secciones UNHEVAL -Huánuco - 2017.

GRADO RIESGO	5° A		5° B		5° C		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
RIESGO SUICIDA	8	30	8	42	7	29	23	33
NO RIESGO SUICIDA	19	70	11	58	17	71	47	67
TOTAL	27	100	19	100	24	100	70	100

Fuente: Evaluación con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (adaptada)

Elaboración: Propia

Alumnos del Nivel Secundario de un colegio estatal del Distrito de Pillco Marca, del 5to año de secundaria, por riesgo suicida, según secciones UNHEVAL -Huánuco - 2017.

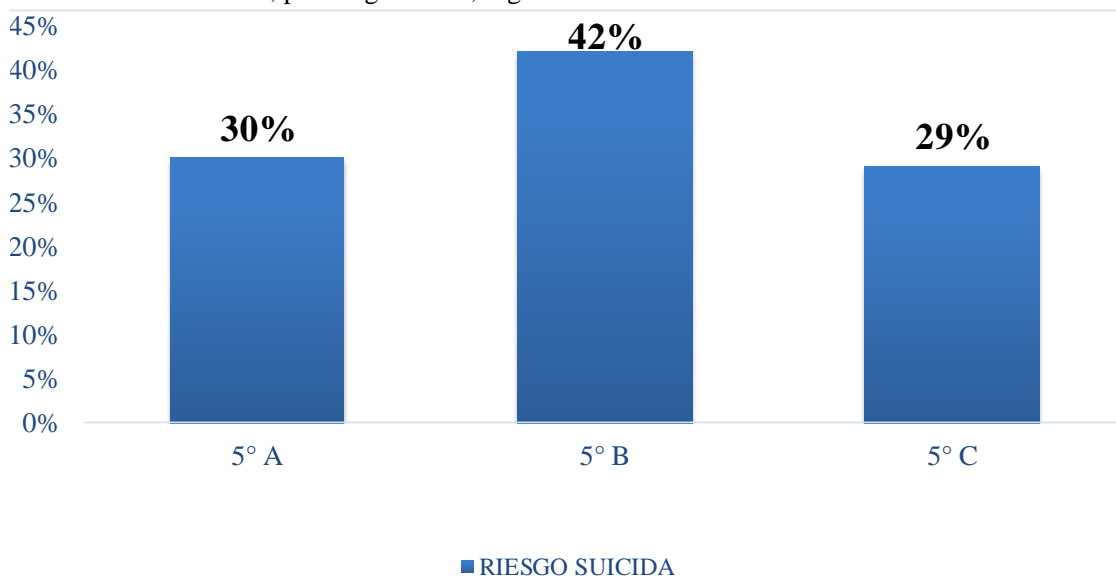


Figura 7: Alumnos del Nivel Secundario de un colegio estatal del Distrito de Pillco Marca, del 5to año de secundaria, por riesgo suicida, según secciones UNHEVAL -Huánuco - 2017.

Fuente: Evaluación con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (adaptada)

Elaboración: Propia

ANÁLISIS: En la tabla 7 precedente encontramos que hay un total de 33 % de alumnos que se encuentran con Riesgo Suicida en el 5to año del Nivel Secundario. Por otro lado, en la tabla 7 y figura 7, el rango de porcentaje va entre 29% (5°C) y 42% (5°B); esto significa que de cada dos alumnos uno se encuentra con Riesgo Suicida.

4.3. Discusión de Resultados

La prevalencia de riesgo suicida en nuestro estudio (34%), es menor a la encontrada en la población de 12-17 años en los Estudios Epidemiológicos de Lima– Metropolitana y de la sierra peruana. Trabajos previos nacionales y extranjeros que evaluaron ideación suicida en adolescentes y adultos jóvenes usando otros instrumentos auto administrado han encontrado prevalencias variables que fluctúan entre 14 – 55 %.

Al respecto se sabe que “Los suicidios son más frecuentes en zonas urbanas que rurales aunque con una letalidad menor por la cercanía a los servicios de urgencia”. En contraste con investigaciones anteriormente realizados como: El estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida realizado por Casullo, M. 2004, citado por Cerna, E. (2011); donde se detectó que estudiantes adolescentes con una edad promedio de 15 años, presentan riesgo suicida alto, tal es así que 11% de estos se encuentra en los centros urbanos de Buenos Aires y un 13 % en localidades de menor densidad poblacional de Argentina.

En cuanto al grado de escolaridad tenemos que 34% de riesgo suicida se encuentra en el segundo grado de secundaria de la I.E “Juan Velasco Alvarado”, Pilco Marca-Huánuco, en comparación con el estudio “Nivel de riesgo suicida en la población adolescente escolar de la I.E. N° 3051 del AA.HH. El Milagro de Lima Metropolitana e I.E. N° 21554 del Centro Poblado Palpa - Huaral, Lima, 2011, donde se encontró un (41,6%) de riesgo suicida en el cuarto grado de secundaria. Cerna, E. (2011).

Por otro lado, en una investigación realizada en la ciudad de Huánuco, “Impacto de un programa preventivo promocional en algunos factores protectores del riesgo suicida de adolescentes del colegio nacional de aplicación Unheval”, evaluaron a los estudiantes del segundo, tercero y cuarto año del Colegio Nacional de Aplicación Unheval, a un total de 130 alumnos, de los cuales 38, es decir el 29 % cumplía con los criterios de inclusión:

puntajes bajos en los factores protectores del riesgo suicida o había superado el punto de corte de la prueba. Esta información es reveladora si tomamos en cuenta que el porcentaje promedio para todo el distrito de Amarilis es el 25%. Por otro lado, si analizamos los porcentajes de cada sección, la situación se torna más alarmante pues, dos secciones superan largamente dicho porcentaje promedio (45% y 48%) (Lobón, R., Noreña, D. y Espinoza, Y., 2010).

En comparación con nuestro estudio el promedio supera a estas secciones, ya que, en solo una sección del primer año (1ero "D"), se encontró un total de 68% de alumnos en riesgo suicida, lo cual significa que, de cada 30 alumnos 20 están pensando en quitarse la vida, del mismo modo en una sola sección del cuarto año (4to "C"), se encontró un 61% de alumnos en riesgo, lo cual significa que, de cada 28 alumnos 17 están pensando en quitarse la vida. A su vez se encontró un total de 34% de alumnos que se encuentran en riesgo suicida en todo el nivel secundario.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- ✓ Existe mayor índice de riesgo suicida en los estudiantes de sexo femenino con un 43% equivalente a 104 estudiantes en el nivel secundario, a diferencia de los varones que tienen un 23% de riesgo equivalente a 46 estudiantes del nivel secundario.
- ✓ Existe un índice de 34% de alumnos del 1ero al 5to año del nivel secundario que se encuentra en riesgo suicida.
- ✓ En el 1° año de secundaria encontramos que hay un 35 % de alumnos que se encuentran con Riesgo.
- ✓ En el 2° año de secundaria encontramos que hay un 37 % de alumnos que se encuentran con Riesgo Suicida.
- ✓ En el 3° año de secundaria encontramos que hay un 32 % de alumnos que se encuentran con Riesgo.
- ✓ En el 4° año de secundaria encontramos que hay un 34 % de alumnos que se encuentran con Riesgo.
- ✓ En el 5ª año de secundaria encontramos que hay un 33% de alumnos que se encuentran con Riesgo.
- ✓ Encontramos un alto índice de riesgo suicida en el 1° “D” con un porcentaje de 68% equivalentes a 20 alumnos de un total de 30.

- ✓ Encontramos un índice de riesgo suicida en el 2° “C” con un porcentaje de 48% equivalentes a 14 alumnos de un total de 30.
- ✓ Encontramos un índice de riesgo suicida en el 3° “C” con un porcentaje de 38% equivalentes a 7 alumnos de un total de 19.
- ✓ Encontramos un alto índice de riesgo suicida en el 4° “C” con un porcentaje de 61% equivalentes a 17 alumnos de un total de 28.
- ✓ Encontramos un índice de riesgo suicida en el 5° “B” con un porcentaje de 42% equivalentes a 11 alumnos de un total de 27.

5.2. Sugerencias y Recomendaciones

5.2.1. Sugerencias

- ✓ En base a los resultados obtenidos en la presente investigación se sienta un precedente para seguir investigando respecto al funcionamiento familiar y riesgo suicida, y contribuir a aclarar aspectos relacionados a la salud mental en la región; a fin de diseñar estrategias y programas de intervención, pues en la actualidad se observa que el riesgo suicida va en aumento.
- ✓ Brindar programas de asesoría u orientación a los padres de familia a fin de promover la necesidad de establecer un sistema familiar caracterizado por el diálogo y fortalecimiento de lazos familiares (adecuada cohesión y adaptabilidad), buscando incrementar así los tipos de familias democráticas.
- ✓ Del mismo modo, la investigación nos muestra una mirada panorámica de los problemas que acontecen en el presente siglo con los cuales nuestros adolescentes, jóvenes y padres de familia tienen que lidiar; por lo que es conveniente que nosotros como profesionales, nos especialicemos en la prevención de dichos

tópicos para brindar un abordaje adecuado y oportuno y así disminuir los índices de riesgo suicida.

- ✓ Los resultados obtenidos de la presente investigación, se comunicará a la Institución “Juan Velasco Alvarado” (a la dirección y tutoría), a fin de que en un proyecto futuro se considere fortalecer aspectos preventivos y de promoción en beneficio de los estudiantes, incentivando la realización de talleres de autoestima, soluciones de problemas, manejo de ira, pautas de crianza, conocimiento personal, asertividad, proyectos de vida y otros, en especial con los alumnos ingresantes a esta institución.
- ✓ Así mismo la Institución Educativa “Juan Velasco Alvarado” podría establecer convenios con el Sector Salud para una mejor intervención o abordaje con aquellos estudiantes que presentan diagnóstico de Riesgo Suicida, a fin de que inicien con el tratamiento individual y familiar; reevaluarlos periódicamente, hacerles un seguimiento e incentivar los factores protectores.
- ✓ Sería excelente que se cristalice el proyecto de funcionamiento de la clínica universitaria de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, y que cuente con un equipo articulado e interdisciplinario, el cual contribuiría a mejorar los aspectos físicos y mentales de los estudiantes que escogen a la UNHEVAL como su centro de formación académica y profesional.

5.2.2. Recomendaciones

- ✓ Que los profesionales del sector salud tomen en cuenta las conclusiones del presente estudio a fin de continuar mejorando las estrategias en la atención del adolescente promoviendo la prevención y promoción de su salud mental.

- ✓ Realizar estudios de investigación cualitativos, de manera que se puedan profundizar e identificar los factores personales y familiares que influyen en el nivel de riesgo suicida de los adolescentes.
- ✓ Efectuar programas preventivo promocionales a fin mejorar e incrementar las habilidades sociales en los adolescentes, encaminados a la reducción de esta problemática en nuestra región.
- ✓ Realizar mayores programas de intervención y seguimiento en pacientes con familias monoparentales y reconstruidas, con el fin de prevenir la presencia de conductas que pongan el peligro su salud física y emocional de los adolescentes.
- ✓ Se exhorta a la toma de conciencia por parte de los profesionales de salud para la evaluación de las pacientes como un ente integral y de esta manera brindarle una mejor calidad de salud y de vida, así tal vez muchos suicidios o pensamientos suicidas se podrían evitar en su defecto disminuir el porcentaje.
- ✓ Se recomienda implementar un programa de consejería integral pos ingreso al colegio, donde el profesional responsable se asegure de brindar una atención de calidad y con calidez, de tal modo que la paciente se sienta en confianza, lo que permitirá detectar los posibles problemas en un tiempo oportuno para su debida referencia.

BIBLIOGRAFÍA

Abela, J. & Hankin, B. (2008). *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. New York: London .

Agerbo, E., Nordentoft, M. & Monrtensen, P. (2002). Familial psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in young people. *Nested Case-Control Study PubMed. Vol (15)*, pp. 72- 74.

Aguirre, A. (1994). *Psicología de la Adolescencia*, Barcelona, España: Boixareu Universitaria.

Alec, M. (1993). *Genetic and biologic risk factors for suicid in depressive disorders*, New York, EE.UU: Human Sciences Press.

Apter, A. & Freudestein, O. (2000). Adolescent Suididal Behaviour: Psiquiatric populatuions, *Suicide and Atempted Suicide. Vol. (12)*, pp. 261-271.

Ávila, J. (2014). Paradigmas de la Investigacion. Enfoque Cuantitativo y Cualitativo. *European Scientific Journal. Vol. (10)*, pp. 523-528.

Ávila, J., Becerril, A., Camacho, N. y Vega, G. (2014). Paradigmas de la Investigación Enfoque Cuantitativo y Cualitativo. *Europeaan Scientific Journal (10)*, pp.523-528.

Baldessarini, R. & Hennen, J. (2004). Genetics of Suicide: *An Overview. Review. vol. (12)*, pp. 12-15.

Barboza, L. (2011). *Suicidio: un reto para las comunidades educativas*. Bogotá, Colombia: Rlp.

- Barrionuevo, J. (2009). *Suicidio*. Universidad de Buenos Aires, Argentina: Gabas Editorial.
- Beautrais, A. (1996). *Serious Suicide attempts in Young People*. Wellington, New Zealand: Otago.
- Beautrais, A. (2000). *Risk factors for suicide and attempted suicide among young people*. Canberra, Australia: psychiatry.
- Brend, D. & Mann (2005). *Family Genetic Studies, Suicide and Suicidal Behavior*. Washintong D.C., EE.UU: Medical Genetics.
- Brent, D. & Mann (2005). *Family Genetic Studies, Suicide and Suicidal Behavior.*, New York, EE.UU: Psychiatry.
- Caballero C, Maldonado O y Benguigui Y. (2004). *La Niñez, la Familia y la Comunidad*. Washington DC: Organización Panamericana de Salud.
- Cabra, O. (2010). *Análisis de literatura sobre la prevalencia de conducta e ideación suicida en rangos de edad asociado a factores desencadenantes en Latinoamérica*. Bogotá, Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia sede Bucaramanga.
- Camarena, C, Jaimes, K y Natividad, C. (2011). *Nivel de Riesgo Suicida en Adolescentes del Tercer Año de Secundaria de las Instituciones Educativas Nacionales del Distrito de Huánuco - 2010*. Huánuco, Perú. Universidad Nacional Hermilio Valdizán.
- Cárdenas, P. (2007). *Factores de riesgo en la población pediátrica con diagnóstico de intento de suicidio*. Lima- Perú: UNMSM.

- Casullo, M. (2004). *Adolescent suicidal behaviors and ideations a social urgency* Buenos Aires. Editorial Lugar Losada.
- Castelli. (2002). *Nuerobiología del Suicidio*. Bogotá, Colombia: Nuevo Milenio.
- Castillo, G. (2007). *El adolescente y sus retos. La aventura de hacerse mayor*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cerna, E. (2011) *Nivel de riesgo suicida en la población adolescente escolar de la I.E. N° 3051 del AA.HH. El Milagro de Lima Metropolitana e I.E. N° 21554 del Centro Poblado Palpa - Huaral, Lima*. Perú. UNMSM.
- Chavez, A., Pérez, R., Macias, L. y Paramo, D. (2004). *Ideacion e Intento Suicida en Estudiantes de Nivel Medico Superior de la Universidad de Guanajuato, Mexico Df. Mexico: Acta Universitaria*.
- Danhke, G.L (1989). *Investigación y comunicación*. México. MacGraw. Hill Barcelona.
- Deshaiies, G. (1947) *Psuchologie du suicide*, Presses Universitaires de France, Paris
- DIRESA-Huánuco (2009-2010). *Análisis de la situación de la salud de la región de Huánuco. Boletín Epidemiológico, vol. (2), pp. 4-5*.
- Diresa. (2018). *Semana Epidemiológica. Boletín Epidemiológico, vol.(2), pp.1-2*.
- Doessel, D., Williams, R. y Whiteford, H. (2009). *Enfoque de mi Política al Suicidio*. Canberra, Australia: PubMed.
- Durand, D., Marzzotti, G. y Vivar, A. (2009). *Características Sociodemográficas e Intento de Suicidio en los Servicios de Emergencia del Hospital General, Lima, Perú: Universidad Cayetano Heredia*.
- Durkeim, E. (1989). *El Suicidio*, Madrid, España: Akal.

- Erickson, E. (1950). Teoría Psicosocial. *Lasallista de Investigación*. vol.(2), pp. 50-63.
- Ey, H. (2008). *Estudios Psiquiátricos*. Lima, Perú: Polemos.
- Fajardo, C. (2015). *Tres personas se suicidan al día en el Perú y el 70% lo hace por depresión*. Lima. Perú 21. Vol. (2)pp. 2-3. Disponible en: <https://peru21.pe/lima/tres-personas-suicidan-dia-peru-70-depresion-197065>.
- Fernning, B. (2005). *Idiación Suicida y Conductas Autolesivas en Adolescentes con Trastorno de la Conducta Alimentaria*. Barcelona, España: Hospital Universitario Arnau.
- Forero, S. (2016). *Análisis de la Literatura sobre la prevalencia de conducta e ideación suicida en rangos de edad asociado a factores desencadenantes en Latinoamérica*. Bucaramanga, Colombia: Bucaramanga.
- García, E. (2002). *Suicidio y Riesgo de Suicidio*. Unidad de Hospitalización Psiquiátrico. Pamplona, España.
- Gonzales, C., Ramos, L., Caballero, M. y Wagner, F. (2003). *Correlatos Psicosociales de Depresión, Ideación e Intento Suicida en Adolescentes mexicanos*. Mexico Df, Mexico: Psicothema.
- Gonzales, C. & Ramos, L. Vignau, L. & Ramirez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Medigraphic, Vol. (1)* pp. 16-25.
- Gould, F. & Fisher, P. (1996). Psychosocial Risk Factors of Child and Adolescent Completed Suicide. *Rightslink, Vol. (2)* pp. 26-32.
- Halgin, R. Khauss, J. (2004). *Psicología de la Anormalidad*. Guadalajara, Mexico: Mac Graw.

- Hawton, K. (2005). *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour*, New York, EEUU: Hk.
- Hall, J. (1997). *Tratado de Fisiología Médica*. México D.F. México: McGraw- Hill Interamericana de España.
- Harrocks, J. (2013). *Psicología de la Adolescencia*. México D.F. Mexico: Trillas.
- Hernández, R. & Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigacion*. (3° Ed). México: the McGraw Companis.
- Herrera, P (1999). *Principales Factores de Riesgo Psicológicos y Sociales en el Adolescente*. Revista Cuba de Pediatría. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475311999000100006
- Hospital Universitario Ramón y Cajal, (2017). *Material docente de la Unidad de Bioestadística Clínica*. Recuperado de: http://www.hrc.es/bioest/M_docente.html#tema9.
- Howton, K. (2000). Sex and Suicide Gender Differences in suicidal Behavior. *British Journal of Psychiatry*, Vol. (2) pp. 484-485.
- Hurlock, E. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. México D.F. Mexico: Trillas.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. (2003). *Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana*. Lima, Perú: Instituto Especializado de Salud Mental.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática, (2010). *Plan Estadístico Nacional, Inventario de la Producción Estadística*. Lima. Perú: INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática, (2017). Huánuco Compendio Estadístico, Lima, Perú: INEI

Instituto Nacional de Salud Mental (2003). Estudio Epidemiológico de Salud Mental. Lima. Peru: INEI.

Kohaney, K. & Smith, B. & Anderson, R. . (2009). Deaths preliminary data. National Vital Statistics Reports, 3.

Lapierre, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *PubMed*, Vol. (5) pp. 15-17.

Lobón, J. R. & Noreña, D. & Espinoza, Y. (2009). *Factores de Riesgo Suicida en Adolescentes de Colegios Estatales del Distrito de Amarilis*. Amarilis . Parú: Tesis para optar el Título de Licenciado en Psicología.

Mann, J. (2003). Neurobiology of Suicidal Behaviour. *Reviews*. Vol.(4), pp. 819-828.

Mañalich, J. (10 de diciembre de 2012). Un Joven que se Suicida es un Fracaso para la Sociedad. *Diario U de Chile*. Vol. (1) pp 6-7.

Margaret, M. (1992). *Confronting the Margaret Mead Legacy*. Harrisburg, Philadelphia: Lenora Foerstel and angela.

Margaret, M. (2009). *Cultura y Compromiso*. New York. EE.UU: Gedisa.

Minsa. (2004). *Lineamientos para la Accion en Salud Mental*. Lima, Perú: Copryright.

Minsa. (2009). *Lineamientos para la Accion en Salud Mental*. Lima, Perú: Copryright.

Monroy, A. (2002). *Salud y Sexualidad en la Adolescencia y Juventud*. Santa Cruz de Atoyac. México D.F. México: Pax México.

Morris, C. (1992). *Psicología en Nuevo Enfoque*. Mexico D.F. México: Prentice Hall.

Mussen, P.H. (1971). *Conducta sexual del Adolescente. En desarrollo de la personalidad del niño*. Trillas. México.

Mosquera, A. (2003). *Perfil Epidemiológico de Pacientes Hospitalizados por Intento de Suicidio en Hospital Hermilio Valdizán*. Lima, Perú: UNMSM.

Municipalidad Provincial de Huánuco (2018) munihuanuco: Huánuco, recuperado de <http://www.munihuanuco.gob.pe/laciudad.php>

Municipalidad Distrital de Pillco Marca (2018) munipillcomarca: Pillco Marca, recuperado de <http://munipillcomarca.gob.pe/>

Nacion, M. d. (18 de julio de 2012). 18 Chicos y Adolescentes se Suicidan por Semana. *El Popular. Vol. (1)*, pp. 12-13.

OMS (2017). *Cerca de 800 mil personas se suicidan cada año*. Pag 2. Organización Mundial de la salud.

Ringel, E. (1973), *Presuicidal syndrome. Adelaida, Australia: Shepherd Designs*.

Rich, C. &. (1991). *Suicide, Stressors, and the life cycle*. San Diego, EE.UU: Am J Psychiatry.

Rich, C. (1991). *Reply to Kleespies*. Nueva York, EE.UU: Summer.

Rios, J. (2014). *Funcionamiento Familiar y Riesgo*. Lima, Perú: Psicología.

Rivadeneiro, A. Solis, C. & Visag, J. (2011). *Efecto del Programa sentido de vida en el riesgo suicida de una muestra de estudiantes de una I.E estatal, Huánuco-2011*. Huánuco. Perú: Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología.

- Rodriguez, L. (1997). *La Vivencia Grupal en la Adolescencia*. Bogotá. Colombia: AlfaOmega.
- Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado y M, Marín J, (1998). *Validación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en Población española*. Santo Domingo. Arch Neurobiol.
- Salud, D. R. (2010). *Informe Anual*. Huánuco. Perú: Diresa.
- Scheuch, M. (24 de marzo de 2012). Tasa de suicidio adolescente es la más alta de Latinoamérica. *DiarioUchile*, Vol. (3)pp. 7-8.
- Shaffer, D. (1974). Suicide in Childhood and Early Adolescence. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. (15). pp. 275-291.
- Schneidman, E. (1996). *The Suicidal Mind*. New York. EE.UU: Oxford University Press.
- Stanley, H. (1921). *Its Psychology And Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education*. New York. EE.UU: Adolescence.OMS (2017). *Cerca de 800 mil personas se suicidan cada año*. Pag 2. Organización Mundial de la salud
- Tamayo, M. (2012) *El Porceso de Investigación Científica*. México, D.F. Limusa S.A.
- Tsuang, M. (1983). Riesgo de Suicidio en Familiares de Esquizofrénicos, Maniacos, Depresivos y Controles. *J CLin Psychiatry*, Vol. (10). pp. 398-400.
- Vallejo, M. (2006). Papeles del Psicólogo, Mindfulness. Vol. (7) pp. 92-99.
- Vásquez, V., y Garcia, M. (2014). *Factores Personales Asociados a la Conducta Suicida en Adolescentes Atendidos en el año 2013*. Loreto. Perú: Universidad Peruana del Oriente.

- Villalobos, F. (2009). Situación de la Conducta Suicida en Estudiantes de Colegios y Universidades de San Juan de Pasto. *Psicología y Salud de la Universidad de Nariño*. Vol. (7). Pp. 15-20.
- Wender, P. (1986). Trastornos psiquiátricos en las familias biológicas y adoptivas de individuos adoptados con trastornos afectivos. *Jama Psiquiatría*. Vol. (8), pp. 923-929.
- Zhang, J. (2005). Diferencias de Género en los Factores de Riesgo para el Intento de Suicidio entre Adultos Jóvenes: Hallazgos de la Tercera Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición. *PubMed*, Vol. (10) Pp. 167-174.
- Zhang, J. (2010). Factores de riesgo para el intento de suicidio entre adultos jóvenes. *PubMed*, Vol. (12) pp. 160-166.

ANEXOS

Índice De Anexos

1. Matriz de Consistencia (anexo N° 01)
2. Instrumento de Medición (Ficha Técnica, Validación y Confiabilidad) (Anexo N°02)
3. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik 2012 (anexo N° 03)

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA							
PROBLEMA	VARIABLES	DEFINICIONES	DIMENSIONES	INDICADORES	OBJETIVOS	MARCO TEÓRICO	HIPÓTESIS
<p>General:</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 1° a 5° año de educación secundaria de la IE "Juan Velasco Alvarado"- Pilco Marca - Huánuco - 2017?</p> <p>Estructura:</p> <p>¿VD, Ss, A?</p>		<p>Conceptual:</p> <p>Se define como la probabilidad que tiene un individuo de cometer un acto suicida a futuro, siendo un acto suicida cualquier acción intencionada con posibles consecuencias físicas en la que se pone en riesgo la vida. Ríos, J. (2014).</p>			<p>General:</p> <p>Determinar la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 1° a 5° año de educación secundaria de la IE "Juan Velasco Alvarado" Pilco Marca -Huánuco 2017.</p>	<p>2.1. Antecedentes</p> <p>2.2. Fundamentación Teórica</p>	
<p>Específico</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 1° año de educación secundaria de la IE "Juan Velasco Alvarado" Pilco Marca -Huánuco 2017?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 2° año de educación secundaria de la IE "Juan Velasco Alvarado" Pilco Marca -Huánuco 2017?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 3° año de educación secundaria de la IE "Juan Velasco Alvarado" Pilco Marca -Huánuco 2017?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 4° año de educación secundaria de la IE "Juan Velasco Alvarado" Pilco Marca -Huánuco 2017?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 5° año de educación secundaria de la IE "Juan Velasco Alvarado" Pilco Marca -Huánuco 2017?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de riesgo suicida según grado de estudios y sexo en los alumnos del nivel secundario de la IE "Juan Velasco Alvarado" Pilco Marca - Huánuco 2017?</p>	<p>VD: Riesgo Suicida</p>	<p>Operacional</p> <p>Respuestas al Cuestionario de Plutchik</p>	<p>*Dificultad para dormir</p> <p>*Pérdida de control de sí mismo</p> <p>*Dificultad para socializar</p> <p>*Pesimismo</p> <p>* Apatía</p> <p>*Pérdida de un ser querido</p> <p>*Ideación suicida</p> <p>*Intento de suicidio</p>	<p>Respuestas al Cuestionario de Plutchik (adaptado)</p>	<p>Específicos</p> <p>Identificar la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 1° año de educación secundaria de la IE "Juan Velasco Alvarado" Pilco Marca -Huánuco 2017.</p> <p>Identificar la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 2° año de educación secundaria de la IE "Juan Velasco Alvarado" Pilco Marca -Huánuco 2017.</p> <p>Identificar la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 3° año de educación secundaria de la IE "Juan Velasco Alvarado" Pilco Marca -Huánuco 2017.</p> <p>Identificar la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 4° año de educación secundaria de la IE "Juan Velasco Alvarado" Pilco Marca -Huánuco 2017.</p> <p>Identificar la prevalencia de riesgo suicida en los alumnos del 5° año de educación secundaria de la IE "Juan Velasco Alvarado" Pilco Marca -Huánuco 2017.</p> <p>Identificar la prevalencia de riesgo suicida según grado de estudios y sexo en los alumnos del nivel secundario de la IE "Juan Velasco Alvarado" Pilco Marca -Huánuco 2017.</p>	<p>2.2.1. El Suicidio</p> <p>a) Teorías sobre el suicidio</p> <p>b) Tipos de Suicidio</p> <p>c) Factores del suicidio</p> <p>d) Riesgo Suicida</p> <p>2.2.2. Adolescencia</p> <p>a) Desarrollo Cognitivo</p> <p>b) Desarrollo físico</p> <p>c) Desarrollo psicológico</p> <p>d) Características de la adolescencia</p> <p>2.3. Definiciones conceptuales</p> <p>2.4. Sistemas de variables</p> <p>2.5. Definición operacional</p> <p>2.6. Hipótesis</p>	<p>Esta investigación no tiene hipótesis, ya que corresponde a un estudio descriptivo simple.</p>

ANEXO N°2**INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN (FICHA TÉCNICA Y VALIDACIÓN)****FICHA TÉCNICA**

1. NOMBRE: La Escala de Riesgo Suicida Plutchik RSP (adaptada)

2. AUTOR Y AÑO: Plutchik

3. AUTORES DE LA ADAPTACIÓN:

ALCÁNTARA VILLEGAS, Luis Ángel

CABANILLAS BERAÚN, Lina Jesarell

URBANO ALVARADO, Francisco Segundo

4. FORMA DE APLICACIÓN:

Individual y/o grupal

5. TIEMPO DE APLICACIÓN:

Resulta fácil y rápida de administrar (6 a 8 min).

6. ÁMBITO DE LA APLICACIÓN:

Varones y mujeres de 12 años de edad a más.

7. FINALIDAD:

La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica.

8. AREA DE APLICACIÓN: Todas las áreas.

9. TIPO DE ÍTEMS: Dicotómicas.

10. N° DE ÍTEMS: 15 ítems.

11. RESPRESENTACIÓN DE LOS ÍTEMS: De forma escrita.

12. MATERIALES:

- Manual de Instrucciones.
- Escala de riesgo suicida adaptada.
- Lápiz.
- Borrador.

13. INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN:

Se entregará la escala a los estudiantes y se le dirá la siguiente consigna:

“Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho, por favor, conteste cada pregunta con sinceridad, marcando con una (x) SÍ o NO.

14. PROCEDIMIENTOS DE CALIFICACIÓN:

La escala está relacionada con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.

Puntuación:

Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems.

Rango de calificación:

- 0 – 5 = No existe riesgo suicida
- 6 a más = Riesgo Suicida

Se considera riesgo suicida si el ítem 15 tiene una respuesta afirmativa, sin contabilizar necesariamente el puntaje de 6 a más.

**VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE RIESGO SUICIDA
DE PLUTCHIK (ADAPTADA)**

VALIDEZ ORIGINAL

CONFIABILIDAD ORIGINAL

VALIDEZ REGIONAL:

A. Validez de Contenido:

Se utiliza el análisis por criterio de expertos; esto determinará que el instrumento mida la variable que debe medir; en base al contenido de los ítems.

Para ello se utilizará el método de Aiken; para ver la concordancia de los expertos en la observación de cada ítem; la fórmula es la siguiente:

$$V = \frac{s}{n(c-1)}$$

Donde:

- **s:** sumatoria de los valores establecido de los jueces
- **n:** número de jueces
- **c:** número de criterios de evaluación

Con el índice de Aiken se puede establecer la concordancia en un rango de: -1 a + 1; cuanto más se acerca a +1, la concordancia es más unánime entre los jueces; pero para determinar si el ítem es estadísticamente significativo, se somete al intervalo inferior estandarizado, para cada ítem; con la siguiente fórmula:

$$L = \frac{2nkV + z^2 - z\sqrt{4nkV(1-v) + z^2}}{2(nk + z^2)}$$

Donde:

- **L**: límite inferior del intervalo
- **Z**: valor en distribución estándar (1.64) al 5%
- **V**: coeficiente de validez
- **N**: número de jueces

Si el intervalo inferior (L) es menor a 0.4 (valor mínimo exigente); el ítem **no es significativo**.

Desarrollo correspondiente:

Se sometió el instrumento a juicio de 3 expertos; los criterios de evaluación para los jueces son dicotómico (se acepta =2; se rechaza =0; se modifica =1).

Primer momento:

En los subcomponentes de Activo, Reflexivo y Pragmático; se evidencia un V de Aiken de 1; y un intervalo inferior de **0.5273** (es mayor que el valor mínimo exigente el cual es 0.40) esto indica que los ítems son significativos, por tanto, aceptables; pero en el Sub componente Teórico, se obtuvo 1 ítem que no es significativo, porque el intervalo inferior es **0,347791**; por tanto, se debe excluir o modificar.

TABLA N° 01

# ítems	# Jueces			Inter 95%				Significatividad
	Juez 1	Juez 2	Juez 3	vo	Z (95%)	Inferior	Superior	
1	1	2	2	1	1,64	0,690481	1	Es significativo
2	2	2	2	1	1,64	0,690481	1	Es significativo
3	2	2	2	1	1,64	0,690481	1	Es significativo
4	2	2	2	1	1,64	0,690481	1	Es significativo
5	2	2	1	0,8	1,64	0,498571	0,96175	Es significativo
6	2	2	2	1	1,64	0,690481	1	Es significativo
7	2	2	2	0,8	1,64	0,498571	0,96175	Es significativo
8	2	2	2	1	1,64	0,690481	1	Es significativo
9	2	2	2	1	1,64	0,690481	1	Es significativo
10	2	2	2	1	1,64	0,690481	1	Es significativo
11	2	2	2	1	1,64	0,690481	1	Es significativo
12	1	2	1	0,7	1,64	0,347791	0,88237	No es significativo
13	2	2	2	1	1,64	0,690481	1	Es significativo
14	2	2	2	1	1,64	0,690481	1	Es significativo
15	2	2	2	1	1,64	0,690481	1	Es significativo

Nota: El ítem #12 necesita ser modificado o eliminado para que no interfiera en la evaluación final.

Segundo momento:

Para esta segunda fase; se obtuvo para todos los sub componentes un V de Aiken de 1 y un intervalo inferior de **0,690481** (es mayor que el valor mínimo exigente el cual es 0,40) esto indica que los ítems son significativos, por tanto, aceptables; de acuerdo a la validez de contenido.

B. Validez de Discriminación:

Esta validez discriminará cada uno de los ítems con respecto a la totalidad del test; pues cuanto más discriminativo es el ítem, más representativo será para

el test. Determina en qué medida cada pregunta o ítem mide lo mismo que el test en general.

Esta validez es parte del análisis de ítems en el diseño de la construcción de un instrumento psicológico.

Para ello se utiliza el procedimiento ítem – total; y la correlación biseral para determinar la discriminación; la fórmula es la siguiente:

$$DC = R = X \text{ ítem} * \sum \text{ ítem } y$$

Donde:

X: valores de los sujetos de cada

Y: suma de cada sujeto del test total

Matriz de evaluación para el índice de Discriminación

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	Ind. D.
11	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0,368
12	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0,363
13	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0,544
14	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,231
15	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,377
16	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0,138
17	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0,583
18	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0,56
19	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0,297
110	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0,445
111	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0,099
112	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0,805
113	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0,643
114	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,204
115	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0,477
	6	7	1	1	2	6	6	7	2	3	6	4	4	0	0	3	3	9	1	4	1

Se puede apreciar los índices de discriminación de cada ítem, pero es necesario considerar algunos resultados que merecen relevancia, tales como:

- Los índices negativos, evidencian una discriminación negativa; es decir, mide de manera diferente al test en general; por lo tanto, se deben eliminar del test.
- Los índices con valor de cero; no discriminan, por lo tanto, queda a criterio del investigador en eliminarlo o retenerlo, usándolo como distractor, solamente.

Entonces los 15 ítems tienen una orientación similar; es decir, todos discriminan la misma variable en este caso “el riesgo suicida de Plutchik”; aunque algunos con mayor peso que otros.

CONFIABILIDAD REGIONAL:

A. Confiabilidad Interna

Se utilizó la confiabilidad por medio del Alfa de Cronbach.

La fórmula es la siguiente:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_j^2}{S_x^2} \right)$$

..... (I)

Donde:

- K = # de ítems.
- S_j^2 = varianza poblacional de cada ítem.
- S_x^2 = varianza poblacional del total.

También se utilizó la confiabilidad por Kuder y Richardson, quiénes plantearon la fórmula #20 para ítems dicotómicos.

$$KR = \frac{N}{N-1} \left(\frac{S^2 - \sum pq}{S^2} \right)$$

..... (II)

Donde:

- N= # de ítems
- S^2 = Varianza poblacional de cada ítem
- $\sum pq$ = suma de los productos de p multiplicado por q , para cada reactivo de la prueba.

DESCRIPCIÓN BREVE DEL INSTRUMENTO:

El instrumento de Riesgo Suicida de Plutchik, consta de 15 ítems dicotómicos, los cuales asume una puntuación de (1), cuando la respuesta es afirmativa y (0) cuando la respuesta es negativa.

La propiedad psicométrica de confiabilidad se realizará para cada sub componente.

DESARROLLO DE LA CONFIABILIDAD:

Para determinar la confiabilidad se halla la varianza poblacional de cada ítem y de la suma total.

Luego de haber hallado los datos, se resuelve reemplazando en la fórmula (I):

Confiabilidad Alfa de Crombach:

$$\alpha = (15/14) (1 - (2.54/6.38)) \qquad \alpha = 0.644$$

Entonces se obtuvo un alfa de Crombach de 0.642; esto indica una **confiabilidad promedio**.

Confiabilidad Kuder y Richardson # 20

Hallando en la fórmula (II):

$$KR20 = (15/14) ((6.33 - 3.18)/6.33) \quad \mathbf{KR20 = 0.588}$$

Se obtuvo, **una confiabilidad promedio**.

Conclusión del instrumento Riesgo Suicida de Plutchik; se utilizaron 2 procedimientos para determinar la confiabilidad (alfa de Cronbach, Kuder- Richardson 20); de todo ellos, las dos fórmulas evidencian una confiabilidad **media o promedio**; esto se debe a que la consistencia interna ha sido evaluada en base a la variabilidad de cada sujeto con respecto a los ítems, entonces cada ítem es evaluado con los resultados de cada sujeto.

Es recomendable realizar un análisis de control de variables aleatorias o extrañas en el momento de la aplicación; teniendo en cuenta que las variables de sexo, edad o alguna situación estresante influyen en los resultados, es necesario homogenizar estas variables intervinientes; por ejemplo, se tiene que procurar tener a sujetos lo más semejantes posibles en edad y las demás variables, para que el resultado del instrumento sea lo único que se mida.

También influye la dirección de la evaluación del instrumento; pues se está midiendo el riesgo suicida en alumnos de secundaria; algunos ítems son más relevantes que otros, es necesario realizar un control de estos reactivos.

Nota: Realizar la confiabilidad test retes no es recomendable; pues el riesgo suicida está vinculado con la depresión y la depresión es un estado de ánimo, no es un rango que determina la personalidad y por lo tanto no es constante en el individuo. En un análisis de test retest se puede obtener un resultado alto como también una confiabilidad muy baja.

Rango estándar para establecer la confiabilidad:

- Menos de 0.20 confiabilidad muy baja
- 0.20 – 0.70 confiabilidad baja
- 0.5 – 0.70 confiabilidad media
- 0.70 – 0.80 confiabilidad adecuada
- Mayores de 0.81 confiabilidad muy alta

Conclusión Final:

El instrumento cumple con las propiedades psicométricas, aunque la fuente de error aleatoria (errores intermitentes provenientes de los sujetos evaluados) está interfiriendo en la confiabilidad; pero la fuente de error sistemática (errores constantes provenientes del instrumento). De modo general el instrumento es adecuado para ser utilizado en la muestra objetivo de estudio.

ANEXO N° 03

ESCALA DE RIESGO SUICIDA EN SU VERSIÓN ORIGINAL DE PLUTCHIK

Nº	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Toma de forma habitual algún medicamento, como aspirinas o pastillas para dormir?		
2	¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3	¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo?		
4	¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
5	¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
6	¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
7	¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
8	¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9	¿Está deprimido/a ahora?		
10	¿Está usted separado/a, divorciado/a, viudo/a?		
11	¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12	¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13	¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14	¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15	¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		
	TOTAL		

ESCALA RSP Y VBA (Adaptada)

Apellidos y Nombres.....

Edad: Sexo: Turno: ... Religión:

Institución Educativa: N° de orden:

Actualmente con quién vive:

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta con un "SI" o "NO"

Nº	PREGUNTAS	SI	NO
1	Tengo dificultades para dormir.		
2	A veces siento que podría perder el control de mí mismo/a.		
3	Tengo poco interés en relacionarme con las personas.		
4	Veo mi futuro con pesimismo.		
5	Últimamente me he sentido inútil e inservible.		
6	Me siento sin ánimos de realizar mis actividades diarias.		
7	Últimamente me he sentido tan fracasado/a que solo quería meterme en la cama y abandonarlo todo.		
8	Me siento triste constantemente.		
9	Sufro la separación o pérdida de algún familiar.		
10	Sufro la separación o pérdida de mi enamorado/a.		
11	Alguna vez alguien de mi familia ha intentado quitarse la vida.		
12	Últimamente he sentido tan enfadado/a que hubiera sido capaz de lastimar a alguien.		
13	Alguna vez he pensado en quitarme la vida.		
14	He comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería quitarme la vida.		
15	He intentado alguna vez quitarme la vida.		
	TOTAL		