

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO
SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA
SECUNDARIA PRÓCERES DE LA INDEPENDENCIA AMERICANA –
TALAVERA – APURÍMAC 2018**

**SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL - ESPECIALISTA EN:
ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

AUTORES

EVELYN URQUIZO CARHUAS

HAYDEÉ ANGELICA ROLDAN TENORIO

CALLAO – 2019

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. ANA MARÍA YAMUNAUQUE MORALES PRESIDENTA
- Dra. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIO
- Mg. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: Dra. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 26

Fecha de Aprobación de tesis: 25/01/2019

Resolución del Consejo de Facultad 003-2019-CF/FCS de fecha 11 de Enero del 2019, sobre designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación dedicamos a nuestras familias que gracias a su comprensión y apoyo pudimos culminar la tesis con éxito.

Autores

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Callao, la Facultad de Ciencia de la Salud,
Escuela Profesional de Enfermería por incentivar la continuidad de
estudios de posgrado en los profesionales de enfermería.

Autores

ÍNDICE

	Pag.
RESUMEN	05
ABSTRACT	06
INTRODUCCIÓN	07
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	09
1.1 Descripción de la realidad problemática	09
1.2 Formulación del Problema	11
1.2.1 Problema General	11
1.2.2 Problemas Específicos	11
1.3 Objetivos	12
1.3.1 Objetivo General	12
1.3.2 Objetivos Específicos	12
1.4 Limitantes de la investigación	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1 Antecedentes	14
2.1.1 Antecedentes Internacionales	14
2.1.2 Antecedentes Nacionales	22
2.2 Marco	25
2.2.1 Teórico	25
2.2.2 Conceptual	29
2.3 Definición de términos básicos	44
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	45
3.1 Hipótesis	45
3.2 Operacionalización de variables	46

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	47
4.1 Tipo y diseño de la de Investigación	47
4.1.1 Tipo de la Investigación	47
4.1.2 Diseño de la Investigación	47
4.2 Método de investigación	47
4.3 Población y muestra	48
4.3.1 Población	48
4.3.2 Muestra	48
4.4 Lugar de estudio	48
4.5 Técnicas e Instrumentos para recolección de la Información	48
4.6 Análisis y procesamiento de datos	49
 CAPÍTULO V: RESULTADOS	 50
5.1 Resultados Descriptivos	50
 CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	 59
6.1 Contrastación de la hipótesis	59
6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares	59
6.3 Responsabilidad ética	61
 CONCLUSIONES	 62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
 ANEXOS	 68
Anexo 1: Instrumentos validados	
Anexo 2: Base de datos	

TABLAS DE CONTENIDO

Tabla N°5.1.1: Población de adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurimac 2018.	50
Tabla N° 5.1.2: Sexo de la población de adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurimac 2018.	51
Tabla N° 5.1.3: Procedencia de la población de adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurimac 2018.	52
Tabla N° 5.1.4: Personas responsables del cuidado de la población de adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurimac 2018.	53
Tabla N° 5.1.5: Creencias actitudinales sobre el suicidio en su Dimensión: Legitimación del suicidio de la población de adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurimac 2018.	54

Tabla N° 5.1.6: Creencias actitudinales sobre el suicidio en su dimensión: suicidio en enfermos terminales de la población de adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurimac 2018.	55
Tabla N° 5.1.7: Creencias actitudinales sobre el suicidio en su dimensión: Moral del suicidio de la población de adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurimac 2018.	56
Tabla N° 5.1.8: Creencias actitudinales sobre el suicidio en su dimensión: Creencias del propio suicidio de la población de adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurimac 2018.	57
Tabla N° 5.1.9: Creencias actitudinales sobre el comportamiento de la población de adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurimac 2018.	58

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en adolescentes en la provincia de Andahuaylas-Apurímac 2018. **Materiales y Métodos:** tipo de investigación cuantitativo, aplicada y descriptivo.; la población fueron los adolescentes de Andahuaylas- Apurímac, año 2018, (125), para recabar la información se utilizó la técnica del cuestionario auto informado en su 4 dimensiones con 19 ítems, empleando un formato de cuestionario autoinformado. **Resultados:** La población de Adolescentes en la provincia de Andahuaylas – Apurímac 2018 el 65.6% son de 14 a 16 años perteneciendo a adolescencia media y el 34.4 % son entre los 17 – 19 años perteneciendo a la adolescencia tardía. En relación hacia la legitimación del suicidio el mayor porcentaje fue una creencia favorable 92.0%, sin embargo fue desfavorable en un 8%.

En relación hacia el suicidio en enfermos terminales el mayor porcentaje fue favorable 99.2%, mientras que solo desfavorable es un 0.8%. En relación a la dimensión moral de suicidio el mayor porcentaje fue favorable en un 50.4% y el grupo restante mostró creencia desfavorable con 49.6%. En relación hacia el propio suicidio el porcentaje más alto mostro creencias favorables 78.4% y se mostró creencias actitudinales desfavorables con 21.6%.

En general las creencias actitudinales favorables en los adolescentes con 66.4%, mientras que las desfavorables son en un 33.6%. Se concluye que el mayor porcentaje de la población de adolescentes en la provincia de Andahuaylas - Apurímac 2018; muestran creencias actitudinales favorables hacia el comportamiento suicida en general en sus 4 dimensiones.

Palabra clave: Creencias actitudinales, comportamiento suicida.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the level of attitudinal beliefs about suicidal behavior in adolescents in the province of Andahuaylas-Apurímac 2018. Materials and Methods: type of quantitative, applied and descriptive research; The population was the adolescent of Andahuaylas-Apurímac, 2018 (125). To collect the information, the self-reported questionnaire technique was used in its 4 dimensions with 19 items, using a self-report questionnaire format. Results: The population of adolescents in the province of Andahuaylas - Apurímac 2018 65.6% are from 14 to 16 years old belonging to middle adolescence and 34.4% are between 17 - 19 years belonging to late adolescence. In relation to the legitimization of suicide, the highest percentage was a favorable 92.0% belief, however it was unfavorable in 8%.

In relation to suicide in terminally ill patients, the highest percentage was favorable, 99.2%, while only unfavorable was 0.8%. In relation to the moral dimension of suicide, the highest percentage was favorable in 50.4% and the remaining group showed an unfavorable belief with 49.6%. In relation to suicide, the highest percentage showed favorable beliefs 78.4% and unfavorable attitudinal beliefs were shown with 21.6%.

In general, favorable attitudinal beliefs in adolescents with 66.4%, while unfavorable beliefs are in 33.6%. It is concluded that the highest percentage of the adolescent population in the province of Andahuaylas - Apurímac 2018; They show favorable attitudinal beliefs towards suicidal behavior in general in its 4 dimensions.

Keyword: Attitudinal beliefs, suicidal behavior.

INTRODUCCIÓN

Los comportamientos suicidas en adolescentes constituyen un serio problema de salud en los países desarrollados. En éstos, el suicidio es la segunda causa de muerte en población joven, especialmente entre las edades de 15 a 19 años de vida (1); después de los accidentes de circulación. Por otro lado, todo un conjunto de factores constituyen serias dificultades en el manejo asistencial de estos adolescentes; sin embargo las causas son diversas desde las condiciones tanto infraestructura, emocional, tipo de familia, acceso a la salud hasta el ambiente son influyentes para dicha conducta (2). En este artículo se revisan los aspectos clínicos más relevantes así como los factores de riesgo haciéndose un especial énfasis en los factores sociales. Finalmente, se realizan una serie de recomendaciones tanto en lo que atañe a la detección precoz de las conductas suicidas como en lo que se refiere a los aspectos institucionales.

(1)

Los suicidios y las tentativas de suicidio constituyen un problema grave de salud pública que comprende cuestiones características de la adolescencia. En efecto, cuestiones como el pasaje al acto, la impulsividad, el problema de la muerte, la depresión, el ataque al propio cuerpo y al marco familiar, son inherentes a este período de la vida denominado adolescencia; concepto que hay que interpretar no sólo en clave neurobiológica sino, y esto es quizá más relevante, en clave psicosocial. Esto es así en la medida en que la adolescencia, a diferencia de la pubertad, no es ajena al marco histórico y social en el que se desarrolla, en consecuencia, la adolescencia pone en tela de juicio lo social y amenaza con crear un conflicto de generaciones. (1)

Por otro lado, los suicidios y los intentos de suicidio son fenómenos no ajenos a los marcos sociales en los que acontecen. Dichos marcos constituyen los factores sociales implicados, esto es, actúan como

elementos que pueden favorecer la emergencia de comportamientos suicidas en tanto el sujeto posmoderno se enfrenta a un proyecto colectivo en el que naufragan muchas vidas, al verse traídas y llevadas por un vivir carente de sentido. La muerte, por tanto, es algo que ocupa el pensamiento de los adolescentes, sin embargo, no todos piensan en morir ni en suicidarse. Es aquí donde incidirán los factores individuales y sociales, factores que se deben interpretar, es preciso decirlo, en términos de la aplicación de un instrumento, identificando y diagnosticando a nivel social, así como también a nivel individual.

El presente trabajo de investigación consta de seis apartados; **I**: planteamiento del problema, que incluye la determinación del descripción de la realidad problemática, formulación del problema, objetivos y limitantes de la investigación, **II**: incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **III**: considera las variables e hipótesis, así como la operacionalización de variables, **IV**: metodología; **V**: resultados y el **VI**: Discusión de resultados; seguido de las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática.

Abordar la problemática de suicidio es un tema de urgencia, ya que según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2020, las defunciones por suicidio aumentarán un 50%, alcanzando 1.5 millones de muertes anuales a nivel mundial. También se conoce que en la actualidad el grupo de mayor riesgo es el de los jóvenes. Las investigaciones recientes sobre esta temática han apuntado que el suicidio en la adolescencia se encuentra entre las primeras causas de mortalidad en este grupo etáreo (15 a 19 años), ocupando el tercer lugar entre las causas más frecuentes. La tendencia suicida puede pensarse como un proceso que empieza con la idea de quitarse la vida, pasa por el intento de suicidio hasta finalizar con el suicidio consumado. La ideación suicida es una fracción compleja de este proceso. (2)

Como grave problema de salud pública, el suicidio exige nuestra atención pero, desafortunadamente, su prevención y control no son tarea fácil. Las investigaciones avanzadas indican que la prevención del suicidio, aunque factible, supone una serie de actividades que van desde la disposición de las mejores condiciones posibles para criar a nuestros niños y jóvenes hasta el control ambiental de los factores de riesgo pasando por el tratamiento eficaz de los trastornos mentales. La difusión adecuada de información y la concientización sobre el suicidio son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención. (3)

Las ideas suicidas pueden implicar desde pensamientos de falta de valor de la vida hasta la programación de un acto letal, atravesando

por deseos más o menos intensos de muerte. En algunos casos implica una aguda preocupación destructiva de naturaleza delusiva. Es importante destacar que la ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio. La ideación suicida se considera como un trastorno, como el inicio o primera etapa de un continuo que lleva al individuo a consumir el suicidio (2)

El suicidio es el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales. El mejoramiento de la detección por parte de la comunidad, la remisión y el control del comportamiento suicida son pasos importantes para su prevención. El desafío fundamental de dicha prevención es identificar a las personas vulnerables y en situación de riesgo; entender las circunstancias que influyen en su comportamiento autodestructivo y estructurar intervenciones eficazmente. Por consiguiente, los consejeros deben desarrollar iniciativas basadas en la comunidad para prevenir y controlar el comportamiento suicida. (3)

Se calcula que aproximadamente un 90% de las personas que han puesto fin a su vida suicidándose tenían un trastorno mental, y un 60% de ellas estaba deprimida al momento de suicidarse. De hecho, todos los trastornos del estado de ánimo han sido claramente relacionados con el comportamiento suicida. La depresión y sus síntomas (p. ej., tristeza, aletargamiento, ansiedad, irritabilidad, alteraciones del sueño y la comida) deben alertar a los consejeros sobre el posible riesgo de suicidio. Por supuesto, estas preguntas tienen que hacerse de manera adecuada a la persona específica en un ambiente sociocultural específico. (3)

Por tanto Al trabajar con adolescentes con síntomas de depresión y/o ideación de suicidio, es valioso para el profesional evaluar los pensamientos orientados hacia el suicidio. El disponer de un instrumento que mida las cogniciones de los jóvenes, es una herramienta útil para la investigación, prevención y tratamiento de adolescentes con esta problemática, en este sentido el presente trabajo tendrá una doble finalidad por un lado medir las creencias actitudinales del pensamiento suicida en la población adolescente de la región Apurímac y el segundo es validar un instrumento fiable y de fácil manejo que puede servir para evaluar a poblaciones vulnerables y que ello sirva para planificar intervenciones preventivas y de tratamiento con la finalidad de evitar este problema de salud pública que es el suicidio.

1.2. Formulación Del Problema

1.2.1 Problema General:

¿Cual es el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida de adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurimac 2018?

1.2.2 Problemas Específicos:

- ¿Cuál es el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en la dimensión **legitimización del suicidio** en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurimac 2018?
- ¿Cuál es el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en la dimensión el **suicidio en enfermos terminales** en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria

Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurímac 2018?

- ¿Cuál es el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en la **dimensión moral del suicidio** en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurímac 2018?
- ¿Cuál es el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en la dimensión el **propio suicidio** en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurímac 2018?

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurímac 2018.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en la dimensión **legitimización del suicidio** en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurímac 2018.
- Establecer el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en la dimensión el **suicidio en enfermos terminales** en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurímac 2018.

- Determinar es el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en la **dimensión moral del suicidio** en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurimac 2018.
- Determinar el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en la dimensión el **propio suicidio** en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurimac 2018.

1.4. Limitantes De La Investigación

1.4.1. Limitante teórico.

Durante la realización del marco teórico, no se han encontrado muchos antecedentes de estudios a nivel nacional que incluyan a los adolescentes.

1.4.2. Limitante temporal.

Durante el proceso de ejecución del proyecto de investigación, se ha presentado algunas dificultades para recabar y procesar la información, entre ellos la demora en la autorización para la realización del estudio, asimismo los directivos y el personal de salud, muestran poca predisposición para entregar la información solicitada, pese a contar con el consentimiento informado, ella ha motivado la demora en la ejecución de la investigación.

1.4.3. Limitante espacial

No se presento mayores problemas pues todos eran captados en la Institución Educativa, salvo con los estudiantes que no asistieron los días que se realizó la aplicación de instrumentos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

ASUNCIÓN L. (2012). *En su trabajo titulado Ideación y comportamiento suicida en embarazadas, México; Cuyos objetivos son investigar la ocurrencia de la ideación y comportamiento suicida en embarazadas que acuden a atención prenatal y analizar los motivos de las conductas. Algunos señalan que las complicaciones en el embarazo por intento de suicidio se reportan en 0.4 de cada mil pacientes dadas de alta de hospitales y en una de cada 283 embarazadas en servicios especializados de salud mental. La ideación suicida se presenta entre 0.5 y 1.4% de las embarazadas y en 27.8% de este grupo con trastornos psiquiátricos. Participantes: Metodología: Se entrevistó a 120 embarazadas que acudieron a control prenatal: 1. A un Centro de Salud que brinda atención primaria y 2. A tres Casas de Salud que proveen servicios médicos básicos en la Ciudad de México. Se excluyeron tres de los 120 cuestionarios debido a información incompleta, lo que dejó un total de 117. Instrumento. Procedimiento: Una psicóloga aplicó el instrumento por medio de una entrevista en la sala de espera del Centro de Salud y en un consultorio en las Casas de Salud. Resultados Ideación suicida: Pensar mucho en la muerte lo manifestaron 29 (24.8%) alguna vez en la vida y 44 (37.6%) durante la gestación. Los motivos para este último periodo son: separación de la pareja, muerte de un hijo, miedo al parto, temor a accidente o enfermedad e interés en el tema de la muerte. Saberse embarazada, sentirse sola, la muerte o la enfermedad de una persona cercana y tener problemas familiares son razones para los pensamientos de muerte, pero también para el deseo de morir. Deseo de morir: Lo expresaron 29 (24.8%) en el*

pasado y en nueve (7.7%) ocurrió en la preñez. En ésta, los motivos fueron: saberse embarazada, la muerte o la enfermedad de una persona cercana y tener problemas familiares. También aludieron a problemas con la pareja y con los padres. Intención suicida: Trece dijeron haber estado a punto de quitarse la vida alguna vez (11.1%) y tres (2.6%), durante el embarazo; los problemas con la pareja son la causa de la intención en este periodo. Intento suicida: Diez mujeres hablaron de intento (8.5%) alguna vez en la vida y una (0.9%), durante el embarazo. Este único caso mencionó, como causa, los problemas con la pareja. (4)

HERNÁNDEZ, ET AL. (2013). En el estudio titulado comportamiento del intento suicida, en la localidad de Palmar, en el período enero 2012 - enero 2013. Cuyo objetivo fue determinar el comportamiento del intento suicida, en la localidad de Palmar, en el período enero 2012 - enero 2013. Metodología: El estudio estuvo conformado por 13 adolescentes con diagnóstico de intento suicida, que cumplieron los criterios para la investigación. Se obtuvieron los datos a través de las historias clínicas, la entrevista individual con el paciente y encuesta, vaciándose en una planilla de recolección, y finalmente procesándose y plasmándose en tabla de contingencia de doble entrada con el empleo de los números absolutos y porcentajes. Se emplearon variables como: síntomas referidos o identificados. Se obtuvo como resultado que predominaron como síntomas que precedieron al intento suicida la ansiedad, irritabilidad, insomnio e ideas suicidas, con diagnóstico definitivo de trastorno adaptativo y los métodos más utilizados en la comisión del intento suicida fueron los duros como el ahorcamiento. Resultados; al analizar la distribución de los pacientes según síntomas referidos o identificados antes del intento suicida (Tabla 1), se puede apreciar que predominó la ansiedad, la idea o intento suicida, insomnio, irritabilidad en el 100 % de los adolescentes, seguidos de la tristeza con 92.3 % y la agresividad con el 84.3 %. (5)

DOMINGUEZ, D; HERMOSILLO, A E; VACIO, M A.(2016). En su trabajo titulado Efecto de los factores de protección y de riesgo sobre el comportamiento suicida en estudiantes de Psicología, México 2016. Cuyo objetivo fue determinar efecto de los factores de protección y riesgo sobre el comportamiento suicida. Conocer estos factores facilita diseñar tratamientos preventivos costo-efectivos, especialmente en jóvenes estudiantes de las áreas de la salud mental. En el presente estudio se analizó el valor predictivo de dichos factores y su alcance explicativo del comportamiento suicida en estudiantes de Psicología en Aguascalientes. Metodología: Estudio transversal explorativo con muestreo no probabilístico; participaron 199 estudiantes entre 17 y 29 años elegidos por muestreo convenido. Se evaluaron a través de la batería MDPS-AGS. Se empleó la correlación de Pearson para observar la asociación de los factores, análisis factorial para la conformación de componentes y la regresión lineal múltiple para identificar un modelo causal exploratorio. Los resultados se discuten en función de tres puntos: la exclusión de la sintomatología depresiva, la participación diferenciada de autocontrol en los modelos y la dispersión que mostraron los factores de riesgo en análisis factorial. Autolesión e ideación tuvieron una correlación significativa a nivel 0.05 con relaciones intrafamiliares-.161, ansiedad .259, desesperanza .231, eventos estresantes .209, recursos afectivos -.232, manejo de la tristeza -.227, incapacidad para solicitar apoyo -.142 y autoestima -.288. Llama la atención que desesperanza y autoestima presentaron una correlación significativa a nivel 0.01 con la mayoría de las variables, con oscilación entre -.206 y .578, este último dato corresponde a la correlación entre ambas variables. Las variables se agruparon en seis factores, con una varianza total explicada de 69.16%. El factor 1 agrupó la mayoría de las variables con pesos factoriales que oscilan entre 0.5 y 0.7, excepto la desesperanza, con un peso negativo (-0.628). (6)

ARAUJO, L; CAVALCANTI, R CH; NASSAR, F; FERREYRA, B; BOTELHO, E. (2018). En su trabajo realizado titulado Relación entre comportamiento suicida y trastornos alimentarios: una revisión sistematizada, Brasil, 2018; Cuyo objetivo fue realizar una revisión sistematizada de la literatura sobre trastornos alimentarios y su relación con comportamiento suicida mediante el análisis del contenido de las publicaciones virtuales. **Método:** Realizar una búsqueda en bases de datos electrónicas (Medline, Liacs, Adolec y Pubmed), de artículos publicados del año 2003 al 2014. **Resultados:** En todos los estudios la anorexia nerviosa fue el trastorno alimentario más presente. Respecto de la bulimia nerviosa, las tasas de tentativas de suicidio y/o comportamientos autoagresivos son más elevadas entre individuos que recurren a varias formas de compensación mediante múltiples tipos de actitudes purgativas. Acerca de factores de riesgo asociados, los trastornos comportamentales, los emocionales y la dependencia química aparecen en todas las publicaciones. **Conclusión:** Todavía son escasos los trabajos que investigan en profundidad la relación entre trastornos alimentarios y comportamiento suicida. Se puede detectar empero que la presencia concomitante de ambas situaciones puede comprometer aún más la salud del paciente. (7)

MATOS, A, ET. AL. (2016). En su trabajo titulado “Ideación suicida en estudiantes de enseñanza superior: influencia del apoyo social, Brasil, 2016”.Cuyo objetivo fue: Determinar la prevalencia de la ideación suicida entre los estudiantes de enseñanza superior y analizar su relación con el apoyo social. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo y exploratorio, realizado con una muestra de 1074 estudiantes de una institución de enseñanza superior de la región centro de Portugal. La recogida de datos fue realizada en una plataforma online a través de un cuestionario con preguntas relativas

a la caracterización sociodemográfica y académica de los estudiantes con una Escala de satisfacción con el apoyo social/familiar (Ribeiro, J., 1999); e o Cuestionario de Ideación Suicida (Ferreira & Castela, 1999). Resultados: La edad de los estudiantes oscila entre los 17 y los 49 (\bar{x} = 23,9 años \pm 6,107 dp), la gran mayoría (64.7%) son mujeres. Los resultados muestran que la presencia/gravedad de pensamientos suicidas es baja (\bar{x} =13,84; \pm 20,29 Dp). En una escala de 0 a 180 el punto de corte >41 para valores que sugieren un riesgo suicida potencial, en base al cual fueron identificados 84 estudiantes (7,8%). Se verificaron asociaciones significativas entre la ideación suicida y las dimensiones del apoyo social: actividades sociales ($r = -0,305$ $p=0,000$), intimidad ($r=-0,272$ $p= 0,000$) y apoyo social total ($r=-0,168$ $p= 0,002$). Conclusiones: El estudio demuestra que la gravedad de la ideación suicida es más elevada en los estudiantes que se encuentran desplazados fuera de casa y viviendo solos; con redes débiles de apoyo social/familiar (menor involucramiento en actividades sociales y relaciones de intimidad). Estos resultados nos permiten concluir que una red de apoyo social frágil se asocia positivamente con la ideación y el riesgo de suicidio. (8)

VÉLEZ, Y D; LORENZO, L; ROSSELLÓ, J. (2012). En su trabajo titulado " Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as, Puerto Rico, 2012". Cuyo objetivo fue Evaluar el valor predictivo de algunas variables cognitivas, conductuales, y afectivas para explicar la ideación suicida desde una perspectiva cognitivo-conductual. Metodología: La muestra consistió de 179 jóvenes (13-18 años) a los cuales se le administraron cuestionarios de auto-informe. Aproximadamente 17% de los/as jóvenes reportaron pensamientos suicidas algunas veces o muy frecuentemente. Estos jóvenes en promedio tenían más síntomas de

depresión, más pensamientos disfuncionales, un auto-concepto más bajo y menos estrategias de manejo saludables que los que no reportaron ideas suicidas. De igual forma, estas variables predijeron la ideación suicida. Los resultados evidencian la alta prevalencia del comportamiento suicida en adolescentes puertorriqueños/as. El grupo con ideación suicida se constituyó de los/as adolescentes que contestaron desde algunas veces a muy frecuentemente a la pregunta “sientes deseos de matarte”. Estos fueron 29, ó 16.4% de la muestra. Un 12.4% de la muestra indicó haber intentado suicidarse al menos en una ocasión en sus vidas. Un 32.4% contestó afirmativamente a la premisa del CDI, "He pensado en matarme, pero no lo haría" y un 2.2% indicó “Quisiera matarme”. La prueba del CDI obtuvo una puntuación promedio de 14.16 (DE = 6.27). Los/as adolescentes con ningún síntoma o síntomas leves de depresión representaron un 34.6% de la muestra total, 43.6% tenían síntomas moderados y el restante 21.8% de los/as adolescentes mostraron síntomas de depresión severos. El factor *Estrategias Saludables* del A-COPE obtuvo una puntuación promedio de 3.21 (DE = 0.46), mientras que el factor de *Paliación del Estrés* obtuvo una puntuación promedio de 2.58 (DE = 0.48). La subescala FAMILIA tuvo una puntuación promedio de 3.11 (DE = 0.80). Consumir alcohol en respuesta a problemas fue reportado por casi un cuarto de la muestra (22.91%; n = 41), mientras 10.6% (n = 19) reportaron fumar, aunque sólo 2.2% de la muestra tenía la edad legal para comprar alcohol cigarrillos. (9)

CARMONA, J A; GAVIRIA, J M; BERNAL, L. (2014). En su trabajo titulado “Suicidio, vínculos en estudiantes universitarias colombianas, Colombia, 2014.”Cuyo objetivo fue indagar y comparar la manifestación de la ideación e intento suicida respecto de la no aparición de conducta suicida en estudiantes universitarias, teniendo en cuenta los vínculos afectivos que ellas establecen.

Metodológicamente el estudio se basa en el enfoque psicosocial. Se diseñó un estudio descriptivo para evaluar la presencia o no de la conducta suicida y valoración de vínculos. El estudio se desarrolló en 17 universidades de Colombia, con una muestra de 1055 estudiantes universitarias entre los 18 y 25 años. Se elaboró un cuestionario validado mediante jueces y fue aplicado a las estudiantes para identificar la ideación o intento de suicidio, la información se procesó mediante Epiinfo versión 10. Resultados: Se encontró que las estudiantes sin conducta suicida califican sus vínculos como muy buenos, en razón de lo cual se puede afirmar que la calidad de los vínculos es un factor protector frente a los comportamientos autodestructivos. Se identificó que las estudiantes con ideación suicida, intentos suicidas, omisiones en el autocuidado y conductas autodestructivas, poseen vínculos más débiles con la figura paterna, que con la figura materna. Se hace necesario plantear estrategias que transformen la relación vincular de toda la familia para fortalecer la salud. El vínculo con la madre al parecer fortalece la salud y contrarresta a su vez los efectos de la repetición de patrones multigeneracionales asociados a la conducta suicida. (10)

VÉLEZ PÉREZ (2017), en la tesis *“Espectro del suicidio en jóvenes universitarios en Puerto Rico”*, indica que el comportamiento suicida es un proceso complejo que puede incluir ideaciones suicidas, amenazas, gestos e intentos, hasta desembocar en el suicidio propiamente dicho, aunque puede ocurrir suicidio sin ideación previa, así como ideaciones que no lleven a la muerte autoinfligida. Objetivo: Conocer la incidencia de intentos e ideación suicida en jóvenes universitarios. Método: El estudio es de tipo descriptivo – no experimental. Se administró un cuestionario a 507 jóvenes estudiantes de una universidad del área sur de Puerto Rico, 72.8% eran mujeres y 27.2% varones. La edad promedio fue 21 años.

Resultados: El 9.9 % indicó haber realizado durante su vida algún acto con la intención de quitarse la vida, mientras que el 8.5 % afirmó que tuvo alguna ideación suicida en el último año. Conclusiones: Según los resultados existe incidencia de jóvenes con intento e ideación y es más frecuente en féminas. La universidad impone a estudiantes demandas múltiples y variadas colocándolos en riesgo de comportamiento autodestructivo que pudieran desembocar en conductas suicidas. Se justifica la necesidad de desarrollar estrategias de intervención para el escenario universitario. (11)

CÓRDOVA MORENO (2013), *¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato, México.* Objetivo. Evaluar un programa de prevención secundaria de comportamientos de riesgo suicida en adolescentes escolarizados y sus familias, utilizando el enfoque de democratización familiar. Método. Estudio exploratorio, prospectivo, en el que se empleó metodología participativa (talleres de reflexión-acción) y evaluación pre y post-prueba de 81 estudiantes de educación media superior y sus familias. Se aplicaron escalas de depresión, ideación suicida, ansiedad y relación con los padres. Resultados. La evaluación del nivel de ideación suicida de los estudiantes de dos colegios públicos de Sonora permitió identificar los dos grupos con las mayores puntuaciones, en al menos un rasgo suicida. Éstos fueron: el grupo “b” de tercero vespertino, en la escuela 1, con el porcentaje más alto (59.1%) de sus estudiantes reportando, por lo menos, un rasgo de ideación suicida); mientras que para la escuela 2, el grupo “a” fue el que obtuvo mayor porcentaje en ideación suicida con respecto a los demás grupos (50%). Estos dos grupos de estudiantes, junto con sus padres participaron en los talleres de reflexión acción. Las características de los participantes seleccionados, en cuanto a la estructura de sus familias, fue similar para ambas escuelas; la

mayoría vive en familias nucleares (72.7%), en segundo lugar aparecen los hogares uniparentales (15.9%) y en menor proporción pertenecen a familias extensas (4.6%), fragmentadas (4.6%) o reconstruidas (2.25%). Conclusión. Padres de familia y adolescentes evaluaron de manera positiva su participación en los talleres. Se recomienda extender la duración de los mismos, así como emplear otro conjunto de medidas de prevención que involucre a los padres de familia. (12)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

CHITE HUAYHUA, F. B. (2015). *Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Santa Rosa de Lima, Arequipa.* Objetivo: Conocer las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en sus dimensiones: legitimaciones del suicidio, suicidio en enfermos terminales, dimensión moral del suicidio y el propio suicidio, relacionadas al sexo, edad y convivencia familiar en adolescentes. Material y métodos: El trabajo fue observacional, prospectivo y transversal. La población se compuso de 114 estudiantes. Para identificar la presencia de creencias favorables hacia el comportamiento suicida se utilizó el cuestionario CCCS-18 y las variables sexo, edad y convivencia familiar fueron identificadas con una encuesta. Conclusiones: la presencia en general de creencias favorables hacia el comportamiento suicida fue del 65,8%, siendo mayor en el sexo femenino (53,3%). En relación a la edad, los adolescentes de 15 años mostraron creencias favorables en una mayor frecuencia (56%) que los de 14 años (24%) y 16 años (20%). Respecto a las dimensiones del suicidio, sólo se halló dependencia en el caso de creencias (13) favorables hacia el propio suicidio relacionadas al sexo y edad ($\chi^2=3,92$ y $6,88$; $p<0,05$). (13)

MEDINA CANO ET. AL (2017). *Factores Psicosociales Asociados a la Conducta Suicida en Adolescentes, Perú.* El suicidio es un fenómeno de carácter individual, pero que se extiende de forma social, debido a su presencia a lo largo de la historia de la humanidad y no hace excepción de prácticas religiosas, culturales y/o estrato socioeconómico, ante esto el objetivo de esta investigación era el de describir los factores psicosociales asociados a la conducta suicida en estudiantes adolescentes entre los 14 a 20 años, en total fueron 145 adolescentes, 74 mujeres y 71 hombres. La metodología utilizada fue de diseño cuantitativo, de tipo descriptivo, obteniendo que la desesperanza y culpa, depresión mayor, hostilidad, falta de apoyo social y familiar son factores psicosociales asociados a la conducta suicida. El propósito de la investigación fue describir los factores psicosociales asociados con la conducta suicida en adolescentes de 14 a 20 años de edad y se encontró que los factores psicosociales como desesperanza y culpa, depresión mayor, hostilidad, falta de apoyo social y familiar, presagio, amenaza o proyecto suicida, antecedentes de suicidio familiar y antecedente personal de intento suicida, tienen una alta probabilidad de asociación con la conducta suicida, anotando que se presentan factores con un alto índice de asociación, como lo son la falta de apoyo familiar y social presentándose en 105 adolescentes, siendo el 72,2% de la población, seguido por el factor de impulsividad con un 66,2% (96 adolescentes), la depresión mayor por su parte con 92 adolescentes, correspondiendo al 63,4% de la población, por último dentro de los que ocupan el alto índice esta la desesperanza y culpa con 83 adolescentes en un 57,2%. (14)

BAZÁN LÓPEZ ET. AL. (2016) *Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural.* La conducta suicida podría considerarse una continuidad que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio. La literatura sobre el suicidio en adultos es abundante así como los datos descriptivos y epidemiológicos al respecto. Sin embargo, no sucede lo mismo con la literatura sobre el suicidio en niños y adolescentes; a pesar de que en este último grupo poblacional se han hecho algunos esfuerzos por comprender el fenómeno, existe una limitada producción de información sistemática basada en la evidencia sobre el tratamiento óptimo del adolescente suicida. Una revisión sistemática de la literatura internacional, encontró que el promedio de prevalencia de vida de intentos suicidas en adolescentes fue 9,7% (95% IC: 8,5-10,9) y el promedio de prevalencia de vida de pensamientos suicidas fue 29,9% (95% IC: 26,1-33,8). Los resultados de esta revisión sistemática confirman que los pensamientos e intentos suicidas son relativamente comunes en los adolescentes. En el Perú se han realizado algunos estudios dentro de instituciones de salud y otros de tipo epidemiológico, incluido algunos distritos de Lima Metropolitana y Callao (6-8). En estos estudios se encontraron prevalencias importantes de conductas suicidas, estando presente el deseo de morir alguna vez en la vida entre el 16 y 24,4% de adolescentes y el intento suicida alguna vez en la vida en un 3%. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y los factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural, considerando la importancia por tratarse de una zona antes no explorada y de condiciones socioculturales particulares. (15)

PERALES ALBERTO ET AL. (2013) *Conducta suicida en estudiantes de las Escuelas de educación y educación física de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.* OBJETIVO: Identificar alumnos de las Escuelas de Educación y Educación Física de la UNMSM que hayan presentado conducta suicida y estimar la prevalencia de vida de este trastorno y sus variables asociadas en dicha población. METODOLOGÍA: Estudio analítico de corte transversal en el universo de estudiantes registrados en dichas Escuelas en el 2011. Instrumentos previamente validados (Cuestionario de Conducta suicida, Escalas de Depresión y Ansiedad de Zung, escala de Indicadores de Conducta Antisocial, y CAGE) fueron aplicados en sesiones grupales por cada año de estudio. Análisis descriptivo de los resultados y de sus asociaciones con variables relevantes. RESULTADOS: En la Escuela de Educación, de los 1027 alumnos matriculados en el primer semestre de 2011, 490 (48%), participaron en el estudio previa firma del Consentimiento Informado. En ellos se obtuvieron las siguientes prevalencias de vida: Conducta suicida global, 52.7%; Deseos de Morir, 48.1%; Ideación Suicida, 28.3%; Plan Suicida, 12.7%; Intento Suicida, 16.3%. En el análisis bivariado el intento suicida se asoció significativamente a niveles altos de depresión OR=6,05, IC 95% (3,14-11,64), p= 0,001; de ansiedad OR=7,12, IC 95% (3,31-15,32), p= 0,001; pensamiento homicida OR=3,15, IC 95% (1,71-5,83), p= 0,001; indicadores de conducta antisocial OR=1,93, IC 95% (1,10-3,38) p=0,02; y riesgo de problemas con el alcohol (CAGE positivo) OR= 3,11, IC 95% (1,31-7,37), p=0,007. En la Escuela de Educación Física, de 426 alumnos matriculados en el 2011 participó el 74% (315). Las P.V. halladas fueron: Conducta Suicida Global, 31.7%; Deseos de Morir, 28%; Ideación Suicida, 17.5%; Plan Suicida, 8.1%; Intento Suicida, 11.2%. En el análisis bivariado el intento suicida se asoció significativamente a sexo femenino OR=2,43, IC 95% (1,18-5,01)(p=0,013); niveles altos

de depresión OR=11,52, IC 95% (3,86-34,31) (p=0,001); niveles altos de ansiedad OR=6,99, IC 95% (2,26-21,59), (p=0,001); pensamiento homicida OR=3,57, IC 95% (1,52-8,37), (p=0,002); indicadores de conducta antisocial OR=3,62, IC 95% (1,71- 7,67), (p=0,001) y sospecha de problemas con el alcohol (CAGE positivo) OR=2,64, IC 95% (1,07-6,48), (p=0,029). CONCLUSIONES: La población estudiantil de las Escuelas de Educación y Educación Física de la UNMSM constituye un grupo en riesgo en cuanto a indicadores suicidas asociados a otras variables de salud mental. El problema detectado es suficientemente importante como para que la universidad asuma la responsabilidad de organizar programas preventivos y de intervención específicos. (16)

2.2. Marco

2.2.1 Teórico

A. MODELO DE JOYCE TRAVELBEE DE RELACIÓN PERSONA A PERSONA

Este modelo establece que la enfermería es también un arte y lo comprende como el uso consciente de la propia persona en la práctica del cuidar, ayudando y acompañando a otros en sus procesos de desarrollo psicosocial y de recuperación. El propósito de la enfermera es comprender la situación que vive la persona, familia o grupo y a partir de esa comprensión establecer una relación de ayuda.

Joyce Travelbee identifica las siguientes fases de la relación enfermera-persona:

Fase del encuentro original:

Cuando la enfermera tiene un primer encuentro con el paciente, los sentimientos emergen en la interacción como resultado de las percepciones desarrolladas. La observación es el paso más importante en el proceso de enfermería. Estas percepciones son

importantes porque lo que se ve y se deduce sobre el otro, los pensamientos y sentimientos, tienden a determinar los comportamientos y reacciones hacia él.

Fase de identidades Emergentes:

Durante esta fase ambos, enfermera y paciente, empiezan a establecer un enlace y a ver al otro menos como una categoría y más como un ser humano único.

Fase de empatía: La unicidad de cada individuo se percibe más claramente; en cuanto a la empatía, no es un asunto continuo, la enfermera puede interactuar muchas veces con el paciente pero solo “empatiza” una o varias veces. Una vez ocurra la empatía, el patrón de interacción cambia.

Fase de simpatía:

La habilidad de simpatizar emerge y resulta del proceso empático. Es un paso más allá de la empatía y surge del deseo base de aliviarle el estrés. Es la capacidad de entrar en o compartir los sentimientos o intereses de otro.

Fase de Termino:

Es un proceso, una experiencia o serie de experiencias. Es una interrelación cercana de pensamientos y sentimientos, transmitidos o comunicados de un ser humano a otro.

Esta teoría se aplica precisamente a la práctica del cuidado de la esfera mental de los adolescentes, que tienen riesgo a tener conductas suicidas; la enfermera debe demostrar una genuina preocupación del otro, combinada con el deseo de ayuda, con el objetivo de transmitir al otro que su preocupación es también la nuestra y que se trabajará para ayudarlo a solucionarla. La empatía y la simpatía, son elementos claves en la relación con los adolescentes.

B. TEORÍAS DE LA CONDUCTA SUICIDA

Existen diversas teorías acerca de la conducta suicida:

- Factor biológico: Señala un debilitamiento de las funciones cerebrocorticales elevadas, demostrándose una disminución de serotonina en sangre, así como de 5 HIAA (aminoácido 5 hidroxindolacético) sobre todo en el LCR, con lo cual los antidepresivos del organismo están muy bajos.
- Factor sociocultural.
- Fallas de los mecanismos adaptativos del sujeto a las contingencias del medio.
- Teoría multifactorial: Esta incluye a las anteriores, pero además tiene en cuenta la constitución genética hereditaria que hace proclive al individuo hacia el suicidio.

Todo lo anterior muestra la importancia que reviste para el personal que atiende directamente a los niños y adolescentes, dígase familia, educadores escolares, médicos, psicólogos, psiquiatras y profesionales en general, el conocimiento de las causales fundamentales en su psicodinámica del fenómeno de la conducta suicida. Esto permite una mejor terapéutica basada en estos aspectos y una mejor rehabilitación una vez sucedido el incidente. (1)

La actualización científica constante ayuda a aguzar el punto de mira en esta problemática, ayuda a pensar en ello aun cuando no se haya presentado pero cuando ya sus causales están cercanas y así evitar las secuelas emocionales que deja en los propios afectados directamente así como en los que los rodean. (17)

2.2.2 Conceptual

A. SUICIDIO

La conducta suicida abarca un amplio espectro que incluye: la idea suicida, el gesto, la amenaza, el intento y el suicidio consumado, siendo estas dos últimas las más estudiadas por la implicación que tiene tanto para el individuo, como para la sociedad.

El intento suicida o parasuicidio es definido como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión independientemente de la letalidad del método empleado, mientras que suicidio (“sui” mismo y “cidium” matar) es acto humano de autolesionarse con la intención de acabar con su propia vida.

El parasuicidio, o intento suicida, es definido como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención. El intento suicida y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida, aunque representan un recorrido que va desde la idea suicida hasta el suicidio.

La ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio y ha sido mucho menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado. El intento suicida es un acto en que la inminencia de la consumación del hecho revela su intencionalidad fatal (planeamiento, hacerse daño a través de instrumentos) o su gravedad factual (cortarse las venas, ingerir un raticida). Son amenazas o gestos suicidas las verbalizaciones o actos que si llegaran a consumarse, darían lugar a un daño serio o a la muerte del sujeto. Las amenazas y los gestos suicidas generalmente son subestimadas, devaluadas e incluso ignoradas por las figuras significativas a quienes se pretende hacer llegar el mensaje del sufrimiento que se está padeciendo, sin que estas personas tengan en cuenta que ambas son manifestaciones muy frecuentes de la comunicación suicida (18)

El suicidio es un tema controvertido, que pese a su carácter individual, es considerado como un grave problema de salud en casi todas las regiones del mundo. Es aún un enigma el por qué los seres humanos orientados hacia la vida se entregan a comportamientos autodestructivos.

El suicidio y la eutanasia consentida, el provocar o solicitar la muerte, parece ser una opción libre

En el suicidio y la eutanasia consentida, el darse muerte a si mismo aparece como una opción libre. En esta concepción, atentar contra la vida propia o de otro sería una expresión de libertad individual (19).

Durante la adolescencia, etapa de desarrollo por la que atraviesa todo individuo, se presentan en los jóvenes cambios difíciles que les producen ansiedad y depresión hasta llegar, en muchas ocasiones, a una tentativa de suicidio. Este intento plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis de la adolescencia. La manipulación de la idea de la muerte en el joven suele ser frecuente, pero debe hacerse la diferencia entre el adolescente que piensa en el suicidio como una llamada de auxilio, como una manera de comunicar su descontento a los demás, el que ve el suicidio como una idea romántica y aquel que realmente lo lleva a cabo. Si cerca se encuentra algún adolescente cuyo comportamiento indique que intentará suicidarse, se atiende sus señales, pues se puede darle el apoyo necesario para superar su problema (17).

El suicidio de los adolescentes es un tema que suele callarse y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en que se vive; sin embargo, es importante conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción (17).

El suicidio es un fenómeno difícil de entender ya que comprende varios aspectos como factores físicos, sociales y psicológicos, la forma como la persona se relaciona con lo que le rodea y como ello afecta en su personalidad, son causas que determinan si la persona intenta suicidarse o no (17).

Todos los intentos o suicidios es debido a una crisis emocional que la persona enfrenta, atentando contra su propia vida, realizando actividad peligrosa con la probabilidad de provocar accidente fatal; también existe suicidio submeditado donde no es consiente, de manera que la persona se autodestruye como en el alcohol y tabaco (17).

B. CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Schneiderman clasifica la conducta suicida en cuatro tipos:

- “La conducta suicida impulsiva, que generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo” (19).
- “La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Aquí, el adolescente considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán” (19).
- “Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que “no hay otra salida” (19).
- “El intento suicida como medio de comunicación, en donde el joven no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio y, así, cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean” (19).

En la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que, generalmente, éste exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos. Estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular. El joven intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos.

Durante esta etapa, el adolescente se siente muy inseguro en razón de su desarrollo corporal y, en ocasiones, puede llegar a sentir «que su cuerpo es algo aparte de él». De hecho, siente la necesidad de dominar su cuerpo que se encuentra en constante cambio; pero como puede vivir su cuerpo como un objeto casi externo y extraño, siente que en el momento del intento suicida su cuerpo no es el que realmente recibe la agresión ni que canaliza hacia él sus tendencias agresivas y destructivas. Por otro lado, durante la adolescencia, el individuo abandona gran parte de sus ideas e imágenes infantiles, tan importantes para él durante todo su desarrollo anterior. De esta manera el intento suicida puede ser la representación de su trabajo de duelo.

Durante la adolescencia se elaboran tres duelos básicos:

- a) el duelo por el cuerpo infantil,
- b) el duelo por la identidad y el rol infantil, y

c) el duelo por los padres infantiles, es decir, el duelo por la imagen con que percibía a sus padres durante la infancia.

En una situación ideal, la elaboración de estos duelos permitirá que el adolescente continúe con su desarrollo. El suicidio de los adolescentes puede tener varios significados, aparte de los mencionados. Éstos son aplicables a todas las edades de la vida, pero debe advertirse que, en función de la madurez del individuo, hay significados que se aplican preferentemente a ciertos períodos de la vida.

Beachler describe varios significados posibles:

1. La huida, es decir, el intento de escapar de una solución dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de su vida, ya que ésta se percibe como insoportable.
2. El duelo, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante de la persona.
3. El castigo, cuando el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria. Aquí el joven se siente responsable por un acto negativo y desea autocastigarse para mitigar la culpa.
4. El crimen, cuando el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte.
5. La venganza, es decir, cuando se atenta contra la vida para provocar el remordimiento de otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad; la llamada de atención y el chantaje, cuando mediante el intento suicida se intenta ejercer presión sobre otro.
6. El sacrificio, en donde se actúa contra la vida para adquirir un valor o un estado considerado superior, es morir por una causa.

7. El juego, común en los adolescentes, cuando se atenta contra la vida para probarse a sí mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo.

No puede considerarse la conducta suicida del joven como un acto plenamente dirigido por el deseo de morir; dice que el intento suicida involucra un debate interno, una lucha entre el deseo de morir y el de seguir vivo. El adolescente que intenta suicidarse, lucha internamente entre ambos deseos. Este dato es importante para las personas que desean ayudar a los adolescentes, pues se sabe que en su interior sí existe un deseo de seguir viviendo.

En toda conducta destructiva existe una buena cantidad de agresión que puede dirigirse hacia adentro; es el caso de los estados depresivos y las tendencias autodestructivas; o dirigirse hacia afuera, por medio de actos delictivos o agresivos. Desde el punto de vista “interaccional”, se ha aceptado que cuando la agresión se dirige hacia afuera, se establece una relación entre el que agrede (en este caso el adolescente) y quien recibe la agresión. Como la interacción puede darse en muchos niveles, desde el verbal hasta el físico, las dos personas o grupos que interactúan en este juego de agresión, lo hacen de la misma forma en que manejan el resto de su relación (la cual originalmente promovió la agresión) y, con seguridad, caerán en un círculo vicioso. Es decir, si el adolescente percibe cierto rechazo o la situación familiar le provoca sentimientos de enojo y de agresión, expresará estos sentimientos o el rechazo por diversos medios; a su vez la familia recibirá estas expresiones agresivas de la misma forma, lo que fomentará una mayor agresión hacia el joven y de esta manera se alimentará un círculo vicioso en donde se requiere de una verdadera comunicación para romper la cadena de agresiones.

En caso de que el suicidio ocurra dentro de un contexto interaccional como éste, se observa que el comportamiento autodestructivo es un

medio para comunicarle a los demás sentimientos, demandas o súplicas que el adolescente no sabe expresar de otra manera. Por lo tanto, el comportamiento autodestructivo se convierte en una comunicación con un propósito determinado y con un contenido dirigido hacia un público específico.

La seriedad del intento suicida radica en lo que el joven hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si el fin del acto es comunicar un estado de descontento en general, el joven provocará ser descubierto antes de alcanzar su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de un adolescente que arregla todo para no ser descubierto, siempre debe prestarse la atención debida y ayudar al joven a elaborar y superar la crisis por la que pasa.

C. FACTORES DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

Existen desde luego factores que fomentan el suicidio en los adolescentes, pero que en sí mismos no son decisivos para que se decida hacer un intento suicida. Muchos de ellos pueden contribuir a la confusión y a la depresión del joven, pero se requiere la conjunción de una diversidad de factores para que se llegue al extremo de la autodestrucción. Se ha observado que en las familias de adolescentes suicidas los padres tienden a ser débiles internamente y que a su vez padecen fuertes sentimientos de depresión, desesperanza y desaliento. El joven que por el momento en que pasa, sufre esos mismos sentimientos, no posee las herramientas para manejarlos, pues ha visto en casa una incapacidad para manejar sentimientos negativos. Por otro lado, las familias del individuo autodestructivo suelen tener problemas para controlar sus impulsos, es decir, los miembros de la familia tienden a ser impulsivos en su enfrentamiento diario con la vida. También puede existir una tendencia familiar a manejar el estrés de manera inadecuada, y el joven aprende que éste

o cualquier tipo de presión son situaciones intolerables que deben evitarse a toda costa.

En este tipo de familias suele haber conflictos constantes, particularmente separaciones, y antecedentes patológicos especialmente de alcoholismo o alguna adicción en uno o ambos padres.

En general, en estas familias existe una estructura alterada que se caracteriza por un sistema cerrado que inconscientemente prohíbe a sus miembros comunicarse entre sí y relacionarse estrechamente con el exterior. De manera que el joven se siente aislado dentro y fuera de casa, en donde tampoco la comunicación se da abiertamente.

En relación con el manejo afectivo, las familias de los adolescentes que tienden al suicidio, suelen mostrar un patrón agresivo de relación, con dificultades para expresar el enojo y la agresión, así como una depresión familiar generalizada. Las relaciones intrafamiliares se encuentran desbalanceadas y el adolescente -por norma- sirve de chivo expiatorio que carga con las culpas, los defectos o las partes malas de la familia. De esta manera, el joven deprimido siente que no es deseado y que no se le quiere, tiene un sentimiento doloroso de abandono que expresa por medio del aislamiento y, posteriormente, de un intento suicida.

Se resume, las razones psicodinámicas más comunes en los intentos suicidas son:

- Un dolor psíquico intolerable del cual se desea escapar.
- Necesidades psicológicas frustradas, tales como: seguridad, confianza y logros.
- Un intento por acabar con la conciencia, sobre todo la del dolor.
- Falta de opciones, o bloqueo para verlas.

- Un impulso súbito de odio a sí mismo, en un marco de alineación grave.
- Una autoevaluación negativa, con autorrechazo, desvaloración, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo.

Como se menciona, en el acto suicida siempre habrá una lucha interna entre el deseo de morir y el de seguir viviendo. Generalmente, el individuo suicida pedirá auxilio de una u otra forma. Si cerca se encuentra algún adolescente cuyo comportamiento, ya sea verbal o no verbal, revela que el joven podría intentar suicidarse, hay que atender esas señales pues existe la posibilidad de ayudarlo o de buscar el apoyo de profesionales que pueden guiarlos en el manejo de sus problemas.

La familia siempre será la fuente principal de apoyo y aceptación. En ocasiones, la inexperiencia o las propias vivencias pueden alterar el funcionamiento de la familia. Este hecho puede verse reflejado en la depresión de uno de los hijos. Lo importante no es encontrar culpables, sino descubrir el problema a tiempo para darle la mejor solución posible”.

Elizabeth Kubler- Ross (1983), una psiquiatra que ha investigado y escrito de manera extensa acerca de la muerte y la agonía, ha perfilado una serie de reacciones que las personas experimentan cuando un miembro de la familia ha cometido suicidio:

- La primera de 3 etapas se caracteriza por conmoción, negación y aturdimiento. Les es difícil hablar al respecto, tienden a evitar usar la palabra suicidio y pasan por los arreglos del funeral como si no tuviera significado personal. El dolor es tanto, que se cierran a sus propios sentimientos.

- En la segunda etapa, comienzan a experimentar pena. Tratan de culpar a alguien o a sí mismos por lo que pasó y por último expresan cólera hacia el difunto: ¿Cómo pudiste hacernos esto?

- La tercera etapa es dejarlo ir, o terminar un asunto incompleto (como el hecho de pensar: “nunca le dije que lo amaba”).

D. TERMINOLOGÍA ESPECIALIZADA RELACIONADA CON EL SUICIDIO

Circunstancias suicidas.-

Son aquellas particularidades que acompañan al acto suicida, entre las que se mencionan la localización o lugar donde ocurrió (familiar, no familiar, remoto, cercano), la posibilidad de ser descubierto (elevada, incierta, improbable, probable, accidental), accesibilidad para el rescate (pedir ayuda, dejar notas u otros indicios que faciliten ser encontrado, o por el contrario, tomar las precauciones necesarias para no ser descubierto), tiempo necesario para ser descubierto, probabilidad de recibir atención médica, etc.

Crisis suicida.-

Es aquella crisis en la que, una vez agotados los mecanismos reactivos adaptativos creativos y compensatorios del sujeto, emergen las intenciones suicidas, existiendo la posibilidad que el individuo resuelva o intente resolver la situación problemática mediante la autoagresión. Este tipo de crisis requiere un manejo apropiado del tiempo, ser directivos, y tratar de mantener a la persona con vida como principal objetivo. Su duración es variable, de horas o días, raramente semanas y la resolución puede ser el crecimiento personal con una mejor adaptación para vivir, la resolución con un funcionamiento anómalo que incrementa las posibilidades de una nueva crisis y la realización de un acto suicida.

Estrategias de prevención del suicidio.-

Manera de dirigir la prevención del suicidio. Existen estrategias nacionales y locales. Entre las naciones que han desarrollado estrategias de prevención del suicidio se encuentran Finlandia, Inglaterra, Japón, Suecia. Noruega, Cuba, Dinamarca, etc. La Organización Mundial de la Salud ha sugerido seis principales acciones para disminuir las muertes por suicidio: tratamiento de la enfermedad mental, control de la posesión de armas de fuego, destoxificación del gas doméstico y de los gases de vehículos de motor, control de la disponibilidad de las sustancias tóxicas, disminuir las noticias sensacionalistas en los medios de difusión de carácter masivo.

Factor de riesgo.-

Atributo o característica que confiere a un sujeto un grado variable de susceptibilidad para contraer determinada enfermedad o alteración de la salud. Tienen como características las siguientes: son individuales, pues lo que para algunos es un riesgo, para otros no representa problema alguno, son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o la vejez, son genéricos porque los factores de riesgo en la mujer no son similares a los de los hombres, están mediatizados por la cultura y el entorno de los individuos, comprobándose que lo que es aceptado en determinado medio social puede ser reprobado en otros.

Factores protectores del suicidio.-

Factores que, para una persona en particular, reducen el riesgo de realización de un acto suicida, como el apoyo que se reciba en situaciones de crisis, el tratamiento del dolor en una enfermedad terminal, el tratamiento de las enfermedades depresivas, la adecuada capacidad para resolver problemas, la razonable autoestima y

autosuficiencia, la capacidad para buscar ayuda en personas competentes, etc.

Grupo de riesgo suicida.-

Conjunto de personas que presentan algún factor de riesgo para la realización de un acto suicida como pueden ser los deprimidos, los que tienen ideas suicidas o amenazan con el suicidio, los que han intentado el suicidio, los sujetos en situación de crisis, los sobrevivientes, etc. Los enfermos mentales en comparación con la población en general, constituyen un importante grupo de riesgo para esta conducta.

Grupos vulnerables.-

Son aquellos grupos de individuos que por su condición tienen más posibilidades de realizar un acto suicida que la población en general. Se incluyen los ancianos, las personas que viven solas, los inmigrantes no integrados al país receptor, los nativos minoritarios como son los aborígenes australianos, norteamericanos, canadienses, y taiwaneses, los prisioneros, etc.

Idea suicida.-

Abarca un amplio campo de pensamiento que pueden adquirir las siguientes formas de presentación: El deseo de morir, primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir y puerta de entrada a la ideación suicida. Es común la expresión “la vida no merece la pena vivirla”, “para vivir así es preferible estar muerto” La representación suicida consistentes en fantasías pasivas de suicidio (imaginarse ahorcado). La idea suicida con un método indeterminado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de quitarse la vida responde que de cualquier forma, ahorcándose, quemándose, pegándose un tiro, precipitándose, sin mostrar preferencia por uno de ellos aún. La idea suicida con un método

determinado sin planificación en la cual el sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico pero sin haber elaborado una adecuada planificación. La idea suicida planificada o plan suicida es la que el individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida y toma, por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto.

Incitación al suicidio.-

Estimular a otro u otros a realizar un acto suicida. Este acto es objeto de penalización por las leyes de diversos países por considerarse un delito contra la integridad de las personas

Parasuicidio.

Término utilizado principalmente en Europa para referirse al intento suicida.

Potencial suicida.

Conjunto de factores de riesgo de suicidio en un sujeto que en determinado momento pueden predisponer, precipitar o perpetuar la conducta autodestructiva.

Prevención del suicidio.

Medidas empleadas para evitar la ocurrencia de actos suicidas. Se clasifica en prevención primaria, secundaria o terciaria. También se subdivide en antevención, intervención y postvención o prevención directa, indirecta y general. Prevención directa. Es el conjunto de medidas que ayudan a abortar o resolver mediante soluciones no autodestructivas, el proceso suicida.

Prevención indirecta.

Es el conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que

conlleven suicidio, las situaciones de crisis, la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar, etc.

Prevención general.

Es el conjunto de medidas de apoyo o sostén psicológicos, sociales, institucionales, que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores condiciones de manejar los eventos vitales psicotraumaticos y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar.

Proceso suicida.

Lapso de tiempo transcurrido desde que el sujeto tuvo el primer pensamiento suicida planificado hasta la realización del intento o el suicidio. El término hace énfasis en el desarrollo a través del tiempo, sugiriendo que el suicidio no es un acto que ocurre por impulso de quien lo comete, sino que es un hecho que tiene una historia previa.

Proyecto suicida.

Término utilizado para referirse a la planificación del suicidio.

Riesgo suicida.

Término utilizado para referirse a los sujetos en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o aquellos que lo pudieran cometer durante sus vidas.

Suicidio.

Según la clasificación NASH, es una de las formas de morir en la que el individuo, utilizando determinado método se auto agrede, el resultado de esta agresión conduce a la muerte. Es el homicidio de sí mismo, el acto suicida que termina en la muerte.

Suicidio accidental.

Es el suicidio de sujetos que no deseaban morir pero que realizaron un intento de suicidio con un método de elevada letalidad. Es la muerte de un sujeto que no deseaba morir debido a alguna complicación del método empleado.

Suicidio altruista.

Uno de los tipos básicos de suicidio propuesto por el sociólogo francés E. Durkheim en su libro *El Suicidio*, publicado en 1897 y que ocurre en aquellas sociedades en la que existe una excesiva integración entre el sujeto y su grupo. No suicidarse en determinadas situaciones es un deshonor. El harakiri en el Japón antiguo es un ejemplo, pues seguir viviendo era poco menos que una ignominia. La viuda hindú que moría en la pira ardiente de los restos de su esposo fallecido, es otro ejemplo.

Suicidio ampliado.

El suicida priva de la vida a otros que no desean morir. Puede darse el caso que el individuo que induzca el suicidio de un grupo de personas o cause la muerte de varios familiares, no cometa suicidio ulteriormente por circunstancias imprevistas o por fracaso del método elegido.

Suicidio asistido.

El término se refiere al suicidio en el que la muerte del sujeto, aunque ha sido ocasionada por el mismo, han intervenido otro u otros individuos, aconsejándole la manera de llevarlo a cabo, poniendo los medios a su disposición y el modo de emplearlos, como por ejemplo alguna máquina que introduzca una sustancia venenosa en una vena canalizada y cuyo funcionamiento lo puede realizar el sujeto suicida.

Suicidio colectivo.

Término utilizado para referirse al suicidio de grupos de personas, principalmente por motivaciones religiosas o políticas. Aunque no tiene necesariamente que haberse realizado un pacto suicida explícito, existe, detrás de todo suicidio colectivo, un acuerdo implícito de morir por suicidio entre los miembros del grupo en cuestión que se realiza ante un grupo de circunstancias consideradas previamente.

Tasas de suicidio.-

Es el número de suicidios que ocurren en una localidad por cada 100 000 habitantes cada año. Puede referirse a toda la población o a una parte específica de ella según grupos de edades o sexos. Es un dato que debe ser tomado con cautela cuando se refiere a poblaciones menores de 100 000 habitantes, y para la realización de acciones preventivas, pues por ejemplo, los dos países que acumulan la mayor cantidad de suicidios que ocurren en el mundo no aparecen entre los diez primeros según las tasas y todos los que aparecen en los diez primeros lugares según sus tasas sólo conforman una mínima parte de los suicidios que ocurren cada año. (20)

2.3 Definición De Términos Básicos**Creencias:**

“Completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguros o ciertos (20).

Actitudes:

“Postura del cuerpo, especialmente cuando expresa un estado de ánimo” (20).

Comportamiento suicida:

Comportamiento, exterioriza llamadas previas de auxilio, presentadas de manera verbal, por medio de amenazas o fantasías (17).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis:

Hipótesis general:

Por ser un estudio descriptivo, no requiere planteamiento de hipótesis.

Hipótesis específicas.

Por ser un estudio descriptivo, no requiere planteamiento de hipótesis.

3.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION
1.- Creencia actitudinal sobre el suicidio Pensamientos o actitudes hacia el comportamiento suicida de la persona y de la sociedad en distintos ámbitos y realidades.	Evalúa la dirección e intensidad de las actitudes hacia el comportamiento suicida o el suicidio.	Legitimización del suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias Favorables • Creencias Desfavorables 	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente en desacuerdo • Bastante en desacuerdo • Un poco en desacuerdo • Indiferente • Un poco de acuerdo • Bastante de acuerdo • Totalmente de acuerdo. 	ORDINAL
		Suicidio en enfermos terminales	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias Favorables • Creencias Desfavorables 		
		Dimensión moral del suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias Favorables • Creencias Desfavorables 		
		Propio suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias Favorables • Creencias Desfavorables 		

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Tipo y Diseño de la Investigación.

4.1.1 Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación se enmarca en el tipo de investigación cuantitativo, aplicada y descriptivo.

El diseño que se utilizó en el presente estudio es: método descriptivo de corte transversal, el cual permitió presentar la información tal y como ha estado en el tiempo y espacio.

4.1.2 Diseño de estudio

Corresponde al diseño no experimental descriptivo simple de una variable.

Esquema:

M → O

M : muestra de estudio (adolescentes)

O : variable a estudiar (creencias actitudinales sobre suicidio)

4.2. Método de investigación

Se aplicó el método científico, estudiando descriptivamente la variable de investigación.

4.3 Población y muestra.

4.3.1 Población

La población de estudio para el presente trabajo, estuvo constituido por los adolescentes de Andahuaylas- Apurímac, año 2018, siendo un total de 125 adolescentes.

4.3.2. Muestra

Los investigadores considerar factible trabajar con el total de la población de estudio, por lo tanto se trata de una muestra censal.

4.4 Lugar de estudio

Se evaluó a los adolescentes que habitan la provincia de Andahuaylas- Apurímac

4.5 Técnicas e instrumento para la recolección de la información documental.

Para determinar creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en adolescentes, se utilizó la técnica del cuestionario auto informado. Es una herramienta de recolección de datos en el cual se presentan las preguntas por escrito para que sean contestadas de la misma manera.

Respecto a la entrevista permitió generar información complementaria respecto a los objetivos del estudio.

Se realizaron los siguientes pasos:

- Se informó y pidió el consentimiento a los adolescentes, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.

- Se coordinó con las instituciones para dar la facilidad, para llevar a cabo las respectivas encuestas.

La recolección de datos, se procedió de la forma siguiente:

a. Organización de la logística y del recurso humano para proceder con la recolección.

b. Capacitación al personal de apoyo para la recolección de la información.

c. Aplicación del instrumento, el cual contempla lo siguiente:

- Se informó y pidió el consentimiento del personal de salud, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se dio lectura del contenido o instrucciones del cuestionario, para llevar a cabo las respectivas encuestas.

4.6 Análisis y procesamiento de datos

Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos con todas las variables en estudio, usando el software Microsoft Excel, y también el SPSS versión 23.0. Una vez procesada la información, los resultados se presentaron en tablas simples, de dos a tres entradas. Para la interpretación de los resultados se hizo de medidas de frecuencia simple y relativa.

CAPÍTULO V RESULTADOS

5.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

TABLA 5.1.1

**DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE ADOLESCENTES EN LA PROVINCIA
DE ANDAHUAYLAS-APURIMAC 2018**

EDAD	N°	%
Adolescencia media (14 a 16 años)	82	65.6
Adolescencia tardía (17 a 19 años)	43	34.4
TOTAL	125	100.0

Fuente: Base de datos

En la tabla N°5.1.1 se observa, que con respecto a la población de Adolescentes en la provincia de Andahuylas – Apurímac 2018 el 65.6% son de 14 a 16 años perteneciendo a adolescencia media y el 34.4 % son entre los 17 – 19 años perteneciendo a la adolescencia tardía.

TABLA 5.1.2

**SEXO DE LA POBLACION DE ADOLESCENTES EN LA PROVINCIA
DE ANDAHUAYLAS-APURIMAC 2018**

SEXO	N°	%
Femenino	73	58.4
Masculino	52	41.6
TOTAL	125	100.0

Fuente: Base de datos

En la tabla N°5.1.2 se observa, que el 58.4% de la población de adolescentes en la provincia de Andahuylas – Apurímac 2018, son de sexo femenino y el 41.6% son de sexo masculino.

TABLA 5.1.3

**PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES EN LA
PROVINCIA DE ANDAHUAYLAS APURÍMAC 2018.**

PROCEDENCIA	N°	%
Andahuaylas	38	30.4
San Jerónimo	8	6.4
Talavera	79	63.2
TOTAL	125	100.0

Fuente: Base de datos

En la tabla N°5.1.3 se observa, que el 63.2% de la población de adolescentes en la provincia de Andahuaylas – Apurímac 2018 proceden de Talavera, el 30.4% proceden de Andahuaylas , mientras que el 6.4 % proceden de San jerónimo.

TABLA 5.1.4

PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES EN LA PROVINCIA DE ANDAHUAYLAS APURÍMAC 2018.

PERSONA RESPONSABLE DE SU CUIDADO	N°	%
Padres	104	83.2
Hermanos	7	5.6
Abuelos	3	2.4
Por sí mismo	4	3.2
Otros	7	5.6
TOTAL	125	100.0

Fuente: Base de datos

En la tabla N°5.1.4 se observa, que el 83.2% de la población de adolescentes en la provincia de Andahuylas – Apurímac 2018 se encuentran bajo la responsabilidad de los padres, el 5.6% se encuentran bajo la responsabilidad de hermanos y otros, el 3.2% son responsables por sí mismo, y el 2.4% están bajo responsabilidad de los abuelos.

TABLA 5.1.5

**CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL SUICIDIO EN SU
DIMENSIÓN: LEGITIMACIÓN DEL SUICIDIO DE LA POBLACIÓN DE
ADOLESCENTES EN LA PROVINCIA DE ANDAHUAYLAS APURÍMAC
2018.**

CREENCIAS SEGÚN LEGITIMACION DEL SUICIDIO (1.10 – 3.46)	N°	%
Favorable	115	92.0
Desfavorable	10	8.0
TOTAL	125	100.0

Fuente: Base de datos

En la tabla N°5.1.5 se observa, que en relación hacia la legitimación del suicidio el mayor porcentaje fue una creencia favorable 92.0%, sin embargo fue desfavorable en un 8%.

TABLA 5.1.6

**CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL SUICIDIO EN SU
DIMENSIÓN: SUICIDIO EN ENFERMOS TERMINALES DE LA
POBLACIÓN DE ADOLESCENTES EN LA PROVINCIA DE
ANDAHUAYLAS APURÍMAC 2018.**

CREENCIAS SEGÚN ENFERMOS TERMINALES (2.68 – 5.78)	N°	%
Favorable	124	99.2
Desfavorable	1	0.8
TOTAL	125	100.0

Fuente: Base de datos

En la tabla N°5.1.6 se observa, que en relación hacia el suicidio en enfermos terminales el mayor porcentaje fue favorable 99.2%, mientras que solo desfavorable es un 0.8%.

TABLA 5.1.7

**CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL SUICIDIO EN SU
DIMENSIÓN: MORAL DEL SUICIDIO DE LA POBLACIÓN DE
ADOLESCENTES EN LA PROVINCIA DE ANDAHUAYLAS APURÍMAC
2018.**

CREENCIAS SEGÚN LA DIMENSION MORAL DEL SUICIDIO (3.23 – 5.93)	N°	%
Favorable	63	50.4
Desfavorable	62	49.6
TOTAL	125	100.0

Fuente: Base de datos

En la tabla N°5.1.7 se observa, que en relación a la dimensión moral de suicidio el mayor porcentaje fue favorable en un 50.4% y el grupo restante mostró creencia desfavorable con 49.6% .

TABLA 5.1.8

**CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL SUICIDIO EN SU
DIMENSIÓN: CREENCIAS DEL PROPIO SUICIDIO DE LA POBLACIÓN
DE ADOLESCENTES EN LA PROVINCIA DE ANDAHUAYLAS
APURÍMAC 2018.**

CREENCIAS DEL PROPIO SUICIDIO (1.44 – 4.0)	N°	%
Favorable	98	78.4
Desfavorable	27	21.6
TOTAL	125	100.0

Fuente: Base de datos

En la tabla N°5.1.8 se observa, que en relación hacia el propio suicidio el porcentaje más alto mostro creencias favorables 78.4% y se mostró creencias actitudianales desfavorables con 21.6%.

TABLA 5.1.9

**CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE LA
POBLACIÓN DE ADOLESCENTES EN LA PROVINCIA DE
ANDAHUAYLAS APURÍMAC 2018.**

CREENCIAS SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA (2.35 – 4.29)	N°	%
Favorable	83	66.4
Desfavorable	42	33.6
TOTAL	125	100.0

En la tabla N°5.1.9 se observa, que en general las creencias actitudinales favorables en los adolescentes con 66.4%, mientras que las desfavorables son en un 33.6%.

Se concluye que el mayor porcentaje de la población de adolescentes en la provincia de Andahuaylas - Apurímac 2018; muestran creencias actitudinales favorables hacía el comportamiento suicida en general en sus 4 dimensiones.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de la Hipótesis

Por ser un estudio descriptivo no aplica hipótesis.

6.2 Contrastación con otros resultados

Actualmente el suicidio constituye un problema de salud muy importante, pero bastante prevenible, sobretodo en la población adolescente, se considera que la actual vida totalmente moderna llena de tecnología ocasiona en el ser humano situaciones que muchas veces son intolerantes y que no pueden sobrellevar por lo tanto, producen consecuencias desagradables sobre la salud física y mental que en los jóvenes, pueden ocasionar alteraciones de diferente intensidad.

Respecto a la presente investigación, en la tabla N°5.1.1 se observa, que con respecto a la población de Adolescentes en la provincia de Andahuaylas – Apurímac 2018 el 65.6% son de 14 a 16 años perteneciendo a adolescencia media y el 34.4 % son entre los 17 – 19 años perteneciendo a la adolescencia tardía. Según Ruiz, señaló que es posible identificar a jóvenes con creencias favorables hacia el comportamiento suicida a través del cuestionario CCCS-18. Asimismo, estos hallazgos coinciden con los encontrados por Gomez, R y Vasquez, R. Donde se considera que el grupo etáreo de adolescentes es de mucho mayor riesgo de presentar conductas suicidas, gestos suicida o intentos de suicidio, debido a que está población es la más propensa a intentar suicidarse por sus características; es decir, son pacientes que frecuentemente tienen conflictos en sus relaciones interpersonales y actúan de forma impulsiva cuando enfrentan una situación estresante. (26)

El 83.2% de la población de adolescentes en la provincia de Andahuaylas – Apurímac 2018 se encuentran bajo la responsabilidad de los padres, el 5.6% se encuentran bajo la responsabilidad de hermanos y otros, el 3.2% son responsables por sí mismo, y el 2.4% están bajo responsabilidad de los abuelos. Esta situación representa un porcentaje considerable de los adolescentes en estudio que poseen factores de riesgo de tipo familiar, al pertenecer a familiar extensas o disfuncionales.

En la tabla N°5.1.5 se observa, que en relación hacia la legitimación del suicidio el mayor porcentaje fue una creencia favorable 92.0%, sin embargo fue desfavorable en un 8%. Estos resultados se contrastan con lo encontrado por Chite (2015), en el cual se evidencia que las creencias favorables de los estudiantes en general comprende el 75,4%, de las que el sexo femenino abarca el 55,8%; y en relación a la edad, en los estudiantes de 15 años identificamos que el 51,2% tienen creencias favorables hacia la legitimación del suicidio, y la frecuencia más baja la obtuvo los de 16 años, la cual fue del 17,4%.

Respecto al suicidio en enfermos terminales el mayor porcentaje fue favorable 99.2%, mientras que solo desfavorable es un 0.8%. Al respecto, Chite (2015), encontró que las creencias favorables hacia el suicidio en enfermos terminales representan el 57,9% del total de estudiantes, donde el sexo masculino abarca el 53%.

En relación a la dimensión moral de suicidio el mayor porcentaje fue favorable en un 50.4% y el grupo restante mostró creencia desfavorable con 49.6%. En un estudio similar, Chite (2015) encontró que las creencias favorables hacia la dimensión moral del suicidio observamos que en general representan el 55,3%, donde la diferencia entre sexos es mínima, estando el sexo masculino con una frecuencia del 50,8

En la tabla N°5.1.8 se observa, que en relación hacia el propio suicidio el porcentaje más alto mostro creencias favorables 78.4% y se mostro creencias actitudinales desfavorables con 21.6%. En el estudio realizado por Llerena (2015), se observa que en relación hacia el propio suicidio el porcentaje más alto mostro creencias favorables con 56% y el grupo restante creencias actitudinales desfavorables con 44%. De lo que se deduce que poco más de la mitad de la población en estudio muestra actitudes favorables hacia el propio suicidio.

En la tabla N°5.1.9 se observa, que en general las creencias actitudinales favorables en los adolescentes con 66.4%, mientras que las desfavorables son en un 33.6%. Coincide con el hallazgo de Llerena (2015), en el que las creencias actitudinales favorables en los estudiantes con 72%, mientras que para desfavorable un 28%.

Finalmente, se concluye que el mayor porcentaje de la población de adolescentes en la provincia de Andahuaylas - Apurímac 2018; muestran creencias actitudinales favorables hacia el comportamiento suicida en general en sus 4 dimensiones.

6.3 Responsabilidad ética.

Debe señalarse que el estudio no generó riesgo alguno, ni vulneró la dignidad de la población abordada, en ese sentido para ejecutar el estudio se tuvo en cuenta lo siguiente:

Antes de recabar la información, se informó al personal de salud, los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraron plasmados en el presente estudio.

Para ejecutar el estudio se tuvo en cuenta la autorización de la institución y el consentimiento informado de los profesionales de abordados.

CONCLUSIONES

1. La población de Adolescentes en la provincia de Andahuaylas – Apurímac 2018 el 65.6% son de 14 a 16 años perteneciendo a adolescencia media y el 34.4 % son entre los 17 – 19 años perteneciendo a la adolescencia tardía.
2. El 63.2% de la población de adolescentes en la provincia de Andahuaylas – Apurímac 2018 proceden de Talavera, el 30.4% proceden de Andahuaylas, mientras que el 6.4 % proceden de San Jerónimo.
3. En relación hacia la legitimación del suicidio el mayor porcentaje fue una creencia favorable 92.0%, sin embargo fue desfavorable en un 8%.
4. En relación hacia el suicidio en enfermos terminales el mayor porcentaje fue favorable 99.2%, mientras que solo desfavorable es un 0.8%.
5. En relación a la dimensión moral de suicidio el mayor porcentaje fue favorable en un 50.4% y el grupo restante mostró creencia desfavorable con 49.6%.
6. En relación hacia el propio suicidio el porcentaje más alto mostro creencias favorables 78.4% y se mostro creencias actitudinales desfavorables con 21.6%.
7. En general las creencias actitudinales favorables en los adolescentes con 66.4%, mientras que las desfavorables son en un 33.6%. Se concluye que el mayor porcentaje de la población de adolescentes en la provincia de Andahuaylas - Apurímac 2018; muestran creencias actitudinales favorables hacia el comportamiento suicida en general en sus 4 dimensiones.

RECOMENDACIONES

1. A las autoridades de las diferentes instituciones educativas; o quienes albergan a adolescentes, implementar programas para promocionar la salud mental.
2. A los responsables de implementar políticas de salud; para que se garantice la ejecución de los programas y establecer presupuesto que garantice su cumplimiento.
3. Al estado en hacer cumplir las normativas vigentes que garanticen el apoyo a los adolescentes en los diferentes colegios del Estado; que sería la presencia del profesional de Enfermería.
4. Que se realice más investigaciones sobre qué factores influyen en las conductas de suicidio, especialmente en los departamentos con mayor incidencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moya i Ollé J. LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES SUS IMPLICACIONES EN EL AMBITO DE LA JUSTICIA JUVENIL. IPSE-
ds. 2008 Enero; 01(01): p. 29-36.
2. Desuque D, Vargas Rubilar J, Lemos V. ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DEL CUESTIONARIO DE CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE EN ENTRE RÍOS, ARGENTINA. LIBERABIT. 2011 Setiembre; 17(02): p. 187-198.
3. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO RECURSO PARA CONSEJEROS. Primera ed. Press W, editor. Ginebra: WHO Press; 2006.
4. Lara A, Letechipia G. Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. Salud Mental. 2009 Septiembre-octubre; 32(05): p. 381-387.
5. Cintra hernández Y, Lopez Santana Y, Villar Rojas Y, Laurgart Wilson A. Intento suicida y adolescencia. Rev Inf Cient. 2015; 90(02): p. 252-260.
6. Dominguez Mercado DL, Hermsillo de la Torre AE, Vacio Muro MdIA. Efecto de los factores de protección y de riesgo sobre el comportamiento suicida en estudiantes de Psicología. Investigacion y Ciencia. 2016 Setiembre-diciembre;(69): p. 73-80.
7. Veras JLA, Ximenes RCC, Vasconcelos FMN, Medeiros BF, Sougey. EB. Relationship between suicidal behavior and eating disorders: a systematic review*. cuidado é fundamental. 2018 jan/mar; 10(01): p. 289-294.

8. Matos Goncalves A, Carvalho Duarte J, Sequeira C, Pinto de Freitas P, Gomez-Ullate M. Ideación suicida en estudiantes de enseñanza superior: influencia del apoyo social. C. Med. Psicosom. 2016 Julio;(120): p. 21-31.
9. Duarté Vélez Y, Lorenzo Luaces L, Rossello J. Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. Revista Puertorriqueña de Psicología. 2012 Octubre; 23(01): p. 01-17.
10. Garmona Parra JA, Gaviria Hincapie JM, Layne Bernal B. Suicidio, vínculos en estudiantes universitarias colombianas. Tesis Psicologica. 2014 Enero-julio; 09(01): p. 102-111.
11. Vélez-Pérez D, Maldonado Santiago N, Rivera Lugo CI. ESPECTRO DEL SUICIDIO EN JÓVENES UNIVERSITARIOS EN PUERTO RICO. REVISTA PUERTORRIQUEÑA DE PSICOLOGÍA. 2017 Enero-junio; 28(01): p. 34-44.
12. Córdova Moreno MA, Cubillas Rodríguez MJ, Román Pérez R. ¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato. Pensamiento Psicológico. 2011 Octubre; 09(17): p. 21-32.
13. Fernando Brayan CH. concytec.gob.pe. [Online].; 2015 [cited 2018 06 10. Available from: http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSA_2490e3cfcc14f52f1ffde6cb3afc1736/Description#tabnav.
14. Medina Cano AR, al. e. Factores Psicosociales Asociados a la Conducta Suicida en Adolescentes. Av.psicol. 2017 Enero-junio; 25(01).

15. Bazan Lopez J, al. e. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. Rev Neuropsiquiatr. 2016 Enero; 79(01).
16. Perales A, al. e. Conducta suicida en estudiantes de las escuelas de educacion y educacion fisica de la Universidad Mayor de San Marcos. Investigación Educativa. 2013 Julio-diciembre; 17(02): p. 185-194.
17. Castillo Ledo i, Ledo González HI, Ramos Barroso AA. The suicide intention in the young and child: psychodynamic consideration. Norte de salud mental. 2013; XI(46): p. 13-19.
18. Vargas HB, Saavedra JE. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Rev Neuropsiquiatr. 25012 Enero; 75(01): p. 19-28.
19. Guzman Sabogal YR. Eduacion en Riesgo suicida, una necesidad bioetica. P & B. 2006; 27(02): p. 82-98.
20. Bodon MC, Rios MA. <http://www.psi.uba.ar>. [Online].; 2016 [cited 2018 09 22]. Available from: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/suicidio_lineamientos.pdf.
21. Rey Castelao O, Cowen P. Familias en el Viejo y el Nuevo Mundo. Primera Edicion ed. Lorenzo A, Banzato F, editors. La Plata: FaHCE; 2017.
22. Universidad de Piura, Instituto de Ciencias para la Familia. Los cambios en la familia y su impacto en el bienestar de la niñez. Primera edicion ed. Barranzuela F, editor. Lima: Aleph soluciones Gráficas; 2013.

23. Cidh P, Perez MV, Torruella P M, Valderrama A. M. agresion y violencia en la escuela como factor de riesgo de aprendizaje escolar. Cienc. enferm.. 2008 Diciembre; 14(02).
24. Muñoz CO, Restrepo D, Cardona D. Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. Rev Panam Salud Publica. 2016 marzo; 39(03).
25. W. A. Diseño y Desarrollo de Proyecto de Investigación: Guía de Aprendizaje. Primera ed. Trujillo Perú: Escuela de Posgrado UCV.; 2016.
26. Hernandez R, Fernandez C, Baptista P. Metodologia de la Investigación. Cuarta ed. Islas N, editor. México: McGraw-Hill-Interamericana; 2006.

ANEXOS

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO INVESTIGACIÓN	MÉTODO Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida de adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurímac 2018?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>¿Cuál es el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en la dimensión legitimización del suicidio en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurímac 2018?</p> <p>¿Cuál es el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en la dimensión el suicidio en enfermos terminales en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurímac 2018?</p> <p>¿Cuál es el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en la dimensión moral del suicidio en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurímac 2018?</p> <p>¿Cuál es el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en la dimensión el propio suicidio en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurímac 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurímac 2018.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> •Determinar el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en la dimensión legitimización del suicidio en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurímac 2018. •Establecer el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en la dimensión el suicidio en enfermos terminales en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurímac 2018. •Determinar es el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en la dimensión moral del suicidio en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurímac 2018. •Determinar el nivel de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en la dimensión el propio suicidio en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurímac 2018. 		Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en adolescentes	No experimental	Descriptivo, explicativo.	La población de estudio para el presente trabajo, estuvo constituido por los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Próceres de la Independencia Americana – Talavera - Apurímac .

INSTRUMENTO CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA

A continuación aparecen una serie de frases sobre lo que las personas piensan y sienten acerca del comportamiento suicida. Ten en cuenta que no hay frases buenas ni malas, ni correctas ni incorrectas, sólo nos interesa tu opinión al respecto. Por favor, trata de responder con sinceridad y usa tu propio criterio. Tus respuestas son totalmente anónimas.

Edad: ____ años.

Sexo: F M

Procedencia: _____

Persona responsable de su cuidado

Padres Abuelos: Hermanos: Otros:

Para contestar, rodea en cada frase la opción que mejor indique tu grado de acuerdo o desacuerdo mediante la siguiente escala:

1= Totalmente en desacuerdo; 2= Bastante en desacuerdo; 3= Un poco en desacuerdo;

4= Indiferente; 5= Un poco de acuerdo; 6= Bastante de acuerdo; 7= Totalmente de acuerdo.

(Escala de Likert)

Muchas gracias por su colaboración.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor padre de familia su hijo(a) ha sido invitado(a) a participar en el estudio titulado: “CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA PRÓCERES DE LA INDEPENDENCIA AMERICANA – TALAVERA – APURIMAC, 2018”; por esta razón es muy importante que conozca y entienda la información necesaria sobre el estudio de forma que permita tomar una decisión sobre su participación en el mismo. Cualquier duda o aclaración que surja respecto al estudio, le será aclarada por el investigador responsable. El estudio pretende Determinar las creencia y actitudes en relación al suicidio en la Institución Educativa Próceres de la Independencia Americana – Talavera – Apurimac, 2018.

Por medio de este documento se asegura y garantiza la total confidencialidad de la información suministrada por usted y el anonimato de su identidad. Queda explícito que los datos obtenidos serán de uso y análisis exclusivo del estudio de investigación con fines netamente académicos.

DECLARACIÓN PERSONAL

Mi hijo(a) sido invitado(a) a participar en el estudio titulado “CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA PRÓCERES DE LA INDEPENDENCIA AMERICANA – TALAVERA - APURIMAC 2018”. Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente el propósito de la investigación y se me han aclarado dudas relacionadas con mi participación en dicho estudio. Por lo tanto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio, aportando la información necesaria para el estudio y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento.

Firma del adulto (a) mayor

PREGUNTAS	CALIFICACION						
Aceptaría ciertas formas de suicidio	1	2	3	4	5	6	7
Si alguien quiere intentar suicidarse, es asunto suyo y no deberíamos intervenir	1	2	3	4	5	6	7
Aceptaría el suicidio en personas mayores	1	2	3	4	5	6	7
El suicidio debería ser una forma legítima de morir	1	2	3	4	5	6	7
El suicidio sería una cosa normal en una sociedad ideal	1	2	3	4	5	6	7
Debería haber clínicas para que los suicidas puedan quitarse la vida de una manera privada y con menos sufrimiento	1	2	3	4	5	6	7
Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades incurables	1	2	3	4	5	6	7
El suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable	1	2	3	4	5	6	7
Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal	1	2	3	4	5	6	7
Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida	1	2	3	4	5	6	7
El suicidio va en contra de la moral	1	2	3	4	5	6	7
El suicidio es un acto inmoral	1	2	3	4	5	6	7
Los suicidas son personas que atentan contra la sociedad	1	2	3	4	5	6	7
Se debería prohibir el suicidio porque es un asesinato	1	2	3	4	5	6	7
Es posible que me suicidara si estuviera en una situación extrema	1	2	3	4	5	6	7
Bajo ningún concepto me suicidaría	1	2	3	4	5	6	7
Si me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme	1	2	3	4	5	6	7
Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida	1	2	3	4	5	6	7

Base de datos

CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA																						
PERSONA RESPONSABLE	LEGITIMIZACION DEL SUICIDIO						SUICIDIO EN ENFERMOS TERMINALES				DIMENSION MORAL DEL SUICIDIO				EL PROPIO SUICIDIO				EDAD	SEXO	PROCEDENCIA	PERSONA RESPONSABLE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18				
PADRES	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	4	4	4	4	1	7	1	1	16	F	TALAVERA	PADRES
SOLO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	M	TALAVERA	SOLO
PADRES	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	7	7	5	7	1	7	1	3	17	M	TALAVERA	PADRES
PADRES	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	F	ANDAHUAYLAS	PADRES
PADRES	1	1	3	1	1	1	3	5	1	3	7	7	7	7	2	2	1	1	16	F	ANDAHUAYLAS	PADRES
PADRES	1	5	1	4	1	1	2	4	1	1	3	4	2	5	2	4	3	4	16	M	TALAVERA	PADRES
HERMANOS	1	2	2	1	1	1	3	1	1	3	7	1	7	7	3	7	1	1	15	F	TALAVERA	HERMANOS
PADRES	1	3	1	1	2	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	17	F	TALAVERA	PADRES
PADRES	1	5	1	4	1	1	2	3	1	1	2	3	2	3	4	3	4	5	16	F	ANDAHUAYLAS	PADRES
PADRES	1	2	1	3	4	2	3	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	18	F	TALAVERA	PADRES
OTROS	1	1	1	1	1	1	3	3	2	3	7	7	4	6	2	6	1	1	16	F	TALAVERA	OTROS
PADRES	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	16	F	TALAVERA	PADRES
PADRES	1	2	3	6	2	5	2	4	1	3	4	1	4	2	1	5	3	2	17	M	TALAVERA	PADRES
PADRES	4	2	4	5	2	4	2	1	1	1	2	3	5	5	5	4	6	7	16	M	TALAVERA	PADRES
PADRES	5	4	3	3	3	4	3	4	3	5	2	3	3	5	4	6	2	4	17	M	TALAVERA	PADRES
PADRES	1	7	5	3	7	3	4	5	3	6	1	4	6	2	2	4	2	2	15	M	TALAVERA	PADRES
PADRES	4	2	3	5	4	3	1	1	2	4	6	5	7	1	2	4	5	6	17	M	TALAVERA	PADRES
PADRES	2	1	2	3	2	4	5	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	16	F	TALAVERA	PADRES
HERMANOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	7	1	1	1	1	17	M	TALAVERA	HERMANOS
SOLO	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	7	1	7	1	1	17	M	ANDAHUAYLAS	SOLO
PADRES	1	3	1	3	1	3	5	7	7	3	1	1	1	3	7	7	7	7	16	M	TALAVERA	PADRES
PADRES	3	2	3	4	1	1	2	1	2	3	1	2	1	3	1	4	2	3	18	F	TALAVERA	PADRES
PADRES	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	5	5	1	1	1	1	17	F	TALAVERA	PADRES
PADRES	1	1	1	1	1	5	6	3	1	7	7	5	7	6	1	1	1	1	17	F	TALAVERA	PADRES
PADRES	1	1	1	1	1	5	5	3	1	5	1	1	1	6	1	1	1	1	16	F	TALAVERA	PADRES
PADRES	1	2	1	4	2	4	2	5	3	1	7	4	2	7	2	3	1	2	17	F	ANDAHUAYLAS	PADRES
PADRES	1	7	7	5	4	2	1	3	5	2	3	4	2	1	2	3	1	1	16	M	ANDAHUAYLAS	PADRES
PADRES	1	7	7	5	4	7	7	7	4	4	5	6	1	4	7	7	7	4	16	M	ANDAHUAYLAS	PADRES
PADRES	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	5	1	7	1	7	1	1	15	M	TALAVERA	PADRES
PADRES	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	6	6	2	6	6	2	16	F	ANDAHUAYLAS	PADRES
PADRES	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	3	2	7	1	1	1	1	19	M	TALAVERA	PADRES
PADRES	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	M	TALAVERA	PADRES
PADRES	1	7	1	3	1	1	1	1	1	3	1	2	1	2	1	1	1	1	20	M	TALAVERA	PADRES
OTROS	1	1	3	1	1	1	5	4	2	1	1	1	1	3	2	4	2	4	16	M	ANDAHUAYLAS	OTROS
PADRES	1	2	1	1	1	3	5	4	3	1	2	1	3	4	1	1	1	1	18	F	TALAVERA	PADRES
PADRES	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	7	7	7	7	1	7	7	1	16	M	TALAVERA	PADRES
HERMANOS	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	7	7	7	7	1	7	1	1	16	M	ANDAHUAYLAS	HERMANOS
PADRES	1	3	1	1	1	3	1	1	1	2	6	4	1	7	7	5	3	4	17	M	TALAVERA	PADRES
PADRES	1	3	2	4	2	1	4	4	1	2	3	3	4	1	1	3	4	2	16	F	TALAVERA	PADRES
PADRES	1	1	1	4	2	7	2	3	2	1	3	1	1	1	1	3	1	1	16	F	TALAVERA	PADRES
PADRES	1	1	1	2	2	1	4	1	3	1	3	1	1	2	1	1	2	1	16	F	TALAVERA	PADRES
HERMANOS	5	1	5	1	4	3	1	3	2	3	1	1	3	4	4	1	7	4	16	F	TALAVERA	HERMANOS
PADRES	1	2	2	1	1	2	3	2	3	1	6	2	3	5	2	1	1	1	16	F	TALAVERA	PADRES
PADRES	1	1	2	2	1	3	2	3	1	2	3	1	2	2	6	6	6	16	F	TALAVERA	PADRES	
PADRES	1	7	1	1	1	1	3	3	2	1	1	3	1	3	4	3	5	3	16	M	TALAVERA	PADRES
PADRES	1	4	4	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	16	M	ANDAHUAYLAS	PADRES
PADRES	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	7	7	4	3	1	7	1	1	16	F	TALAVERA	PADRES
PADRES	1	1	1	1	1	1	3	3	2	2	2	4	3	2	1	7	1	2	17	F	TALAVERA	PADRES
OTROS	1	7	1	1	1	1	2	2	2	2	2	6	6	3	5	7	7	3	16	M	TALAVERA	OTROS
PADRES	1	4	1	1	1	1	5	5	1	4	7	4	7	7	1	1	1	1	16	F	ANDAHUAYLAS	PADRES
PADRES	6	7	1	1	1	5	7	5	5	4	3	5	4	5	1	1	1	1	15	F	TALAVERA	PADRES