

**FACTORES DE RIESGO EN LA
CONDUCTA SUICIDA EN EL ADOLESCENTE**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



**FACTORES DE RIESGO EN LA
CONDUCTA SUICIDA EN EL ADOLESCENTE**

Autora: Dra. Esther Caricote. A.

Bárbula, julio de 2021



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
ACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



**FACTORES DE RIESGO EN LA
CONDUCTA SUICIDA EN EL ADOLESCENTE**

Trabajo presentado ante Dirección de Postgrado como requisito para optar al Grado de Magíster en
Investigación Educativa

Autora: Dra. Esther Caricote. A.

Tutora Dra. María Adilia Ferreira de Bravo

Bárbula, julio de 2021

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y EVALUACIÓN DE TRABAJO

Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo de Grado / Especialización titulado: **“FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADOLESCENTE”**

Presentado por el (la) ciudadano (a): **Esther Caricote** C.I: N° **4.449.702**, perteneciente al Programa: **MAESTRÍA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA**

Adscrito en la Línea de Investigación: **PSICOEDUCATIVA**

Tutor(a) **DRA. MARÍA ADILIA FERREIRA DE BRAVO** C.I: 6848495

En atención al contenido del Artículo 136 del Reglamento de Estudios de Postgrado, nos damos como constituidos en fecha: **12-05-2021** y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: **14-05-2021**.

De la misma manera, acordamos en atención a lo establecido en el Artículo 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado, emitir nuestro veredicto dentro de los 30 días hábiles a partir de la fecha: **14-06-2021**.

Presidente del Jurado
Nombre: **MARÍA A. FERREIRA**
C.I: 6848495

Miembro
Nombre: **LILIANA MAYORGA**
C.I: 16290784

Miembro
Nombre: **LUÍS GUANIPA**
C.I: 13045403

Firma del Alumno

RESOLUCIÓN

Aprobado: X **Fecha de Presentación:** 27-07-2021 **Con Mención:** _____

Observación: _____

Reprobado: _____ **Fecha:** _____ **Observación:** _____

(EN CASO DE QUE EL TRABAJO SEA REPROBADO O APROBADO CON MENCIÓN PUBLICACIÓN, SE DEBE ANEXAR UN INFORME EXPLICATIVO, FIRMADO POR LOS TRES MIEMBROS DEL JURADO)

Nota: Esta Acta debe ser consignada en la Sección de Grado de la Facultad de Ciencias de la Educación, inmediatamente después de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo de Grado o Especialización, la cual deberá ser firmada por el Jurado el día de la presentación pública.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



VEREDICTO

Nosotros, miembros del jurado designado para la evaluación del Trabajo de Grado titulado: **FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADOLESCENTE**, presentado por la ciudadana Esther Aida Caricote Agreda, titular de la cédula de identidad N° 4.449.702, para optar al título de MAGISTER EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA, estimamos que el mismo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser considerado como:

Nombres y Apellidos	C.I.	Firma del Jurado
María Adilia Ferreira de Bravo	V- 6.848.495	_____
Liliana Mayorga	V-16290784	_____
Luis Guanipa	V- 13045403	_____

Bárbula, Julio de 2021



MAESTRIA



ACTA DE APROBACIÓN

La Comisión Coordinadora del Programa de **Maestría en Investigación Educativa**, en uso de las atribuciones que le confiere al Artículo N° 44, 46, 130 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, hace constar que una vez evaluado el Proyecto de Trabajo de Grado titulado: **FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADOLESCENTE**, elaborado bajo la Línea de investigación: Psicoeducativa, presentado por la ciudadana **ESTHER CARICOTE**, titular de la cédula de identidad N° V-14.449.706, elaborado bajo la dirección de la tutora Prof. **María Ferreira**, cédula de identidad N° V-6.848.495, considera que el mismo reúne los requisitos y, en consecuencia, es **APROBADO**.

En Valencia, a los veinticinco (25) días del mes de Noviembre de dos mil diecinueve.

Por la Comisión Coordinadora de la Maestría en
INVESTIGACIÓN EDUCATIVA


Prof. Luis Guanipa
Coordinador del Programa

Elab. Jennifer 2019-11-25
Archivo Acta de Aprobación

... *La Universidad Efectiva*



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



AVAL DEL TUTOR

Dando cumplimiento a lo establecido en el reglamento de estudios de postgrado de la Universidad de Carabobo en su artículo 133, vigente en la presente fecha quien suscribe **María Adilia Ferreira de Bravo** titular de la cedula de identidad N° **6.848.495** en mi carácter de tutor del trabajo de maestría titulado: **FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADOLESCENTE**, presentado por la ciudadana **Esther Aída Caricote Agreda** titular de la cedula de identidad N° **4.449.702**, para optar al título de Magister en Investigación Educativa, hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y métodos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le designe. Por tanto doy fe de su contenido y autorizo su inscripción ante la Dirección de Asuntos Estudiantiles

En Bárbula a los 29 días del mes de enero del año dos mil veinte.

Firma
C.I. V- 6.848.495



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



INFORME DE ACTIVIDADES

Participante: **EstherAida Caricote Agreda** Cedula de Identidad: N°4.449.702

Tutora: **María Adilia Ferreira de Bravo** Cedula de Identidad: N°6.848.495

Correo electrónico del participante: **esthercaricote@yahoo.es**

Título tentativo del trabajo: **FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADOLESCENTE**. Línea de investigación: **Psicoeducativa**

SESIÓN	FECHA	HORA	ASUNTO TRATADO	OBSERVACIÓN
01	14-11-18	5:00pm	Capítulo I	
02	11-12-18	5:00pm	Capítulo III	
03	21-02-19	5:00pm	Capítulo II	
04	22-04-19	5:00pm	Revisión capítulo I,II y III	
05	22-05-19	5:00Pm	Elaboración de Cuadro de Operacionalización de variables y el instrumento para su aplicación.	
06	26-09-19	5:00Pm	Revisión de los resultados de aplicación del instrumento	
07	10-12-19	5:00Pm	Revisión de las Conclusión y recomendaciones	
08	23-01-20	5:00Pm	Revisión trabajo completo y normas APA	

Título definitivo: **FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADOLESCENTE**.

Comentarios finales acerca de la investigación: _____

Declaramos que las especificaciones anteriores representan el proceso de dirección del trabajo de grado de la maestría arriba mencionada.

Tutora: **María Adilia Ferreira de Bravo** Participante: **Esther Aida Caricote Agreda**

Cedula de Identidad: N°6.848.495 Cedula de Identidad: N°4.449.702

Agradecimientos

Mis más profundas gracias:

Al gran arquitecto del Universo

Eliás Hidalgo, por su presencia, compañía continua y apoyo entusiasta

Profesora María Adilia Ferreira de Bravo, quien contribuyó y dio respuesta a muchos de mis cuestionamientos, aportes creativos, correcciones de estilo así como sus conocimientos en el campo de la investigación

A los adolescentes del estudio que han estado conmigo en esta experiencia de investigación aportando alegrías y reflexiones

A mis compañeros de estudios, especialmente José Enrique González, Aristides Méndez, mi hermana Lourdes Caricote, quienes juntos formamos un equipo de camarería y ayuda mutua en la prosecución de nuestra investigación.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
Justificación del Estudio	6
CAPÍTULO II	9
MARCO TEÓRICO	9
Antecedentes de la Investigación	9
Bases Teóricas	15
Bases Legales	52
CAPÍTULO III	54
MARCO METODOLÓGICO	54
Tipo y diseño de la Investigación	54
Población y Muestra	55
Técnicas e Instrumentos	56
Validez y Confiabilidad	57-58
	62

CAPÍTULO IV	
ANÁLISIS E INTEPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	62
Resultados de la Aplicación del Instrumento	63
Conclusiones	104
Recomendaciones	114
REFERENCIAS	119
ANEXOS	129
Anexo N° 1 : Cuadro de Operacionalización de variables	130
Anexo N° 2 : El Instrumento	131
Anexo N° 3 : Validación del instrumento	134
Anexo N° 4: Cálculo de confiabilidad del instrumento	142
Anexo N° 5 : Carta a la institución	144
Anexo N° 6 : Consentimiento Informado	145

LISTA DE TABLAS

N° de Tabla		Pág.
1	Ponderación de alternativas (a)	57
2	Ponderación de alternativas (b)	57
3	Escala para confiabilidad	59
4	Tabla de frecuencia del ítems N° 1	63
5	Tabla de frecuencia del ítems N° 2	64
6	Tabla de frecuencia del ítems N° 3	65
7	Tabla de frecuencia del ítems N° 4	66
8	Tabla de frecuencia del ítems N° 5	67
9	Tabla de frecuencia del ítems N° 6	68
10	Tabla de frecuencia del ítems N° 7	69
11	Tabla de frecuencia del ítems N° 8	70
12	Tabla de frecuencia del ítems N° 9	71
13	Tabla de frecuencia del ítems N° 10	72
14	Tabla de frecuencia del ítems N° 11	73
15	Tabla de frecuencia del ítems N° 12	74
16	Tabla de frecuencia del ítems N° 13	75
17	Tabla de frecuencia del ítems N° 14	76
18	Tabla de frecuencia del ítems N° 15	77
19	Tabla de frecuencia del ítems N° 16	78
20	Tabla de frecuencia del ítems N° 17	79
21	Tabla de frecuencia del ítems N° 18	80
22	Tabla de frecuencia del ítems N° 19	81
23	Tabla de frecuencia del ítems N° 20	82
24	Tabla de frecuencia del ítems N° 21	83
25	Tabla de frecuencia del ítems N° 22	84
26	Tabla de frecuencia del ítems N° 23	85
27	Tabla de frecuencia del ítems N° 24	86
28	Tabla de frecuencia del ítems N° 25	87

N° de Tabla		Pág.
29	Tabla de frecuencia del ítems N° 26	88
30	Tabla de frecuencia del ítems N° 27	89
31	Tabla de frecuencia del ítems N° 28	90
32	Tabla de frecuencia del ítems N° 29	91
33	Tabla de frecuencia del ítems N° 30	92
34	Tabla de frecuencia del ítems N° 31	93
35	Tabla de frecuencia del ítems N° 32	94
36	Tabla de frecuencia del ítems N° 33	95
37	Tabla de frecuencia del ítems N° 34	96
38	Tabla de frecuencia del ítems N° 35	97
39	Tabla de frecuencia del ítems N° 36	98
40	Tabla de frecuencia del ítems N° 37	99
41	Tabla de frecuencia del ítems N° 38	100
42	Tabla de frecuencia del ítems N° 39	101
43	Tabla de frecuencia del ítems N° 40	102
44	Tabla de frecuencia del ítems N° 41	103

LISTA DE CUADROS

N°		Pág.
01	Cuadro de Operacionalización de Variables	130

LISTA DE GRÁFICOS

Nº		Pág.
1	Gráfico de análisis del ítems N° 1	63
2	Gráfico de análisis del ítems N° 2	64
3	Gráfico de análisis del ítems N° 3	65
4	Gráfico de análisis del ítems N° 4	66
5	Gráfico de análisis del ítems N° 5	67
6	Gráfico de análisis del ítems N° 6	68
7	Gráfico de análisis del ítems N° 7	69
8	Gráfico de análisis del ítems N° 8	70
9	Gráfico de análisis del ítems N° 9	71
10	Gráfico de análisis del ítems N° 10	72
11	Gráfico de análisis del ítems N° 11	73
12	Gráfico de análisis del ítems N° 12	74
13	Gráfico de análisis del ítems N° 13	75
14	Gráfico de análisis del ítems N° 14	76
15	Gráfico de análisis del ítems N° 15	77
16	Gráfico de análisis del ítems N° 16	78
17	Gráfico de análisis del ítems N° 17	79
18	Gráfico de análisis del ítems N° 18	80
19	Gráfico de análisis del ítems N° 19	81
20	Gráfico de análisis del ítems N° 20	82
21	Gráfico de análisis del ítems N° 21	83

Nº		Pág.
22	Gráfico de análisis del ítems N° 22	84
23	Gráfico de análisis del ítems N° 23	85
24	Gráfico de análisis del ítems N° 24	86
25	Gráfico de análisis del ítems N° 25	87
26	Gráfico de análisis del ítems N° 26	88
27	Gráfico de análisis del ítems N° 27	89
28	Gráfico de análisis del ítems N° 28	90
29	Gráfico de análisis del ítems N° 29	91
30	Gráfico de análisis del ítems N° 30	92
31	Gráfico de análisis del ítems N° 31	93
32	Gráfico de análisis del ítems N° 32	94
33	Gráfico de análisis del ítems N° 33	95
34	Gráfico de análisis del ítems N° 34	96
35	Gráfico de análisis del ítems N° 35	97
36	Gráfico de análisis del ítems N° 36	98
37	Gráfico de análisis del ítems N° 37	99
38	Gráfico de análisis del ítems N° 38	100
39	Gráfico de análisis del ítems N° 39	101
40	Gráfico de análisis del ítems N° 40	102
41	Gráfico de análisis del ítems N° 41	103



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
 DIRECCIÓN DE POSTGRADO
 MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADOLESCENTE

Autora: Dra. Esther Caricote. A.

Tutora: Dra. María A. Ferreira

Fecha: Enero 2020

RESUMEN

El suicidio en la adolescencia es un fenómeno biopsicosocial complejo constituyendo un problema de salud pública por ser una etapa vulnerable del desarrollo humano. El objetivo de la investigación trata sobre la descripción de los factores psicosociales de riesgos en la conducta suicida en el adolescente. Las teorías que apoyan el estudio son la teoría psicosocial de Erikson y la teoría del aprendizaje social de Bandura. La investigación se enmarcó en el paradigma positivista con un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de campo, descriptivo y transversal. La muestra intencional estuvo representada por 20 estudiantes adolescentes del tercer año de educación media de la Unidad Educativa Manuel Antonio Malpica. La técnica de investigación fue la encuesta y el instrumento es el cuestionario con escala tipo Likert para 15 preguntas con cinco alternativas de respuestas y escala dicotómica para las 22 preguntas restantes. La confiabilidad del estudio se midió a través de una prueba piloto obteniéndose 0,87 en el análisis del coeficiente alfa de Cronbach y 0,68 en el coeficiente de Kuder Richardson. El resultado del proceso investigativo mostró como datos relevantes en los adolescentes estudiados, presencia de sintomatología depresiva e ideación suicida, consumo de alcohol y drogas acompañados de conflictos familiares, problemas disciplinarios y familiares, con antecedentes de depresión e intento y muerte por suicidio además de consumo de alcohol y drogas. En conclusión, la labor investigativa contribuyó a evaluar el carácter complejo y multicausal de la conducta suicida poniendo en evidencia la necesidad de integrar y contextualizar el fenómeno del suicidio en la adolescencia.

Palabras clave: Adolescente, Factores de Riesgo, Conducta suicida.

Línea de Investigación: Psicoeducativa

Temática: Educación Emocional y Social

Subtemática: Relaciones Interpersonales y Habilidades Socioemocionales



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTY OF SCIENCES OF EDUCATION
ADDRESS OF STUDIES POSTGRADUATE
MASTER'S DEGREE IN EDUCATIONAL RESEARCH



Author: Dra. Esther Caricote

Tutor: Dra. María A. Ferreira

Date: Julio 2021

RISK FACTORS IN THE SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

ASBTRACT

Suicide in adolescence is a complex biopsychosocial phenomenon constituting a public health problem as a vulnerable stage of human development. The objective of the research is about the description of psychosocial risk factors in suicidal behavior in adolescent. The theories that support the study are Erikson's psychosocial theory and Bandura's social learning theory. The research was framed in the positivist paradigm with a quantitative, non-experimental, field, descriptive and transversal approach. The intentional sample was represented by 20 adolescent students from the third year of middle school of the Manuel Antonio Malpica Educational Unit. The research technique was the survey and the instrument is the Likert scale questionnaire for 15 questions with five answer alternatives and dichotomous scale for the remaining 22 questions. The reliability of the study was measured through a pilot test obtaining 0.87 in the analysis of the alpha coefficient of Cronbach and 0.68 in the coefficient of Kuder Richardson. The result of the research process showed relevant data in the adolescents studied, presence of depressive symptomatology and suicidal ideation, alcohol and drug use accompanied by family conflicts, disciplinary and family problems, with a history of depression and suicide attempt and death in addition to alcohol and drug use. In conclusion, the investigative work helped to assess the complex and multi-causal nature of suicidal behavior by highlighting the need to integrate and contextualize the phenomenon of suicide in adolescence.

Keywords: Adolescents, Risk Factors, Behavior Suicidal.

Research Line: Psychoeducative

Theme: Social and emotional education

Sub-theme: Interpersonal relationships and socio- emotional skills

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida en la adolescencia es un problema complejo, resultante de la interacción de factores genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales. Sucede en todas las épocas, afecta a ambos sexos y a todas clases sociales a nivel mundial y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) (2016), ocupa la tercera posición entre las personas con edades comprendidas entre 15-34 años de edad.

El suicidio es un tema que generalmente se silencia o se evade en la familia pues impacta y cuestiona la dinámica familiar. Por otro lado, son pocos los adolescentes con la necesidad de pedir ayuda cuando presentan sintomatología depresiva o ideación suicida ya sea a un adulto significativo o a sus propios pares dificultándose la detección y el tratamiento oportuno en estos adolescentes con riesgo de morir por esta causa.

Dentro de este orden de ideas, la conducta suicida en esta etapa de vida es un problema de salud pública porque la adolescencia constituye una población vulnerable representando el costo económico y social futuro de cualquier país requiriendo programas educacionales, de promoción y prevención en salud mental.

Cabe agregar, la presencia de factores psicosociales de riesgo, comprometidos en la vulnerabilidad de los adolescentes en el desarrollo de una conducta suicida; tal es el caso, de la violencia intrafamiliar, depresión, impulsividad, intentos previos de suicidios, edad, sexo, género, consumo de alcohol y drogas, acoso escolar, abuso sexual, entre otros.

El objetivo general de esta investigación fue describir los factores de riesgos asociados a la conducta suicida en los adolescentes con el fin de contribuir a una mejor delimitación de grupos de riesgo, con propósitos preventivos y terapéuticos.

El proyecto investigativo se enmarcó en el paradigma positivista con un enfoque cuantitativo. Se trató de una investigación no experimental de campo, transaccional y descriptiva.

El trabajo de investigación estuvo formado por capítulos: el capítulo I, trató sobre el planteamiento del problema, en la cual se abordó el estudio e identificación de la situación problemática relacionado con el campo de actividad del investigador. El capítulo II Marco Teórico o fundamentación teórica, incluyó aquellas teorías epistemológicas relacionadas con el estudio de la situación problemática, las cuales fueron valiosas en cuanto constituyen bases sólidas orientando el sentido del proceso de investigación. El capítulo III, el Marco Metodológico o Metodología, se refirió al conjunto de procedimientos tecno-operacionales surgiendo a partir de los conceptos teóricos operacionalizados. El capítulo IV, evidenció el análisis e interpretación de los resultados obtenidos de la recogida de los datos y por último, se describen las conclusiones y recomendaciones del estudio de investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el 2015, la Organización Panamericana de la Salud conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2015, p.15) expresaron, “los adolescentes y adulto joven representan el 21% de la población de la América Latina: su salud física y mental son un elemento clave en el progreso social, económico y político de todos los países de las Américas”. Sin embargo, con demasiada frecuencia, las necesidades y los derechos de los adolescentes no figuran en las políticas públicas ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. Uno de los factores contribuyente a esta omisión es el sufrimiento de pocas enfermedades en sus vidas. No obstante, la OMS/OPS antes citada, estimó, el 70% de las muertes prematuras en el adulto joven se deben a conductas iniciales en la adolescencia.

Aunque, los adolescentes y jóvenes representan un potencial en el desarrollo de América Latina, entre el 11 y 33% de ellos según la OMS/OPS (Ob.cit), refirieron tener algún problema de salud mental. Los síntomas depresivos y las conductas suicidas fueron las más frecuentes. De hecho, en el 2015 el suicidio fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años de edad en todo el mundo y de acuerdo a la OMS anteriormente señalada, más del 78% de los suicidios tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. En otras palabras, las tasas de suicidio han ido en aumento hasta el punto de constituir el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países tanto en los países desarrollados como en países en desarrollo.

Cabe destacar, lo poco frecuente del comportamiento suicida en la infancia pero aumenta significativamente al llegar a la adolescencia. En la actualidad, el suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes estadounidense entre 13-19 años de edad de acuerdo a las

estadísticas del Centro Nacional de Salud señalado por la OMS (ob.cit). En Venezuela, hay subregistro de las cifras de suicidios desde el año 2006 reseñado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (2006, p.80) debido a las condiciones políticas del país. En ese entonces, “943 muertes en Venezuela fueron por suicidio, representando el 0,78%”.

Hoy en día, la Organización No Gubernamental (ONG) de nombre Observatorio Venezolano de Violencia liderada por (Briceño, 2018, p.3) refirió, “desde el 2015 ha venido aumentando el número de suicidios en el país, convirtiéndose en un fenómeno social con un índice de suicidio de 19 personas por cada cien mil habitantes siendo Mérida el estado con mayor índice de suicidio”. El autor explicó, Venezuela ocupa el primer lugar de suicidio en el continente americano y la primera causa más frecuente está dada por la depresión, en segundo lugar, la falta de psicofármacos y en tercera posición, la presencia de enfermedades crónicas (cáncer, SIDA,) donde el paciente recurre a la eutanasia propia para no ser una carga familiar.

Cabe agregar, la existencia de factores psicosociales de riesgo implicados en la vulnerabilidad para desarrollar una conducta suicida en los adolescentes y de acuerdo a Gutiérrez, (2000) aunque se desconoce el peso de cada uno por separado y las interacciones establecidas entre sí, hay cierto consenso; por ejemplo, los cambios emocionales en el adolescente, (depresión, ansiedad, impulsividad), la edad, sexo y orientación sexual, violencia intrafamiliar, divorcios conflictivos en los padres, acoso escolar, consumo de alcohol y drogas, presencia de enfermedades médicas crónicas y terminales tal es el caso de la diabetes juvenil, VIH/SIDA, epilepsias, discapacidad con déficit motor entre otros.

Por otro lado, existe un factor de riesgo individual considerado el más importante asociado a la conducta suicida y es la sintomatología depresiva seguida del intento de suicidio previo. (Cohen, 2006, p.30) afirmó, “en la adolescencia, los síntomas depresivos se pueden

manifestar por ejemplo, a través de| la tendencia a vestir de negro, escribir poesías o pensamientos melancólicos o aficionarse a la música de contenido depresivo”. Los problemas de sueño pueden adoptar la forma de pasarse toda la noche viendo la televisión o en la computadora, tener dificultades en levantarse por las mañanas o quedarse dormido durante el día. Por otro lado, la pérdida del interés por actividades placenteras pueden dar paso al retraimiento y a la evitación de las relaciones sociales, pasando el/la joven la mayor parte del tiempo a solas y sumido en el aburrimiento. La falta de motivación y energía conlleva al ausentismo escolar. Así mismo, muchos suicidios se producen impulsivamente en momentos de crisis o estresantes la cual menoscaba la capacidad en el afrontamiento de las tensiones de la vida como es el caso de muerte imprevista o ruptura de un noviazgo.

En todo caso, los adolescentes con conducta suicida tienden a ser un grupo heterogéneo y se ven afectados por una combinación de distintos factores de riesgo psicosociales y es necesaria una detallada y acuciosa identificación de estos factores de riesgo con lo cual se previene la incidencia de los actos suicidas. Ante la situación planteada, el suicidio en la adolescencia es un problema de salud pública porque se trata de una población vulnerable representando el costo económico y social futuro de cualquier país requiriendo programas educacionales y de salud en su prevención.

Con base a lo anteriormente descrito, surgió la inquietud y necesidad de investigar qué factores de riesgo favorecen la conducta suicida en adolescentes venezolanos y por tal motivo se estudia una muestra de estudiantes adolescentes del tercer año de la Unidad Educativa (U.E) Manuel Antonio Malpica, localidad Valencia, Edo. Carabobo, con presencia de sintomatología depresiva e ideación suicida referido por orientadores del plantel. Por consiguiente, se hacen las siguientes interrogantes:

¿Por qué se deprimen los adolescentes? ; ¿Cuáles son los factores de riesgo de suicidio en estos adolescentes de educación media? ; ¿Qué motiva a los adolescentes a tomar la decisión de suicidarse?

Objetivo General

Describir los factores psicosociales de riesgo en la conducta suicida en los estudiantes del tercer año de la Unidad Educativa Manuel Antonio Malpica, Naguanagua, Estado Carabobo.

Objetivos Específicos

1. Identificar los factores psicosociales de riesgo suicida presentes en la vida de los estudiantes del tercer año de la Unidad Educativa Manuel Antonio Malpica.

2. Tipificar las características socio demográficas con respecto a los niveles de depresión y conducta suicida, en los estudiantes del tercer año de la Unidad Educativa Manuel Antonio Malpica.

3. Determinar los niveles de depresión, pensamiento y conducta suicida en los estudiantes del tercer año de la Unidad Educativa Manuel Antonio Malpica.

JUSTIFICACIÓN

La conducta suicida en la adolescencia es un problema complejo resultante de la interacción de factores genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales. Sucede en todas las épocas, afecta a ambos sexos y a todas clases sociales a nivel mundial y según la OMS/OPS (2016), ocupa la tercera posición entre las personas con edades comprendidas entre 15-34 años de edad.

Evidentemente, el suicidio es una causa de muerte prevenible pero la tendencia de este fenómeno de incrementarse en el tiempo, se ha transformado en un tema de preocupación en los sistemas de salud de los países y en los organismos internacionales.

Dentro de esta perspectiva, el suicidio sigue siendo reconocido por la OMS/OPS (ob.cit.) como un problema relevante de salud pública y en el Plan Estratégico de Acción 2014-2019 de la OPS (2014) se concordó, el suicidio es uno de los indicadores de impacto a evaluar en la Región de las Américas en la cual los adolescentes y el adulto joven constituyen el potencial social y económico de un país.

Por lo tanto, se decidió emprender el estudio de investigación porque existe un aumento significativo de suicidio en Venezuela, en su población vulnerable, los adolescentes; además, la escasez de estudios relacionados en nuestro país y en muchos países de la América indica insuficiente información siendo evidentes los subregistros, pudiendo ser explicado por la presencia de factores culturales, políticos, religiosos así como los relacionados con el estigma llevando a muchas familias a ocultar que un miembro de su familia ha muerto por suicidio.

Ahora bien, se dispuso de una amplia bibliografía a nivel internacional requiriéndose fortalecer las investigaciones en Venezuela, abordando no solo la mortalidad sino también estudios que incluyan la ideación, planificación y el intento suicida así como los factores de riesgos sociales y culturales asociados a la realidad actual venezolana. A este respecto, la organización Mundial de la Salud (OMS (2014, p.16) expresó: “La carga de suicidio en una sociedad no debe medirse únicamente por las muertes, las estadísticas indican que por cada suicidio consumado hay por lo menos 20 intentos de suicidio”.

Por otro lado, es necesaria la indagación sobre los factores de riesgo, factores predictores que pueden ser intervenidos con acciones estratégicas, en la creación y

disponibilidad de programas, servicios y recursos en la promoción de la salud mental y en la prevención y atención de la conducta suicida como parte de las acciones de los sistemas de salud mental en Venezuela.

Finalmente, el suicidio presenta características que exige un abordaje multidisciplinario e inmediato. Es un problema de todos, con lo cual, requiere la movilización de todos los sectores sociales y es posible en este trabajo investigativo, ser una referencia local para otros investigadores, interesados sobre el área de la adolescencia en nuestro medio y lograr un conocimiento más operativo de la conducta suicida y sus factores de riesgo en el país, permitiendo disminuir la morbilidad y mortalidad por esta causa.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentaron los aspectos principales de carácter teórico relacionados con el problema a estudiar. La importancia del marco teórico es la integración de la teoría, la práctica con la investigación y el entorno. Presenta tres aspectos a saber: a) Antecedentes de investigaciones b) Fundamentación o Bases teóricas c) Bases legales.

Antecedentes relevantes de Investigación

A continuación se resaltan las investigaciones recientes relacionadas y actualizadas con el tema de la conducta suicida. A saber:

Vanegas, Sosa, y Castillo, (2018) elaboraron la investigación denominada *Acoso escolar, ira y depresión en adolescentes mexicanos: un estudio preliminar de la eficacia de una intervención cognitivo-conductual*. El objetivo del presente estudio con enfoque complejo fue describir los aspectos generales y las particularidades del fenómeno del acoso

escolar, conocer su relación con las variables ira y síntomas depresivos. A partir de esta información se diseñó y evaluó el efecto del programa cognitivo-conductual para reducir los síntomas de ansiedad y depresión. Participaron 1.050 alumnos de secundaria entre 12 y 16 años de Yucatán, en México. Se evaluaron los niveles de ansiedad y depresión en los participantes, rasgos de psicopatía, y la presencia de agresión en el ámbito escolar. Atendiendo a los resultados, se diseñó y aplicó una intervención psicoterapéutica de 22 sesiones basada en la terapia cognitivo-conductual con los acosadores y víctimas de acoso. El 43% de quienes ejercían violencia presentaban síntomas depresivos y 51% de estos adolescentes puntuaron cifras elevadas en el rasgo ira. De las víctimas de acoso, el 44% obtuvo valoraciones significativas en rasgos depresivos y pensamientos suicidas y el 34% presentaba niveles elevados de ira. Los resultados sugirieron, la presencia de una intervención eficaz en la reducción de la victimización y mejora el control de ira en víctimas y agresores significativamente, al entrenar a los participantes en vías de expresión más saludables. El programa de corte cognitivo conductual mostró en la conclusión de la investigación, ser de utilidad en abordar la sintomatología derivada del acoso escolar, y encontrar diversas alternativas en la vivencia de este fenómeno en la vida cotidiana. Esta investigación fue importante porque contribuyó a dar solidez y sustento como factores asociados en la conducta suicida, el acoso escolar, ira y la depresión.

Pacheco y Peralta, (2015). La investigación fue realizada en Chile y llevo por título: *La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo* y cuyo objetivo de los autores fue revisar los diferentes factores asociados con el riesgo de conducta suicida en adolescentes de manera de encontrar predictores precoces de suicidio. El método utilizado fue el metanálisis usando la base de datos Medline. Los resultados encontrados

fueron: la conducta suicida se asocia a variados factores de riesgos; diversas condiciones epidemiológicas, psiquiátricas y médicas además de eventos vitales estresantes. En conclusión, los autores expresaron la importancia del intento de suicidio previo y los trastornos del ánimo como potentes factores de riesgo individual en una conducta suicida.

La importancia de esta investigación, fue la reflexión sobre la necesidad de enfocar cuales son los factores de riesgo más asociados a la conducta suicida en esta investigación para potenciar el desarrollo de estrategias con este fin y protocolizar la atención de intentos y conducta suicida en las salas de emergencia.

Caballo- Espinosa (2017). *Suicidio Adolescente y Otriedad: La Ballena Azul dentro del Aula*. Esta investigación documental fue presentada en Perú en el VI Congreso Internacional de psicología y Educación. El resumen fue el siguiente:

Durante los últimos años se han registrado cambios sustanciales en el comportamiento estadístico del fenómeno suicida. Una de estas variaciones tiene relación con el aumento significativo de la tasa de mortalidad por suicidio adolescente. Aunque no existe una explicación respecto de esta tendencia estadística, es innegable la incidencia del desarrollo tecnológico y los factores contextuales propios de la modernidad. De esta forma, conjuntamente con las características endógenas presentes en esta etapa vital, resulta necesario enfocar la atención al escenario en que los adolescentes se movilizan en la actualidad. El acceso a internet y la masificación del uso de teléfonos móviles, conforman los nuevos espacios de comunicación e interrelación entre los jóvenes y su entorno. La otriedad, en este escenario generacional -aun cuando en ocasiones se instala desde la incertidumbre y lo desconocido- resulta determinante en el desarrollo adolescente. En esta

etapa de vida, algunos elementos -propios del contexto escolar y de la influencia de internet, constituyen dos de los factores de riesgo de mayor estudio dentro de la literatura científica en esa línea investigación, sin embargo, estos elementos resultan insuficientes a la hora de explicar la complejidad del suicidio adolescente.

La investigación trae a reflexión, la existencia hoy en día de factores de riesgos nuevos, representada por el avance tecnológico, el contagio social, el uso problemático de internet y el ciberbullying, entre otros. En este espacio, la irrupción de nuevas tecnologías ha instalado nuevos mecanismos de inter-relación, modificando los procesos tradicionales de comunicación y vinculación afectiva con el peligro de un modelaje negativo de los adolescentes vulnerables buscando identificarse como persona.

Con respecto a Venezuela, el último Anuario de Mortalidad realizada por la Dirección de Información Social y Estadísticas de la Dirección de Epidemiología y Análisis Estratégico del Ministerio del Poder Popular para la Salud fue el del año 2006.

A título ilustrativo, en el 2006, el Ministerio del Poder Popular reportó 943 muertes por suicidio, representando el 0,78 % de intentos de suicidios consumados. De acuerdo al Anuario Estadístico de Mortalidad, los grupos etarios más vulnerables por suicidio son la representada por la adolescencia entre 15-24 años de edad (4,29%) de 5-14 años de edad (1,18%) adulto joven 25-44 años de edad (1,06%). Con respecto al género, se evidencia una mayor frecuencia en el género masculino (4,26%).

Desde ese entonces, en Venezuela, no existen oficialmente estadísticas de suicidios y de muchos otros indicadores de salud; sin embargo, se encuentran algunas cifras

preocupantes no oficiales procedentes de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) A saber:

En su informe de 2018, el Observatorio Venezolano de Violencia (OVV) hace un llamado de atención: en varias zonas del país, se observa un incremento en el número de suicidios. Mérida sería el epicentro. En el 2017, alrededor de 150 personas se quitaron la vida en ese estado y la tasa cerró en 19,09 por cada cien mil habitantes, la más alta de suicidios en la entidad en los últimos 30 años. Solo 17 países registran una tasa superior a la del estado andino, de acuerdo con la última actualización de la Organización Mundial de la Salud con datos de 2015, entre ellos se encuentran: Bélgica (20,5); Guyana (29,0); Japón (19,7); Corea del Sur (28,3); y Rusia (20,1).

En sentido inverso, la tasa de suicidios en Mérida superó a las siguientes naciones: Argentina (14,2); Bolivia (18,7); Corea del Norte (15,8); Francia (16,9); Alemania (13,4); Portugal (13,7); Suiza (15,1); Suecia (15,4); Estados Unidos (14,3); y Uruguay (17,0).

El Director de la ONG, el Observatorio Venezolano de Violencia, (Briceño, 2018, p.16) afirmó, “La violencia se define como el uso de la fuerza física para hacer daño a otro o a uno mismo”. Por lo tanto, el suicidio es una forma de violencia porque se trata de una muerte no natural, sino provocada.

El autor relata además, en el país ocurre de 200-1000 suicidios anuales representando un aumento significativo con respecto a los primeros años del siglo XXI cuando el número de suicidio estaba alrededor de los 300-400 al año. El Director de la ONG (ob. Cit.) confirmó, en un 25% de los casos los suicidas tenían entre 14-24 años de edad tratándose de una población joven y en edad productiva. En su planteamiento, el investigador agregó

la presencia de subregistro debido a la inexistencia de cifras oficiales; y además, suma los intentos de suicidio, por cada suicidio consumado hubo 10 intentos previos.

Cabe destacar dos investigaciones encontradas pero cuyas fechas son de antes del 2015. A saber: Ferrer, (2013). *Características Epidemiológicas del Intento de Suicidio en Adolescentes que acuden al Hospital de niños “Dr. Jorge Lizárraga”, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Edo. Carabobo 2007-2012.*

El objetivo de este trabajo de investigación fue conocer las características epidemiológicas en los pacientes que acuden con intento suicida al servicio de emergencia del hospital de niños “Dr. Jorge Lizárraga”. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo de diseño no experimental de tipo correlacional, descriptivo y transversal; con una muestra de 111 pacientes adolescentes de ambos sexo en el período 2007-2012 obteniéndose el resultado: 82,9% del sexo femenino intentaron suicidarse, 32,4% tenían 13 años de edad, 60,4% adolescencia en etapa media y 54,1% pertenecía al estrato socioeconómico IV. Los medios específicos utilizados más frecuente en el intento de suicidio fueron: ingestión de benzodiazepinas 36% y raticida 8,1%. En conclusión, en el año 2010 se registró en el edo. Carabobo, el mayor índice de suicidio (57,5%) y el de mayor número de consulta por emergencia por esta causa. Se trató de una investigación cuyos aportes recaen sobre la urgencia y énfasis de educar y capacitar al personal que labora en las emergencias hospitalarias sobre la conducta suicida.

González, (2012) *Diagnóstico Psiquiátrico y Factores de riesgo suicida en pacientes adolescentes con conducta suicida. Valencia, edo. Carabobo.* El objetivo de la investigación fue determinar las características sociodemográficas, psiquiátricas y

psicosociales: los niveles de ideación suicida, diagnósticos multiaxiales de trastornos mentales y los factores de riesgo suicida en adolescentes con conducta suicida. Es un estudio descriptivo, con diseño no experimental y de corte transversal con una muestra de 31 adolescentes de ambos sexo con una media de edad de 18 años con conducta suicida que acudieron a la consulta del servicio de psiquiatría de enlace de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. El resultado encontrado de conducta suicida se caracterizó por mayor porcentaje (45,16%) correspondiente a los pacientes entre 16-18 años de edad. La mayoría de los adolescentes utilizó como método suicida la intoxicación por fármacos. Entre los problemas psicosociales más reportados destacan problemas familiares, amorosos y socioeconómicos.

Lo relevante en esta investigación fue la prioridad de detectar los factores de riesgo prevaeciente en la conducta suicida del adolescente y dirigir campañas orientadas a la prevención y atención de estos factores.

BASES TEÓRICAS

La Adolescencia

La palabra “Adolescencia de acuerdo a la Real Academia Española (2005) deriva de la voz latina *Adolescere* significando “crecer” o desarrollarse hacia la madurez. Una definición de adolescencia requiere la consideración de la edad y de las influencias sociohistóricas (construcción social); por lo tanto, en base a estas limitaciones (Santrock 2004, p119) expresa, “la adolescencia es el período evolutivo de transición entre la infancia y la etapa adulta, lo que implica cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales”. Por otra parte, López Gómez, (1997) en concordancia con Santrock

(2004) relatan, la adolescencia es una etapa de transición en el cual el niño se prepara para la masculinidad y la mujer para la feminidad puesto que en ese ciclo evolutivo, se desarrollan las funciones sociales, sexuales, el pensamiento abstracto y la conquista de la independencia.

Ahora bien, los autores (Sauceda y Maldonado, 2003, p 5) manifiestan “no hay adolescencia sino adolescentes; cada adolescente, desarrolla su propia historia por ser una etapa de construcción social” y existen adolescentes viviendo esta etapa con mayor serenidad, en una continuidad del desarrollo con la etapa de la segunda infancia; “desarrollo marcado sí, pero no tal tormenta emocional ni tienen conflictos mayores con los padres” como lo aseguraban autores como (Erik Erikson, 1971, p.102).

De acuerdo con el criterio de clasificación para fines de investigación y estadística, la OMS/ OPS (1998) diferenciaron tres etapas en la adolescencia: adolescencia temprana (10-13 años), adolescencia media (14-16 años), y adolescencia tardía (17-19 años). Desde el 2015 la OMS/OPS establecieron hasta la edad de 21 años para la etapa tardía. Estos dos organismos internacionales puntualizaron con respecto a la adolescencia, la alta vulnerabilidad desde el punto de vista biológico, psicológico, social y cultural por ser un período de rápido desarrollo en la cual los adolescentes necesitan identificar sus propios valores, asumir y resolver sus duelos para adquirir un estilo de vida saludable.

¿Cuáles son los cambios que suceden en la Adolescencia?

A. Cambios Biológicos

Lo más aparente de la adolescencia es sin duda el fenómeno biológico. Estos cambios biológicos se conocen con el nombre de Pubertad. La pubertad se caracteriza por

procesos maduracionales, hormonales y de crecimiento físico bajo la influencia del sistema Nervioso Central y del Sistema Endocrino. La consecuencia de la actividad hormonal es el desarrollo, de los caracteres sexuales primarios y secundarios caracterizados por la adquisición de la capacidad reproductora, cambios en la talla, peso, las proporciones corporales, el desarrollo muscular y cambios relacionados con la fuerza coordinación y destreza.

Con respecto al sistema nervioso central, los estudios de neurociencias realizados por Zuckerman (2004) y Weinberg (2016) demuestran, hace más de diez años se creía que el cerebro humano había alcanzado la madurez plena en el período de transición entre la infancia y la pubertad y a partir de los 13 ó 14 años, lo que un joven requería para comportarse como un adulto era simplemente educación. Pero hoy se sabe que no es así, porque la maduración cerebral, se termina a los veinte años aproximadamente, con lo cual, los adolescentes no solo están en pleno proceso de desarrollo de sus piernas, sus brazos o su nariz sino también de su cerebro especialmente el área prefrontal, donde se procesan los juicios racionales que moderan la emocionalidad.

Además, los científicos expresaron, el sistema límbico (aquí se genera la ira, el miedo, enfado) del adolescente se encuentra hiperactivo hasta alrededor de los 18 años influenciados por las hormonas sexuales y neurotransmisores como la dopamina que estimula el centro del placer. Esta es la razón por la cual el adolescente es impulsivo, temerario, se arriesga sin pensar ni temer a consecuencias peligrosas, desarrollando una mayor vulnerabilidad a conductas riesgosas como el consumo de drogas, relaciones sexuales promiscuas con el riesgo inherente a contraer VIH/SIDA llevándoles en un futuro a una depresión e intento de suicidio.

Por su parte, Weinberg, (ob. Cit) quien coincide con Zuckerman (ob.cit) postula, la maduración cerebral sucede a diferentes velocidades y en diversas áreas del mismo. Estas maduración diferencial genera un desequilibrio que impacta su comportamiento: “La parte del cerebro que podría compararse con el *acelerador* de un coche es la relacionada con emociones y recompensas, y madura antes que el *freno*, la corteza prefrontal, cuya tasa de maduración es mucho más lenta” (Weinberg, 2016, p.53). La autora explica, este desequilibrio en los adolescentes los hace más propensos a tomar riesgos y malas decisiones cuando se enfrentan a situaciones con muchas emociones y bastantes recompensas, como puede ser el consumo de drogas, el deseo de impresionar a sus pares o de estar en una fiesta.

Es evidente entonces, debido a los cambios hormonales, el adolescente puede presentar vaivenes del estado de ánimo más intenso que en otras edades como es el sentirse triste, ansioso pero esto es normal mientras no sean de larga duración, son episodios pasajeros y no cambios intensos permanentes de semanas o meses. Sin embargo, de acuerdo a resultados de investigaciones de Saucedo y Maldonado, (2003) el 50% de los adolescentes “normales” mencionan haberse sentido triste y más del 80% habían pensado fugazmente en el suicidio.

En conclusión, en la adolescencia, las modificaciones fisiológicas de la pubertad tienen influencia en la autoestima, el interés por lo erótico, y la imagen corporal. Cada cultura, determina la percepción de los cambios relacionados con la pubertad. En cualquier caso, el conocimiento que el adolescente necesita no es solo fisiológico, sino el significado de esos cambios (psicológica y emocional), y las implicaciones en las relaciones con otros adolescentes (pares) para manejar adecuadamente los factores de riesgo.

B) Cambios Cognoscitivos

Además de los cambios fisiológicos, el adolescente es capaz de pensamiento abstracto y lógico formal. Piaget e Inhelder (1972), llamaron a esta etapa la de “operaciones formales” porque solo en la adolescencia, la persona es capaz de entender situaciones complejas y resolver problemas tomando diferentes variables en cuenta a la vez.

Con su nueva capacidad intelectual, los adolescentes tienen mayor vocabulario y mayor habilidad en memorizar hechos y procedimientos, llevándolos a fantasear acerca de lo posible, manipular ideas intelectualmente sin necesidad de que las ideas estén ancladas en objetos concretos. Por esta razón, (Piaget,1966, p.18) postuló, “por primera vez, el adolescente se pregunta ahora el porqué de su existencia, cuáles serán sus metas en la vida y a qué dedicará sus energías”. El mundo lo atrae pero también lo asusta: puede hacerlo sentirse abrumado, asustado, con miedo a crecer y volverse un adulto.

C) Cambios Emocionales

Dentro de este contexto, nos encontramos con los siguientes procesos: 1-*Búsqueda de Identidad*: “en la adolescencia, la necesidad de encontrar una identidad se vuelve central y primordial” según lo señaló (Erik Erikson, 1976,p.12) en su libro *El niño y la sociedad*. Al tener ahora mayores conocimientos, tiene mayor capacidad para cuestionarse a sí mismo y a los demás. Lo que antes aceptaba como verdad dogmática cuando era niño, ahora lo analiza y cuestiona y a veces lo descarta. Erikson expuso, (1971) la necesidad del adolescente de encontrar modelos con quienes identificarse, generalmente alguien fuera de la familia inmediata. Puede ser un maestro admirado o bien un ídolo del espectáculo, adoptando sus expresiones, gestos y preferencias porque tratan de “tomar prestados” fragmentos de su futura identidad. El adolescente se estudia a sí mismo en el espejo, se ve en sus ídolos y tratar de ser como ellos. 2-

Necesidad de Autonomía. En la adolescencia hay una mayor necesidad psicológica de autonomía o independencia. El adolescente tiene la necesidad de crear un espacio propio donde experimentar sus nuevas capacidades, ideas y deseos; requiere entonces, mayor intimidad, si no física, por lo menos psicológica y emocional. El joven necesita sentir, algunas cosas son personales, privadas e inviolables. A tal respecto, Guerrero (2002) relata, el grado de autonomía o independencia de un adolescente está determinado por los valores de la sociedad a la que se pertenece.

Vale la pena decir, en la cultura latinoamericana se estimula la dependencia a la familia y (Guerrero,2002, p. 9) afirmó: “la sociedad espera del joven un comportamiento independiente siendo una fuente de conflicto porque el adolescente busca fortalecer su identidad pero al mismo tiempo se le restringe la oportunidad de desarrollar su autonomía en la relación padres e hijos” generando entonces, un sentimiento de ambivalencia e incomunicación entre padres e hijos y una afinidad de los adolescentes con sus pares buscando identificación, sentido de pertenencia e información que muchas veces pueden estar equivocado favoreciendo factores de riesgo.

3-Egocentrismo. El adolescente percibe ser el centro de atención y tiene la sensación de descubrir un mundo nuevo; se sienten únicos. Elking (2000) lo ha llamado fábula personal, una historia no verdadera pero hace crecer la autoconciencia y la autocrítica e incrementa el sentimiento necesario de privacidad e introspección; por ello, se vuelven reflexivos y contemplativos.

4- Sensación de Invulnerabilidad. (Mahler y Blos, 1999 p. 11) señalaron, “el adolescente experimenta como el niño, ese enamoramiento del mundo” (bien sea, estético, del conocimiento, de las relaciones interpersonales, de emociones entre otros). Busca experiencias y sensaciones, y tiene curiosidad por lo desconocido. En su afán de conocer y descubrir, tiende a sentirse

invulnerable (por lo tanto sin necesidad de protección, restricciones o límites) y, a creer y percibir, nada desagradable o desafortunado ocurrirá, pues eso solo le pasa a los demás.

Por esta razón, el joven puede querer manejar un automóvil a alta velocidad, estar solo en la calle durante la noche, seguro de que nada le puede suceder. Puede tener relaciones sexuales y no pensar en la realidad inminente de un embarazo no deseado. Esto crea una tensión entre los adultos y los jóvenes porque los adolescentes se creen invulnerables y, por lo tanto, sin necesidad de protección, restricciones o límites, favoreciendo los factores de riesgo al adquirir estas conductas peligrosas.

5- Necesidad de Pertenencia. Al ocurrir la mencionada separación psicológica progresiva de los padres, aparece una mayor necesidad de encontrar otras personas con quienes sentirse identificada emocionalmente y ser parte de ellos. El adolescente quiere pertenecer a un grupo de iguales, vestirse como ellos, pasar tiempo juntos, y el grupo de amigos forma una especie pequeña comunidad, en la que todos tienen algo en común. Para Gilligan (2012) los adolescentes necesitan el apoyo emocional de los amigos que están experimentando cambios similares con los mismos conflictos y dudas parecidas.

A este respecto, (Rubín, Bukowsky y Parker, 2015, p.6) expresaron: “la influencia de los iguales o pares puede ser tanto positiva como negativa y es una constante en la vida de todo adolescente”. Las amistades, proporcionan retroalimentación positiva sobre sus habilidades, autoestima, compañerismo, intimidad/afecto. En el aspecto negativo, la presión grupal ejercida por los pares puede llevar al adolescente a adoptar actitudes o comportamientos inadecuados como decir palabrotas, robar, consumir drogas/alcohol, hacer bullying entre otros.

6- Desarrollo Moral De acuerdo a Kohlberg (1992) y Piaget (1972) el niño de edad escolar tiene un razonamiento moral llamado “Realismo Moral”, da más importancia a los

hechos o transgresiones que a las intenciones mientras, el adolescente piensa en la intención y en la circunstancia atenuantes y está más interesado en los principios y en los valores morales globales. Kohlberg (ob. Cit) ubicaba a los adolescentes de acuerdo a su teoría moral en el nivel postconvencional. No hay que olvidar en esta etapa de la adolescencia, el joven admira a personajes de valor universal como Gandhi. Es capaz de pensar primero en el principio que guía las acciones más que en los hechos concretos o transgresiones.

7- Ascetismo y Altruismo

Debido a los cambios cognoscitivos y emocionales y de la percepción de un mayor número de fenómenos como la injusticia y contradicciones en el mundo, el joven puede protestar y preocuparse y desarrollar un profundo interés por los temas filosófico; tal es el caso, el propósito de la vida y el misticismo con lo cual se identifica con un grupo religioso por ejemplo o un grupo terrorista en su aspecto negativo, lo llevan a estar dispuesto a ofrecer su vida.

8- Erotismo y Sexualidad

Es en la adolescencia según Gutiérrez (2000), existe mayor interés en los temas eróticos y sexuales, (debido a la maduración sexual y la producción de hormonas sexuales), curiosidad por descubrir información y deseos sexuales más prominentes que antes. En estos momentos, el joven busca información sobre el desarrollo de sus órganos sexuales, sobre la reproducción y el acto sexual entre otros temas relacionados con la esfera sexual.

Teorías Psicoeducativas sobre el fenómeno de la Adolescencia

Teoría Psicosocial de Erik Erikson

El autor psicoanalista pensaba, la sociedad y la cultura tienen una participación importante en el desarrollo de la personalidad del ser humano. La teoría del establecimiento de la identidad del YO, de Erikson (1971) tiene ocho estadios psicosociales abarcando todo el ciclo

vital del ser humano. Cada estadio se centra en una sola tarea evolutiva enfrentando a la persona a una crisis que debe superar y cuanto más eficazmente resuelva estas crisis, más saludable será su personalidad.

En el orden de la idea anterior, Erikson, (2004, p.24 citado por Miren de Tejada, Ríos y Silva) manifiesta, es en la adolescencia cuando hay la adquisición y consolidación de la identidad. En este estadio quinto, el adolescente se enfrenta no solo a una “revolución fisiológica” dentro de sí mismo en la cual se amenaza a la imagen corporal y a su identidad del yo, sino, se enfrenta al descubrimiento de quién es, qué hace en la vida, y hacia dónde va. Esto es lo que Erikson llama “crisis de identidad”, una identidad que se fue estructurando desde la infancia hasta llegar a la adolescencia vinculado a la concepción que se tiene sobre sí mismo (autoestima, autoconcepto y autoimagen)

Evidentemente, con la adolescencia se inicia la adquisición de un sentido de identidad, necesario para tomar decisiones propias de la vida adulta tales como la elección vocacional y la conyugal entre otras; significa entonces, el adolescente debe adoptar muchos roles y adquirir un estatus nuevo propio de los adultos en alcanzar una profesión, una identidad propia e interés y exploración sexual para llegar a una pareja determinada.

(Erikson, 1971, p.15) refería, en el desarrollo adecuado de la identidad del yo, “la presencia de una imagen sana segura autónoma de sí mismo en la adolescencia, dependía de factores que le permiten identificarse adecuadamente y del tipo de relaciones padre-hijo”. Estos aspectos, le permitirá tener la capacidad de integrar esas identificaciones con el reciente reconocimiento de su madurez sexual, de las aptitudes y destrezas desarrolladas a partir de oportunidades y experiencias, la práctica favorable al desempeño de un papel socialmente

gratificante. Como resultado, el adolescente puede establecer un sentido de identidad del yo definido y claro.

El peligro en este período es la difusión del yo, ocurre cuando las influencias del desarrollo antes descritas dañan o interrumpen la imagen de sí mismo. Así se explica en esta teoría, la intención de prácticas riesgosas en el adolescente como el abuso de alcohol y drogas, sexo no seguro, conductas suicidas encubiertas (conducir ebrio, o a alta velocidad). Todo en un intento de diferenciarse de los demás, de lo convencional y de lo aceptado socialmente para no quedar difuso en el anonimato colectivo. Erikson llama a esta etapa Identidad Versus Difusión.

Por otra parte, aquellos adolescentes que tengan una identidad más sólida y formada tienen una menor vulnerabilidad a conductas de riesgo. A este respecto, (Santrock, 2004, p.30) afirmaba: “los padres deben dejar que los hijos adolescentes exploren distintos caminos de una forma saludable; pero, si imponen una identidad al adolescente y no permiten que éste explore roles posibles para su futuro, entonces se provocará la difusión de roles”. De esta manera, habrá dificultad en hallar una identidad sexual y ocupacional; el adolescente, se mostrará inseguro con una identidad inaceptable.

Frente a las nuevas realidades de la sociedad como el embarazo precoz, SIDA, drogadicción entre otros, los padres y educadores tienen una gran responsabilidad en la conducción y orientación de los adolescentes; por lo tanto, la mejor experiencia de identidad e identificación la logrará aquel adolescente, mejor reflejado en las tendencias tecnológicas, económicas e ideológicas de su entorno. Es decir, aquellos jóvenes al tener una identidad más sólida y formada, tienen una menor vulnerabilidad a conductas de riesgo.

Teoría del Aprendizaje Social

Esta teoría creada por Albert Bandura, (1987) tiene su raíz en el conductismo pero tiende puentes entre el enfoque conductual y el cognitivismo ya que el autor expresa, la conducta surge en un contexto de interacción entre la mente que analiza, interpreta y le da significado al medio representado por elementos físicos y personas con las cuales interactuamos permanentemente.

De acuerdo a Araya (2003) y Berger (2004), Bandura opinaba cómo las creencias, las intenciones, actitudes de una persona participan de manera determinante en su conducta con resultados de aprendizaje. El autor afirmaba, la conducta está regulada en parte por las consecuencias de las repuestas (condicionamiento operante) significando, las acciones que conllevan una respuesta positiva tienden a permanecer y ser reforzadas mientras las que conducen al castigo o no reciben recompensa, tienden a extinguirse.

El análisis precedente, indica, las personas usan su capacidad cognitiva o inteligencia para obtener provecho de la experiencia y además, esta conducta nos da información sobre lo que podemos hacer en el futuro (capacidad simbólica) y prever las consecuencias.

Por otra parte, Bandura (ob.cit) nos habla de dos tipos de aprendizaje: a) aprendizaje por observación; y b) aprendizaje por ejecución. El aprendizaje por observación: basado más en la experiencia vicaria, es decir observar la conducta emitida por otras personas (pares o ascendentes) y evaluar las consecuencias acarreadas. No representa mucho riesgo psicosocial. Pero depende de qué modelo estemos expuesto y la vinculación afectiva al modelo. La historia de intentos suicidas familiares pueden contribuir a desencadenar conductas suicidas en adolescentes descendientes con alto grado de inmadurez emocional y vulnerabilidad psicosocial.

En este mismo orden, los adolescentes, aprenden muchas conductas que pueden ser positivas o negativas al observar la conductas de los pares (otros adolescentes y/o amigos) sin

experimentar personalmente ningún refuerzo y haciendo lo posible por lograr la aprobación de los otros adolescentes copiando esa conducta (modelado).

El aprendizaje por ejecución, requieren mayor uso de capacidades psicomotoras que de carácter abstracto y vicario. Se aprende al aprender, encontrándose más reforzado por los éxitos o fracasos acumulados a la hora de enfrentar los mismos u homologables avatares de la vida. La historia previa de intentos suicidas en un adolescente que no reciba apoyo psicoterapéutico o psicosocial facilita el desgaste de estrategias centradas en la razón o emoción, tal como lo plantean Lazarus y Folkman (1984). Este síndrome de burnout vocacional por la vida nos deja caer en tendencias suicidas que pudieran haber sido prevenibles.

La teoría de Bandura explica en parte, por qué la etapa de la adolescencia es vulnerable a factores de riesgo, tal es el caso del consumo de drogas, alcohol, promiscuidad sexual, entre otros, porque el modelado es más probable que ocurra cuando se está inseguro y no se tiene experiencia como ocurre en la adolescencia; y cuando el modelo es alguien admirable y fuerte, significativo (actor o cantante famoso) para el adolescente, se identificará con él y explicaría su conducta imitativa que puede ser negativa como usar drogas, o intento de suicidio como es el caso del efecto Werther denominado por Kaplan y Sadock (2012), hoy también conocido como efecto Copycat. Se trata de un efecto de identificación e imitación en la cual una conducta suicida de un adolescente puede precipitar otros intentos en adolescentes vulnerable psicosocialmente.

Cabe agregar, Werther es una famosa novela romántica escrita por Goethe en 1776 en la cual un joven a finales del siglo XVIII se ve frustrado por el amor de una joven y se suicida en una sociedad alemana donde los jóvenes sentían un descontento general rebelándose a el

envilecimiento de la época. A la publicación de Werther, se habló de una epidemia de contagio. Jóvenes con frac azul y chaleco amarillo abandonaron la vida.

Para Ceballos-Espinosa (2017), los medios de comunicación y entre ellos las redes sociales pueden tener un efecto contagio y ser determinante en la aparición de conductas suicidas en el adolescente vulnerable. Hoy en día, existen juegos alternativos en las redes sociales con la cual los adolescentes siempre tienen curiosidad y acceden a él como es el caso del juego del espejo, la ballena azul, el juego de los zombis, de la muerte, de la escalera entre otros. Estos juegos incitan al que lo juega, suicidarse como premio final. Por tal razón es importante, los padres supervisen las horas y programas que consulta su hijo y establecer una comunicación fluida y abierta con ellos para prevenir hechos fatales.

Factores de riesgo de conducta suicida en la Adolescencia

De acuerdo a Donas (1999) se denomina factor de riesgo en salud a la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado afectando a la salud de un individuo o de un grupo. En otras palabras, “son las características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad, “señalando” una mayor probabilidad de tener o sufrir un daño” (Donas, 1999, p.3).

Históricamente el concepto de “factor de riesgo” siempre ha sido usado en salud pública y en enfermedades clínicas; por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares, obstétricas, oncológicas, entre otras, en detectar individuos o grupos con mayor probabilidad de padecer una enfermedad, secuelas o muerte y realizar acciones para prevenir o reducir la aparición (incidencia y prevalencia) del hecho negativo.

En la actualidad, se utiliza este enfoque de riesgo en la atención a la salud del adolescente sobre todo en el campo de la salud reproductiva (riesgo de embarazo, riesgo perinatal, cáncer de

cuello uterino, entre otros) y en salud mental como por ejemplo, uso y abuso de drogas, el tabaquismo, alcoholismo, así como en los casos de violencia, depresión, suicidio, entre otros.

En este mismo orden, las investigaciones en esta área del conocimiento según opina Donas (ob.cit), vienen adquiriendo relevancia en las últimas décadas apareciendo nuevos conceptos como es el caso de *conducta de riesgo* (potencialidad de que se produzca un riesgo o daño), *factores protectores* (características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantener la salud o recuperarla) y la *Vulnerabilidad* la cual se refiere a la indagación de los factores de riesgo, las conductas de riesgo, factores protectores y el proceso histórico/social individual y colectivo para poder establecer un “nivel de vulnerabilidad” y si ha habido o no cambios.

En la adolescencia, estos conceptos adquieren relevancia debido a la gran evolutividad que caracteriza el proceso de la adolescencia en el aspecto biológico, psicológico y social y por el cambiante entorno histórico-social en la cual acontecen estos cambios. A continuación se describen los factores de riesgo que favorecen o están asociados a la conducta suicida en el adolescente:

Factores Demográficos

Con respecto al *Sexo*, las estadísticas actuales de la OMS (2018), encuentra, son más los adolescentes varones quienes se suicidan, en una proporción de 3 a 1 pero los intentos de suicidios son más frecuentes entre las hembras (3 a 1), por la utilización de medios de menor potencialidad. De hecho, los adolescentes varones utilizan métodos letales (armas de fuego). Mientras, las adolescentes, tienden a cortarse las venas o tomar una sobredosis de fármacos.

Cabe destacar, la preferencia sexual (homosexualidad o transexualidad) como factor de riesgo para el suicidio, precisamente por el autorechazo y el rechazo social de este tipo de

preferencia sexual y al temor a la reacción de la familia. De acuerdo a la OMS (2018) un 30% del total de suicidio en varones es por esta causa y tienen tasas de suicidio cuatro veces más frecuente que los jóvenes heterosexuales.

Con respecto a la Edad: A mayor edad, mayor será el riesgo suicida. Las tentativas de suicidio en niños son raras comparadas con las del adolescente. Solo el 10% de las tentativas de niños y adolescentes de acuerdo a la OMS/OPS (2016), acontecen antes de los 12 años y un 4% antes de los 10 años de edad. Las tentativas son relativamente frecuentes entre los 10 y 15 años de edad (29%) y alcanza su máxima frecuencia entre los 15 y 18 años de edad (67%).

En relación a la *Religión*, se aprecia, las comunidades religiosas (las creencias y prácticas), constituyen un factor protector con mayor poder para prevenir el suicidio puesto que son aliados importantes con la salud mental en el objetivo común de reducir los suicidios. Así, de la misma manera, la (OMS/OPS, 2016, p.22) enfatiza “las prácticas religiosas como factor protector en la prevención del suicidio”.

Sin embargo, hay casos donde la religión puede empujar al suicidio. (Fayard, Harold y Koenig, 2016, p.33) explican, “los individuos deprimidos, tienen un mayor riesgo de suicidio y pueden estar aún más en peligro por los aspectos negativos de la religión y la mayor exposición a experiencias religiosas sumamente cargadas de emoción contribuyendo a afectar la inestabilidad emocional”. Las pugnas espirituales (la creencia de que Dios ha abandonado a la persona, las dudas sobre la benevolencia Divina o los intensos conflictos interpersonales dentro de una comunidad de fe) son predictivas de mala salud y resultados deficientes en materia de salud mental, y de mayor riesgo de suicidio.

Aspectos Psiquiátricos Personales Previos

Depresión: La OMS (2018) señala, el 40% de los adolescentes que se suicidan tienen trastornos depresivos. Ahora bien, en la adolescencia, los síntomas depresivos se pueden manifestar de diferentes formas; (Santrock, 2004, p.24) afirmó: “el trasfondo depresivo en adolescentes se muestra a través de la tendencia de vestir de negro, de escribir poesías melancólicas o aficionarse a música de contenido depresivo”. Los problemas de sueño por ejemplo, pueden adoptar la forma de pasarse toda la noche viendo televisión o en la computadora o estar conectado a las redes sociales, tener dificultades en levantarse por las mañanas o quedarse dormido durante el día.

Dicho de otro modo, (Friedman y Kaplan, 2014, p.56) puntualizaron: “la depresión en los adolescentes suele manifestarse de una forma distinta a la depresión que ocurre en los adultos”. Los adolescentes pueden mostrarse renuentes a expresar abiertamente sus sentimientos y revelar actitudes equivalentes a la depresión, tales es el caso, del aburrimiento o la inquietud, así como la incapacidad de estar a solas o bien una continua búsqueda de nuevas actividades. Algunos síntomas de depresión oculta pueden ser la drogadicción, promiscuidad, actos delictivos y la búsqueda del peligro.

La depresión puede tomar dos vías en algunos adolescentes; la primera vía, el joven puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de “vacío interior” semejante al estado de aflicción. Esto no se debe a que el adolescente carezca de sentimientos sino que no puede manejar o expresar lo que ahora tiene. La segunda vía, se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrotas y fracasos; desencadenando una depresión; tendríamos como ejemplo, la pérdida de una relación querida (los padres, la novia o un amigo).

Otro factor contribuyente en la depresión de los adolescentes, es la falta de moderación del pensamiento, el joven parece vivir en un mundo del “todo o nada” dando a hechos triviales una trascendencia desmedida reaccionando de una manera dramática y terminante. Por todos estos factores expuestos es que Ana Freud (2012, p.34 citada en Gilligan) plantea: “todos los adolescentes se encuentran en un estado de duelo, añorando el período de la niñez en donde las soluciones son relativamente simples”.

En todo caso, las depresiones de la adolescencia igualan a las de la edad adulta en severidad, la sobrepasan en auto destructividad y muestran al mismo tiempo, el sello característico de la sintomatología depresiva con el proceso de desarrollo de la adolescencia.

Conducta Suicida en el Adolescente

Etimológicamente la palabra suicidio procede de sui “si mismo” y cidium “matar” y es un problema estudiado desde diversas perspectivas y disciplinas como la historia, filosofía, la ética, teología entre otros. El suicidio tiene antecedentes que se remonta a la existencia misma del hombre y varía sus características de acuerdo a la cultura y la estructura socioeconómica-política existente.

El suicidio ha sido considerado como un acto biológico, psicológico y social. En cuanto a lo biológico, la deficiencia de serotonina (un neurotransmisor cerebral), se encuentra presente en la conducta impulsiva (tal como sucede en algunos pacientes con trastorno depresivo) pero también existen factores genéticos como el que suele presentarse en determinadas familias. Con respecto a lo psicológico, la depresión, la desesperanza y la impotencia se consideran las causas más comunes y socialmente, la pérdida de un ser querido, o una situación no tolerable como una quiebra económica puede llevar a una conducta suicida.

La OMS en el 2016 reactualizó la definición de los siguientes términos: El suicidio es: “Un acto con resultado letal deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (OMS, 2016, p.80). La conducta suicida se puede considerar un continuum, va desde los aspectos cognitivos como la ideación suicida y planificación, hasta los conductuales, el intento de suicidio o suicidio. Los pasos son los siguientes:

Ideas Suicidas: Es la expresión de pensamientos recurrentes de la inutilidad de la propia existencia “la vida no merece la pena” y el deseo de terminar con ella. Son intensas preocupaciones autolesivas.

Gesto suicida: Es cualquier acto (planificación) en el cual se ha desarrollado los movimientos iniciales de naturaleza potencialmente autodestructiva, pero sin el riesgo de daño físico significativo; por ejemplo, trepar un puente o rieles, jugar con un arma de fuego, anunciar que lo intentará o comenzar ingerir píldoras sin tomar más de dos, herirse en los miembros, entre otros. Con fines prácticos y especialmente preventivos, “estos gestos” deben ser considerados como intentos de suicidio.

Intento o Acto suicida: Es todo hecho por el cual un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil sin desenlace fatal, no se logra causar la muerte del individuo. También se denomina Tentativa suicida. Esta conducta suicida, es una conducta agresiva, cuya meta es la obtención de la muerte a través de un acto de autolesión, realizado con el propósito consciente de autodestrucción.

Suicidio: Acto suicida con desenlace mortal. Se llama también, suicidio consumado.

¿Por qué intentan suicidarse los adolescentes? Esta es una respuesta compleja. Santrock (2004) relata, la existencia de factores de riesgo inmediatos, vitales, pueden desencadenar una

depresión e intento de suicidio; por ejemplo, situaciones muy estresantes como la pérdida de un novio o novia, sacar malas notas en el liceo, un embarazo no deseado, el consumo de drogas, entre otros.

Cabe agregar, la existencia de factores de riesgo más alejados en el tiempo pueden estar influyendo en la depresión e intento de suicidio, por ejemplo, tener una larga historia de infelicidad e inestabilidad familiar. “La falta de afecto y apoyo emocional tanto de familiares y amigos, el exceso de control paterno y una presión excesiva para que el adolescente rinda en los estudios durante la infancia puede propiciar la depresión en un adolescente”. (Reinherz, 2004, p.69 citado en Santrock)

Del mismo modo, existen factores genéticos relacionados con la depresión y por lo tanto con el suicidio. Cuanto más emparentada está una persona con otra que se haya suicidado desde el punto de vista genético más probabilidades tiene de cometer un intento de suicidio.

Con respecto a la presencia de *antecedentes de intento de suicidio*, Borowsky, Ireland y Resnick en el 2001 relataron en su estudio, el hecho de tener un amigo que se había suicidado se asoció a una mayor incidencia de los intentos de suicidios entre los adolescentes. Los mismos autores narraron, la ocurrencia a oleadas o llamadas también “constelaciones de suicidios” entre los adolescentes. Es decir, cuando se suicida un adolescente o algún personaje famoso, otros adolescentes emocionalmente vulnerables enterados del suceso siguen sus mismos pasos porque se da un efecto inductor y un joven que estaba pensando en el suicidio puede tomar finalmente, esa postergada decisión.

Estos suicidios “en cadenas” plantean el tema de si estos sucesos deberían difundirse en los medios de comunicación porque podrían inducir al suicidio a otros adolescentes; es el caso de

un juego macabro y mortal llamado la “Ballena Azul” y por otra parte, existen tutoriales de cómo suicidarse en You Tube.

Algunos autores, es el caso de (Reinherz, 2004, p.85), afirmo: “El 75% de los adolescentes que se quitan la vida, avisan, y han manifestado ideas suicidas a los amigos, profesores, familiares y en algunos casos, los jóvenes no tienen la intención de matarse pero quieren llamar la atención y a veces se les pasa la mano como también hay quienes sí quieren quitarse la vida y no lo logran”. Visto de esta forma, una historia de intento de suicidio previo, es uno de los predictores más potente de suicidio.

La presencia de una historia previa de intentos de suicidio indica, la cuarta parte y la mitad de los suicidios han tenido un intento suicida anterior. Evidentemente, el riesgo de un segundo intento suicida es mayor dentro de los tres meses posteriores a un primer intento suicida. Esto significa según Cohen (2006), la tasa de suicidio consumado en aquellas personas con intentos previos de suicidio es más de 100 veces mayor que la de la población general y el riesgo es mayor durante el año siguiente a un intento previo de suicidio. En efecto, un antecedente de intentos previos de suicidio es un factor de riesgo importante para otro intento de suicidio, ya que entre un 10% y un 40% de las personas que se suicidan han hecho un intento previo.

. Otros autores como Rodríguez, Pedraza y Burunarte (2013) concuerdan que la presencia de conducta suicidas anteriores constituyen un factor de riesgo predictivo en los adolescentes para desarrollar conductas suicidas a posteriori. Wilcox y col. (2015) reportaron en sus investigaciones, la presencia de este antecedente es considerada como indicativa de gravedad y de mayor probabilidad de repetición de conducta suicida.

Resulta claro, los adolescentes con intento de suicidio están más concentrados en sí mismo, tienen menos estrategias para resolver problemas y son más pesimistas acerca de las posibilidades de resolverlos con éxito. Por esta razón, la mayoría de los intentos de suicidio en adolescentes, son impulsivos, lo han pensado por primera vez menos de una hora antes de la tentativa. Compas y Grant (2014) relataron, en la adolescencia, los síntomas depresivos se pueden manifestar de diferentes maneras como es el caso del pensamiento “quiero estar muerto” dicho por impulsividad pero adquiere importancia y da señales de peligro cuando son pensamientos recurrentes sobre la muerte y el suicidio.

No obstante, (Harter y Marold, 2004, p. 55, citado en Santrock) refirieron, “la depresión es el factor que se asocia de forma más consistente al suicidio adolescente aunque no todos los adolescentes deprimidos intentan suicidarse”.

Por otra parte, los informes de suicidios han sido infravalorados debido a determinados estigmas culturales y religiosos relacionados con la autodestrucción y a una falta de voluntad para conocer ciertos traumas autoinfligidos como accidentes de tránsito y dentro de este, tirarse frente a vehículos. En otros aspectos, el suicidio es visto como un fracaso personal por parte de los padres, amigos y médicos culpabilizados por no detectar signos alarmantes. También es considerado, un fracaso en la comunidad al servir de vivo recordatorio de no entregar un ambiente en condiciones adecuadas en el que el adolescente crezca y se desarrolle.

La OMS (2016) ha manifestado su preocupación a todos los países del mundo, mencionando al suicidio como la segunda causa de defunción entre adolescentes y adultos jóvenes entre los 15-29 años de edad. Se sabe, por cada suicidio, se producen de 10 a 15 intentos suicidas y es mayor la relación para adolescentes. En estudios de seguimiento de pacientes después del intento, 15 al 10% se suicidan y del 10 al 60% de los pacientes que se suicidaron

tenían intentos previos. En consecuencia, (OMS, 2016, p. 45) afirma “un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante”.

Dentro de esta perspectiva, la OMS/OPS (2016) declaró, no podemos hablar de una “personalidad suicida” en los adolescentes pero hay signos, nos pueden alertar acerca de posibles conductas suicidas en los adolescentes. Ejemplo:

- Ensimismamiento, aislamiento, urgencia por estar solo
- Mal humor, cambios de personalidad (parecen tristes, irritables cansados, ansiosos, impulsivos, apáticos, indecisos)
- Amenaza de suicidio
- Entrega de pertenencias más preciadas a otros
- Cambios en los hábitos de dormir y de comer
- Actuaciones violentas, comportamiento rebelde, o escaparse de la casa
- Uso de drogas y /o alcohol, búsqueda del riesgo, conductas agresivas, desinhibición.
- Abandono de su apariencia personal
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse o deterioro en la calidad de su rendimiento escolar
- Quejas frecuentes de dolores físicos como dolor de cabeza, de estómago y fatiga asociado a su estado emocional
- Bajo nivel de autoestima (no sienten que tienen valor alguno, sentido de culpabilidad u odio a sí mismo)
- Presencia de un cambio drástico en su vida (muerte, divorcio, separación o relación fracasada)
- Falta esperanza en el futuro (sienten que nada va a mejorar, o cambiar)
- Lanzar indirectas. Ejemplo: “No les seguiré siendo un problema”, “Nada me importa”, “No te veré otra vez” “¡Mejor quisiera morirme!” “Mi familia estaría mejor sin mí” o “No tengo razones para vivir”.

Para diagnosticar este trastorno a una persona, la Asociación Americana de Psiquiatría a través del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) en 2014 relató, el cuadro depresivo debe presentar por lo menos cinco de estos síntomas mencionados anteriormente durante un período de dos semanas por lo menos.

Por otra parte, se entiende por desesperanza, como la incapacidad de una persona con depresión de crear esperanzas o proyectos existenciales, no ver ninguna posibilidad que su situación actual mejore o se modifique y no tener ninguna otra salida que la muerte.

A este respecto, (Gadpaille, 1996 p. 30) planteó en su investigación, “Los sentimientos de desesperanza, la baja autoestima y la elevada tendencia de culpabilizarse también se asocia al suicidio del adolescente”. Además, comenta, la desesperanza (falta de esperanza en el futuro) es el factor más predictor del grupo de riesgo que comete suicidio, incluso mucho más que la depresión. Del mismo modo, (Bailador, Viscardi y Dajas, 2010, p.25) afirmaron, “la capacidad de no visualizar el futuro y proyectarse en él es lo que se denomina desesperanza” y viene dada por la percepción de dificultades económicas y familiares con escasas oportunidades para los jóvenes desde el punto de vista socio-político. La desesperanza es la base de un abanico de conductas que incluye la adicción, los actos suicidas y los trastornos de conductas. Asimismo, Beckham (2013), relató, la presencia de síntomas depresivos y ansiosos en una personalidad inmadura e impulsiva de un adolescente vulnerable puede constituir “el gatillo” de una conducta suicida sin que se requiera la presencia de un cuadro depresivo severo.

Por otro lado, Beckham (ob.cit) consideró, en la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y, generalmente, éste exterioriza haciendo llamadas previas de auxilio.

Consumo de Alcohol y Toxicomanías

Con respecto al uso y abuso del alcohol y drogas ilícitas (marihuana, cocaína, entre otros) son considerados un buen predictor de conducta suicida porque muchos adolescentes han estimado, planeado, intentado el suicidio requiriendo el uso de alcohol y/o drogas.

De hecho, Goodman y col (2010) manifestaron en el resultado de su estudio, el alcohol, es la droga más consumida en los países occidentales y es la tercera causa de muerte en los Estados Unidos porque cada año mueren alrededor de 25.000 personas y 1,5 millones de ellos sufren lesiones provocadas por conductores borrachos. Los mismos autores, puntualizan en su estudio, la presencia de conducción temeraria o agresión sexual siendo en muchos casos el agresor, un adolescente.

En este propósito, investigadores como (Forero, Siabato y Salamanca, 2017 p.11) indicaron, “el consumo de alcohol aumenta el riesgo suicida ya que el licor modifica las funciones del sistema nervioso, los estados de conciencia y el pensamiento”; además, sugirieron el consumo de alcohol agrava los sentimientos depresivos y disminuye el autocontrol.

Entre los factores de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes se incluye la herencia, las influencias familiares, las relaciones con sus pares (otros adolescentes), los rasgos de personalidad y la transición a la universidad. (Moos, Finney y Cronkite, 2012, p.8) aclararon “la existencia de predisposición genética al alcoholismo aunque recuerdan para este tipo de problemas, están implicados tanto los factores genéticos como los ambientales”.

El consumo de alcohol durante la adolescencia se corresponde con el tipo de relaciones que mantiene el adolescente con sus padres y con sus iguales. Barnes, Farell y Banerjee (2008) opinaron, el adolescente que bebe mucho suele tener un apego inseguro con respecto a sus padres y pertenecer a familias donde hay mucha tensión. Los padres no son afectuosos, utilizan

prácticas poco eficaces en la organización de la vida familiar por ejemplo, la falta de supervisión, expectativas confusas, escasos refuerzos de comportamiento adecuado.

El grupo de iguales o pares, es especialmente importante en el abuso del alcohol entre los adolescentes. (Dielman, 2011, p.17) expresaron: “la exposición al consumo y abuso de licor por parte de los iguales o pares, junto con la susceptibilidad a la presión del grupo se revelaron como importantes predictores del consumo abusivo del alcohol”.

Con respecto al consumo de drogas, (Cohen, 2006, p.16) declaró, “la asociación de consumo de drogas y suicidio es aún mayor que la asociación entre el consumo de alcohol y la conducta suicida”. La mayoría de los adolescentes consumen algún tipo de drogas en algún momento de su desarrollo, independientemente de que este consumo se limite al alcohol, cigarrillos o se extienda a la marihuana, cocaína o drogas duras. En la ingesta de alcohol, preocupa en los adolescentes el consumo de drogas como una estrategia para afrontar el estrés porque interfiere en el desarrollo de habilidades y estrategias de afrontamiento adecuados y la toma de decisiones responsables.

Ahora bien, existen variables influyentes en la predisposición de una persona a realizar conductas suicidas en relación al consumo de drogas tal es el caso, de predisposición genética, historia personal de sucesos adversos, presencia de enfermedades médicas (comorbilidad), sentimientos de desesperanzas y los efectos neurobiológicos producidos por la ingesta crónica de la sustancia.

A este respecto, (la OPS/OMS, 2016, p.33) indican: “en el abuso de drogas y alcohol aumentan la probabilidad de la ideación suicida, plan e intento de suicidio”. Para estas organizaciones, es cinco veces más probable, un adolescente con trastorno de abuso de drogas o alcohol, intente quitarse la vida.

El consumo de drogas y en especial la dependencia, suelen coexistir con otras patologías psiquiátricas; por ejemplo, los trastornos del estado de ánimo, ansiedad o trastornos de personalidad. Entre los adolescentes, el riesgo de suicidio se incrementa cuando mayor es la comorbilidad; es decir, si el adolescente presenta consumo de drogas y alcohol más una o más enfermedades médicas (ser diabético, o una esquizofrenia) aumenta dos veces el riesgo de tener pensamientos suicidas, cinco veces la probabilidad de idear un plan suicida y 5,7 veces el riesgo de que ocurra un intento.

En los países desarrollados, Rodríguez (2014) declara, los trastornos del ánimo aumentan el riesgo de suicidio y en los países en vías de desarrollo los trastornos de control de impulso y el abuso de sustancia, es lo que aumenta el riesgo de suicidio.

Se explica entonces, los rasgos propios de la adolescencia, la ausencia de una orientación adecuada y la dificultad para controlar las emociones, se expresan en la identificación con los iguales que consumen drogas; favoreciendo el consumo de estas sustancias. De hecho, (Simons-Morton y col., 2001, p.16) declaran: “ la presión directa de los iguales y el hecho de relacionarse con amigos problemáticos se asocian a conductas como beber, fumar, consumir drogas que pueden llevar al adolescente a depresiones y conductas suicidas”.

Por otro lado, existen estudios como el de Mondragón, Saltijeral y cols (1998) en la cual concuerdan, el intento y la ideación suicida son un detonador facilitador del consumo de drogas y alcohol pero se necesitan más investigaciones para comprobarlo y en estudios transversales es muy difícil demostrarlos.

Presencia de enfermedades Mentales y Médicas

Los investigadores, (Gunnel y Lewis 2016, p. 14 citado en Medina-Mora y Berenzon,) sostienen, existen factores genéticos y ambientales conformando la complejidad de una

conducta suicida pero detrás de este complejo de factores suele haber tres determinantes: 1) La enfermedad mental como es el caso de la depresión, los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancia (alcohol y drogas) dando origen a la ideación y el plan suicida 2) Una conducta impulsiva, en respuesta a eventos de la vida, ejerciendo una influencia importante en el paso del plan al intento de suicidio y 3) Una enfermedad física grave puede aumentar la probabilidad de enfermedad mental así como influenciar directamente sobre la ideación y el plan de suicidio.

Los autores nombrados, puntualizaron como antecedentes que subyacen a la enfermedad mental (depresión, trastornos ansiosos entre otros) y a la conducta impulsiva, la presencia de una vulnerabilidad genética y las influencias ambientales. A saber: la pérdida de los padres, las experiencias de abusos en edades tempranas, la ruptura de un vínculo importante, la pérdida de los estudios, dificultades socioeconómicas y el abuso de sustancias en esta etapa del ciclo vital.

En cuanto a problemas médicos, Santrock (2004) y Forero (2017), opinaron, los adolescentes pueden padecer de enfermedades crónicas y/o debilitantes (diabetes juvenil, nefropatías, cardiopatías) discapacidad física (limitación ortopédica adquirida) o enfermedades terminales (el cáncer, SIDA) y en estos casos, se ocasionan amenazas al desarrollo de su personalidad provocando repercusiones emocionales de varios tipos como sentimientos de frustración, irritabilidad, ansiedad, temor, dependencia o una actitud demasiado exigente, los lleva progresivamente a una depresión y una posible conducta suicida ya que la mala salud puede minar la autoestima y distorsionar la autoimagen creándose un círculo vicioso de ansiedad y depresión.

Algunos autores como Vallejo (2007) y Roselló y Berrios (2004) reconocen los trastornos mentales de todo tipo incluyendo los relacionados con sustancias, como contribuyente a la expresión de conducta suicida, ideación y propósitos de suicidio pero no toda persona con una

enfermedad mental comete suicidio porque se ha observado que en el paso de la ideación al plan suicida y al intento suicida deben intervenir factores facilitadores como la aceptación cultural/personal del suicidio, el uso de drogas, la imitación, la falta de habilidades para la resolución de problemas; además, una edad joven, el sexo femenino en el intento y el sexo masculino en el suicidio consumado, son factores de riesgo influyentes de igual manera.

Cabe agregar, en el paso de la ideación al intento influye la impulsividad y en el paso del intento al suicidio consumado interviene la elección del método y su disponibilidad en el medio como por ejemplo, la existencia de armas en el hogar, plaguicidas, lugares riesgosos.

En relación a la impulsividad, las investigaciones de (Dorn, Williamson y Ryan, 2014,p.23) constataron, “los cambios hormonales explican el aumento de las emociones negativas y la variabilidad que caracteriza el comportamiento de los adolescentes” haciéndolos más impulsivos, de poco pensamiento reflexivo y vulnerables a factores de riesgo.

La OPS (2014), declaró el 90% de las personas que realizan suicidio tenían algún trastorno psiquiátrico, con mayor frecuencia un episodio depresivo mayor (50-70% de los suicidas) esquizofrenia (10-15%) o alcoholismo y toxicomanías (15-25%).

Por otro lado, en el caso de los adolescentes, los rasgos de personalidad o temperamento, puede constituir una fuente de protección contra el suicidio o una vulnerabilidad que aumente el riesgo. En esta perspectiva, la (OMS/OPS, 2014, p.15) expresaron, “existen investigaciones iniciadas en los años 60 donde se observó la existencias de personas con bajas concentraciones de serotoninas (neurotransmisor cerebral) asociadas a un control alterado de los impulsos” por lo que tales alteraciones pueden contribuir a una conducta agresiva, impulsiva dirigidas hacia otros o puede volcarse hacia dentro en forma de conducta autolesiva o suicidio.

En base a lo anteriormente descrito, los adolescentes pueden tener un bajo estado de ánimo por pobre producción de serotoninas en su etapa evolutiva y en situaciones estresantes pueden actuar por impulso e intentar un suicidio como forma de liberarse de un problema pero en realidad no estaban deprimidos realmente, solo, no vieron otro camino de resolver la situación y dejar de sufrir. Esta premisa se complementa con la idea de aquellos adolescentes en etapa temprana (10 - 13 años) en la cual no existe la noción objetiva de qué es la muerte y qué esta es para siempre; por eso, pueden llegar a pensar cuando estén muertos, las personas que les hicieron sufrir recapacitarán y dejaran de provocarles dolor cuando resuciten.

Por esta razón, se debe tomar muy en serio la depresión adolescente o aquellos cambios en el estado de ánimo de un adolescente normal donde se observa la tendencia a ensimismarse, dar vuelta a las cosas, expresar lo aburridos que están de la vida y transmitir una sensación de desesperanza. Estos comportamientos pueden ser transitorios o se trata de algo permanente intensificado por factores situacionales específico como conflictos con sus pares, duelo por la pérdida del novio/novia, entre otros.

La OMS/OPS (2016) recalcó desde el punto de vista de la salud mental, los adolescentes poseen vulnerabilidades particulares por su etapa del desarrollo y además, la adolescencia no es vivida de la misma manera por todas las personas porque este ciclo vital está determinado por factores biológicos, sociales, económicos y culturales. De igual manera, la (OPS, 2014, p.12) señaló “tener ocasionalmente pensamientos suicidas no es anormal”. Son parte de un proceso normal del desarrollo de la infancia y adolescencia al tratar de elucidar, los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y muerte.

Aspectos familiares

En la investigación de Vallejo (2007), el autor encontró un mayor riesgo de conducta suicida entre adolescentes con historia de intentos suicidas entre su familia. Una historia de intentos de suicidios en un miembro de la familia de primer o segundo grado de consanguinidad (padres, tíos, abuelos) es un factor que aumenta el riesgo y esto puede ser debido a cierto modelaje de las conductas violentas de un miembro de la familia o a una predisposición genética.

A este respecto, Marusic, Roskar y Hughes (2014) encontraron en su estudio con una muestra de 184 adolescente eslovenos una correlación positiva y fuerte estadísticamente entre la persistencia de planes suicidas en los adolescentes que habían mostrado alguna conducta suicida y el antecedente de parientes que habían procurado su suicidio.

De hecho, (Windle y Dumenci, 2008, p.33) afirmaron “tener un progenitor deprimido es un factor de riesgo para la depresión durante la infancia y adolescencia”. De allí pues, se explica, aquellos progenitores emocionalmente inaccesibles, están inmerso en sus conflictos maritales y tienen problemas económicos por ejemplo, pueden crear un caldo de cultivo propicio en la aparición de una depresión en sus hijos adolescentes.

Con referencia a lo anterior, Jiménez Treviño y col., 2011, p. 32) concuerdan,” la importancia de los antecedentes psiquiátricos familiares radica en la influencia biológica y ambiental (modelaje) sobre los descendientes” contribuyendo en la aparición de la depresión y la conducta suicida especialmente en adolescentes psicosocialmente vulnerables.

De igual manera, Sheeber (2009) opinó, el divorcio de los padres favorece la aparición de síntomas depresivos en los adolescentes así como también, tener una madre ansiosa, un padre con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, o cualquiera de ellos con trastorno mental incluyendo trastorno de la personalidad, aumenta la probabilidad del suicidio.

Del mismo modo, otro antecedente familiar importante por sus efectos de modelaje familiar es el consumo de drogas y/o alcohol en la familia. A este respecto, Urberg, Goldstein y Toro (2016) así como Brook y col. (2008) confirmaron en sus resultados, el primer paso para el abuso de drogas y/o alcohol se da en la infancia, cuando los niños no reciben el cariño y apoyo que necesitan y crecen en familias que consumen drogas y/o alcohol (modelaje) y dominadas por el conflicto. Para los autores, estos niños no consiguen interiorizar la personalidad, las actitudes y el comportamiento de sus padres y arrastran esta pauta de vinculación afectiva durante la adolescencia.

En ese mismo sentido, (Moos, Finney y Cronkite, 2012, p.8)) formularon, “el consumo de alcohol durante la adolescencia se corresponde con el tipo de relaciones que mantiene el adolescente con sus padres y familia y con sus iguales”. Los autores relataron, los factores de riesgo para que un adolescente abuse del alcohol incluye la herencia (predisposición genética) la influencia de los familiares a través del modelaje de consumo de alcohol en la familia, los pares o amigos y los rasgos de personalidad.

Maltrato infantil y adolescente (Abusos)

Según la OMS/OPS (2003) otro antecedente de interés como factores de riesgo es la violencia expresada en diferentes formas como por ejemplo: el hecho de haber sido víctima de maltrato infantil, que incluye el abuso sexual, abuso físico y psicológico pertenecer a un hogar con violencia intrafamiliar, divorcios conflictivos, presentar dificultades disciplinarias recientes, falta de apoyo de familiares, acoso escolar o bullying entre otros; son factores incidiendo en la depresión e intento de suicidio en niños y adolescentes.

A este respecto, la (OMS/OPS,2003, p.2) define la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo

o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Los tipos de violencia de acuerdo a la clasificación mostrada por la OMS/OPS (ob.cit) son:

- La violencia autoinfligida (comportamiento suicida y autolesiones).
- La violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco).
- La violencia colectiva (social, política y económica).

Con respecto a la violencia familiar, los investigadores Larraguibel y col. (2000) señalaron evidencias donde las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan pocas oportunidades para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión.

Dentro de este marco, los autores en su investigación encontraron como resultado, el divorcio conflictivo. Este, puede tener efecto en aumentar el riesgo suicida al incrementar la vulnerabilidad temprana a la depresión, contribuyendo como un factor de riesgo para el suicidio. La falta de comunicación del adolescente con la madre y el divorcio, independientemente, contribuyeron a incrementar el riesgo de suicidio, y la escasa comunicación con el padre tuvo un efecto interactivo con el divorcio en el riesgo suicida.

En este mismo sentido, la OMS/OPS (2003) reseña, el abuso físico y/o psicológico (así como el acoso escolar y sexual) son formas de violencias aflorando en un hogar donde está

presente la violencia intrafamiliar, divorcios conflictivos aumentando el riesgo de padecer depresión y conducta suicida en el adolescente

Bullying o Acoso Escolar

El término Bullying viene del inglés “bully” que significa “matón o agresor”. El Bullying, es el maltrato que se produce entre alumnos en el contexto escolar y se caracteriza con la intimidación, aislamiento, amenazas, insulto, o hasta agresión física en contra de una víctima o víctimas señaladas. El fenómeno se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial y en la actualidad, es el foco de atención en niños y adolescentes. De hecho, las tasas de mortalidad por esta causa se están incrementando debido a la depresión y conducta suicida que conlleva. Sin embargo, este fenómeno se ha producido siempre, pero actualmente existe mayor conciencia de la gravedad de las consecuencias deja tanto en la víctima como en el agresor.

El investigador (Suarez del Real, 2013, p.26), señaló: “Para hablarse de acoso escolar deben de cumplirse los siguientes supuestos: 1) la víctima se sienta intimidada y excluida, 2) perciba al agresor como más fuerte, 3) las agresiones sean físicas, emocionales, sexuales, económicas, o de mero vandalismo, 4) vayan en aumento y frecuentemente sean en un ámbito privado sin la presencia de adultos”.

Ahora bien, el mismo autor expresó en sus resultados de investigación, la víctima de acoso escolar se muestra insegura, con baja autoestima siendo causa y consecuencia del acoso, con altos niveles de ansiedad, sumisa, introvertida, tímida, con dificultades para relacionarse y con mucha frecuencia soledad e inmadurez para su edad. Al avanzar el acoso, se presentan las fobias escolares y trastorno depresivo que conducen a la persona a un estado de desesperanza pudiéndole llevar al intento de suicidio.

Hoy en día el Centro Comunitario de aprendizaje, CECODAP (2019) habla del *Bulling Cibernético*, es el acoso que se hace a través de las redes sociales, de la tecnología. Se caracteriza por el uso del “poder” en el agresor para identificar a una persona vulnerable con el fin de ofenderla, manipularla entre otras cosas. Las consecuencias son ansiedad, estrés, disminución de la autoestima del niño o adolescente vulnerable quien para mitigar el sufrimiento, la desesperanza y dolor generados por esos comentarios (que por demás se van haciendo públicos, sin frontera) pueden hacer adicciones, depresión e intento de suicidio.

Abuso Sexual

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS,2015, p.18) define la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.

La violencia sexual abarca el sexo bajo coacción de cualquier tipo incluyendo el uso de fuerza física, las tentativas de obtener sexo bajo coacción, la agresión mediante órganos sexuales, el acoso sexual incluyendo la humillación sexual, el matrimonio o cohabitación forzados incluyendo el matrimonio de menores, la prostitución forzada y comercialización de mujeres, el aborto forzado, la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar medidas de protección contra enfermedades, y los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres tales como la mutilación genital femenina y las inspecciones para comprobar la virginidad.

Dentro de la perspectiva del abuso sexual, Beautrals citado por Larraguibel y col. (ob.cit) afirma en su investigación, existe una clara asociación entre historia de abuso sexual durante la infancia, falta de cuidado parental, problemas en la relación parental e intento de suicidio; en cambio, alto control parental, abuso físico, separación o divorcio, violencia, problemas de alcoholismo o encarcelamiento parental, bajo ingreso económico y estar en cuidado institucional durante la infancia, no estuvo asociado con riesgo de intento de suicidio pero si de trastorno depresivo. Los resultados muestran, el aumento de la cohesión familiar fue un factor protector para la conducta suicida y el no vivir con ambos padres no se asoció con ninguna conducta suicida, sugiriendo, no es la estructura familiar per se, sino la calidad de las relaciones familiares, el factor de riesgo en la conducta suicida del niño y adolescente temprano.

Las víctimas de abuso sexual según Pereda, 2010, p.10), presentan problemas a corto y a largo plazo. Por ejemplo, a corto plazo: baja autoestima, sentimientos de culpa, estigmatización, problemas de atención y concentración, sintomatología ansiosa y depresiva así como problemas para relacionarse, trastornos del sueño, ideas suicidas e intento de suicidio. De hecho, el autor refiere, “esta sintomatología en el transcurso del tiempo puede agravarse hasta la aparición de trastornos depresivos y bipolares, trastornos por estrés postraumático y conductas autodestructivas y autolesiva”.

Comportamientos de alto riesgo en adolescentes

Muchos adolescentes suicidas han tenido problemas legales y los adolescentes encarcelados están en extremo riesgo de suicidio. El intento de suicidio se ha asociado con otras conductas de riesgo en adolescentes como son conducta sexual promiscua, uso de sustancias, falta del uso de medidas de seguridad (por ejemplo, uso de cinturón de seguridad), violencia, inasistencia a clases, participación frecuente en peleas, uso de armas de fuego, enfermedades de

transmisión sexual, entre otros. Estos resultados nos señalan la importancia de estar atento a la posibilidad de intento de suicidio en adolescentes impulsivos o con conducta agresiva impulsiva, procedentes de familias con bajos niveles de cohesión. Los adolescentes pueden actuar impetuosamente sin pensar en las consecuencias.

A este respecto (Medina-Mora y Berenzon, 2016, p.12) manifestaron, “en la adolescencia la depresión se enmascara bajo la forma de bajo rendimiento escolar, impulsividad, la sensación de aburrimiento, rebeldía hacia la figura de autoridad, bajas calificaciones y ausentismo escolar por falta de energía y motivación a los estudios”.

Eventos precipitantes

Según las investigaciones de Donas (1999), los factores precipitantes son sucesos o acontecimientos vitales estresantes contribuyentes a la aparición de una enfermedad; por ejemplo, las rupturas amorosas o pérdidas de seres queridos recientemente, problemas en la escuela son factores precipitantes que pueden preceder una conducta suicida. Es poco frecuente, sea la causa suficiente en un intento de suicidio, pero su importancia radica en que actúan como precipitantes en adolescentes vulnerables.

A este respecto, (Bostwick y Pankratz, 2017, p.7) expresaron, “los eventos vitales negativos como es el caso de la muerte de un familiar significativo son motivos de síntomas depresivos o ansiosos que pueden evolucionar hacia un cuadro clínico depresivo mayor o cuadro desadaptativo en el adolescente”.

Por su parte, Ferdinand, Van Der Ende y Verhulst (2004) relataron, las dificultades en el núcleo familiar como es el caso de divorcios conflictivos, desacuerdos o desarmonía continuos entre padres e hijos, la falta de interés o compromiso paternal con los problemas que tiene el adolescente, pueden predecir problemas conductuales y emocionales en el joven, entre ellos:

expulsión de la escuela, embarazos no deseados, conducta suicida, consumo de drogas y/o alcohol entre otros.

En este orden de ideas, De Wilde y col. (2015) manifestaron, los factores de vida estresantes como es el caso de pérdida del empleo o de la casa por parte de los padres son eventos de vida negativos que son considerados como contribuyentes al surgimiento de sintomatología depresiva en sus hijos porque crean vulnerabilidad en los adolescentes a estados de desesperanzas y desaliento.

Con respecto a las migraciones que están ocurriendo en Venezuela dada la situación sociopolítica y económica de país, (Briceño, 2019, p. 7) a través de la ONG Observatorio Venezolano de la Violencia aclaró, “Venezuela en los dos últimos años pasó de ser un país históricamente receptor de emigrantes a ser un emisor de migrantes”. Esta cultura de emigrar trae como consecuencia ruptura de familias, pérdida de la calidad de vida, injusticia e impunidad, escasez de alimentos y medicamentos así como presiones psicoemocionales traducido en depresiones y suicidios.

Barreras para acceder a Servicios Médicos

La salud según la definición vigente de la (OMS, 1998, p5) es “Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. El concepto se corresponde con la comprensión del ser humano como una unidad biopsicosocial. Tal como se aprecia en el concepto, la salud es expresión de calidad de vida de una población vinculada al desarrollo económico y social, y a la percepción de las personas componentes de esa población, tienen de sus condiciones globales de vida; es decir, a los sentimientos de bienestar o malestar derivados de esa percepción. Este darse cuenta de las condiciones de vida está relacionado con lo que se conoce como salud mental.

Desde hace 20 años y de acuerdo a los señalamientos de la OMS (2018), Venezuela presenta deterioro sociocultural y político progresivo y con respecto a los servicios médicos, estos están deteriorados y en funcionamiento precario e inadecuado. A pesar de todos los logros en materia jurídica para intentar proteger a la población adolescente, no hay correspondencia entre los servicios con que cuenta la familia y lo contemplado en las leyes, con lo cual todos los grupos familiares no tienen acceso a la salud, educación, vivienda, trabajo y recreación.

Con respecto al derecho de salud en los últimos años, a pesar de la creación de diversos centros de atención, el acceso a estos servicios ha estado afectado por la crisis del sistema representada en hospitales y demás centros de atención colapsados por falta de equipos, deficiencia en su administración, burocratización de su personal, elevado costo de los medicamentos y tecnologías para la evaluación médica, resultando para muchos sectores claramente inaccesibles.

Aunado a esta problemática, en el país no existen programas de salud sobre prevención del suicidio del adolescente. Por otro lado, muchos adolescentes tienen renuencia a pedir ayuda por tener baja autoestima, vergüenza o sentimiento de culpabilidad; además, el Observatorio Venezolano de la Violencia (2018) relata la dificultad cada día creciente en conseguir medio de transporte adecuado y a los altos costos financieros en la actualidad, es difícil que los adolescentes acudan a los servicios médicos generales.

Bases Legales

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) garantiza en varios instrumentos legales los derechos de los niños y adolescentes a través de la siguiente ley: *Ley Orgánica para la protección del niño y adolescente (LOPNA)*, entró en vigencia en el 2000; pero además, existen otras leyes nacionales sin estar dirigidas específicamente a los adolescentes,

garantiza sus derechos, por ejemplo: *la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer y la Ley sobre la violencia contra la Mujer y la Familia (1998)*.

De esta manera, Venezuela a través del *Capítulo V de la Constitución: Derechos Sociales y de la Familia* contempla en sus artículos 75, 78, 79 a todos los niños y adolescentes como sujetos de derechos sin discriminación alguna. En otras palabras, se les reconoce tanto a los niños y adolescentes, ser interlocutores válidos, sujetos de derechos con toda su diversidad; son personas en sus prácticas, sus deseos, placeres, conocimientos y creencias, sentimientos, actitudes, valores y conductas; así como jóvenes de derechos y deberes de ser sujetos activos en el proceso de desarrollo del país. De la misma manera, tienen el derecho social a la salud (artículos 83 y 84) acceder a los servicios de salud tanto para su promoción, prevención y curación en su protección así como el rol fundamental de la familia en la garantía en estos derechos.

En cuanto a la *Ley Orgánica de Educación (2009)* garantiza en su artículo 6 el derecho pleno a una educación integral, continua, permanente y de calidad para todos y todas con equidad de género en igualdad de condiciones y oportunidades, y la gratuidad de la educación en todos los centros e instituciones educativas oficiales hasta el pregrado universitario.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El capítulo, mostró en el lenguaje de la labor investigativa, los métodos, población y muestra, las técnicas de recolección de datos e instrumentos, el procesamiento de esos datos y el análisis e interpretación de los mismos. Esta etapa establece de acuerdo a Babaresco (2006) la manera de cómo se puede abordar operativamente el trabajo de indagación de nuevo conocimiento.

Diseño y Tipo de la Investigación

El proceso investigativo, se enmarcó en el paradigma positivista con un *enfoque cuantitativo*. De acuerdo a (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.6): “Este método emplea procesos sistemáticos, estructurados, cuidadosos (método científico) y empírico para generar conocimientos.”. Se trata pues, de una indagación empírico-analítica la cual pretendió ser lo más objetiva posible utilizando la lógica o razonamiento inductivo o deductivo y además, la búsqueda cuantitativa ocurrió en la realidad externa al individuo.

En cuanto al diseño de investigación empleado, se trabajó con una *investigación no experimental* caracterizada por la no manipulación deliberada de la variable independiente (factores de riesgo). De acuerdo a Palella y Martins (2012) y (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.96), “El investigador no sustituye la variable independiente, solo se observan los hechos tal y como se presentan en su contexto real, en un tiempo determinado para luego analizarlo.”.

En otras palabras, no se construyó ninguna situación solo se observó y se describió situaciones (tal es el caso de los factores de riesgo incidiendo en la conducta suicida de estos estudiantes adolescentes) en el contexto natural, en la realidad donde ocurren los hechos. Esto es lo que se denominó *Tipo de Investigación de campo*. Al mismo tiempo, (Sabino, 2000, p. 58)

afirmó: “Los datos de interés se recogen en forma directa de la realidad, directamente de la experiencia empírica mediante el trabajo del investigador y su equipo”.

Dentro de esta perspectiva, *el nivel del trabajo investigativo es transversal* o transaccional, se recogió los datos en un solo momento y en un tiempo único. Asimismo, (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.208) afirmaron: “El propósito de estas investigaciones es descubrir variables y analizar su incidencia y su interrelación en un momento dado”. En ese mismo sentido, la labor investigativa en cuestión, fue *descriptiva*; donde se narró de acuerdo a Palella y Martins (ob.cit), la incidencia de las dimensiones de una o más variables en una población.

En este trabajo de búsqueda, se describieron cada dimensión de los factores de riesgo (variable independiente) teniendo como ejemplo, las dimensiones sociodemográficas (edad, sexo, género) dimensión sobre antecedentes de depresión, intento de suicidios previos, antecedentes de suicidio en la familia, maltrato infanto-juvenil (abuso sexual, acoso escolar, violencia intrafamiliar) eventos precipitantes (muerte repentina, ruptura de noviazgo, SIDA entre otros).

Población y Muestra

La Población o Universo es la totalidad de elementos formando un conjunto de unidades de observación según la opinión de Babaresco (ob.cit). En esta perspectiva, la población, de acuerdo a (Palella y Martins, 2012, p.15) “Es el conjunto de unidades de las que se desea obtener información y sobre las que se van a generar conclusiones”.

De hecho, la población estudiada son los estudiantes del tercer año de la U.E. Manuel Antonio Malpica, Valencia, Edo Carabobo. En dicha institución existen actualmente, cinco secciones y en cada sección hay inscriptos 30 estudiantes.

Ahora bien, *La Muestra* representa de acuerdo a (Palella y Martins ob. Cit, p.116): “Es la escogencia de una parte representativa de una población o universo cuyas características reproduce de la manera más exacta posible”. Se trata de acuerdo Hernández, Fernández y Baptista (ob.cit) de una *muestra no probabilística* en el cual los elementos buscados en esa muestra no dependen de la probabilidad sino de las causas relacionadas con las características de la investigación; por lo tanto, fue una muestra intencional.

Así, la muestra será de 20 estudiantes y se tomará de la sección muestre más alteraciones en salud mental de acuerdo al diagnóstico del docente orientador de la institución.

Técnicas e Instrumentos para la Recolección de los Datos

Se hizo a través de la encuesta utilizando como instrumento el cuestionario (previo cuadro de Operacionalización de variables sometido a juicio de expertos el cual le confirió la validez interna, (ver anexo N° 1). El cuestionario estuvo conformado por cuatro secciones: la parte A contiene datos demográficos (edad, sexo, género y religión) la parte B estuvo formada por 15 preguntas construida bajo la escala de actitudes de Likert el cual de acuerdo a (Hernández, Fernández y Baptista, ob.cit, p.245), señalan: “Consiste en un conjunto de ítem presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externalice su reacción eligiendo uno de los cuatro puntos o categorías de la escala”. Las ponderaciones de las alternativas propuestas fueron las siguientes: (ver tabla 1)

Tabla N° 1. Ponderación de alternativas (a)

Alternativas	Ponderación por puntos
Siempre	5
Muchas Veces	4

Algunas Veces	3
Casi Nunca	2
Nunca	1

Por último, la parte C estuvo constituida por 22 preguntas tipo dicotómica. Es decir, se utilizó un cuestionario de preguntas cerradas Si y No, se recogió la información, las ponderaciones de las alternativas propuestas fueron las siguientes (ver tabla 2), con lo cual, se afirmó de acuerdo a (Castañeda, De la Torre, Morán y Lara, 2003, p.177): “Es aquella pregunta que proporciona opciones de respuesta previamente delimitada para que el sujeto elija la que más se acerque a su situación”

Tabla 2. Ponderación de alternativas (b)

Alternativas	Ponderación por puntos
SI	1
NO	0

Validez del Instrumento

De acuerdo a (Palella y Martins, 2012, p.172) “la validez es la relación entre lo que se mide y aquello que realmente se quiere medir”. En esta investigación, la validez se obtuvo a través de tres expertos en el área (un especialista en psiquiatría, y dos metodólogos) quienes evaluaron e hicieron correcciones al instrumento elaborado a raíz del cuadro de Operacionalización de variables (ver anexo N°3) de tal manera se garantizó la calidad y viabilidad de esta investigación.

Cabe agregar, la solicitud del consentimiento informado (ver anexo N°7) a los estudiantes adolescentes que realizaron el cuestionario y el permiso a la dirección de la institución para realizar dicha investigación. (Ver anexo N°6)

Confiabilidad del Instrumento

Para (Castañeda, De la Torre, Morán y Lara, 2003, p.182) “la confiabilidad es la capacidad de un instrumento de arrojar resultados equivalentes entre los que responden, independientemente de quién lo aplique”.

Para calcular la confiabilidad en esta investigación, se realizó una prueba piloto (Anexo N° 4) y se asignó el instrumento a la sección B (15 preguntas) y para la sección C (22 preguntas) a cinco estudiantes que no forman parte de la muestra definitiva y se aplicó el coeficiente Alfa de Cronbach para la sección B y el coeficiente de Kuder-Richardson a las respuestas de la sección C con lo cual, se midió la consistencia de la respuesta del adolescente participante con relación a los ítems del instrumento.

Fórmula del coeficiente Alfa de Cronbach:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

En donde:

K = Número de ítems = 15

S_i^2 = Sumatoria de Varianzas de los Ítems = 12,24

$S_T^2 = \text{Varianza de la suma de los Ítems} = 65,84$

Sustituyendo:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{\sum s_i^2} \right] = \frac{15}{14} \left[1 - \frac{12,24}{65,84} \right] = 1.071[0.814] = 0.87$$

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (ob.cit) los resultados se interpretaron de acuerdo con el siguiente cuadro de relaciones ajustadas a los criterios de coeficientes de correlación. (Ver tabla 3).

Tabla N° 3. Escala para confiabilidad

ESCALA	CATEGORÍA
0 – 0,20	Muy baja
0,21 – 0,40	Baja
0,41 – 0,60	Moderada
0,61 – 0,80	Alta
0,81 – 1	Muy alta

Entre más cerca de 1 esté el resultado, más alto es el grado de confiabilidad. En este caso (ver anexo N°4) el coeficiente de Cronbach fue de 0,87 lo que indica confiabilidad muy alta. Por otra parte, se realizó en la misma prueba piloto a las respuestas de la sección C que son 22 preguntas cuyas respuestas son dicotómicas (SI-NO) En este caso, se aplicó el coeficiente de Kuder y Richardson (KR). Fórmula de KR:

$$KR_{20} = \left(\frac{n}{n-1} \right) \frac{\sigma_i^2 - \sum R_i^2}{\sigma_i^2}$$

En donde:

N = número total de ítems en la prueba = 22

σ_t^2 = variación de las cuentas de la prueba. = 9,7

$\sum_{\text{de P*Q}}$ = sumatoria de proporción de respuestas correctas por proporción de respuestas incorrectas = 3,44

Sustituyendo:

$$KR20 = \frac{22}{21} \left[1 - \frac{3,44}{9,7} \right] = 0.68$$

Su interpretación dice, si el resultado se aproxima a 1 se puede asegurar, existe una alta confiabilidad con lo cual se podrá elaborar el instrumento final para ser aplicado a la población o muestra seleccionada. Su interpretación es la misma que para el coeficiente de Cronbach. El resultado para este coeficiente KR (ver anexo N°4) fue de 0,68 lo que indica según la tabla anterior una confiabilidad alta.

Procesamiento de los Datos

Una vez concluidas la recolección de datos se procedió a la tabulación y la construcción de cuadros o tablas estadísticos, promedios generales y gráficos ilustrativos (gracias a Excel de Windows 10) de tal modo según Sabino (2000), se sinteticen sus valores y puedan extraerse enunciados teóricos.

Análisis e Interpretación de los datos

El autor, (Sabino, ob.cit, p.140) planteó: “El análisis surge más del marco teórico trazado que de los datos concretos”. Cuando se analiza, se descompone un todo (en este caso, serían los factores de riesgo,) en sus partes constitutivas (ítems), profundizando el conocimiento de cada uno de estos factores (dimensiones de la variable independiente) incidiendo en la conducta suicida de un adolescente.

En cuanto a la interpretación de los resultados, (Palella y Martins, ob.cit, p.196) opinan “se trata de inferir las conclusiones sobre los datos analizados con razonamiento lógico e imaginación ubicando los datos en un contexto teórico”. En efecto, se trata de un proceso de síntesis integrando los análisis parciales que emergen de cada una de las tablas en un conjunto coherente.

Aspectos Éticos de la Investigación

El consentimiento informado, es un concepto ético, codificado en la ley y en la práctica diaria en cualquier institución de atención de la salud y en las investigaciones. De acuerdo a Mondragón (2002), existen dos criterios necesarios para un consentimiento informado: a) debe ser competente b) el paciente o participante de una investigación debe estar adecuadamente informado y no ser coaccionado c) las personas deben tener la capacidad de comprender y evaluar la información brindada, comunicar sus elecciones y entender las consecuencias de las mismas. El consentimiento informado será aplicado, a los adolescentes y a sus padres previo permiso a la dirección del plantel. (Anexo N° 7)

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTEPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El análisis de los datos en el proceso de investigación de acuerdo a Sabino (ob.cit) trata de la descomposición de los datos recogidos, (procesamiento de los datos) apoyándose en el marco teórico trazado en la investigación. Por otra parte, el paso siguiente al análisis es la síntesis, la interpretación final de todos los datos ya analizados previamente. Es un intento de

obtención de conocimientos y según el propio autor, es siempre una tarea inacabada, la cual debe continuar en otras investigaciones futuras.

En este capítulo, se analizaron y se interpretaron los datos obtenidos de la información recabada y conseguida de la aplicación del cuestionario a los 20 adolescentes de educación media de la Unidad Educativa Manuel Antonio Malpica en el período escolar mes de junio 2019 y, de acuerdo a los profesores orientadores, fueron los adolescentes con problemas emocionales.

La información fue analizada estadísticamente presentándola en tablas (mostrando las frecuencias absolutas y relativas y porcentuales por alternativa de respuesta) en la cual se colocaron los datos suministrados por los estudiantes adolescentes objeto de estudio en respuesta a los ítem del cuestionario aplicado; por otro lado, se presentaron los datos en forma de gráficos para una más fácil visualización de las diferencias porcentuales. Así mismo, la interpretación o discusión de los datos se realizó estableciendo una relación entre la información suministrada por los adolescentes y el basamento teórico utilizado como fundamento en la investigación realizada.

A continuación, el análisis e interpretación que se obtuvo en el proceso de investigación. A saber:

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Factor Demográfico

Indicador: Edad

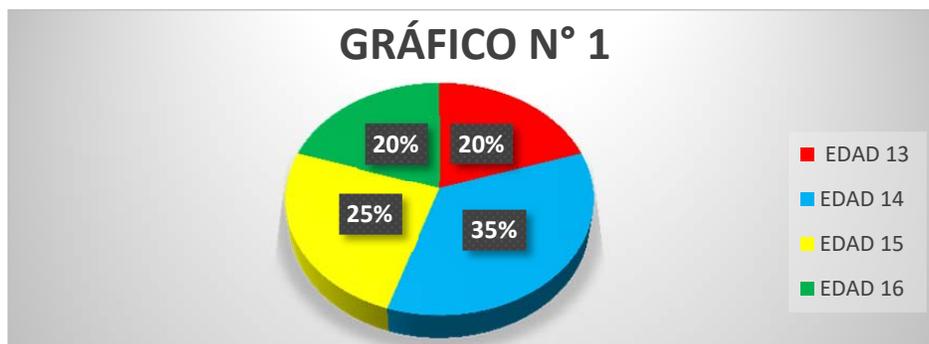
Ítem N° 1: Edad

Tabla 4. Tabla de frecuencia del ítem N° 1

ESCALA	13años		14años		15años		16años		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	4	20	7	35	5	25	4	20	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 1 Gráfico de análisis del ítem N° 1



Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 1

Al analizar el cuadro N°1 y su respectivo gráfico, se puede observar, el mayor número de adolescentes en etapa media con conducta suicida correspondió a la edad de 14 años (35%) seguido en segundo lugar por adolescentes de 15 años de edad (25%).

Para la OMS/OPS (2016), las tentativas de suicidio son relativamente frecuentes entre los 10 y 15 años de edad (29%) y alcanza su máxima frecuencia entre los 15 y 18 años de edad (67%). Estos resultados podrían ser explicados por la inmadurez emocional e impulsividad propia de la adolescencia.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Factor Demográfico

Indicador: Religión

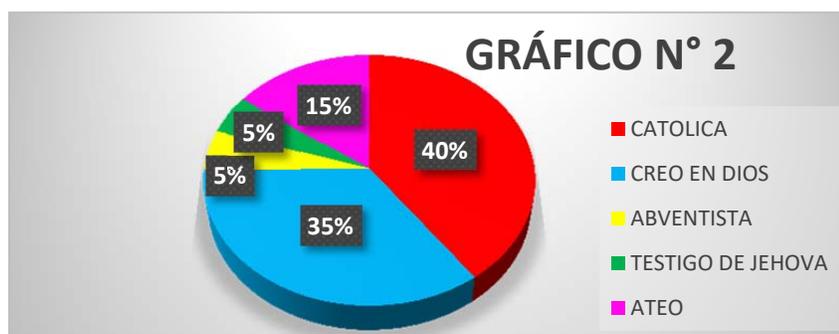
Ítem N°2: Religión que profesa

Tabla 5. Tabla de frecuencia del ítem N° 2

ESCALA	Católica		Creo en Dios		Adventista		Testigo de jehová		Ateo		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	8	40	7	35	1	5	1	5	3	15	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 2 Gráfico de análisis del ítem N° 2



Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 2

La Tabla N°2 y su respectivo gráfico muestran, entre los adolescentes estudiados, la religión católica es la más profesada representando el 40% seguido por un 35% de adolescentes que solo creen Dios y un 15% de estos adolescentes declarados ateos. La OMS/OPS (2016) estimó, alrededor del 84% de la población mundial practica algún tipo de religión. La OMS(ob.cit) destaca las prácticas religiosas como factor protector en la prevención del suicidio.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Factor Demográfico

Indicador: Sexo

Ítem N°3: Sexo

Tabla 6. Tabla de frecuencia del ítem N° 3

ESCALA	Femenino		Masculino		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	4	20	16	80	20	100

Fuente: Caricote (2019)

	20	100	0	0	0	0	20	100
--	----	-----	---	---	---	---	----	-----

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 4 Gráfico de análisis del ítem N° 4



Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 4

Al analizar la tabla y gráfico N° 4, se encuentra el 100% de adolescentes con orientación sexual heterosexual. Cabe destacar con respecto al género, la preferencia sexual homosexualidad o transexualidad representa un factor de riesgo para el suicidio, precisamente por el auto rechazo y el rechazo social de este tipo de preferencia sexual y al temor a la reacción de la familia. De acuerdo a la OMS (2018) un 30% del total de suicidio en varones es por esta causa y tienen tasas de suicidio cuatro veces más frecuente que los jóvenes heterosexuales.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Antecedentes personales previos

Indicador: Socialización

Ítem N°5: Piensas las cosas antes de hacerlas

Tabla 8. Tabla de frecuencia del ítem N° 5

ESCALA	Siempre		Muchas Veces		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	1	5	3	15	12	60	2	10	2	10	20	100

	0	0	4	20	4	20	3	15	9	45	20	100
--	---	---	---	----	---	----	---	----	---	----	----	-----

Fuente: Caricote (2019).

Gráfico 10 Gráfico de análisis del ítem N° 10

Fuente: Caricote (2019).

Análisis e Interpretación Tabla N° 10

El análisis indico, adolescentes se sienten piensan en el



el 45% de los encuestados nunca desanimados cuando futuro; no obstante,

existe un 20% respondiendo muchas veces, 20% algunas veces y 15% casi nunca. Si sumamos estas respuestas, 55% de adolescentes desanimados por sus futuros. (Bailador, Viscardi y Dajas, 2010, p.25) refirieron “la capacidad de no visualizar el futuro y proyectarse en él es lo que se denomina desesperanza que viene dada por la percepción de dificultades económicas y familiares con escasas oportunidades para los jóvenes desde el punto de vista socio-político”.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Antecedentes personales previos

Indicador: Sintomatología Depresiva

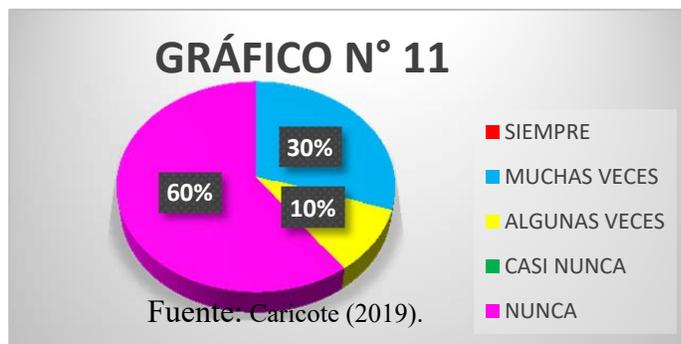
Ítem N° 11: Te sientes triste

Tabla 14. Tabla de frecuencia del ítem N° 11

ESCALA	Siempre		Muchas Veces		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	0	0	6	30	2	10	0	0	12	60	20	100

Fuente: Caricote (2019).

Gráfico 11 Gráfico de análisis del ítem N° 11



Análisis e Interpretación Tabla N° 11

En cuanto a la tabla y gráfico N° 11 se encontró un 60% de adolescentes encuestados con el resultado de no sentirse triste; no obstante existe un 30% de adolescentes, muchas veces se sienten tristes y un 10% de ellos, algunas veces se sienten tristes.

A este respecto la (OMS, 2018, p.33) manifestó: “existen signos, nos pueden alertar acerca de posibles conductas suicidas en los adolescentes como puede ser el mal humor y cambios de personalidad como estar tristes, irritables cansados, ansiosos, apáticos, indecisos, entre otros”.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Antecedentes personales previos

Indicador: Conductas asociadas a la depresión

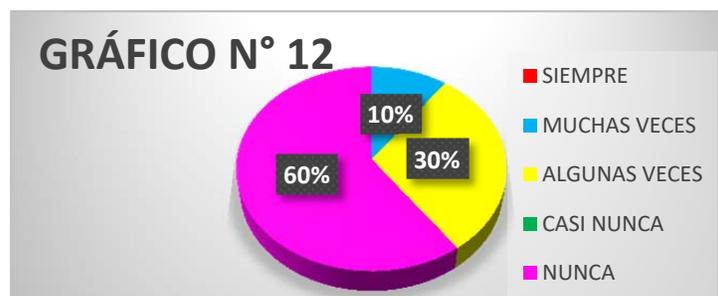
Ítem N° 12: Lloras más de lo normal

Tabla 15. Tabla de frecuencia del ítem N° 12

ESCALA	Siempre		Muchas Veces		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	0	0	2	10	6	30	0	0	12	60	20	100

Fuente: Caricote (2019).

Gráfico 12 Gráfico de análisis del ítem N° 12



Fuente: Caricote (2019).

Análisis e Interpretación Tabla N° 12

Al estudiar esta tabla N° 12, se pone de manifiesto, el 60% de los estudiantes adolescentes nunca lloran más de lo normal y un 30%, algunas veces si lloran más de lo normal y un 10% , muchas veces si lloran más de lo normal. A este respecto, (Friedman y Kaplan, 2014, p.32) expresan: “la depresión en los adolescentes suele ser distinta a la depresión en los adultos y no es frecuente observar en ellos el lloro continuo como lo hace un adulto ya que se muestran renuentes a expresar abiertamente sus sentimientos”. Algunos síntomas de depresión oculta concuerdan con lo relatado por los investigadores: el consumo de alcohol, drogas y problemas disciplinarios.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Antecedentes personales previos

Indicador: Conductas asociadas a la depresión

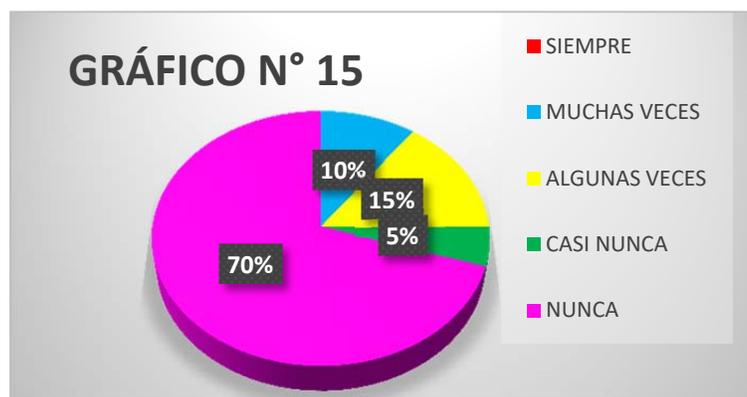
Ítem N° 13: Sientes que nada te llena

Tabla 16. Tabla de frecuencia del ítem N° 13

	0	0	2	10	3	15	1	5	14	70	20	100
--	---	---	---	----	---	----	---	---	----	----	----	-----

Fuente: Caricote (2019).

Gráfico 15 Gráfico de análisis del ítem N° 15



Fuente: Caricote (2019).

Análisis e Interpretación Tabla N° 15

El 70% de los encuestados respondieron no haber pensado, la vida no vale la pena pero se apreció 15% de adolescentes, que algunas veces si han pensado que la vida no vale la pena 10% muchas veces y un 5% casi nunca. (La OMS/OPS, 2016, p22) refirió: “los períodos de estados de ánimos de depresión son comunes en la mayoría de los adolescentes son estados emocionales productos del momento”.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Antecedentes personales previos

Indicador: Intento de suicidio

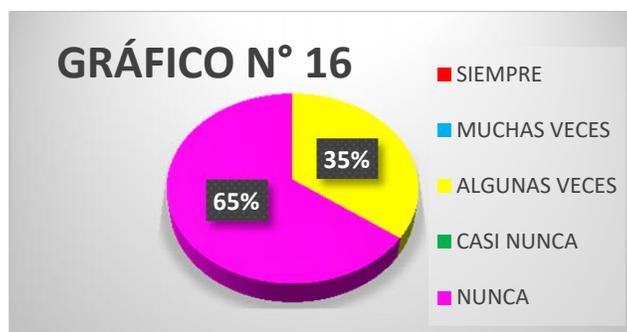
Ítem N° 16: Has deseado estar muerto

Tabla 19. Tabla de frecuencia del ítem N° 16

ESCALA	Siempre		Muchas Veces		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	0	0	0	0	7	35	0	0	13	65	20	100

Fuente: Caricote (2019).

Gráfico 16 Gráfico de análisis del ítem N° 16



Fuente: Caricote (2019).

Análisis e Interpretación Tabla N° 16

En la tabla y gráfico N° 16 se puso en evidencia, el 65% de los adolescentes dieron como respuesta Nunca han deseado estar muerto pero el 35% de los adolescentes encuestados manifestaron, alguna vez han deseado estar muerto. (Compas y Grant, 2014, p.34) puntualizaron: “en la adolescencia, los síntomas depresivos se manifiestan de diferentes maneras como es el caso de este pensamiento que puede ser impulsivo pero su importancia y señal de peligro es cuando son pensamientos recurrentes sobre la muerte y el suicidio”.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Antecedentes personales previos

Indicador: Intento de suicidio

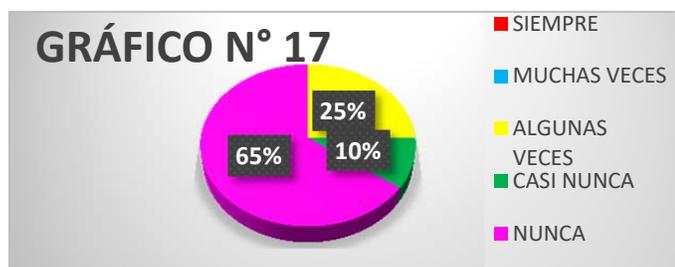
Ítem N° 17: Has pensado terminar con tu vida

Tabla 20. Tabla de frecuencia del ítem N° 17

ESCALA	Siempre		Muchas Veces		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	0	0	0	0	5	25	2	10	13	65	20	100

Fuente: Caricote (2019).

Gráfico 17 Gráfico de análisis del ítem N° 17



Fuente: Caricote (2019).

Análisis e Interpretación Tabla N° 17

El 65% de los adolescentes respondieron, no han pensado terminar con su vida pero se evidenció un 25% algunas veces y el 10% en casi nunca.

La presencia de síntomas depresivos y ansiosos en una personalidad inmadura e impulsiva como la de un adolescente puede constituir “el gatillo” de una conducta suicida sin la presencia de un cuadro depresivo severo. Muchas veces, de acuerdo a Beckham, (2013) en el intento suicida, 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.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Antecedentes personales previos

Indicador: Intento de suicidio

Ítem N° 18: Has avisado que quieres suicidarte (ejemplo: escribes notas suicidas)

Tabla 21. Tabla de frecuencia del ítem N° 18

ESCALA	Siempre		Muchas Veces		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	20	100	20	100

Fuente: Caricote (2019).

Gráfico 18 Gráfico de análisis del ítem N° 18

Fuente: Caricote (2019).

Análisis e Interpretación Tabla N° 18

En esta tabla y gráfico N° 18 se evidenció, el 100% de los adolescentes encuestados no escriben notas suicidas en caso de un intento suicida. (Beckham, 2013, p.8) consideró, “en la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y, generalmente, éste exterioriza haciendo llamadas previas de auxilio”. Por otro lado, Santrock (2004) relata, existen adolescentes que no exteriorizan sus pensamientos y sentimientos depresivos ni a la familia como tampoco al grupo de pares o amigos.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Antecedentes personales previos

Indicador: Intento de suicidio

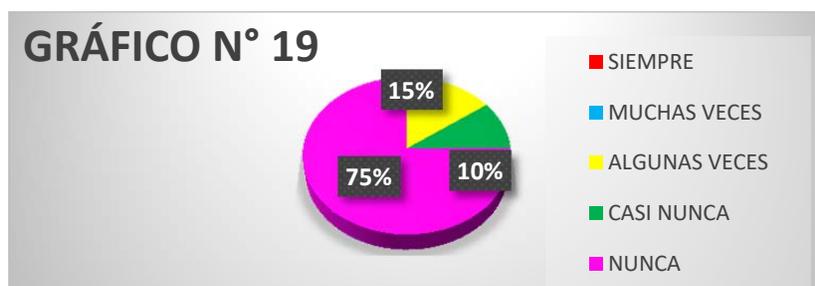
Ítem N° 19: Has tenido contactos con juegos suicidas (ejemplo: la ballena azul)

Tabla 22. Tabla de frecuencia del ítem N° 19

ESCALA	Siempre		Muchas Veces		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	0	0	0	0	3	15	2	10	15	75	20	100

Fuente: Caricote (2019).

Gráfico 19 Gráfico de análisis del ítem N° 19



Fuente: Caricote (2019).

Análisis e Interpretación Tabla N° 19

Cuando se analizó la tabla y gráfico N° 19 se apreció, el 75% de las respuestas dada por los adolescentes indicaron no tener contacto con juegos suicidas; sin embargo, se evidenció el 15% respondiendo algunas veces y un 10% casi nunca, lo que da un total de 25%. Para (Ceballos-Espinosa, 2017, p.45), “los medios de comunicación y entre ellos las redes sociales pueden tener un efecto contagio (modelaje e imitación) y ser determinante en la aparición de conductas suicidas en el adolescente”. Cabe destacar, Kaplan y Sadock (2012) lo denomina “efecto Werther” hoy también conocido “efecto Copycat”.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Presencia de antecedentes psiquiátricos personales y familiares previos

Indicador: conducta suicida

Ítem N° 20: ¿Has intentado suicidarte?

Tabla 23. Tabla de frecuencia del ítem N° 20

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
	1	5	19	95	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 20 Gráfico de análisis del ítem N° 20

Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 20

Al estudiar la tabla y gráfico N° 20 emergió en primer lugar, el 95% de los estudiantes encuestados no han intentado suicidarse pero hay un 5% que responde si al intento de suicidio. (Wilcox y col., 2015, p.29) reportaron en sus investigaciones, “la presencia de este antecedente es considerada como indicativa de gravedad y de mayor probabilidad de repetición de conducta suicida”. Otros autores concuerdan, la presencia de conducta suicidas anteriores constituyen un factor de riesgo predictivo en los adolescentes para desarrollar conductas suicidas a posteriori. (Rodríguez, Pedraza y Burunarte, 2013)

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Presencia de antecedentes psiquiátricos personales y familiares previos

Indicador: Enfermedad física crónica

Ítem N° 21: ¿Sufres de alguna enfermedad física crónica?

Tabla 24. Tabla de frecuencia del ítem N° 21

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
	1	5	19	95	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 21 Gráfico de análisis del ítem N° 21

Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 21

Con respecto a la tabla y gráfico N° 21 se evidenció el 95% de adolescentes no sufren de alguna enfermedad crónica existiendo un 5%, si expresó la presencia de una enfermedad crónica. Santrock (2004) y Forero (2017) relatan, los adolescentes pueden padecer de enfermedades crónicas y/o debilitantes (diabetes juvenil, cardiopatías) discapacidad física (limitación ortopédica adquirida) o enfermedades terminales (el cáncer, SIDA) y en estos casos, existen amenazas al desarrollo de su personalidad como sentimientos de frustración, irritabilidad, ansiedad, temor, dependencia o una actitud demasiado exigente, llevándolos progresivamente a una depresión y una posible conducta suicida

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Presencia de antecedentes psiquiátricos personales y familiares previos

Indicador: Enfermedad mental crónica

Ítem N° 22: ¿Sufres alguna enfermedad mental diagnosticada?

Tabla 25. Tabla de frecuencia del ítem N° 22

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
	1	5	19	95	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 22 Gráfico de análisis del ítem N° 22

Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 22

En relación a la tabla y gráfico N° 22 se encontró el 95% de las respuestas fueron NO y solo el 5% de los adolescentes encuestados expresaron Si presentar alguna enfermedad psiquiátrica diagnosticada.

La (OMS, 2018, p.55) señala: “el 40% de los adolescentes que se suicidan tienen trastornos depresivos, ansiosos, esquizofrenia y trastornos mentales relacionados al abuso de sustancias .

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Presencia de antecedentes psiquiátricos familiares previos

Indicador: Antecedentes de Depresión en la familia

Ítem N° 23: ¿Tienes algún familiar que sufra de depresión?

Tabla 26. Tabla de frecuencia del ítem N° 23

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	4	20	16	80	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 23 Gráfico de análisis del ítem N° 23

Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 23

La tabla N° 23 y su respectivo gráfico resaltaron, el 80% de los adolescentes encuestados afirmaron no tener ningún familiar sufriendo de depresión; sin embargo, existe un 20% de estudiantes adolescentes, alegando la presencia de depresión en su familia.

De hecho, (Windle y Dumenci, 2008, p.33) afirmaron “Tener un progenitor deprimido es un factor de riesgo para la depresión durante la infancia y adolescencia”. Explica (Jiménez Treviño y col., 2011, p.32): “la importancia de los antecedentes psiquiátricos familiares de depresión radica en la influencia biológica y ambiental (modelaje) sobre los descendientes especialmente en adolescentes psicossocialmente vulnerables”.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Presencia de antecedentes psiquiátricos familiares previos

Indicador: Conducta suicida del familiar

Ítem N° 24: ¿Tienes algún familiar con intento o muerto por suicidio?

Tabla 27. Tabla de frecuencia del ítem N° 24

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	5	25	15	75	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 24 Gráfico de análisis del ítem N° 24



Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 24

En el estudio de la tabla y gráfico N° 24, se aprecia el 75% de adolescentes encuestado respondieron no tener algún familiar con intento o muerto por suicidio; no obstante, existe el 20% de adolescentes, respondieron si tener un familiar con intento o muerto por suicidio. (Vallejo, 2007, p.17) encontró: “un mayor riesgo de conducta suicida entre adolescentes con historia de intentos suicidas entre su familia. Esto puede ser debido a cierto modelaje de las conductas violentas de un miembro de la familia o a una predisposición genética”.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Presencia de antecedentes psiquiátricos familiares previos

Indicador: Toxicomanía

Ítem N° 25: ¿Tienes algún familiar con intento o muerto por suicidio?

Tabla 28. Tabla de frecuencia del ítem N° 25

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	7	35	13	65	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 25 Gráfico de análisis del ítem N° 25

Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 25

En relación a la tabla y gráfico N° 25, se encontró, el 65% de las respuestas fueron NO al consumo de drogas en la familia; sin embargo, emergió un 35% de respuesta SI al consumo de drogas en la familia de adolescentes encuestados.

A este respecto, (Urberg, Goldstein y Toro, 2016, p.4) refirieron: “el primer paso para el abuso de drogas se da en la infancia, cuando los niños no reciben el cariño y apoyo que necesitan y crecen en familias consumidoras drogas y/o alcohol (modelaje) y dominadas por el conflicto”. Para los autores, Brook y col. (2008) estos niños no consiguen interiorizar la personalidad, las actitudes y el comportamiento de sus padres y arrastran esta pauta de vinculación afectiva durante la adolescencia.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Presencia de antecedentes psiquiátricos familiares previos

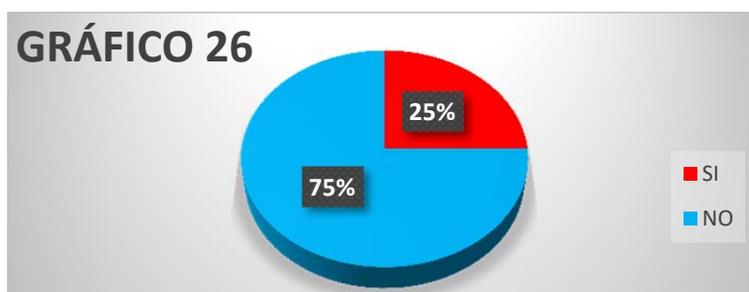
Indicador: Alcoholismo

Ítem N° 26: ¿Tienes algún familiar que consuma alcohol en exceso?

Tabla 29. Tabla de frecuencia del ítem N° 26

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	5	25	15	75	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 26 Gráfico de análisis del ítem N° 26

Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 26

La tabla y gráfico N° 26 indicó, el 75% de las respuesta fueron no a la pregunta de tener algún familiar que consuma alcohol en exceso apareciendo en segundo lugar el 25% de respuesta si a la misma pregunta. En base al anterior análisis de los resultados obtenidos, Moos, Finney y Cronkite, 2012, p.16) formularon, “el consumo de alcohol durante la adolescencia se corresponde con el tipo de relaciones que mantiene el adolescente con sus padres y familia y con sus iguales”.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Presencia de antecedentes psiquiátricos familiares previos

Indicador: Enfermedades Mentales

Ítem N° 27: ¿Tienes algún familiar que sufra alguna enfermedad mental crónica?

Tabla 30. Tabla de frecuencia del ítem N° 27

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	7	35	13	65	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 13 Gráfico de análisis del ítem N° 27

Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 27

En relación a la tabla y gráfico N° 27 se aprecia, el 65% de los adolescentes encuestados respondieron, no tenían algún familiar sufriendo alguna enfermedad mental crónica y el 35% de los adolescentes respondieron positivamente a la pregunta sobre la presencia de algún familiar con enfermedad mental crónica. De acuerdo a los investigadores (Treviño y col. 2011, p.10): “la importancia de los antecedentes psiquiátricos familiares radica en la influencia biológica y ambiental (modelaje) sobre los adolescentes especialmente vulnerables psicosocialmente”.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Factores precipitantes (eventos estresantes)

Indicador: Ruptura de noviazgo

Ítem N° 28: En este último año, ¿has tenido alguna ruptura o desencuentro amoroso con el novio/a?

Tabla 31. Tabla de frecuencia del ítem N° 28

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
FRECUENCIA	E	%	E	%	E	%
	8	40	12	60	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 28 Gráfico de análisis del ítem N° 28



Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 28

Un 60% de los adolescentes encuestado destacó no haber tenido alguna ruptura con el/la novia pero un 40% tuvieron una respuesta afirmativa a la pregunta.

De acuerdo a la (OMS, 2018, p.23), “circunstancias estresantes inmediatas como romper con la/el novio, embarazo no deseado o el consumo de drogas pueden desencadenar un intento de suicidio debido al proceso de desarrollo vulnerable de su personalidad pudiendo actuar impulsivamente ante eventos precipitantes negativos vitales”.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Factores precipitantes (eventos estresantes)

Indicador: Duelo por muerte

Ítem N° 29: ¿Has tenido una pérdida reciente por muerte de un familiar?

Tabla 32. Tabla de frecuencia del ítem N° 29

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	6	30	14	70	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 29 Gráfico de análisis del ítem N° 29



Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 29

Existió un 70%, que no presentó duelo por muerte de un familiar pero el 30% de adolescentes encuestado respondió, tuvieron muerte de un familiar.

Según (Bostwick y Pankratz, 2017, p.11): “los eventos vitales negativos como es el caso de la muerte de un familiar significativo son motivos de síntomas depresivos o ansiosos que pueden evolucionar hacia un cuadro clínico depresivo mayor o cuadro desadaptativo en el adolescente”.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Factores precipitantes (eventos estresantes)

Indicador: Conflictos familiares

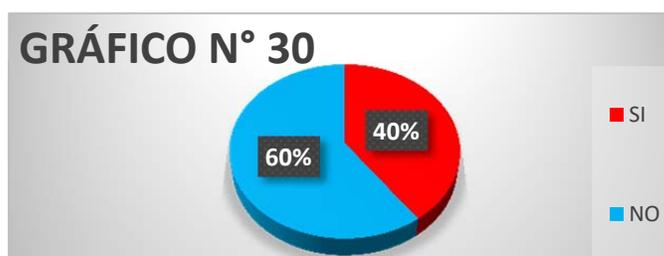
Ítem N° 30: ¿Estás viviendo en la familia, conflictos familiares (separaciones, divorcios)?

Tabla 33. Tabla de frecuencia del ítem N° 30

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	8	40	12	60	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 30 Gráfico de análisis del ítem N° 30



Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 30

En relación a la tabla N° 30 y su respectivo gráfico se encontró, el 60% no presentan conflictos familiares tal es el caso de separaciones, divorcio entre otros pero existió un 40% de los adolescentes encuestados, sí estuvieron presentando como eventos precipitantes dificultades en el núcleo familiar. Las dificultades en el núcleo familiar como es el caso de divorcios conflictivos, desacuerdos continuos entre padres e hijos, falta de interés o compromiso paternal, pueden predecir problemas conductuales y emocionales en el adolescente entre ellos: expulsión de la escuela, embarazos no deseados, conducta suicida, consumo de drogas y/o alcohol entre otros. (Ferdinand, Van Der Ende y Verhulst, 2014)

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Factores precipitantes (eventos estresantes)

Indicador: Ruina económica familiar

Ítem N° 31: ¿Existen problemas socioeconómicos en la familia? (Ej. Pérdida de la casa, empleo, ingresos insuficientes)

Tabla 34. Tabla de frecuencia del ítem N° 31

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
FRECUENCIA	E	%	E	%	E	%
	8	40	12	60	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 31 Gráfico de análisis del ítem N° 31



Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 31

Se apreció, un 60% de los adolescentes respondieron no tener problemas socioeconómicos en la familia aunque el 40% de los adolescentes encuestados revelaron, si lo presentaban. Los factores de vida estresantes tal es el caso de pérdida del empleo o de la casa por parte de los padres son eventos de vida negativos, considerados como contribuyentes al surgimiento de sintomatología depresiva en sus hijos porque crean vulnerabilidad en los adolescentes con estados de desesperanzas y desaliento. (De Wilde y col. 2015)

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Factores precipitantes (eventos estresantes)

Indicador: Emigración de un miembro familiar

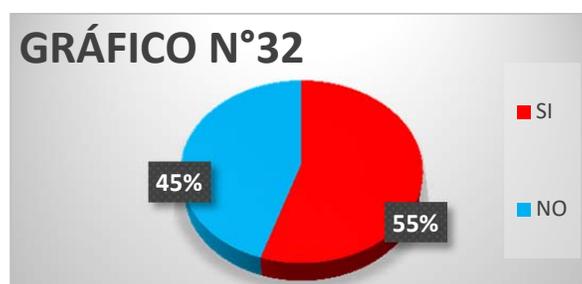
Ítem N° 32: En este último año, ¿Has sufrido la pérdida de algún familiar o persona significativa por emigrar al exterior?

Tabla 35. Tabla de frecuencia del ítem N° 32

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
FRECUENCIA	E	%	E	%	E	%
	11	55	9	45	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 32 Gráfico de análisis del ítem N° 32



Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 32

En esta tabla y gráfico N° 32 se encontró, el 55% de los adolescentes encuestados respondieron, este último año han sufrido la pérdida de algún familiar o persona significativa por emigrar al exterior y un 45% no han sufrido esta migración. A este respecto, (Briceño, 2019, p.7) expresó: “Venezuela en los dos últimos años pasó de ser un país históricamente receptor de emigrantes a ser un emisor de migrantes. Esta cultura de emigrar trae consecuencia, por ejemplo ruptura de familias, pérdida de la calidad de vida, injusticia e impunidad, escasez de alimentos y medicamentos así como presiones psicoemocionales traducido en depresiones y suicidios”.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Antecedentes de maltrato infanto-juvenil

Indicador: Tipos de abuso

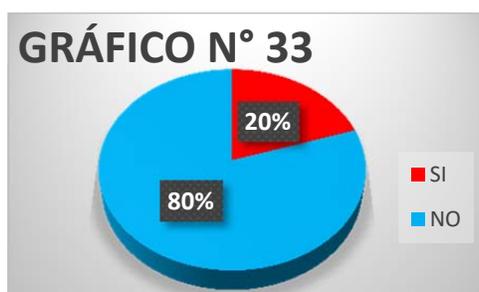
Ítems N° 33: ¿Has sufrido Abuso Sexual?

Tabla 36. Tabla de frecuencia del ítems N° 33

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	4	20	16	80	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 33 Gráfico de análisis del ítems N° 33



Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 33

Cuando se analizó la tabla y gráfico N° 33 se evidenció un 20% de adolescentes encuestados con abuso sexual mientras la mayoría, 80% no presentó tal abuso.

De acuerdo a Pereda (2010), las víctimas de abuso sexual presentan problemas a corto y largo plazo. A corto plazo: baja autoestima, sentimientos de culpa, estigmatización, problemas de atención y concentración, sintomatología ansiosa y depresiva así como problemas para relacionarse, trastornos del sueño, ideas suicidas e intento de suicidio. A largo plazo, la sintomatología se agrava y aparecen trastornos depresivos y bipolares, trastornos por estrés postraumático y conductas autodestructivas y autolesiva.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Antecedentes de maltrato infanto-juvenil

Indicador: Tipos de abuso

Ítem N° 34: ¿Has sufrido abuso físico y /o psicológico?

Tabla 37. Tabla de frecuencia del ítem N° 34

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	5	25	15	75	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 34 Gráfico de análisis del ítem N° 34



Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 34

El 75% de los adolescentes refirieron no haber sufrido abuso físico y /o psicológico; sin embargo se apreció un 25% de adolescentes, indicaron haber sufrido de este tipo de abuso.

La (OMS,2003, p.21) indicó: “el abuso físico y/o psicológico (así como el acoso escolar y sexual) son formas de violencias que afloran en un hogar donde está presente la violencia intrafamiliar, divorcios conflictivos, aumentando el riesgo de padecer depresión y conducta suicida en el adolescente”.

Variable de riesgo: Factores

Dimensión: Antecedentes de maltrato infanto-juvenil

Indicador: Acoso escolar (bullying)

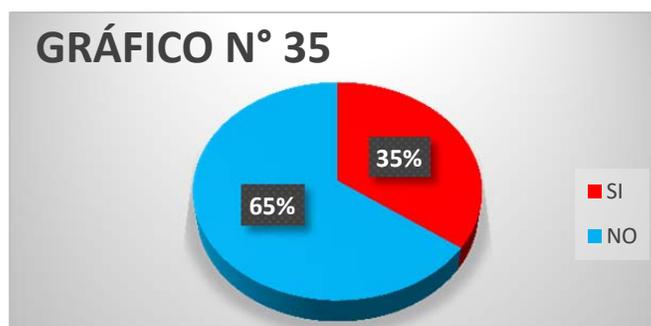
Ítem N° 35: ¿Has sufrido Acoso o Bulling?

Tabla 38. Tabla de frecuencia del ítem N° 35

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	7	35	13	65	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 35 Gráfico de análisis del ítem N° 35



Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 35

En esta tabla N° 35 se apreció el 65% de los adolescentes expresaron, no habían sufrido acoso escolar en la institución educativa pero existe un 35% de esos adolescentes respondiendo, si han sufrido de Bulling. A este respecto, el investigador (Suarez del Real,2013, p.14) expresó: “la víctima de acoso escolar se muestra insegura, con baja autoestima siendo causa y consecuencia del acoso, con altos niveles de ansiedad, sumisa, introvertida, tímida, con dificultades para relacionarse y con mucha frecuencia soledad e inmadurez para su edad”. Al avanzar el acoso, se presentan las fobias escolares y trastorno depresivo, pudiendo conducir a la persona a un estado de desesperanza que lo puede llevar al intento de suicidio.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Antecedentes de maltrato infanto-juvenil

Indicador: Falta de apoyo de familiares

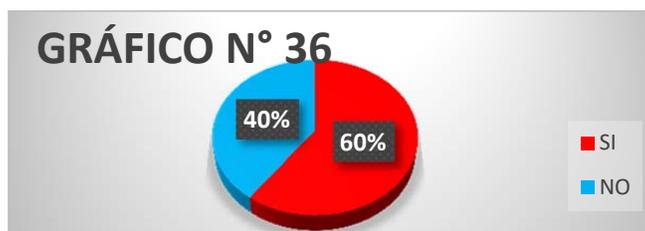
Ítem N° 36: ¿Cuentas con apoyo familiar?

Tabla 39. Tabla de frecuencia del ítem N° 36

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	12	60	8	40	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico36 Gráfico de análisis del ítem N° 36



Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 36

El cuadro N° 36 y su respectivo gráfico mostró la presencia de 60% de adolescentes, afirmando tener apoyo familiar; sin embargo emerge un 40% de encuestados, manifestando en sus respuestas no tener apoyo familiar. (Reinherz citado por Santrock, 2004, p.69), “La falta de afecto y apoyo emocional familiar, el exceso de control paterno y una presión excesiva para que el adolescente rinda en los estudios durante la infancia puede propiciar la depresión en un adolescente”. En estos ambientes de calidez familiar, falta de comunicación y discordia familiar dan pocas oportunidades para el aprendizaje de resolución de problemas creando un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión. (Larraguibel y col. 2000)

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Antecedentes de maltrato infanto-juvenil

Indicador: Problemas disciplinarios

Ítem N° 37: ¿Has tenido problemas en la institución educativa? (bajo rendimiento escolar, comportamiento rebelde)

Tabla 40. Tabla de frecuencia del ítem N° 37

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	20	100	0	0	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico37 Gráfico de análisis del ítem N° 37



Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 37

En cuanto a la tabla y gráfico N° 37 se encontró, el 100% de los adolescentes encuestados tuvieron problemas disciplinarios (bajo rendimiento escolar, comportamiento rebelde). A este respecto (Medina-Mora y Berenzon, 2016, p.12) manifestaron: “en la adolescencia, la depresión se enmascara bajo la forma de bajo rendimiento escolar, impulsividad, la sensación de aburrimiento, rebeldía hacia la figura de autoridad, bajas calificaciones y ausentismo escolar por falta de energía y motivación a los estudios”. (p.12)

Estos resultados nos señalan la importancia de estar atento a la posibilidad de intento de suicidio en adolescentes impulsivos o con conducta agresiva impulsiva.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Barreras para acceder a servicios de salud

Indicador: Renuencia a pedir ayuda (baja autoestima, vergüenza, sentimiento de culpabilidad)

Ítem N° 38: ¿Tienes dificultad para pedir ayuda? (pena, timidez, culpabilidad, vergüenza)

Tabla 41. Tabla de frecuencia del ítem N° 38

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	6	30	14	70	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 38 Gráfico de análisis del ítem N° 38



Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 38

Se evidencia en esta tabla N° 38, el 70% de los encuestados no tiene dificultad para pedir ayuda mientras, existe un 30%, si presenta dicha dificultad. La investigación de (Guerrero, 2002, p.9), explica: “el adolescente tiene necesidad de autonomía o independencia, tiene la necesidad de crear un espacio propio donde experimentar sus nuevas capacidades, ideas y deseos requiriendo mayor intimidad, si no física, por lo menos psicológica y emocional”. El joven necesita sentir que algunas cosas son personales y de nadie más, privadas e inviolables con lo cual, muchos adolescentes tienen renuencia a pedir ayuda por esta razón y no solo por tener baja autoestima, vergüenza o sentimiento de culpabilidad

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Barreras para acceder a servicios de salud

Indicador: Escasez de Servicios de Salud Mental

Ítem N° 39: ¿Cuentas con servicio de salud mental en tu comunidad?

Tabla 42. Tabla de frecuencia del ítem N° 39

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	7	35	13	65	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 39 Gráfico de análisis del ítem N° 39



Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 39

Los resultados de la tabla y gráfico Tabla N° 39 indicaron, el 65% de los adolescentes manifestaron, no cuentan con servicios de salud mental en su comunidad y un 35% respondieron que si cuentan con servicios de salud mental en su comunidad. De acuerdo a la (OMS/OPS, 2018, p.5): “en Venezuela, el acceso a los servicios de salud han sido afectados por la crisis sociopolítica del país reflejándose en hospitales y demás centros de atención”. (p.5) Están colapsados por falta de equipos, deficiencias en su administración, burocratización de su personal, elevado costo de los medicamentos y tecnologías para la evaluación médica resultando para muchos sectores, claramente inaccesibles y por lo cual, los grupos familiares no tienen acceso a la salud, educación, vivienda, trabajo y recreación.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Barreras para acceder a servicios de salud

Indicador: Medios de transporte

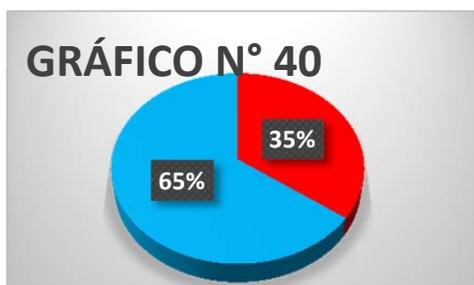
Ítem N° 40: ¿Tienes facilidad para trasladarte a los centros de salud? (carro particular, buses)

Tabla 43. Tabla de frecuencia del ítem N° 40

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	13	65	7	35	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 40 Gráfico de análisis del ítem N° 40



Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 40

La observación de la Tabla y gráfico N° 40 arroja como resultado, el 65% de los estudiantes respondieron, tenían dificultad para trasladarse a un centro de salud mientras un 35% no presentaban dificultad de traslado. Estos resultados coinciden con lo expresado por la ONG Observatorio Venezolano de Violencia, (OVV, 2018,p.5) quienes manifestaron; “desde hace 20 años, Venezuela viene presentando deterioro sociocultural y político progresivo lo que incrementa la inflación, inseguridad, el desempleo y el agotamiento de modelos estables propiciadores en el mejoramiento de la calidad de vida de la población venezolana”.

Variable: Factores de riesgo

Dimensión: Barreras para acceder a servicios de salud

Indicador: Factor económico

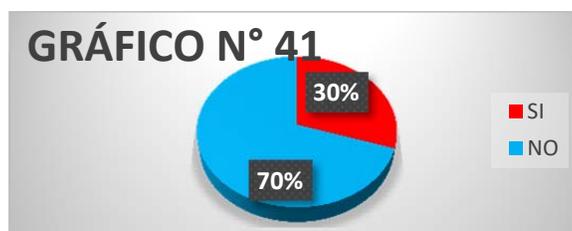
Ítem N° 41: ¿Cuentas con la parte económica para solventar los gastos de tratamiento y traslado?

Tabla 44. Tabla de frecuencia del ítem N° 41

ESCALA	SI		NO		TOTAL	
	E	%	E	%	E	%
FRECUENCIA	6	30	14	70	20	100

Fuente: Caricote (2019)

Gráfico 41 Gráfico de análisis del ítem N° 41



Fuente: Caricote (2019)

Análisis e Interpretación Tabla N° 41

Un 30% de los adolescentes encuestados respondieron, contaban económicamente para solventar el costo de tratamiento y traslado mientras, la mayor parte de los encuestados (70%) refieren no cuenta con el dinero para enfrentar los gastos de tratamiento y traslado.

De acuerdo a la ONG Observatorio Venezolano de Violencia (OVV, 2018, p.6): “muchos adolescentes no piden ayuda debido a la dificultad en conseguir medio de transporte adecuado y a los altos costos financieros para la familia, haciendo difícil acudir a los servicios médicos generales para ser tratados o buscar orientación”.

CONCLUSIONES

La conclusión en una investigación descriptiva involucra cada uno de los objetivos específicos así como el objetivo general formulados. De acuerdo a (Fernández, 2007, p.70) “Es una actividad correspondiente al desarrollo de la fase confirmatoria del proceso metodológico de la investigación e integra el logro del objetivo general mediante la cual el investigador presenta una síntesis e interpretación matizada y vívidas de su hallazgos”. Del mismo modo, (Sabino, 2000, p.33), expresó, “Las conclusiones en una investigación implica el intento de establecer un conocimiento inacabado ya que la investigación por fuerza debe continuar en otras investigaciones futuras”.

El objetivo general de la presente investigación fue describir los factores psicosociales de riesgo en la conducta suicida en los estudiantes del tercer año de la Unidad Educativa Manuel Antonio Malpica, Naguanagua, Estado Carabobo

Lo encontrado en el estudio pone en relieve la interacción dinámica entre factores de riesgo (personales, familiares, eventos estresantes, entre otros) relacionados con la conducta suicida teniendo en cuenta, el aspecto cognitivo ligado a la ideación suicida y su comportamiento, la conducta suicida. De esta manera, la labor investigativa contribuyó a evaluar el carácter complejo y multicausal de este fenómeno.

Los resultados obtenidos pusieron en evidencia la necesidad de integrar y contextualizar el fenómeno del suicidio, con lo cual es de suma importancia incluir a la familia, profesionales de la salud, instituciones educativas, el Estado, en la detección y disminución de los factores de riesgos asociados al intento suicida en el adolescente y el abordaje terapéutico de estos jóvenes.

Con respecto al primer objetivo específico de la investigación, en la cual se identifican los factores de riesgos presentes en la vida de los adolescentes en este estudio; lo más resaltante en cuanto a los eventos de riesgo más influyentes y marcados, se destacan: a) un 60% de

adolescentes con conducta impulsiva b) el 85% de los adolescentes en contacto con el consumo de alcohol y c) un 25% estuvieron en contacto con el uso de drogas.

En cuanto a la impulsividad, es un rasgo característico de la personalidad del adolescente en desarrollo en la cual existe la tendencia a presentar comportamientos inesperados, irreflexivos; es el deseo intenso, repetitivo, de realizar un acto de consecuencias negativas para él u otros; el adolescente tiende a buscar conductas riesgosas; tal es el caso de “experimentar” con el uso de alcohol y drogas o por la necesidad de pertenecer a un grupo o simplemente para sentirse adultos.

Por supuesto, es difícil determinar quiénes de estos adolescentes van a desarrollar problemas serios y, se sabe por otras investigaciones ya descriptas, los adolescentes que corren el riesgo de desarrollar problemas graves con las drogas y alcohol son los que tienen historia familiar de abusos de sustancias y alcohol, si tienen sintomatología depresiva, la presencia de un hogar conflictivo o sentirse con poca autoestima, entre otros. Llama la atención, estos aspectos hicieron presencia en la investigación en forma marcada.

En la investigación, el consumo de alcohol y drogas y la impulsividad estuvieron asociados con los factores relatados en el párrafo anterior y con la ideación suicida y no al intento suicida; sin embargo, el consumo de alcohol y principalmente de drogas pueden detonar el intento de suicidio en cualquier momento, con lo cual estos adolescentes podrían ser considerados una subpoblación en mayor riesgo.

Por otra parte, es necesario puntualizar, el uso de drogas y alcohol está asociado a una variedad de efectos negativos, como es el caso del fracaso escolar, la impulsividad e irreverencia o mal juicio; exponiendo al adolescente a la violencia, accidentes, relaciones sexuales no planificadas y de riesgo y el suicidio.

Los hallazgos permiten servir de alerta en el enfoque de esfuerzos preventivos sobre la salud mental adecuada, pues los adolescentes de la encuesta tenían una edad promedio entre 14-15 años y el estar consumiendo alcohol y /o drogas a edades tan tempranas tienen un impacto mayor en el desarrollo de deficiencias cognitivas predisponentes en esos adolescentes, a una futura conducta suicida antes o durante la adultez joven.

Al mismo tiempo, estos descubrimientos se convierten en un diagnóstico situacional con lo cual, en la institución educativa se promuevan acciones de prevención por parte de los profesores orientadores en conexión con profesionales de salud (asisten a los estudiantes en centro de salud) con la finalidad de implementar medidas de identificación de los factores de riesgos y minimizar esta situación.

Entre los antecedentes personales se encontró, la mayoría de los adolescentes (95%) estudiados no mostraron antecedentes de enfermedades somáticas y mentales, solo el 5% presentó diabetes juvenil y epilepsia respectivamente. En relación con esto último, es necesario llamar la atención, si los adolescentes que representan el 5% tienen déficit de habilidades de resolución de problemas, baja autoestima y se sienten con discapacidad ante su enfermedad, el antecedente de enfermedad podría transformarse en un factor de riesgo conducente a una conducta suicida.

Con respecto a los antecedentes familiares, se apreció la existencia de modelaje familiar en cuanto al consumo de drogas (35%) y de alcohol en un 25%. La teoría social de Bandura (1987) recalca la influencia negativa de los adultos significativos (padres, tíos, abuelos), de los pares o compañeros; la influencia mediática de la publicidad y de los medios de comunicación, actúan como modelos consumidores y de alguna manera facilitan la iniciación y la escalada del

consumo de alcohol y drogas cuando se trata de adolescentes psicológicamente vulnerables con baja autoestima, déficits en habilidades sociales y/o académicas, ansiedad, estrés entre otros.

En el estudio se apreció, el consumo familiar de drogas fue mayor que el abuso de alcohol indicando, las actitudes permisivas de los adultos significativos (padres, tíos, entre otros) con respecto al consumo de drogas fueron percibidas por los adolescentes del estudio como de igual o de mayor importancia que el uso parental real.

Otro de los antecedentes familiares explorados en el estudio de investigación fue, el 20% de los adolescentes confirmaron la existencia de un familiar con depresión en tratamiento psiquiátrico (abuela, tía) y un 20% expresaron tener un familiar con intento de suicidio y muerte por suicidio. Se tiene conocimiento sobre la existencia del aspecto biológico y genético sobre la susceptibilidad de heredar la depresión pero también es cierto, la exposición en el adolescente a la depresión y conducta suicida de alguno de los padres es un factor de riesgo latente por la imitación o modelaje adquiridos sobre todo en adolescentes vulnerables emocionalmente.

En relación a los eventos estresantes, aquellos acontecimientos de vida amenazantes, en la cual se exceden o dañan las capacidades psicológicas o biológicas del individuo; tenemos como hallazgos resaltantes, el duelo o depresión moral por algún familiar que ha emigrado forzosamente en un 55%.

Cabe destacar, el Centro Comunitario de Aprendizaje, (CECODAP, 2019, p.3) indicó; “en el 2019, 20,1% de los migrantes reporta dejar un niño atrás”; es decir, uno de cada cinco migrantes (familias con niños dentro del fenómeno). Esto supone, en consecuencia, un incremento de 81.020 niños y adolescentes en comparación a 2018.

Es importante poner la atención en este factor de riesgo pues, se ha hecho presente desde el 2016 a causa de las condiciones sociopolíticas del país. En el estudio, la mayoría de los

adolescentes encuestados tiene por lo menos un familiar migrante en busca de una mejor vida para él y la familia pero las migraciones significan una grave desintegración y trauma en el grupo familiar y un duelo no resuelto y los niños /adolescentes lo viven dolorosamente como la muerte de un familiar.

Con relación al funcionamiento familiar, (divorcios, dificultades económicas, discusiones frecuentes, situaciones de violencia, consumo de drogas y alcohol, entre otros) el 40% de los adolescentes estudiados presentaron conflictos familiares indicando, los jóvenes encuestados están percibiendo un ambiente negativo en el cual no se sienten apoyados, (40%) son factores estresantes, pudiendo desencadenar conductas suicida en el futuro pues el adolescente se encuentra en un proceso de integración y consolidación de su identidad y necesita calidad en la interacción y la convivencia familiar.

Ante la situación planteada, existe clara evidencia en investigaciones referidas en la fundamentación teórica, los conflictos familiares contribuyen a aumentar el riesgo de la conducta suicida puesto que la ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar producen oportunidades limitadas en el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y el surgimiento de trastornos del ánimo como la ansiedad, fobias, depresión entre otros.

Del mismo modo, la ruptura amorosa en un 40% y la muerte de un familiar (30%) también representan un evento estresante en algunos adolescentes del estudio porque significa un duelo que implica una conducta desadaptativa difícil de manejar sobretodo en hogares disarmónicos e inadecuados observados en el estudio.

Otro de los factores de riesgo investigado fue tipos de abusos, en la cual el 35% de los adolescentes sufrieron de acoso escolar. Tal hallazgo es importante porque los adolescentes que lo han vivenciado se muestran inseguros, con baja autoestima, altos niveles de ansiedad, depresión, sumisos, tímidos, con fobia escolar, desesperanza y con dificultades para relacionarse. Este abanico psicopatológico es el caldo de cultivo en una conducta suicida a futuro. En tales casos, los padres y docentes son la clave en la prevención del acoso escolar pues, ya no solo está en las escuelas y liceos sino a nivel cibernético.

Existe un 20% de los adolescentes encuestados con abuso sexual y aunque el porcentaje es pequeño no desdice de la importancia del hecho. (Rodríguez 2017, p.7 citado en Pérez y cols.), refieren el abuso sexual, como “todo acceso/ acto/estimulación sexual que una persona con suficiente experiencia ejerce contra un niño o adolescente que se encuentra en desventaja frente a su agresor”. Ante lo anteriormente expuesto, el abuso sexual trae implicaciones psicológicas y sociales en quienes lo han padecido y las consecuencias son a corto, mediano y largo plazo. Las secuelas psicológicas pueden perduran a lo largo de la vida e ir formando el desarrollo de ansiedad, depresión, consumo excesivo de drogas /alcohol e intento de suicidio. Por todo lo dicho, se deduce, el abuso sexual así como la conducta suicida son problemas vinculados, guardan relación, afectando la salud mental y física de las víctimas, núcleo social y familiar.

En este orden de ideas, el 100% de los adolescentes del estudio, tuvieron problemas disciplinarios (comportamiento rebelde, bajo rendimiento escolar, etc.). Ese rasgo hace inferir la existencia de hostilidad, comportamiento agresivo e impulsivo acompañado de baja autoestima y una autopercepción de ineficacia de sí mismo. El grupo de estudiantes seleccionados por los propios orientadores fueron calificados por los docentes, como el “grupo mala conducta”. Por numerosas investigaciones revisadas, el comportamiento surgido, es una expresión psicológica

negativa del adolescente que no sabe manejar sus emociones por su inmadurez o su intención sea, descargar un conflicto emocional intolerable o simplemente busca llamar la atención sobre su persona.

Cabe agregar, la depresión en el adolescente y en el niño se expresa con mayor frecuencia con una conducta rebelde, desafiante, bajo rendimiento escolar, discusiones con figuras de autoridad (docentes, padres) e impulsividad en las cuales pueden realizar un intento suicida con poca planificación y de modo inesperado.

Por otro lado, se encontró, el 25% de los adolescentes del estudio exhibieron abuso físico /psicológico. Aunque en las preguntas del test existía un apartado de observaciones en la cual podían escribir de donde partía el abuso, los adolescentes no colocaron nada. Se puede inferir, aquellos adolescentes que presentaban acoso escolar y un hogar conflictivo representan ese 25%. A través de numerosas investigaciones descritas anteriormente, desde la niñez el adolescente sometido a abuso físico y abuso sexual tiene una alta incidencia de conducta suicida.

Por último, existe un factor de riesgo no existente en Venezuela pero debido a las condiciones sociopolíticas actuales es importante tomarlo en consideración por su “peso” como evento de riesgo: *Barreras para acceder a los servicios de salud*. El 65% de los adolescentes del estudio manifestaron no contar en su comunidad con un servicio de salud mental; además, el 65% tiene dificultades en trasladarse debido al factor económico pues el 70% no cuenta con dinero para solventar los gastos de tratamiento y traslado.

Lo observado como resultado de la deficiencia y colapso de los servicios médicos es su relación estrecha con la crisis política y social en la que está sumergido el país. Este hecho se ha transformado en un factor de riesgo, por la no existencia de centros de salud en la cual exista

atención especializada para los adolescentes y los pocos centros hospitalarios están en franco deterioro con servicios cerrados afectados por la crisis del sistema de salud.

Paralelamente, el incremento de la inseguridad, el desempleo, la hiperinflación (produce elevados costos de los medicamentos) hace difícil trasladarse a otros centros hospitalarios donde puedan brindarle ayuda al adolescente con una completa evaluación médica y el tratamiento adecuado.

En cuanto al segundo objetivo específico de investigación, la cual se trata de tipificar las características sociodemográficas en los adolescentes en estudio, la muestra estuvo conformada por 20 adolescentes de ambos sexos, 4 del sexo femenino y 16 del sexo masculino y el mayor número de adolescentes con conducta suicida correspondió a adolescentes entre 14-15 años de edad de la población estudiada.

Un dato preocupante coincidente con investigaciones internacionales y con la OMS, es el aumento de las tasas de suicidio en jóvenes entre los 15-24 años de edad y sobre todo en varones. Esta investigación concuerda con lo narrado, se trata de un grupo de adolescentes afectados (principalmente varones) por una combinación de factores de riesgo y a una edad vulnerable, inmadura emocionalmente para manejar los eventos de la vida.

Con respecto a la religión, la mayoría profesa la religión católica (40%) pero existe un grupo de adolescentes declarados “ateos” (15%) y otros escribieron en la hoja de respuesta en letra grande “creo en Dios”. (35%) El pertenecer y practicar una religión o simplemente creer en Dios como creencia espiritual constituye un factor protector en la conducta suicida tanto en los adolescentes y los adultos, pero en el grupo de adolescentes considerados ateos serán más vulnerable ante los obstáculos de la vida. La espiritualidad y las creencias religiosas constituyen una eficaz estrategia, permite la fortaleza del individuo, hacer cambios en su estilo de vida y a

concienciar sobre sus creencias, actitudes y comportamientos positivos o negativos sobre su salud. Por esta razón, la espiritualidad está asociada con una mejor salud y calidad de vida y adaptación a la enfermedad porque motiva al crecimiento personal y la participación del individuo en tareas creativas o de autosuperación.

El tercer objetivo específico trata de determinar los niveles de depresión, y conducta suicida en los adolescentes estudiados.

Llamó la atención la presencia de sintomatología depresiva presente en algunos adolescentes encuestados, evidenciada en un 55% de desánimo y desesperanza; la tristeza (30%), un 40% “lloran más de lo normal”; 65% expresaron: “nada me llena”; “no cuentan con amigos” solo en un 10%; “la vida no vale la pena”(31%). Se llegó a la conclusión, la depresión y la desesperanza fueron factores de mayor peso de riesgo individual y constituyó un signo de alarma para prevenir la conducta suicida en esta población de estudio.

La organización no gubernamental, CECODAP (2019) está utilizando el término depresión sonriente o depresión enmascarada en la cual niños y adolescentes venezolanos revelan un estado de felicidad que realmente no están sintiendo. En otras palabras, no se muestran molestos o con rabia a pesar de su entorno y muestran una carita de satisfacción pero emocionalmente están deprimidos. No obstante, los padres y educadores deben poner especial atención en la conducta del niño y/o adolescente, si es diferente, por ejemplo, sentirse aburrido en sus actividades, no querer salir de su cuarto, el rendimiento escolar disminuye, entre otros.

Los especialistas de CECODAP confirman, la tristeza predomina hoy en los venezolanos y el riesgo de sufrir depresión en nuestro país es muy alto dado la situación sociopolítica del país.

En cuanto a la conducta suicida, se trata de un evento que involucra un espectro diverso de comportamientos, incluye: pensar en el suicidio (ideación suicida), planificar el suicidio,

intentar el suicidio y cometer el suicidio propiamente dicho. En la investigación, se encontró: el 35% de adolescentes han deseado estar muertos; 35% han pensado reiterativamente acabar con su vida; un 25% de los adolescentes estudiados han entrado en contacto con juegos en las redes sociales tipo la ballena azul y un 5% han intentado suicidarse; sin embargo todos los adolescentes encuestados (100%) no han avisado (notas) que quieren suicidarse.

El patrón de conducta suicida en el estudio, revela que la mayoría de los adolescentes encuestados están en la fase de ideación suicida (solo un 5% ha intentado el suicidio) pero la ideación suicida se puede considerar como un indicador efectivo en un intento de suicidio en el futuro.

La ideación suicida es menos estudiada que el intento de suicidio y el suicidio consumado; en la ideación suicida reiterativa, se revela la futura intencionalidad del acto suicida en el sentido de la presencia de gestos (planificación) por ejemplo, cortarse la piel de las piernas o brazos, las verbalizaciones o actos que si llegaran a consumarse podrían dañar al adolescente o morir. Es importante señalar, la ideación suicida y la planeación (gestos, verbalizaciones) son manifestaciones muy frecuentes de la conducta suicida y a menudo son subestimadas por los padres y docentes.

Cabe destacar, gracias a las investigaciones sobre el tema, la ideación por sí misma no conduce a un intento de suicidio, es necesaria la confluencia de otros factores de riesgo descrito con anterioridad como son los factores personales, familiares, eventos estresantes, sociodemográfico, entre otros.

Sin embargo, el patrón observado deja ver una preocupante demanda de atención hacia los jóvenes estudiados, tomando en cuenta los cambios negativos y de deterioro sociopolítico y económico sucediéndose en el país en los últimos cinco años. La investigación sobre la conducta

suicida mostró una triste realidad, las condiciones que los adolescentes transitan actualmente, representa un punto de quiebre entre la adolescencia y la familia venezolana.

RECOMENDACIONES

La conducta suicida es considerada un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), el suicidio en el mundo, se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años de edad. Por ello, debe existir un acercamiento multidisciplinar en la cual el sistema de salud tienda puentes con otros ámbitos interactuantes, como es el educativo, los medios de comunicación y el sistema jurídico representado por Estado. A saber:

Sistema de Salud

a) Ofrecer atención integral a los adolescentes bajo el enfoque de promoción a la salud y prevención de los factores de riesgo. Difundir estos servicios en los liceos, centros deportivos, culturales entre otros.

b) Sensibilizar y motivar al equipo de salud hacia el desarrollo de competencias en la atención integral de los adolescentes a través de una consulta diferenciada y con enfoque de género donde no solo ofrezcan servicios clínicos sino también servicios de, información, educación, orientación y consejería.

c) Articular redes con otros servicios y espacios educativos, sociales, comunitarios con responsabilidad en los ámbitos nacional, regional y municipal.

A Nivel Educativo

a) La participación del adolescente, es un elemento clave en la promoción de la salud mental y en la realización de programas y/o talleres sobre la salud, factores de riesgo y

protectores Los jóvenes deben ser protagonistas de su propia historia y actores estratégicos del desarrollo de sus comunidades y sociedades. Los adolescentes deben y tienen aportes sobre su visión del mundo, habilidades sociales y nos propongan con sus energías qué es lo que quieren saber sobre la salud mental y cómo enfrentan los avatares de sus vidas.

Cabe destacar por ejemplo, en Alemania, Canadá y Finlandia (OMS, 2014) se realizan programas de prevención sobre el suicidio llamados Programas SOS (Educación sobre el suicidio) integrados al currículo y tiene como objetivo el conocimiento en los adolescentes sobre el suicidio. En el programa, se identifican los alumnos de alto riesgo (llamado cribado de depresión y factores de riesgo) realizando talleres basados en el entrenamiento de habilidades con estrategias de inteligencia emocional mejorando las actitudes, emociones y herramientas de afrontamiento para el estrés y eventos vitales precipitantes.

b) Desarrollar programas y/o talleres educativos dirigidos a padres y docentes, favoreciendo la comprensión del desarrollo biopsicosocial que ocurre en sus hijos o educandos en la adolescencia con la finalidad de estar vigilantes ante la aparición de conductas de riesgo.

c) Es bueno implementar dinámicas grupales entre los adolescentes ya que todo “Grupo” tiende a mejorar a sus integrantes; es decir, brinda la posibilidad a los jóvenes de desarrollar capacidades y de superar problemas personales por el solo hecho de compartir una situación con otros. Además, la interacción con los compañeros proporciona apoyo, oportunidades y modelos para desarrollo de conducta pro social y de autonomía.

d) Se debe fortalecer la comunicación y orientación entre los padres y los docentes que integran las instituciones educativas porque la educación está sufriendo de una estandarización que no permite la individualización del adolescente y estos buscarán a sus pares o medios digitales que respondan a sus preguntas e inquietudes.

e) Los padres/madres, docentes y en general los adultos, deben acompañar al adolescente en su proceso y en su realidad, en la adquisición de la responsabilidad que involucra el logro de la independencia y a su vez formarles una aceptación y visión positiva de la vida y no una visión negativa con lo cual exista el peligro de conductas de riesgo.

Con respecto a los Medios de Comunicación

Los medios de comunicación deben ser parte de la solución, y no el problema, promoviendo mensajes e información sobre actividades saludables de los adolescentes; es útil, comunicar más sobre actividades culturales, educativas, solidarias y deportivas en las cuales los adolescentes sean protagonistas porque de acuerdo a la OMS a través de la UNICEF (2018), la forma de información acerca de casos de suicidio puede influir en otros suicidios. A este respecto, la OMS (ob.cit) facilita lineamientos éticos a seguir por los medios audiovisuales. (p. 65) A saber:

- a) No hay que glorificar ni idealizar al adolescente que se suicida como mártir. Puede sugerir a las personas vulnerables, que la sociedad honra el comportamiento suicida.
- b) En vez de eso, deberá hacerse énfasis en lamentar la muerte de la persona.
- c) No repetir demasiadas veces la palabra suicidio. En todo caso, decir “muerte autoprovocada”.
- d) No deberían ponerse titulares enormes con la palabra “suicidio”.
- e) No publicar notas escritas dejadas por los suicidas.
- f) Tampoco deben difundirse las fotografías de las víctimas ni de la escena del suicidio o del método empleado.
- g) No informar detalles específicos del método usado.
- h) No dar razones simplistas.

- i) No usar estereotipos religiosos o culturales.
- j) No aportar culpas sobre el suicidio.
- k) No describir el suicidio como un método para enfrentar problemas personales. Por ejemplo: bancarrota, incapacidad de aprobar un examen, o abuso sexual.

A nivel del Estado

a) El estado debe apoyar y fortalecer a las familias y comunidades con el propósito de mejorar las condiciones sociales, culturales, políticas y económicas de tal forma, disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores protectores en el fortalecimiento de las conductas saludables en los adolescentes.

b) Apoyar la transición a la edad adulta y promover la inserción laboral; en este caso, la responsabilidad es del Estado a través de las Alcaldías, quienes deben brindar oportunidades en la que los jóvenes conozcan las expectativas del adulto, y aprendan y practiquen papeles adultos en un ambiente positivo. Por ejemplo, apoyar labores de voluntariado, posibilidades de empleo, actividades en la cual se sientan miembros activos de sus comunidades. Estos elementos disminuirían el ocio improductivo y así un factor de riesgo.

A Nivel de Investigaciones

Por otra parte, las investigaciones educativas así como el aporte de este trabajo investigativo en materia de salud son una herramienta indispensable en el conocimiento, comprensión y necesidades de los adolescentes; ¿Cuál es la realidad sociocultural dentro del contexto país en la cual se desarrollan?, ¿Cuáles son los significados existentes en torno al comportamiento saludable o no?, ¿Cuáles son los modelos pedagógicos más eficaces para generar cambios de actitud y/ o comportamientos en los adolescentes? Por otra parte, la OMS

(2018) impulsa la necesidad de promover las investigaciones científicas y formar profesionales de salud en la identificación de adolescentes de alto riesgo.

Recomendación Final

El día 10 de septiembre de cada año es el día mundial para la prevención del suicidio; por lo tanto, es necesario, la sociedad reconozca las capacidades y potencialidades de los adolescentes. Que necesitan *ser hoy* y no solo el futuro, y se les brinde un ambiente óptimo, privilegiado facilitando las opciones necesarias y los medios en lograr su pleno desarrollo y su participación social.

REFERENCIAS

- Araya V. (2003). *Psicología de la Educación*. Serie Azul. Caracas. FEDUPEL.
- Babaresco, A. (2006). *Proceso Metodológico en la Investigación*. Maracaibo. Editorial de la Universidad del Zulia. (LUZ).
- Bailador, P; Viscardi, N; y Dayas, F. (2010) *Desesperanza, Conducta Suicida y Consumo de Alcohol y Drogas en Adolescentes en Montevideo*. Revista Md Uruguay Vol 13, N°3.
- Bandura, A. (1987). *Fundamentos Sociales del Pensamiento y la Acción*. Una Teoría Cognitiva Social. México. Prentice-Hill.
- Barnes, G; Farrel, M & Banerjee (2008). *Family influences on alcohol abuse and other problem behaviors among black and white americans*. In G.M. Boyd, J.Howard,& R.A Zucker(Eds.) *Alcohol problems among adolescents*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beckham, E. (2013). *Depression*. In A. Kasdin. (Ed) *Encyclopedia of psychology*: Washington, Dc, and New York: American Psychological Association and Oxford University Press.
- Berger, K. (2004). *Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
- Borowsky, I. Ireland, M. y Resnick, M. (2001) *Adolescent suicide Attempts: Risks and protectors*. *Pediatrics*, 107, 485-493
- Bostwick, J y Pankratz, V. (2017). *Affective Disorders and suicide risk: A reexamination*. Am, J. Psychiat.

- Briceño, R (2018). *Suicidios lo único que no escasea en Venezuela*. Disponible en: <https://observatoriodeviolencia.org.ve>. Consultado el 22/09/2018.
- Brook, J; Brook,D; Gordon, A; Whiteman, N &Cohen, P (2008). *The psychological etiology of adolescent drug use: A family interactional approach*. Genetic Psychology Monographs, Vol 116. N° 2.
- Ceballos-Espinosa, F. (2017). *Suicidio adolescente y otredad*. La ballena azul dentro del aula. VI Congreso Internacional de Psicología y Educación. Psychology Investigation , Lima.
- CECODAP (2019) *Promoviendo el buen trato*. Disponible en: www.cecodap.org.ve Consulta: 7/09/2019
- Cohen, B. (2006). *Psiquiatría: Teoría y Práctica*. Madrid. Mc Graw-Hill
- Compas, B & Grant, k. (2014). *Stress and adolescent depressive symptoms: Underlying mechanisms and processes*. Paper presented at the biennial meeting of the society for Research in Child Development, New Orleans.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Disponible en: https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ven/sp_ven-int-const.html Consultado: 2/05/2019.
- De Tejada M, Ríos y Silva. (2004). *Teorías Vigentes sobre el Desarrollo Humano*. Caracas. FEDUPEL.
- De Wilde, E; Keinhort, I; Diekstra, R & Wolters, W (2015). *The relationship between adolescent's suicidal behavior and life events in childhood and adolescence*. Am. J. Psychiatry.

- Dielman, T. (2011). *Peer, family and intrapersonal predictors of adolescent alcohol use and misuse*. Paper presented at the meeting of Society for Research in Adolescence, New Orleans.
- Donas, B. (1999). *Adolescencia y Juventud en América Latina* (comp). Costa Rica. Editorial Libro Universitario Regional (LUR).
- Dorn, L. Williamson, D. & Ryan, N. (2014). *Maturational hormone differences en adolescents with depression and risk for depression*. Paper presented at the meeting of the society for research on adolescence, New Orleans.
- Dulanto, E. (2000). *El Adolescente*. México. McGraw-Hill Interamericana
- Elking, D. (2000) *Imaginary audience behavior in children and adolescent*. New York. Dev. Psychol.
- Erikson, E. (1976). *El niño y la Sociedad*. Buenos Aires. Editorial Hormé.
- Erikson, E. (1971). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires. Paidós.
- Fayard, C. Koenig, H. (2016). *Religión, Espiritualidad y Prevención del Suicidio*. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2016/en/. Consultado el 20/09/ 2018.
- Ferdinand, R; Vander Ende, J y Verhulst, F. (2014) *Parent-Adolescent Disagreement Regarding Psychopathology in adolescents from the general population as risk factor for adverse outcomes*. J. Abnormal Psychology.
- Ferrer, A. (2013). *Características Epidemiológicas del Intento de Suicidio en Adolescentes que acuden al Hospital de niños "Dr. Jorge Lizárraga", Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique*

Tejera”, Valencia, Edo. Carabobo 2007-2012. Trabajo de Grado de Especialización no publicado. Universidad de Carabobo.

Forero, I; Siabato, E; Salamanca, Y (2017). *Ideación Suicida, Funcionalidad Familiar y Consumo de Alcohol en Adolescencia de Colombia*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Vol 15 N° 1, enero-junio.

Friedman, M y Kaplan, H. (2014). *Tratado de Psiquiatría*. Madrid Editorial Salvat.

Gadpaille, W. (1996) *Adolescent Suicide*. Washington, DC. American Psychological Association.
Ge, X & Brody, G.H.(2008). *The role of puberty, neighborhood and life events in the development of internalizing problems*. Paper presented at the meeting of the society for research on adolescence, New Orleans

Gilligan, C. (2012). *In a different voice: Psychological theory and women’s development*. Cambridge: Harvard University. Press. Goodman, R y col. (2010). *Alcohol use and interpersonal violence: Alcohol detected in homicide victims*. Washington. American Journal of Public Health.

Goodman, R y col. (2010). *Alcohol use and interpersonal violence: Alcohol detected in homicide victims*. Washington. American Journal of Public Health.

González, J. (2012). *Ideación suicida, Diagnóstico Psiquiátrico y Factores de Riesgo Suicida en pacientes adolescentes con conducta suicida*. Trabajo de ascenso no publicado. Universidad de Carabobo

Gottman, J. & Parker, J. (2014). *Conversations with friends*. New York: Cambridge University Press.

- Guerrero, N. (2002) *Valores y Sexualidad. Una alternativa de prevención para el trabajo del adolescente*. Ponencia realizada en el XI Congreso Latinoamericano de Sociedades de Sexología y educación sexual, Nueva Esparta-Venezuela.
- Hernández, R Fernández, C y Baptista, P. (2010) *Metodología de la Investigación*. México. McGraw-Hill.
- Hurtado de Barrera, J. (2008). *Cómo formular objetivos de investigación*. Una comprensión holística. Caracas. Ediciones Quirón.
- Jiménez-Treviño, L; Blasco, H; Braqheais M, M; Ceverino- Domínguez, A y Baca-García, E (2011). *Endofenotipo y Conductas Suicidas*. Actas Españolas. Psiquiátricas. Vol 6 N° 11.
- Kaplan, H y Sadock, B (2012). *Compendio de Psiquiatría*. México, México. Editorial Salvat. Sexta edición
- Larraguibel, M. González, P. Vania, N y Valenzuela, R. (2000). *Factores de riesgo de la Conducta Suicida en Niños y Adolescentes*. Rev. Chilena de Pediatría.V.71.N.
- Lazarus, R y Folkman, S (1984) *Estrés y procesos cognitivos*. Disponible: <https://www.redalyc.org> Consultado: 24/08/2019.
- Ley Orgánica de Educación Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.929 Extraordinario del 15 de agosto de 2009)
- Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA), en vigencia el 01 de Abril de 2000.
- Ley sobre la violencia contra la mujer y la familia. Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela .N°36576,6 Noviembre de 1998.
- López Gómez, J. (1997) *El Embarazo en la Adolescente*. Salud del Adolescente (comp). Valencia, Venezuela. Publicaciones Universidad de Carabobo (UC).

- Kohlberg, L (1992) *Psicología del Desarrollo Moral*. Bilbao. Editorial. Descleé de Brower.
- Mahler, m. y Blos, P. (1999) *A Psychoanalytic interpretation on adolescence*. New York. Free Press.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Disponible: <https://www.medicapanamericana.com> > Consultado: 28/08/2019
- Marusic, A. Roskar, S. y Hughes, R. (2014). *Familial Study of Suicidal Behavior among Adolescents in Slovenia*. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. N°25.
- Medina-Mora, M. y Berenzon, S. (2016) *Asociación entre la Conducta Suicida y el Consumo de Drogas: un Reto para la Prevención* Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2016/en/. Consultado el 22/09/ 2018.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Anuario de Mortalidad 1997-2006*. Dirección de información y Estadística de la Dirección de Epidemiología y Análisis Estratégico. Disponible en: [http:// www.mpps.gov.ve/ms/index.php](http://www.mpps.gov.ve/ms/index.php) Consulta: Septiembre 18 de 2018.
- Mondragon, L; Saltijeral, M; Bimbela, A y Borges, G (1998). *La ideación Suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol*. Salud mental, 21(5). Disponible: www.uade.inpsiquiatria.edu.mx Consulta: 7/09/2019
- Mondragón, A. (2002). *Formatos para Consentimientos Informados*. Disponible: www.scielo.org.co/pdf/rcog/v53n3/v53n3a03.pdf
- Moos, R; Finney, J & Cronkite, R (2012). *Alcoholism Treatment: context, process and outcome*. New York. Oxford University Press.
- Reinherz, H (2004). *Early Psychosocial Risks for adolescent suicidal ideation and attempts*. San Diego, California. Society for Research on Adolescence Public.

Rodríguez, J (2014). *Mortalidad por Suicidio en las Américas: Informe Regional de la OPS/OMS*. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/. Consultado el 20 /09/ 2018.

Rodríguez, R; Pedroza, M y Burunaste, M. (2013). *Factores Predisponentes y Precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida*. Revista cubana de medicina militar. La Habana. enero-marzo

Rubin, K; Bukowski, W & Parker, J. (2015). *Peer interactions, relationships, and groups*. InN. Eisenberg (Ed), *Handbook of child psychology* (5th ed, vol3) New York: wiley.

OMS/OPS (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: OPS
Disponible: <https://www.uv.mx/psicologia/files/2014/11/Violencia-y-Salud-Mental-OMS.pdf>. Consultado: 24/09/2018.

OMS/OPS (2014). *Prevención del Suicidio. Un Imperativo Global*. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/worldreport_2014/en/. Consulta: Septiembre 18 de 2018.

OMS (2018). *Depresión*. Disponible: www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/. Consulta: 2018, Septiembre 11.

OMS/OPS (1998). *Manual de Monitoreo y Evaluación de Programas de salud Sexual y Reproductiva de Adolescente y Jóvenes*. N° 3. Caracas Venezuela. Publicaciones MSAS.

OMS/OPS (2016). *Prevención de la Conducta Suicida*. Disponible en: www.who.int/mental_health/suicide_prevention/infographic/es/. Consulta: 2018, Septiembre 10.

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de Salud OMS/OPS (2015): *Manual de Monitoreo y Evaluación de Programas de Salud y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción de desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas*. Caracas. UNFPA.

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Plan Estratégico sobre salud mental*. 53. ° Consejo Directivo de la OPS (Documento CD53/8 y Resolución CD53.R7). Washington, DC: OPS. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/index.php>. Consulta: Septiembre 18 de 2018.

Pacheco, B. y Peralta, P. (2016). *La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo*. ARS Médica. Revista de Ciencias médicas. Volumen 40 Número 1. Año 2016.

Palella, S y Martins, F. (2012). *Metodología de la Investigación Cuantitativa*. Caracas. FEDUPEL

Pereda, N. (2010). *Consecuencias psicológicas a largo plazo del Abuso sexual infantil*. Rev. Papeles del Psicólogo.31 (2). Disponible: <https://psicologiymente.com/clinica/abuso-sexual-infantil-suicidio-adolescente>. Consulta: 26/09/2018.

Pérez, M; Martínez, M; Vianchá, M y Avendaño, B. (2017) *Intento e Ideación Suicida y su Asociación con el Abuso Sexual en Adolescente escolarizados de Boyacá, Colombia*.

- Revista Perspectiva Psicológica. Vol 13 N° 1. Disponible: [www. Redalyc.org](http://www.Redalyc.org)
Consultado: 18/09/2019.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1972). *De la Lógica del niño a la lógica del Adolescente*. Buenos Aires. Paidós.
- Piaget, J. (1966). *Seis Estudios de Psicología*. Barcelona, Editorial Seix Banal.
- Real Academia Española. (2005) *Diccionario de La Lengua Española*. Madrid. Editorial Espasa-Calpe. S.A
- Roselló, J. Berríos, M. (2004) *Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en nuestro Adolescentes Puertorriqueños. PR. Revista InterPsicológica*.
- Sabino. (2000) *Metodología de la Investigación*. Buenos Aires. El Cid Editor.
- Santrock, J. (2004). *Psicología de la Educación*. México. Mc Graw Hill Interamericana.
- Sauceda, J y Maldonado, M. (2003) *La Familia: Su dinámica y Tratamiento*. México. OPS
- Simons-Morton, B y col. (2001). *Peer and Parent influences on smoking and drinking among early adolescents*. NY. Health Education & Behavior.
- Suarez del Real, S. (2013). *Del bullying a la depresión y suicidio en niños y adolescentes*.
Disponible en: www.diadelasaludmental.com/.../del-bullying-a-la-depresion-y-suicidio-en-ninos-y-ad... Consultado el 24/09/2018
- Unicef (2018). *Comunicación, Infancia y Adolescencia*. Guía para Periodistas. Publicaciones Red Argentina del Periodismo Científico. Disponible: [https://www. Unicef.org](https://www.Unicef.org)
Consultado: 229/08(2019).

- Urberg, K; Goldstein, M, & Toro, P (2016). *Social moderators of the effects of parent and peer drinking on adolescent drinking*. Paper presented at the meeting of the society for research on adolescence, NewOrleans.
- Vallejo, J. (2007). *Urgencias psiquiátricas. Introducción a la psicopatología y Psiquiatría*. Barcelona, España. Editorial Masson.
- Vanegas, S. Romero Sosa, M. y Castillo, R. (2018). *Acoso escolar, ira y depresión en adolescentes mexicanos: un estudio preliminar de la eficacia de una intervención*. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes Vol. 5. N°. 2 .Disponible: www.revistapcna.com/sites/default/files/07.pdf Consulta: 24/09/2018.
- Van Goozen,S.Matthys, W. Cohen-kettenis, P.& Van Engeland, H. (2012). *Adrenal androgens and aggression in conduct disorder prepubertal boys and normal control*. Biological Psychiatry.
- Weinberg, L (2016). *Misterios del Cerebro Adolescente*. Disponible: <https://vanguardia.com.mx> Consulta, 2018 Septiembre 4.
- Wilcox, H; Arria, A, Caldeira, K & Vicent, K. (2015). *Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans and attempts during collage*. Journal of Affective Disorders.
- Windle, M & Dumenci, I. (2008). *An Investigation of Maternal and Adolescent Depressed Mood Using a Latent Trait-State Model*. Journal of Research on Adolescence N °8.
- Yang, B y Clum, G (2010). *Effects of early negative life experience on cognitive functioning and risk for suicide*. A review clin. Psychol REV. Vol 16.N°3

Zuckerman, M. (2004). *Claves Psicológica para entender a los jóvenes*. Disponible:

www.mcleamhospital.org. Consulta: 2018, septiembre 4

ANEXOS

[ANEXO N° 1]
[CUADRO DE OPERALIZACION DE VARIABLES]

OBJETIVO GENERAL	VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Describir los factores de riesgo en la conducta suicida en los estudiantes del tercer año de la Unidad Educativa Manuel Antonio Malpica	Factores de riesgo: Donas Burak (1999): "Son las características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad, que señalan una mayor probabilidad de tener o sufrir un daño" (p.3).	Conducta	• Demográficos	<ul style="list-style-type: none"> • sexual Edad • Religión • Sexo • Orientación 	1 2 3 4
			• Antecedentes personales previos	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización • Sintomatología Depresivas • Conductas asociadas a la depresión • Conductas suicidas e Intento de suicidio previo 	5, 6,7,8,9,10,11 12,13,14,15 16,17,18,19
			• Presencia de antecedentes psiquiátricos personales y familiares previos	<ul style="list-style-type: none"> • conducta suicida • Enfermedad física crónica • Enfermedad mental crónica • Antecedentes de Depresión en la familia • Conducta suicida del familiar • Toxicomanía • Alcoholismo • Enfermedades Mentales 	20 21 22 23 24 25 26 27
			• Factores precipitantes (eventos estresantes)	<ul style="list-style-type: none"> • Ruptura de noviazgo • Duelo por muerte • Divorcios de los padres • Ruina económica familiar • Emigración de un miembro familiar 	28 29 30 31 32
			• Antecedentes de maltrato infanto-juvenil	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de abuso • Acoso escolar (bullying) • Falta de apoyo de familiares, • Problemas disciplinarios 	33, 34 35 36 37
			• Barreras para acceder a servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Renuencia a pedir ayuda (baja autoestima, vergüenza ,sentimiento de culpabilidad) • Escasez de Servicios de salud mental • Medios de transporte • Factor económico 	38 39, 40 41

Fuente: Caricote (2019)

[ANEXO N° 2]
[MODELO DE CUESTIONARIO]



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
AREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



MODELO DE CUESTIONARIO

Estimado Estudiante:

A continuación se presenta un instrumento de recolección de datos, cuyo propósito es obtener información sobre los Factores de Riesgo en la Conducta Suicida en el Adolescente. Su respuesta es fundamental para el éxito de la investigación que se está realizando, razón por la cual se solicita su valiosa colaboración. Cabe destacar, que la información suministrada, será utilizada con fines académicos y reviste un carácter estrictamente confidencial.

Instrucciones:

El cuestionario consta de 41 ítem divididos en tres partes: La Parte A consta de cuatro preguntas sobre factores demográficos.

La parte B (15) preguntas, con varias alternativas:

Siempre (S)

Muchas veces (MV)

Algunas veces (AV)

Casi nunca (CN)

Nunca (N)

Parte C (22) preguntas, con dos alternativas: SI (S) y NO (N)

Lea detenidamente, responda objetivamente todas y cada una de las preguntas

Seleccione una opción por cada pregunta para lo cual se garantiza la estricta confidencialidad.

Gracias por su colaboración.

Dra. Esther Caricote

PARTE (A)

1	Edad						
2	Religión que profesa						
3	Sexo		Femenino		Masculino		
4	Genero		Transexual		Homosexual		heterosexual

PARTE (B)

Nº	ITEMS	S	MV	AV	C N	N
5	Piensas las cosas antes de hacerlas					
6	Consumes alcohol					
7	Consumes drogas					
8	Si estás bajo el efecto de drogas, ¿Se te ha cruzado el pensamiento de suicidarte?					
9	Si estás bajo el efecto de alcohol, ¿Se te ha cruzado el pensamiento de suicidarte?					
10	Te sientes desanimado cuando piensas en el futuro					
11	Te sientes, solo, triste, enojado con el mundo					
12	Lloras más de lo normal					
13	Sientes que nada te llena					
14	Cuentas con amigos					
15	Has pensado que la vida no vale la pena					
16	Has deseado estar muerto					
17	Has pensado terminar con tu vida					
18	Has avisado que quieres suicidarte (escribes notas suicidas)					
19	Has tenido contactos con juegos suicidas (la ballena azul)					

PARTE C

		SI	NO
20	Has intentado suicidarte		
21	Sufres de alguna enfermedad física crónica		
22	Sufres alguna enfermedad mental diagnosticada		
23	Tienes algún familiar que sufra de depresión		
24	Tienes algún familiar con intento o muerto por suicidio		
25	Tienes algún familiar que consuma drogas		
26	Tienes algún familiar que consuma alcohol en exceso		
27	Tienes algún familiar que sufra alguna enfermedad mental crónica		
28	En este último año, has tenido alguna ruptura o desencuentro amoroso con el novio/a		
29	Has tenido una pérdida reciente por muerte de un familiar		
30	Estás viviendo en la familia, conflictos familiares (separaciones, divorcios, conflictos por custodia)		
31	Existen problemas socioeconómicos en la familia (Ej. Pérdida de la casa, empleo, ingresos insuficientes)		
32	En este último año, ¿Has sufrido la pérdida de algún familiar o persona significativo por emigrar al exterior?		
33	Has sufrido Abuso Sexual		
34	Has sufrido abuso físico y /o psicológico		
35	Has sufrido Acoso o Bulling		
36	Cuentas con apoyo familiar		
37	Has tenido problemas en la institución educativa (bajo rendimiento escolar, comportamiento rebelde , problemas disciplinarios)		
38	Tienes dificultad para pedir ayuda (pena, timidez, culpabilidad, vergüenza)		
39	Cuentas con servicio de salud mental en tu comunidad		
40	Tienes facilidad para trasladarte para una consulta a esos centros de salud. (carro particular, buses, taxi)		
41	Cuentas con la parte económica para solventar los gasto de tratamiento y traslado		

Continuación de la tabla

Ítem	Redacción			Pertinencia			Coherencia			Relevancia			Observaciones
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													
41													

¿Considera usted que el número de í cubre los objetivos propuestos?

SI ___ NO ___

Sugerencias para mejorar el Instrumento

Gracias.

Firma: _____

Nº de Cédula: _____



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



Nombre y Apellido del Evaluador: Fabiola Querezo
 Grado Académico: Magister en Educación Matemática
 Título de IV nivel: _____
 Título de V nivel: _____
 Institución: Universidad de Carabobo
 Cargo que desempeña: Docente
 Fecha: 13/07/2019

TABLA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

INTRUCCIONES: En los ítems a evaluar se entiende por **redacción** la forma gramatical expresada en el lenguaje formal. Asimismo, **pertinencia**, es la relación entre objetivos del estudio y los ítems a evaluar. Por otro lado, **la coherencia**, la cual deberá ser la hilación entre los objetivos del estudio y los ítems, y por último, **la relevancia**, que es la importancia de los ítems para generar las conclusiones.

Leyenda: criterios de valoración

1= Regular 2 =Bien 3 = Excelente

Ítem	Redacción			Pertinencia			Coherencia			Relevancia			Observaciones
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
1			✓			✓			✓			✓	
2			✓			✓			✓			✓	
3			✓			✓			✓			✓	
4			✓			✓			✓			✓	
5			✓			✓			✓			✓	
6		✓			✓				✓			✓	
7		✓			✓				✓			✓	
8			✓			✓			✓			✓	
9			✓			✓			✓			✓	
10			✓			✓			✓			✓	
11			✓			✓			✓			✓	
12			✓			✓			✓			✓	
13			✓			✓			✓			✓	
14			✓			✓			✓			✓	
15			✓			✓			✓			✓	
16			✓			✓			✓			✓	

Continuación de la tabla

Item	Redacción			Pertinencia			Coherencia			Relevancia			Observaciones
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
17			✓			✓			✓			✓	
18			✓			✓			✓			✓	
19			✓			✓			✓			✓	
20			✓			✓			✓			✓	
21			✓			✓			✓			✓	
22			✓			✓			✓			✓	
23			✓			✓			✓			✓	
24			✓			✓			✓			✓	
25			✓			✓			✓			✓	
26			✓			✓			✓			✓	
27			✓			✓			✓			✓	
28			✓			✓			✓			✓	
29			✓			✓			✓			✓	
30			✓			✓			✓			✓	Modificar el ítem y el
31			✓			✓			✓			✓	Revisar ítems e indicadores
32			✓			✓			✓			✓	
33			✓			✓			✓			✓	
34			✓			✓			✓			✓	
35			✓			✓			✓			✓	
36			✓			✓			✓			✓	
37			✓			✓			✓			✓	
38			✓			✓			✓			✓	
39			✓			✓			✓			✓	
40			✓			✓			✓			✓	
41			✓			✓			✓			✓	

¿Considera usted que el número de ítems cubre los objetivos propuestos?

SI NO

Sugerencias para mejorar el Instrumento

Realizar las modificaciones en los indicadores e ítems, y organizar mejor en el cuadro de operacionalización de las variables, la correspondencia entre ítems e indicadores.

Aplicable con observaciones

Gracias.

Firma:

Nº de Cédula: 17081260

Correo Electrónico: fabidoquemero584@gmail.com.

Teléfono Celular: 0412-8948963.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



Nombre y Apellido del Evaluador: JOSE ENRIQUE GONZALEZ LOBEN
 Grado Académico: DR CIENCIAS SOCIALES
 Título de IV nivel: ESPECIALISTA EN PSIQUIATRICA
 Título de V nivel: DR CIENCIAS SOCIALES
 Institución: UNIVERSIDAD DE CARABOBO
 Cargo que desempeña: DOCENTE EN DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
 Fecha: 13.07.2017

TABLA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

INTRUCCIONES: En los ítems a evaluar se entiende por **redacción** la forma gramatical expresada en el lenguaje formal. Asimismo, **pertinencia**; es la relación entre objetivos del estudio y los ítems a evaluar. Por otro lado, **la coherencia**, la cual deberá ser la hilación entre los objetivos del estudio y los ítems, y por último, **la relevancia**, que es la importancia de los ítems para generar las conclusiones.

Leyenda: criterios de valoración

1= Regular 2 =Bien 3 = Excelente

Ítem	Redacción			Pertinencia			Coherencia			Relevancia			Observaciones
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
1			X			X			X			X	
2			X			X			X			X	
3			X			X			X			X	
4			X			X			X			X	
5		X			X			X			X		
6			X			X			X			X	
7			X			X			X			X	
8			X			X			X			X	
9			X			X			X			X	
10			X			X			X			X	
11			X			X			X			X	
12			X			X			X			X	
13			X			X			X			X	
14			X			X			X			X	
15			X			X			X			X	
16			X			X			X			X	

Continuación de la tabla

Ítem	Redacción			Pertinencia			Coherencia			Relevancia			Observaciones
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
17			X			X			X			X	
18			X			X			X			X	
19			X			X			X			X	
20			X			X			X			X	
21			X			X			X			X	
22			X			X			X			X	
23			X			X			X			X	
24			X			X			X			X	
25			X			X			X			X	
26			X			X			X			X	
27			X			X			X			X	
28			X			X			X			X	
29			X			X			X			X	
30			X			X			X			X	
31			X			X			X			X	
32			X			X			X			X	
33			X			X			X			X	
34			X			X			X			X	
35			X			X			X			X	
36			X			X			X			X	
37			X			X			X			X	
38			X			X			X			X	
39			X			X			X			X	
40			X			X			X			X	
41			X			X			X			X	

¿Considera usted que el número de ítems cubre los objetivos propuestos?

SI NO

Sugerencias para mejorar el Instrumento

Agregación con preguntas
 Tiene ideas nuevas para el instrumento
 APROBADO

Gracias.

Firma:

Nº de Cédula:

Correo electrónico: jgonzalez@yahoo.com

Teléfono celular: 0414-4275189



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



Nombre y Apellido del Evaluador: M.Sc. Kelly Bravo
 Grado Académico: Magister en Investigación Educativa.
 Título de IV nivel: _____
 Título de V nivel: _____
 Institución: Universidad de Carabobo.
 Cargo que desempeña: Docente en el Dpto. de Matemática y Física.
 Fecha: 13/07/2019.

TABLA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

INTRUCCIONES: En los ítems a evaluar se entiende por **redacción** la forma gramatical expresada en el lenguaje formal. Asimismo, **pertinencia**; es la relación entre objetivos del estudio y los ítems a evaluar. Por otro lado, **la coherencia**, la cual deberá ser la hilación entre los objetivos del estudio y los ítems, y por último, **la relevancia**, que es la importancia de los ítems para generar las conclusiones.

Legenda: criterios de valoración

1= Regular 2 =Bien 3 = Excelente

Ítem	Redacción			Pertinencia			Coherencia			Relevancia			Observaciones
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
1			✓			✓			✓			✓	
2			✓			✓			✓			✓	
3			✓			✓			✓			✓	
4			✓			✓			✓			✓	
5			✓			✓			✓			✓	
6			✓			✓			✓			✓	
7			✓			✓			✓			✓	
8			✓			✓			✓			✓	
9			✓			✓			✓			✓	
10			✓			✓			✓			✓	
11			✓			✓			✓			✓	
12			✓			✓			✓			✓	
13			✓			✓			✓			✓	
14			✓			✓			✓			✓	
15			✓			✓			✓			✓	
16			✓			✓			✓			✓	

Continuación de la tabla

Ítem	Redacción			Pertinencia			Coherencia			Relevancia			Observaciones
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
17			✓			✓			✓			✓	
18			✓			✓			✓			✓	
19			✓			✓			✓			✓	
20			✓			✓			✓			✓	
21			✓			✓			✓			✓	
22			✓			✓			✓			✓	
23			✓			✓			✓			✓	
24			✓			✓			✓			✓	
25			✓			✓			✓			✓	
26			✓			✓			✓			✓	
27			✓			✓			✓			✓	
28			✓			✓			✓			✓	
29			✓			✓			✓			✓	
30			✓			✓			✓			✓	
31			✓			✓			✓			✓	
32			✓			✓			✓			✓	
33			✓			✓			✓			✓	
34			✓			✓			✓			✓	
35			✓			✓			✓			✓	
36			✓			✓			✓			✓	
37			✓			✓			✓			✓	
38			✓			✓			✓			✓	
39			✓			✓			✓			✓	
40			✓			✓			✓			✓	
41			✓			✓			✓			✓	

¿Considera usted que el número de ítems cubre los objetivos propuestos?

SI NO

Sugerencias para mejorar el Instrumento

Revisar los indicadores e ítems en función a la estructura general y específica de los mismos

Aplicable con observaciones

Firma:

M.Sc Kelly Bravo

Nº de Cédula:

18446144

Correo electrónico: bravo.kelly753@gmail.com

Teléfono Celular: 0414 4381681

[ANEXO N° 4]
[CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO]

PARTE B

SUJETOS	ÍTEM															TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	3	3	4	4	3	3	4	4	2	4	3	1	3	1	1	43
2	3	3	1	1	1	1	1	1	3	4	1	1	1	1	1	24
3	3	2	1	1	1	2	3	3	4	4	1	3	2	1	1	32
4	4	4	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	23
5	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	21
																65,84
VARIANZA	0,16	0,4	1,44	1,44	0,64	0,64	1,6	1,6	1,04	1,36	0,6	0,64	0,6	0	0	12,24

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Siendo :

Si= 12,24

St= 65,84

K= 15

Sustituyendo:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{\sum S_i^2} \right] = \frac{15}{14} \left[1 - \frac{12,24}{65,84} \right] = 1,071 [0,814] = 0,87$$

PARTE C

ÍTEM

S U J E T O S	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	TOTAL
	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1
2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
3	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	10
4	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	9
5	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	8

P	0	0	0,2	0	0	0,6	0,8	0,2	0,4	0,6	0,6	0,6	0,6	0,2	0,2	0,4	0,4	1	0,4	0,6	0	0,4
Q	1	1	0,8	1	1	0,4	0,2	0,8	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,8	0,8	0,6	0,6	0	0,6	0,4	1	0,6
P*Q	0	0	0,16	0	0	0,24	0,16	0,16	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24	0,16	0,16	0,24	0,24	0	0,24	0,24	0	0,24
varianza total		9,7																				
n		22																				
\sum de P*Q		3,44																				

$$\rho_{KR20} = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{\sigma^2} \right)$$

$$KR20 = \frac{22}{21} \left[1 - \frac{3,44}{9,7} \right] = 0.68$$

[ANEXO N° 5]
[CARTA DE PRESENTACIÓN]



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA



Junio, 25, 2019
Ciudadano
Lcdo. Oswaldo Conde
Director de la Unidad Educativa Manuel Antonio Malpica

Reciba un cordial saludo. Me dirijo a usted en esta oportunidad, para solicitar su permiso para el desarrollo del estudio de investigación: FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADOLESCENTE bajo la responsabilidad de la Dra. Esther Caricote, C.I: 4449702 para la cual requiere realizar una encuesta en estudiantes adolescentes problematizados desde el punto de vista psicosocial a efecto de culminar el trabajo especial de grado de la Maestría en Investigación Educativa el cual se realiza en el Área de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo.

Constancia que se expide a solicitud de la parte interesada, en Valencia 8 días del mes julio del año 2019 para que conste donde proceda.

Agradecida por sus buenos oficios,

Atentamente

Flor Morales

C.I: 6268436

Directora del Postgrado FACE



[ANEXO N° 6]
[CONSENTIMIENTO INFORMADO]

Consentimiento Informado

Yo-----, C.I: -----.

He leído la hoja informativa que me ha sido entregada.

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias.

He recibido suficiente información en relación con el estudio.

He hablado con el Investigador.

Entiendo que la participación es voluntaria.

Entiendo que puedo abandonar el estudio:

- Cuando lo desee.
- Sin que tenga que dar explicaciones.

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de:

- Los datos serán tratados y custodiados con respecto a mi intimidad y a la normativa vigente de protección de datos.
- Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.
- Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso y no lo otorgo en este acto.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Por ello firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para **MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ADOLESCENTE**, hasta que decida lo contrario.

Firma_____

Fecha-----

Nombre, apellido y firma del investigador responsable -----

C.I: -----