



**UNAP**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**FACTORES PSICOSOCIALES, FAMILIARES Y PENSAMIENTO  
SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN  
EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS 2018**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**AUTOR (ES)**

**Bach. Enf. MOURA CÁRDENAS, Marina Alejandra**

**Bach. Enf. RODRÍGUEZ RENGIFO, Katitza Ingrid**

**Bach. Enf. VEGA BARDALES, Flavia Débora**

**ASESOR (ES)**

**Mgr. ZULEMA ORBE GAVIOLA**

**Mgr. SAUL FLORES NUNTA**

**IQUITOS – PERÚ**

**2019**



UNAP

Facultad de Enfermería

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En Iquitos, a los 12 días del mes de febrero del 2019, el Jurado Calificador integrado por los profesionales que, a continuación, se indican:

Dra. Eva Lucía MATUTE PANAIFO - Presidenta  
Mgr. Guiomar Elizabeth REATEGUI DE REYNA - Miembro  
Mgr. Zulema ORBE GAVIOLA - Miembro

Se constituyeron en el Auditorio de la Facultad de Enfermería, para escuchar la sustentación pública de la Tesis Titulada:

“FACTORES PSICOSOCIALES, FAMILIARES Y PENSAMIENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS 2018”

Presentado por las (los) Bachilleres:  
MOURA CARDENAS Marina Alejandra  
RODRIGUEZ RENGIFO Katitza Ingrid  
VEGA BARDALES Flavia Débora

Para optar el Título Profesional de LICENCIADA (O) EN ENFERMERÍA, que otorga la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA de acuerdo a la Ley y Estatutos, en la modalidad de TESIS.

Se dio inicio el Acto a las: 5:30 pm.

Después de haber escuchado con mucha atención la Sustentación y formuladas las preguntas necesarias, las que fueron absueltas: Adecuadamente

El Jurado, luego de las deliberaciones correspondientes en privado, llegó a las conclusiones siguientes:

La Sustentación de la TESIS ha sido: APROBADA  
por UNANIMIDAD

Sugerencias: por contenidos en el documento

Siendo las 7:00 pm. se dio por terminado el Acto con felicitación al (los) (las) sustentante (s).

Observaciones: .....

Dra. Eva Lucía MATUTE PANAIFO  
Presidenta

Mgr. Guiomar Elizabeth REATEGUI DE REYNA  
Miembro

Mgr. Zulema ORBE GAVIOLA  
Miembro

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA, EN LA FACULTAD DE INTERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA, EL 24 DE FEBRERO DEL 2019, POR EL JURADO CALIFICADOR CONFORMADO POR:



Lic.Enf. EVA LUCIA MATUTE PANAIFO, Dra.

Presidenta



Lic.Enf. GUIOMAR ELIZABETH REATEGUI RUIZ, Mgr.

Miembro



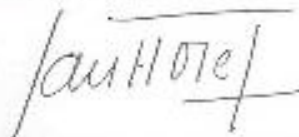
Lic.Enf. ZULEMA ORBE GAVIOLA, Mgr.

Miembro

ASESOR (ES):



Lic.Enf. ZULEMA ORBE GAVIOLA, Mgr.



Mgr. SAUL FLORES NUNTA

Factores Psicosociales, Familiares y Pensamiento Suicida en Estudiantes de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018

### **AUTORES**

Marina Alejandra Moura-Cárdenas, Katitza Ingrid Rodríguez-Rengifo, Flavia Débora Vega-Bardales

### **RESUMEN**

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores psicosociales, familiares y el pensamiento suicida, en los estudiantes adolescentes del 3° al 5° grado de educación secundaria, de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018. Se empleó el método cuantitativo, tipo de investigación descriptivo-transversal, diseño no experimental, correlacional. La muestra estuvo constituida por 131 estudiantes. Los instrumentos fueron: Escala de autoevaluación de Depresión de Zung, cuestionario sobre Bullying en adolescentes, Escala de víctima de violencia familiar, Test de percepción del funcionamiento familiar y Escala de ideación suicida de Beck. El programa estadístico fue el SPSS, versión 22 para Windows XP, nivel de confianza de 95% y de significancia de 0,05 ( $\alpha < 0,05$ ). Para comprobar la hipótesis, se utilizó las pruebas estadísticas no paramétricas de Chi-cuadrado ( $X^2$ ) y Coeficiente de Correlación (CC). Los resultados mostraron asociación estadística significativa entre: depresión y pensamiento suicida ( $p=0,000$ ;  $< \alpha = 0,05$ ), Bullying y pensamiento suicida ( $p=0,000$ ;  $< \alpha = 0,05$ ), maltrato familiar y pensamiento suicida ( $p=0,015$ ;  $< \alpha=0,05$ ); lo que permitió aceptar la hipótesis de investigación en la que existe relación estadísticamente significativa entre factores psicosociales y familiares y pensamiento suicida en adolescentes pero no se encontró asociación estadística significativa entre funcionamiento familiar y pensamiento suicida ( $p=0,781$ ;  $> \alpha = 0,05$ ). Con estos hallazgos se podrá intervenir y evitar el incremento del pensamiento suicida en adolescentes.

**Palabras clave:** factores psicosociales, familiares, riesgo, pensamiento suicida.

Psychosocial, Family And Suicidal Thoughts In Students Of The Educational Institution Túpacamaru, Iquitos 2018

### **AUTHORS**

Marina Alejandra Moura-Cárdenas, Katitza Ingrid Rodríguez-Rengifo,  
FlaviaDébora Vega-Bardales

### **SUMMARY**

The objective of the research was to determine the relationship between psychosocial factors, family and suicidal thinking in adolescent students from 3rd to 5th grade of secondary education at the educational institution Túpac Amaru, Iquitos 2018. The quantitative method was used, type of transverse-descriptive research, non-experimental design, correlational. The sample consisted of 131 students. The instruments were: Zung Depression Self-Assessment Scale, Adolescent Bullying Questionnaire, Family Violence Victim Scale, Family Functioning Perception Test and Beck Suicidal Ideation Scale. The statistical program was SPSS, version 22 for Windows XP, 95% confidence level and 0.05 significance ( $\alpha < 0.05$ ). To test the hypothesis, the non-parametric statistical tests of Chi-square ( $X^2$ ) and Correlation Coefficient (CC) were used. The results showed significant statistical association between : ( $p=0,000$ ;  $< \alpha = 0,05$ ), Bullying and suicidal thinking ( $p=0,000$ ;  $< \alpha = 0,05$ ), family abuse and suicidal thinking ( $p=0,015$ ;  $< \alpha=0,05$ ); which allowed accepting the research hypothesis in which there is a statistically significant relationship between psychosocial and family factors and suicidal thinking in adolescents but no significant statistical association was found between family functioning and suicidal thinking ( $p=0,781$ ;  $> \alpha = 0,05$ ). With these findings it will be possible to intervene and avoid the increase of suicidal thinking in adolescents.

**Key words:** psychosocial factors, family, risk, suicidal thinking.

## DEDICATORIA

A **Dios** por guiarme durante mi formación profesional hacia el logro de mis metas.

A mis padres y hermanos, por ser partícipes de cada experiencia durante el desarrollo de mi carrera, por el apoyo y tiempo brindado. A mi mamá **Ana** por ser mi principal motivo para mi formación como profesional.

A los docentes por los conocimientos brindados para desarrollar habilidades y formarme como profesional. A las familias que perdieron algún ser querido por suicidio para que encuentren la tranquilidad necesaria. A los adolescentes que han pensado o están pensando en suicidarse, para que encuentren el valor de la vida, entiendan que son importantes para el desarrollo de la sociedad y luchen por sus sueños.

*Marina*

## DEDICATORIA

A **Dios** por su amor y misericordia a lo largo del camino de mi vida, seguir siempre adelante en el logro de mi vocación de servicio a la sociedad.

A mi amada madre Sadith, mis hermanas: Tatiana, Vanessa, Lucero y Milagros, por su amor y apoyo sin medida, fueron un gran aliciente y soporte en este hermoso recorrido, me ayudaron a crecer como persona y ser humano, dieron sentido a mi vida.

A mi amado esposo Rody y a nuestra amada hija Channel, gracias por su amor, apoyo y comprensión por mis largas ausencias. Todo mi amor y gratitud.

*Katitza*

## DEDICATORIA

Gracias a **Dios** por permitirme haber llegado hasta mi primera meta y por darme la fuerza para continuar con mi vocación de Enfermería.

Gracias a mi mama Edith y a mi papa Marcos por sus apoyo incondicional en cada decisión y permitirme cumplir con excelencia en el desarrollo de esta tesis, gracias a mi tía Nora y mis hermanas Raquel, Damaris y Raziel porque gracias ellas lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos. Gracias a toda mi familia por creer en mí. Les agradezco, y hago presente mi gran afecto hacia ustedes, mi hermosa familia.

Gracias a cada una de las docentes por darnos una formación de excelencia, por la paciencia y dedicación con cada una de nosotras.

*Flavia*



## **RECONOCIMIENTOS**

Queremos reconocer de manera muy especial al Director Lic. Educ. Henry Teves Pinedo, a los docentes y estudiantes de la Institución Educativa Túpac Amaru, por todas las facilidades y el apoyo brindado, que contribuyeron en la ejecución de la investigación para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, por su disposición de brindarnos todas las facilidades para cumplir con los requisitos exigidos para el desarrollo de la tesis.

A los docentes Miembros del Jurado Calificador, conformado por: Dra. Eva Lucía Matute Panaifo (Presidenta), Mgr. Guiomar E, Reátegui Ruíz (Miembro) y Mgr. Zulema Orbe Gaviola (Miembro), por las valiosas sugerencias y aportes que contribuyeron en el afinamiento de la investigación.

A la Mgr. Zulema Orbe Gaviola, por la asesoría brindada y constante apoyo, durante todo el proceso de desarrollo de la tesis y al Mgr. Saul Flores Nunta, por la asesoría estadística brindada.

A todos los docentes de la facultad, por las enseñanzas recibidas durante nuestra formación profesional, que han ido afianzando nuestra formación y deseo de lograr ser profesionales de enfermería

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS</b>	<b>Pág.</b>
1. Introducción	01
2. Planteamiento del Problema	04
3. Objetivos	05
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
1. Marco Teórico	06
2. Definiciones operacionales	40
3. Hipótesis	42
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	
1. Método y Diseño de investigación	43
2. Población y Muestra	44
3. Técnicas e instrumentos	46
4. Procedimiento de recolección de datos	49
5. Análisis de datos	50
6. Limitaciones	51
7. Protección de los derechos humanos	51
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
1. Resultados	53
2. Discusión	59
3. Conclusiones	64
4. Recomendaciones	65
5. Referencias bibliográficas	66

## ANEXOS

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>N°</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>PÁG.</b>
Tabla 1	Factores psicosociales, familiares y pensamiento suicida en estudiantes del 3° al 5° grado de secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018.	53
Tabla 2	Depresión y pensamiento suicida en estudiantes del 3° al 5° grado de secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018.	55
Tabla 3	Bullying y pensamiento suicida en estudiantes del 3° al 5° grado de secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018.	56
Tabla 4	Maltrato familiar y pensamiento suicida en estudiantes del 3° al 5° grado de secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018.	57
Tabla 5	Funcionalidad familiar y pensamiento suicida en estudiantes del 3° al 5° grado de secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018.	58

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>N°</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>PÁG.</b>
Gráfico 1	Depresión y pensamiento suicida en estudiantes del 3° al 5° grado de secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018.	
Gráfico 2	Bullying y pensamiento suicida en estudiantes del 3° al 5° grado de secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018.	
Gráfico 3	grado de secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018.	

## CAPÍTULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

La conducta suicida, incluye a las ideas o pensamientos de suicidio, la tentativa o intento de suicidio y el suicidio consumado, que a pesar de su antigüedad, sigue siendo un problema de salud pública en el ámbito mundial, por ello su prevención en niños y adolescentes es una prioridad, estableciendo medidas que permitan un diagnóstico precoz, desarrollar estrategias de comunicación para sensibilizar a la población, visibilizando la problemática, enfatizando el mensaje de que la familia y la comunidad deben tratar de mejorar el entorno psicosocial de las personas <sup>1</sup>.

A nivel mundial, la Organización Mundial Salud (OMS) estima un aumento del 60% en la tasa de suicidio en los últimos 45 años, pues cada año alrededor de un millón de personas fallecen como resultado del suicidio, y el número de víctimas anuales ascenderá a un millón y medio antes del año 2020. Es una de las primeras causas de muerte evitable, para personas entre 15 y 44 años <sup>2</sup>. Asimismo, en el mundo 20 millones intentan suicidarse por año, el suicidio es la segunda causa de muerte en los adolescentes con edades comprendidas entre 15 y 19 años, siendo la tasa más elevada en los países de Europa del Este (Lituana, Rusia) <sup>3</sup>. Mientras que en América Latina (OMS, 2015), la mayor tasa de suicidios está en Guyana, con 29 por cada 100 mil habitantes, seguido de Bolivia con 18,7%, Uruguay con 17%, Argentina y Cuba. Bolivia es el tercer país del mundo con el índice de suicidio más alto entre niños de 5 a 14 años, aumentando también el suicidio en adolescentes entre las edades de 15 a 29 años <sup>4</sup>. En Estados Unidos, es la tercera causa de muerte en las personas entre 15 a 24 años de edad. La mayor parte de personas que cometen suicidio tienen una enfermedad mental como la depresión <sup>5</sup>.

En el Perú, según el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) del Ministerio de Salud (MINSA), registran mil suicidios cada año, pero entre enero a julio del año 2018 los hospitales del MINSA atendieron a 1384 personas que intentaron matarse <sup>6</sup>. El año 2015 reportaron que 8,9% de peruanos en algún momento de su vida ha tenido deseos de quitarse la vida y en el 95% de los casos esta problemática se relaciona con un trastorno mental que nunca ha recibido atención médica, asimismo, del total de personas con depresión un 20% intenta suicidarse, dos tercios de los pacientes manifiestan tener ideas o pensamientos suicidas <sup>7</sup>.

Entre las causas, se considera al Bullying con 36% de casos reportados el año 2016, y el Observatorio Internacional de acoso escolar, Oficina Perú reporta entre setiembre 2013 y febrero 2017, unos 11 mil 298 casos <sup>8</sup>. El pensamiento del adolescente, puede alterarse o desorganizarse debido a la influencia de factores psicosociales, que le provocan angustia, ira o cólera, sentimientos de vergüenza, de culpa, de impotencia, entre otros, como una reacción emocional que se manifiestan ante las pérdidas emocionales mal afrontadas, problemas de autoestima baja, cuadros de depresión muy comunes en la adolescencia evidenciada en una tristeza profunda complementada con pensamientos y sentimientos negativos; asimismo, los factores familiares, como el maltrato y la disfuncionalidad familiar, son elementos relevantes en la etapa adolescente, un ambiente familiar negativo o conflictivo, con maltrato o violencia por la propia familia, entre otros, afecta su integridad física y mental, buscar una salida a sus problemas y al no conseguirlo o no saber cómo manejarlos, puede perder el deseo de vivir, manifestándose en forma de ideas o pensamientos suicidas <sup>9</sup>.

La finalidad del presente estudio de investigación, ha sido comprobar si existe asociación entre algunas variables y el pensamiento suicida, encontrando esta asociación entre la depresión, Bullying, maltrato familiar y el pensamiento suicida, que son aportes científicos de nuestra realidad, que junto al amplio y

actualizado conocimiento sobre el tema, servirá también como antecedente para nuevas investigaciones que se realicen con estas variables; el aporte tecnológico, se evidencia en la metodología y los instrumentos utilizados; aportes a la profesión de enfermería, para la detección temprana del pensamiento suicida e intervenir de forma preventiva en bien de la salud mental de este grupo poblacional con el desarrollo de los factores protectores en la diferentes etapas de vida especialmente en los adolescentes como los estilos de vida saludable, para así poder mejorar la conducta del adolescente y la relación con su entorno familiar y social <sup>9</sup>.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Existe relación entre los factores psicosociales, familiares y el pensamiento suicida en los estudiantes adolescentes del 3° al 5° grado de educación secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018?



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación entre los factores psicosociales, familiares y el pensamiento suicida, en los estudiantes adolescentes del 3° al 5° grado de educación secundaria, de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar los factores psicosociales: depresión, Bullying, en los estudiantes adolescentes del 3° al 5° grado de educación secundaria, de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018.
2. Identificar los factores familiares: maltrato familiar, funcionalidad familiar, en los estudiantes adolescentes del 3° al 5° grado de educación secundaria, de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018.
3. Identificar el pensamiento suicida, en los estudiantes adolescentes del 3° al 5° grado de educación secundaria, de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018.
4. Relacionar los factores psicosociales (depresión, Bullying), familiares (maltrato, funcionalidad familiar) y el pensamiento suicida, en los estudiantes adolescentes del 3° al 5° grado de educación secundaria, de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018.

## CAPÍTULO II

### 1. MARCO TEÓRICO

#### 1.1. ANTECEDENTES

##### **A Nivel Internacional.**

**Aguirre A, Auquilla I. (Ecuador, 2018)**, en su estudio sobre detección temprana de ideación suicida e identificación de los factores de riesgo asociados, en adolescentes de dos unidades educativas del sur de la ciudad de Quito entre septiembre 2017 a febrero 2018, con el objetivo de determinar la prevalencia de las ideas suicidas y sus factores asociados, en adolescentes de las unidades educativas fiscal “5 de Junio” y particular “San José La Salle”, el método fue descriptivo, observacional, de corte transversal y de campo, en una muestra de 304 adolescentes a quienes aplicaron encuestas, para el análisis de datos emplearon las medidas de tendencia central y dispersión y la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado, sus resultados fueron que: en depresión, 38,4% resultaron normal y 61,6% con depresión (28,3% leve, 22,4% moderado y 10,9% grave); en funcionalidad familiar, 40,8% presentaron funcionalidad normal y 59,2% disfunción familiar (23,7% leve, 16,4% moderada y 19,1% severa); en Bullying, 16,4% indicaron que está presente y 83,6% ausente; en ideación suicida, 16,4% presentaron ideación/pensamiento suicida y 83,6% no. Al relacionar las variables, mostraron relación estadística significativa con la ideación suicida: la depresión leve ( $X^2 = 20,199$ ;  $p=0,000 < 0,05$ ), la disfuncionalidad familiar ( $X^2 = 9,503$ ;  $p=0,002 < 0,05$ ) y Bullying ( $X^2 p = < 0,05$ ); concluyendo que existe relación entre depresión, disfunción familiar, Bullying y la ideación suicida, en el grupo etario de 14 a 16 años <sup>10</sup>.

**Moraga C. (Chile, 2015)**, en un estudio sobre factores sociodemográficos, psicológicos y familiares asociados a ideación suicida en escolares de 10 a 13 años, de ambos sexos, en colegios de la Comuna de Viña del Mar, con el objetivo de describir los factores sociodemográficos, psicológicos y familiares asociados a la ideación suicida, en un estudio descriptivo-comparativo, transversal, en una muestra de 291 escolares, aplicando los instrumentos: Cuestionario de Depresión infantil (CDI), Escala de Autoconcepto de Piers-Harris y el FACES III que evalúa la cohesión y adaptabilidad familiar, utilizando la prueba estadísticas t de Student para las muestras independientes y el Chi cuadrado para la asociación, obteniendo que: 12,4% presentó sospecha de trastorno depresivo y 87,6% sin trastorno depresivo; 74,9% evidencia ausencia de ideación suicida, 25,1% presentó ideación suicida, de ellos, 23,4% presentaron ideación suicida moderada y 1,7% severa; al relacionar las variables, encontró asociación estadística significativa entre depresión e ideación suicida, 32,9% con ideación suicida presenta sospecha de depresión ( $p=0,000$ ;  $< 0,05$ ) y no encontró significancia estadística entre cohesión familiar e ideación suicida, 41,1% de familias desligadas o con muy bajo grado de cohesión y vinculación emocional ( $X^2=7,75$ ;  $p>0,05$ ); concluyendo que, la ideación suicida presente en los adolescentes tiene como factor de riesgo a la depresión, que debe ser considerado en estrategias preventivas focalizadas, a fin de evitar que los pensamientos autodestructivos sigan el continuum de la conducta suicida, llegando al suicidio consumado <sup>11</sup>.

#### **A Nivel Nacional.**

**Vásquez DA. (Cuzco, 2018)**, en un estudio sobre ideación suicida, depresión y autoestima en escolares de la I.E. nuestra señora de Belén Calca 2017, con el objetivo de determinar la relación entre ideación suicida, depresión y autoestima, en escolares, utilizando la metodología correlacional, transversal y analítico, en una muestra de 197 estudiantes, a

quienes aplicaron los instrumentos Escala de Pensamiento Suicida de Beck, Escala de Autoestima de Rosemberg y el Inventario de Depresión de Beck, obteniendo como resultado que: 29,8% presentaron ideación suicida, según riesgo encontrado el más frecuente es el riesgo moderado; 54,8% presentaron algún grado de depresión, siendo el más frecuente el grado grave; encontrando que existe relación significativa entre depresión e ideación suicida ( $p < 0,05$ ); concluyendo que, la depresión está relacionados con la presencia de ideación suicida <sup>12</sup>.

**Isla FP. (Lima, 2017)**, en un estudio sobre violencia escolar e ideación suicida en estudiantes de instituciones educativas públicas del distrito de Los Olivos, 2017, con el objetivo de determinar la relación que existe entre ambas variables, en una investigación de tipo correlacional, de corte transeccional y diseño no experimental, en una muestra estratificada de 237 estudiantes del cuarto y quinto grado de educación secundaria de 3 instituciones educativas públicas, utilizando la escala sobre violencia escolar elaborada por Luisa Oviedo y la escala de ideación suicida de Aaron Beck, obteniendo como resultados que: 90,7% refirieron nivel bajo de violencia escolar (Bullying); 82,3% calificaron con ideación suicida; encontrando que existe correlación positiva muy débil entre violencia escolar (Bullying) y la ideación suicida, pero que es significativa ( $p < 0,05$ ) <sup>13</sup>.

**Amoroto A. (Lima, 2016)**, en un estudio sobre violencia familiar e ideación suicida en adolescentes de instituciones educativas públicas del distrito Intercultural de Río Negro, Junín 2016, con el objetivo de determinar si existe relación entre violencia familiar e ideación suicida, en una muestra de 296 estudiantes de segundo a quinto de secundaria, utilizando un diseño no experimental de corte transversal y alcance correlacional, aplicando la escala de Víctima de Violencia Familiar

(validada por Tapullima 2013) y la escala de Ideación Suicida de Beck (adaptada por Bobadilla y otros 2004), obtuvieron que: 90,9% presentaron evidencia de violencia familiar leve, 8,4% violencia familiar en situación de alerta y 0,7% violencia familiar grave; 64,2% presentaron ideación suicida baja, 29,1% medio y 6,1% alto; encontrando correlación altamente significativa entre violencia familiar e ideación suicida ( $\rho=0,586$ ;  $p=0,000$ ;  $< 0,05$ ); concluyendo que existe relación altamente significativa entre las dimensiones maltrato o violencia familiar y la ideación suicida <sup>14</sup>.

**Pérez MP, Viancha MA. (Colombia, 2014)**, en un estudio cuantitativo, correlacional, descriptivo, transversal, sobre maltrato familiar y su relación con la ideación suicida en adolescentes escolarizados de instituciones públicas y privadas de las ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso, con el objetivo de analizar la relación existente entre el maltrato familiar y la ideación suicida en adolescentes escolarizados, en una muestra de 676 estudiantes, aplicando el Inventario de ideación suicida positiva y negativa PANSI para determinar la ideación suicida y autoreportes de maltrato familiar, obteniendo como resultados que: 85,2 % refirieron no haber recibido maltrato físico y 14,8% que sí; 67,3% informaron no haber recibido maltrato verbal y 32,7% que sí; el PANSI positivo muestra una media de 13,73 con puntuación máxima de 30 y mínima de 4, con leve asimetría positiva y curtosis moderada, lo que indica una dispersión entre la presencia y ausencia de Factores Protectores en la ideación suicida, con mayores valores próximos a la media, y el PANSI negativo muestra una media de 10,7 con puntuación máxima de 40 y mínima de 7, asimetría positiva y curva muy leptocúrtica, lo que indica una tendencia negativa para las puntuaciones de los factores de riesgo; y entre el 70 y el 76% de los estudiantes no presentan ideación suicida y cerca del 5,6 % muestra ideación suicida frecuente. Al correlacionar las variables de las escalas del PANSI presentan una correlación de Pearson de 0,269, que indica una

correlación positiva, aunque débil, entre los factores protectores y los factores de riesgo para la ideación suicida; concluyendo que, para esta población los factores protectores pueden convertirse en factores de riesgo según las circunstancias sociales y/o personales; que el maltrato familiar no es un predictor para la ideación suicida, pero sí puede ser un factor de riesgo <sup>55</sup>.

**Pérez PZ. (Lima, 2016)**, en un estudio sobre funcionamiento familiar e ideación suicida en alumnos de 5to año de educación secundaria del distrito de San Juan de Miraflores, con el objetivo de determinar la relación entre el funcionamiento familiar e ideación suicida, en una muestra conformada por 104 estudiantes, a quienes aplicaron los instrumentos Escala de Ideación Suicida de Beck y la Escala de Funcionamiento Familiar (APGAR familiar), obteniendo como resultados que: 72,1% presentaron nivel medio de ideación suicida o pensamiento suicida, 20,2% nivel alto y 7,7% nivel bajo o nulo; 49% presentaron disfunción familiar severa, 33,7% moderada y 17,3% leves; encontrando relación estadísticamente significativa e inversa entre funcionamiento familiar y la ideación suicida ( $p=0,003;<0,05$ ); concluyendo que los adolescentes presentan un nivel de ideación suicida medio y un nivel severo de disfunción familiar, y que a menor funcionamiento familiar, mayor ideación suicida y viceversa <sup>15</sup>.

**Ríos LE. (Cajamarca, 2015)**, en una investigación sobre sintomatología depresiva y conducta suicida en escolares de 4° y 5° de secundaria de cuatro instituciones educativas públicas de la ciudad de Cajamarca, 2014, con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de sintomatología depresiva y conducta suicida, en un estudio de tipo observacional, analítico-relacional, transversal, con una muestra de 951 escolares, utilizando las pruebas estadísticas de Chi-cuadrado y Odds ratio, obtuvo

como resultados que: 53% presentaron nivel bajo en sintomatología depresiva, 27,1% nivel medio y 19,9% nivel alto; 57,5% presentaron prevalencia de alguna conducta suicida, de ellos, de ellos 38,4% presentaron el pensamiento de quitarse la vida; al relacionar las variables encontró relación significativa entre la sintomatología depresiva y el pensamiento de quitarse la vida ( $p=0,001$ ;  $< 0,005$ ) y otras variables; concluyendo que el nivel de sintomatología depresiva está altamente relacionado a las manifestaciones de la conducta suicida <sup>16</sup>.

**Minetto A. (Huaral, 2013)**, en su estudio sobre violencia familiar e ideación suicida en adolescentes del Hospital San Juan Bautista de Huaral, con el objetivo de determinar la relación entre violencia familiar e ideación suicida en los adolescentes, estableciendo correlaciones entre tipos de maltratos e ideación suicida; empleando un diseño no experimental, en una muestra de 100 adolescentes, de ambos sexos, entre 12 y 17 años, aplicando los instrumentos Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil (modificada ad hoc) y la Escala de ideación suicida de Beck, analizando los datos con el coeficiente de correlación de Pearson, obteniendo como resultados que: 40,0% presentaron nivel medio de violencia familiar, 34% nivel bajo y 26% nivel alto; 36% presentaron ideación suicida alta, 33% media y 31% baja; al relacionar las variables, obtuvo relación estadística significativa entre violencia familiar e ideación suicida con un nivel crítico asociado ( $\text{Sig.}=0,000$ ;  $< 0,05$ ); concluyendo que existe relación estadística significativa entre violencia familiar y la ideación suicida, y que a mayor violencia, mayor es la ideación suicida en el adolescente <sup>17</sup>.

### **A Nivel Local.**

**Jara JS, Nuñez TE, Bazalar RA. (Iquitos, 2017)**, en una investigación sobre factores biopsicosociales y Bullying en alumnos del 6To grado de primaria del colegio Ramón Castilla y Marquesado, Iquitos 2017, con el objetivo de determinar la asociación entre los factores biopsicosociales y Bullying en alumnos del 6to grado de primaria, utilizando el método cuantitativo, diseño no experimental, tipo descriptivo, correlacional, transversal, en una muestra conformada por 198 alumnos, obtuvieron como resultados que: 97,5% tuvieron familias funcionales y 2,5% familias disfuncionales; 51% de los alumnos refirieron presencia de Bullying y 49% ausencia de Bullying; del 51% que presentaron Bullying, 49% tuvieron una familia funcional; sin embargo, al aplicar la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado, no obtuvieron asociación estadística significativa entre funcionalidad familiar y bullying ( $p=0,189$ ;  $\alpha < 0,05$ ); concluyendo que estos hallazgos contribuirán con la creación de estrategias para afrontar el tema del Bullying <sup>18</sup>.

**Macedo JM, Rimachi MV. (Iquitos, 2016)**, en un estudio sobre funcionalidad familiar, autoestima relacionado con la ideación suicida en estudiantes del cuarto y quinto grado de secundaria de la Institución Educativa Generalísimo José de San Martín Punchana 2016, con el objetivo de determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar, la autoestima y la ideación o pensamiento suicida en estudiantes; utilizando el método cuantitativo, descriptivo, correlacional; en una muestra conformada por 123 estudiantes, aplicando el test de APGAR familiar, la escala modificada de autoestima de Rosenberg y la escala modificada de ideación suicida de Beck, obtuvieron los siguientes resultados: 43,9% presentaron disfunción familiar leve, 27,6% familia normofuncional, 17,9% disfunción moderada y 10,6% disfunción severa; en ideación suicida, 87,7% no calificaron con ideación suicida y 12,2%



con ideación suicida; demostrando que del 87,7% que no tienen ideación suicida, 41,5% presentan disfuncionalidad familiar leve, encontrando relación estadística significativa entre funcionalidad familiar y la ideación suicida ( $p=0,000$ ;  $p<0,05$ ); concluyendo que, existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la ideación suicida en los estudiantes de la I.E. Generalísimo José de San Martín Punchana <sup>19</sup>.

## **1.2. BASES TEÓRICAS**

### **1.2.1. FACTORES PSICOSOCIALES, FAMILIARES**

#### **Adolescencia.**

La OMS define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano en el cual se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Considerada como una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, caracterizado por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Esta fase de crecimiento y desarrollo es condicionada por diversos procesos biológicos. Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales, pero, la duración y las características propias de este periodo, pueden variar a lo largo del tiempo entre una cultura y otra, esto depende de los contextos socioeconómicos <sup>20</sup>.

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta en el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de

razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante <sup>20</sup>.

### **Etapas de la Adolescencia:**

La OMS, considera tres etapas o fases de la adolescencia: temprana, media y tardía.

- **Adolescencia Temprana:** ésta etapa está comprendida entre los 10 a 13 años. Realiza la adaptación al cuerpo nuevo o aceptar su imagen corporal, comienza la separación de la familia, específicamente de los padres para interacción con pares del mismo sexo, la atracción por el sexo opuesto (primeros enamoramientos), surge también una ambivalencia con su familia (afecto y rechazo, dependencia y autonomía), primeros conflictos y peleas, rebeldía y obstinación, impulsividad, cambios de humor y el pensamiento es concreto aún.

- **Adolescencia Media:** Comprendida entre los 14 a 16 años en la cual se completan los cambios puberales, existe una intensa preocupación por la apariencia física, búsqueda de la propia identidad (diferente a la del adulto en el lenguaje, ropa, etc.), aumenta también el distanciamiento con la familia, participa en grupo de amigos mixtos, amistad con mayor intimidad y grupos de pertenencia (positivos o negativos), proceso de identidad de la personalidad y definición de la orientación sexual, aparición de conductas nuevas, muestra fluctuaciones emocionales extremas, mayores conflictos con los padres y otros adultos (“caída de los ídolos”), cuestionamiento de las conductas y valores, son hipercríticos de los adultos, su pensamiento es más abstracto e hipotético deductivo, en el desarrollo cognitivo: aumenta la capacidad de razonamiento y las exigencias escolares, aparición de las conductas de riesgo, egocentrismo,

necesidad de mayor autonomía: distanciamiento (libertad) vs. acompañamiento (límites y contención).

- **Adolescencia Tardía:** etapa comprendida entre 17 a 19 años. La maduración biológica se completa, aceptación de la imagen corporal, consolida su identidad y su cosmovisión, aumenta notablemente la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo (nivel de pensamiento adulto), definición de la vocación y lo necesario para lograrlo, relaciones de pareja más estables, mayor capacidad de intimar en sus relaciones interpersonales (relaciones más maduras, los amigos influyen menos), identidad sexual estructurada, vuelven las relaciones cercanas con los padres, con menos conflictos, formación de escala de valores propios, desarrollo moral consolidado. Esta es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas, porque ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea <sup>21</sup>.

En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos, modificación en el perfil psicológico y de la personalidad. La condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo, cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta, generalmente no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente. Sin embargo, el perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante es emocionalmente inestable, es así que el desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y

experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente.<sup>22</sup>

Es decir, que la adolescencia es una etapa de cambios importantes en la vida del ser humano, no solo de cambios físicos sino también emocionales que originan conductas que pueden afectar la vida del adolescente, como es el caso de la ideación suicida, que aunque es un concepto no considerado de importancia para la escuela, ni para la salud de los adolescentes, muchas veces ha sido interpretada como el suicidio consumado, sin tomar en cuenta que las conductas de riesgo que realiza el adolescente también representan un riesgo suicida, que es ignorada por el mismo adolescente y su familia. Es así, que factores como la familia, la comunidad y la escuela, son los causantes de estas conductas en los adolescentes, y muchas veces no notan los cambios bruscos en la conducta o personalidad del adolescente, o no le prestan la atención necesaria, desconociendo que de la atención que se le brinde, dependerá las acciones que pueda llegar a realizar el adolescente. Por ello, no se debe dejar de lado que las malas relaciones interpersonales del individuo son las que podrán fomentar conductas de autoagresión, la información sobre el tema debe servir además como una herramienta para su manejo y mejorar los factores que afectan la conducta del individuo <sup>23</sup>.

Los factores psicosociales y familiares, que se estudiarán en la presente investigación son: depresión, Bullying, maltrato y funcionalidad familiar.

## **Factores Psicosociales.**

### **Depresión:**

La depresión es un trastorno mental frecuente, que afecta al estado de ánimo o humor. Se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo, en la escuela y a la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio <sup>24</sup>.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio que es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) indica que los trastornos afectivos de la infancia y la adolescencia tienen los mismos aspectos esenciales que los trastornos afectivos de los adultos. El aspecto predominante (síntoma de presentación) de depresión en niños pequeños puede ser la ansiedad, en tanto que en los adolescentes podría ser la conducta antisocial, pueden observarse ideación suicida o conducta suicida <sup>25</sup>.

Los episodios depresivos pueden clasificarse como:

- **Recurrentes:** se caracteriza por episodios de depresión repetidos, en donde el estado ánimo está deprimido, hay pérdida de interés, de la

capacidad de disfrute, y reducción de la energía, disminuye la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas.

- **Afectivo Bipolar:** se caracteriza por episodios maníacos y depresivos separados por intervalos, con un estado de ánimo normal. En los episodios de manía el estado de ánimo está elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminuye la necesidad de dormir.

En cuanto al número y la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos se clasifican como:

- **Leve:** manifestado con alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, que no se suspenden completamente.
- **Moderado:** manifestado con muchas dificultades para desarrollar sus actividades laborales y sociales habituales, suspendiéndolas la mayoría de veces.
- **Grave:** manifestado en la improbabilidad de mantener sus actividades sociales, laborales y domésticas, o los realiza con grandes limitaciones.<sup>25</sup>

### **Causas de la Depresión:**

Para que ocurra la depresión, influyen diversos factores, como:

- **Factores Familiares:** El contexto familiar en el que vive el niño o el adolescente, juega un papel trascendental en el desarrollo de la depresión. Si los padres tienen depresión los hijos tienen probabilidad de tener depresión por factores genéticos predisponentes; el alcoholismo familiar se asocia a una mayor probabilidad de depresión; las distintas formas de maltrato (abuso físico, emocional, sexual); negligencia en el cuidado; eventos vitales negativos (divorcio o separación, conflictos conyugales o dificultades emocionales entre los padres, pérdida de amistades y muerte de un familiar o amigo); el trabajo de los padres fuera del hogar; ingresos económicos bajos o vivir en áreas desfavorecidas, entre otros<sup>26</sup>.

- **Factores del Entorno:** La depresión en los adolescentes se asocia en ocasiones con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo dentro de su entorno social, que se evidencia en la falta de amigos, trastornos de conducta y de mayor aislamiento social, vivir en estructuras familiares fuera de los padres biológicos, no tener un hogar, problemas de salud, el acoso de los pares, mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo, la adicción al tabaco, el abuso en el consumo de alcohol y otras drogas <sup>26</sup>.

- **Factores Personales:** la vulnerabilidad psicológica debido a episodios anteriores, repertorios básicos de conducta, comorbilidad y una estructura de la personalidad depresiva (teoría de Eysenck), las cogniciones negativas, estilo atribucional negativo, falta de control, deficiente resolución de problemas, estilos cognitivos y expectativas desajustados, baja autoestima, las excesivas críticas paternas, las exigencias de los hermanos más dotados, los fracasos en la escuela, los engaños amorosos o la insatisfacción con al propio cuerpo, pueden desencadenar el descontento del niño consigo mismo; las dificultades en la sociabilidad, déficit en habilidades sociales, alta ansiedad ante personas del sexo opuesto y la conducta antisocial, contribuyen en la aparición de la depresión <sup>27</sup>.

El tratamiento de la depresión leve, no necesita medicamentos; pero, el moderado o grave, necesita medicamentos y psicoterapia profesional <sup>24</sup>.

Los programas de prevención utilizan estrategias comunitarias eficaces para reducir la depresión, como los programas escolares para promover un modelo de pensamiento positivo entre los niños y adolescentes; intervención en los padres de niños con problemas de conducta para reducir los síntomas depresivos en los padres y mejorar los resultados en

los hijos; programas de ejercicios para las personas mayores son eficaces para prevenir la depresión <sup>25</sup>.

### **Medición de la Depresión:**

Existen diversos instrumentos para medir depresión, entre los más usados se encuentra el Inventario de Depresión de Beck (BDI), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la terapia cognitiva Aaron T. Beck (1961), que mide tanto la ideación suicida como el intento suicida. Consta de 20 ítems, cuyas alternativas de respuestas tienen un puntaje específico, haciendo un puntaje total de 80, califica como: sin depresión, menos de 50 puntos, depresión leve entre 50-59, depresión moderada entre 60-69 y depresión severa de 70 o más puntos <sup>28</sup>.

En cuanto a la Depresión y el Pensamiento Suicida, los niños y adolescentes deprimidos expresan frecuentemente pensamientos suicidas, sea de manera consciente (verbal) o de manera inconsciente (pruebas proyectivas), aunque la conducta suicida no es frecuente en menores de 12 años, sino después de esta edad y es una de las causas principales de muerte en adolescentes. A pesar de que la mayoría de adolescentes suicidas están deprimidos, sólo un 25% de ellos satisfacen los criterios diagnósticos del DSM-IV para depresión (está enmascarada) <sup>29</sup>.

### **Bullying:**

Bullying, es un término internacional que deriva del inglés “bully”, que significa “valentón o matón” como sustantivo, y “maltratar o amedrentar” como verbo. El Bullying o acoso escolar, se define como un tipo de violencia o como una situación social de agresividad injustificada en la que uno o varios niños en edad escolar someten a algún tipo de represión, discriminación o prejuicio de manera injusta y agresiva a otro compañero durante un tiempo más o menos prolongado. Esta situación no sólo afecta



a la víctima, sino que todo el ambiente escolar se cubre de una atmósfera de abuso y de inseguridad, crea un clima de miedo, de tensión emocional y constituye un obstáculo para el proceso de aprendizaje afectando al bienestar emocional y al rendimiento académico de los niños así como a la misión educativa de la escuela <sup>30</sup>.

Los tipos de maltrato que puede sufrir la víctima de Bullying, son:

- **Maltrato Físico:** sea directo, mediante alguna forma de contacto: pegar, empujar, etc. o indirecto, cuando afecta a los objetos personales de la víctima (robar sus pertenencias, estropear el material escolar, quitar el refrigerio, chantajear o pedir dinero con amenazas, romper la ropa).
- **Maltrato Verbal:** mediante insultos, amenazas, burlas, motes molestos o hirientes, mentiras, calumnias o falsos rumores sobre la víctima para ridiculizarla. Es el más frecuente.
- **Maltrato Psicológico:** es todas las formas de maltrato, donde el agresor se aprovecha de la inseguridad y el miedo de la víctima.
- **Maltrato Social:** el agresor aísla a la víctima de sus compañeros ignorándola completamente o excluyéndola de las actividades a propósito. Además, trata de convencer a los demás para que no se relacionen con él o ella <sup>30</sup>.

Los actores principales, que de manera activa o pasiva participan en el acoso escolar o el Bullying, son:

- **Víctima:** Es quien sufre la violencia y está sometida al agresor. Suele ser una única persona. Son percibidas como inseguras, poco asertivas, físicamente débiles, con déficit de habilidades sociales, con pocos amigos, pero, en general son buenos alumnos. Las consecuencias se manifiestan con ataques de pánico o ansiedad, depresión o alteraciones del estado de ánimo, cambios de humor (se sume en la tristeza o llora sin motivo aparente), insomnio o pesadillas, no desea ir a clases o

ausentismo escolar y deterioro en el rendimiento académico, si la victimización se prolonga, puede aparecer ideación suicida. Se agudiza por el poder en aumento del agresor y el desamparo que siente la víctima, creyendo ser merecedora de lo que le ocurre, produciéndose un círculo vicioso, en una dinámica difícil de revertir.

- **Agresor o bullies:** Es el que domina y somete por la fuerza a la víctima. Pueden ser uno o varios. Son físicamente más fuertes que sus pares, dominantes, impulsivos, no siguen reglas, baja tolerancia a la frustración, desafiantes ante la autoridad, buena autoestima, tienen actitud positiva hacia la violencia, crear conflictos donde no los hay, no empatizan con el dolor de la víctima, ni se arrepienten de sus actos. Tienen un patrón de conducta para relacionarse con sus pares y conseguir sus objetivos con éxito, aumentando su status dentro del grupo que los refuerza. Al persistir, caen en otros desajustes sociales como vandalismo, mal rendimiento académico, uso de alcohol, porte de armas, robos y conducta criminal. Detrás de la conducta agresiva de una niña o un niño acosador es probable que exista un complejo escenario de violencia y falta de cariño en el hogar de procedencia.

- **Testigo o Espectador:** Es aquel o aquellos que observan las agresiones, y asumen de manera directa o indirecta situaciones que no aprueban o no son de su agrado y aunque no actúan directamente se sienten partícipes de la situación, apoyan de manera indirecta acciones violentas porque consideran que sacarlas a la luz puede perjudicarles y convertirlos en otra víctima<sup>30</sup>.

Este juego perverso basado en el dominio y la sumisión que se produce tanto dentro como fuera del centro escolar, y a veces sin que exista siquiera un contacto directo entre víctima y agresor como en el Ciberbullying, da lugar a un deterioro psicológico de la víctima y a un deterioro moral del agresor que, escudado en su crueldad, se siente más fuerte física, psicológica o socialmente. El niño y/o adolescente acosado tienen mayor riesgo de padecer enfermedades psíquicas y físicas, como fobia escolar, ansiedad, trastornos de aprendizaje, cefalea, dolor abdominal, depresión y suicidio; pero el agresor también puede padecer cuadros de ansiedad, trastornos de conducta, baja autoestima, depresión y suicidio <sup>30</sup>.

### **Medición del Bullying:**

Existen diversos instrumentos para la medición de Bullying, entre los más usados se encuentran:

- **Cuestionario para la Exploración de Bullying (CEBU):** elaborado por Estrada y Jaik en Durango, México el año 2011, para explorar la frecuencia de ocurrencia de Bullying. Está conformada por ítems que comprenden tres componentes: la víctima, el agresor y el observador <sup>31</sup>.
  
- **Cuestionario sobre Intimidación y Maltrato entre Iguales (secundaria):** elaborado y validado por Ortega R, Mora JA y Mora J. el año 1979, en la Universidad de Sevilla en España, busca conocer cómo son las relaciones que se entablan entre los chicos de la misma edad en el colegio, identificar algunos de los problemas que a veces surgen y encontrar las soluciones adecuadas. Consta de 30 preguntas, con alternativas de respuestas múltiples y se califica como: presencia de Bullying y ausencia de Bullying <sup>32</sup>.

## **Factores Familiares.**

### **Maltrato Familiar:**

El maltrato familiar, se define como el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independiente del espacio físico donde ocurra <sup>33</sup>.

El fenómeno de la violencia es un proceso social que comprende las más variadas formas de agresión y que se caracteriza por tener un efecto multiplicador y expansivo que no solo afecta a las víctimas, si no a la sociedad en pleno. Cotidianamente, miles de menores, adolescentes, sufren las secuelas de la violencia familiar o doméstica en todas sus modalidades psicológica, física y sexual, víctimas que en su gran mayoría sufren silenciosamente la crueldad de sus padres y familiares, que probablemente han aprendido y han naturalizado tanto la violencia que se les hace imposible visualizar la violencia vivida y la experimentan como algo “natural” (pero no es natural), cuyas secuelas que producen en la adolescencia son muy graves <sup>33</sup>.

Para definir y clasificar el maltrato infantil y violencia familiar, se manejan dos enfoques complementarios:

**1. El Modelo de Deficiencia:** que lo define como toda violencia, perjuicio o abuso físico y mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras que el menor se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona o institución.

**2. Modelo de Bienestar:** Como complemento al modelo anterior, este enfoque toma como referencia el concepto de bienestar, como un derecho fundamental del niño. Define el maltrato como acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, causada por personas, instituciones u otros agentes sociales. La ventaja es que reconoce la necesidad de intervención no sólo para evitar y castigar el maltrato sino también para reestablecer y asegurar el buen trato y el cuidado de las necesidades de los niños/as, especialmente tras haber sido victimizados. Promover el bienestar infantil implica evitar la violencia pero también garantizar los derechos y las necesidades fundamentales de los menores <sup>34</sup>.

Los efectos perjudiciales de la violencia se evidencian en el desarrollo del cerebro, con un menor desarrollo cortical prefrontal, es decir, menor materia gris en determinadas áreas del cerebro. Asimismo, los duros castigos corporales durante la infancia es un factor de estrés crónico, de desarrollo asociado con la depresión, la agresión y las conductas adictivas. El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, ha sistematizado las consecuencias del castigo físico y humillante que afectan al adolescente, que son: físicas, socioemocionales, cognitivas, y conductuales.

- **Consecuencias Físicas:** a corto plazo, se observan moretones, hinchazones, escaldaduras, quemaduras, fracturas, desgarros; y a largo plazo, lesiones oculares y discapacidad.
- **Consecuencias Socioemocionales:** depresión, ansiedad, retraso del desarrollo; sentimientos de vergüenza y culpa; dificultad para relacionarse con otras personas; baja o falta de autoestima y autovaloración; dificultad para su autocuidado y a los demás.
- **Consecuencias Cognitivas:** dificultad para aprender y en consecuencia bajo rendimiento escolar; trastornos del sueño y psicósomáticos; lesiones

en el sistema nervioso; dificultad para manejar situaciones de estrés y solucionar problemas de manera adecuada.

- **Consecuencias Comportamentales:** comportamiento suicida, daño autoinfligido, dificultad para expresar su afecto (abrazos, caricias), dificultad para regular su comportamiento por sí mismo <sup>35</sup>.

Las normas son claras, en el Perú la violencia y el trato humillante hacia los niños, niñas y adolescentes están prohibidos. La política social del Estado Peruano está orientada a asegurar el goce de sus derechos a través de normas nacionales e internacionales que protegen los derechos de los niños, niñas y adolescentes, como: Convención sobre los derechos del niño, Constitución del Perú, Código del niño y adolescente Ley N° 27337, Ley N° 30466 que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño, entre otros <sup>36</sup>.

El reglamento de la Ley 30403 señala que los niños, niñas y adolescentes, sin exclusión alguna tienen derecho al buen trato, que implica recibir cuidados, afecto, protección, socialización y educación no violentas, en un ambiente armonioso, solidario y afectivo, en el que reciba protección integral, sea por parte de su madre, padre, tutor/a, responsables o representantes legales, así como de sus educadores/as, autoridades administrativas, públicas o privadas o cualquier otra persona. El derecho al buen trato es recíproco entre los niños, niñas y adolescentes. El buen trato permite asegurar un desarrollo saludable e integral para todos los seres humanos. Establece que el desarrollo integral de la niña, niño o adolescente depende de la madre, padre, tutor/a y otros adultos, quienes deben brindar orientación y dirección necesarias, en función al desarrollo de sus capacidades, a fin de ayudarlos en su crecimiento para llevar una vida responsable en la sociedad <sup>36</sup>.

### **Medición del Maltrato:**

Existen diversos instrumentos para la medición de maltrato, entre los más usados se encuentran:

- **Ficha de Tamizaje –Violencia familiar y maltrato infantil (modificada ad hoc):** elaborada por el Ministerio de Salud. Se puede administrar de manera individual y colectiva, su aplicación es para niños, adolescentes y adultos. Consta de 36 ítems y 4 dimensiones y debe ser administrada en una sola ocasión <sup>37</sup>.
- **Escala Víctima de violencia familiar:** es una escala tipo Lickert adaptada a la selva peruana por Tapullima en el año 2013, su confiabilidad es 0,89 según alfa de Cronbach. Consta de 34 ítems, con cuatro opciones de respuesta: nunca, a veces, casi siempre y siempre que obtienen puntajes de 1, 2, 3 y 4 respectivamente. Sus dimensiones miden la violencia familiar física (12 ítems), psicológica (13 ítems), abandono o negligencia (4 ítems), sexual (4 ítems) y el nivel al que son víctimas los adolescentes dentro del ámbito familiar. Clasifica como: violencia leve de 1-34 puntos, violencia en situación de alerta de 35-68, violencia severa de 69-102 y violencia peligrosa de 103-136 puntos <sup>14</sup>.

### **Funcionalidad Familiar:**

La funcionalidad familiar, se define como la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en una lucha constante <sup>38</sup>.

Las familias con adolescentes, se encuentran en una etapa del proceso vital de grandes cambios, de tipo biopsicosocial, pues el adolescente busca su independencia e identidad y los padres que deben asumir los cambios de sus hijos, identificando su capacidad de negociación y flexibilidad, sin

perder el control y afectar la funcionalidad familiar. El sistema familiar actual ha sufrido cambios en la comunicación, estructura y función, debido a la crisis económica y de valores, cuyo mayor efecto se observan en familias con hijos adolescentes <sup>39</sup>.

Los cambios físicos y psicológicos de la adolescencia, producen ansiedad y depresión, la necesidad de sentirse aceptado e integrado a su grupo de pares, lo expone a diversos factores de riesgo, esta vulnerable al afectarse su autonomía y autoaceptación. Aquí el papel de la familia es primordial para brindarle el soporte que necesita; pero, si en la familia las relaciones entre sus miembros son inadecuadas, el adolescente puede llegar a perder el sentido de la vida y comenzar a desarrollar ideas suicidas para suprimir el dolor emocional que atraviesa en ese momento. La adolescencia es la etapa más propensa al intento suicidio debido a características propias de su desarrollo, son personas en busca de su identidad, de ser aceptados por su entorno, que actúan en forma impulsiva cuando enfrentan una situación estresante o conflictos en sus relaciones interpersonales y son potencialmente suicidas si tienen una pobre o ninguna relación con sus padres, inadecuadas relaciones con los compañeros, ausencia total de relaciones sociales consistentes y serias dificultades escolares <sup>15</sup>.

Por otro lado la relevancia de la familia permanece en cada periodo vital de los individuos, dentro de la infancia y la adolescencia se hace más evidente, por ser un periodo donde enfrenta mayores demandas, conflictos, como actor principal y proporciona de manera activa los elementos para el desarrollo <sup>40</sup>.

Los adolescentes dependen de su familia, la comunidad, la escuela, los servicios de salud y lugar de trabajo, para adquirir importantes competencias que pueden ayudarlo a enfrentar las presiones que



experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas <sup>41</sup>.

La adolescencia es una etapa trascendental y crítica para el desarrollo humano, debido a la serie de cambios fisiológicos, psicológicos e interpersonales que conlleva, cambios que lo vuelven vulnerable a presentar crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares y de la sociedad, produciéndole sentimientos de gran ansiedad, rabia y confusión, que en ocasiones el adolescente no puede manejar, por diferentes factores como, las características de la personalidad, el estrés cotidiano y la ausencia de redes de apoyo sociales y familiares, favoreciendo la presencia de malestar emocional en el adolescente, que puede desembocar en conductas de riesgo, como la conducta suicida, que comprometen su integridad física y psicológica <sup>42</sup>.

### **Medición de la Funcionalidad Familiar:**

Los instrumentos más usados para medir la funcionalidad familiar, son:

- **Escala de Funcionalidad Familiar (APGAR Familiar):** elaborado por Smilkstein en 1979 y validado en diferentes investigaciones, puede utilizarse periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar, el resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, porque la percepción individual o la situación de cada uno puede variar <sup>43</sup>.
  
- **Test de Percepción del Funcionamiento Familiar:** elaborado por la psicóloga Teresa Ortega para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, consta de 14 ítems, que mide variables de

cohesión, armonía, comunicación, personalidad, afectividad, roles y adaptabilidad<sup>44</sup>.

### **1.2.2. PENSAMIENTO O IDEAS SUICIDAS**

#### **Definición de Pensamiento Suicida:**

La conducta suicida, tiene diferentes etapas o fases, que generalmente se inicia con el pensamiento suicida, después una planeación del suicidio y, finalmente, la búsqueda de los recursos para llegar al suicidio. La secuencia a seguir no es una regla general, pero cada una de ellas pone en riesgo a la persona. La etapa que nos concierne con fines de la investigación, es la de ideación suicida, que consiste en el pensamiento y la planeación recurrente que realiza la persona para cometer un suicidio, pero que no llega a realizarlo en ningún momento<sup>45</sup>.

Otro concepto sobre las ideas o pensamientos suicidas, refiere que son preocupaciones con la muerte que suelen ser intrusivas e indicativas de la presencia de una enfermedad mental. Este tipo de pensamientos inadaptativos generalmente ocurren en respuesta al estrés y a la capacidad que tiene una persona de lidiar eficazmente con dicho estrés. La severidad de las ideas suicidas puede variar desde pensamientos fugaces sobre la muerte hasta planes detallados sobre cómo quitarse la vida. Si la persona lucha con estas ideas durante un periodo de tiempo prolongado, el riesgo de suicidio puede aumentar exponencialmente<sup>46</sup>.

Por otro lado, desde una perspectiva cognitivo-conductual, la ideación suicida se define como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”, se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de darle un valor a la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal<sup>47</sup>.

### **Causas de las Ideas Suicidas:**

Diversas causas pueden incrementar la vulnerabilidad de una persona al desarrollo de pensamientos inadaptativos o ideas suicidas, como:

- **Factores Genéticos:** las ideas suicidas no se heredan de los padres biológicos, pero si se heredan los padecimientos de salud mental como depresión, trastorno bipolar y ansiedad, que causan a las ideas suicidas. Entonces, la probabilidad de que una persona tenga ideas suicidas puede depender de sus antecedentes genéticos familiares si existe el factor de una enfermedad mental <sup>46</sup>.
  
- **Factores Físicos:** las personas que tienen ideas suicidas presentan un desequilibrio en los neurotransmisores del cerebro, que tienen la función de transmitir mensajes por todo el cuerpo, además de regular las emociones y los estados de ánimo. Si los neurotransmisores no han llegado a la homeostasis, el estado de ánimo de la persona puede desestabilizarse y propiciar el diagnóstico de una enfermedad mental como la depresión, que progresivamente conlleva presentar ideas suicidas.<sup>46</sup>
  
- **Factores Ambientales:** las personas que experimentan un estrés continuo y elevado y que carecen de las aptitudes necesarias para lidiar con ello o no cuentan con el apoyo adecuado de otras personas, o son víctimas de un crimen, padecen de abuso y/o abandono, pierden a un ser querido debido al suicidio pueden deprimirse y tener ideas suicidas o pensar potencialmente en su propia muerte. Por último, si una persona pierde su empleo, tiene dificultades financieras o enfrenta el fracaso académica, es posible que se manifiesten las ideas suicidas. <sup>46</sup>

Existe gran cantidad de situaciones y contextos que pueden provocar un gran dolor. En algunos casos, el dolor es tal que la persona no es capaz de hacerle frente, sintiendo un nulo control sobre su vida y llegando a creer que no puede hacer nada para mejorar su situación. En definitiva, pierden la esperanza. En este contexto es frecuente que piense en una salida definitiva para acabar con tal sufrimiento, pudiendo surgir la idea de acabar con la propia vida, es decir, aparecen los pensamientos suicidas <sup>48</sup>.

En niños y adolescentes, por lo general, el suicidio se produce como consecuencia de acontecimientos estresantes de la vida. La persona joven percibe como algo grave e insuperable, por ejemplo los problemas en la escuela o la pérdida de una amistad, pero a un adulto puede parecerle insignificante. Es posible que un niño o un adolescente tengan la intención de suicidarse debido a determinadas circunstancias de la vida sobre las que no quiere hablar, entre ellas: padecer un trastorno psiquiátrico como la depresión, una pérdida o un conflicto que involucre a sus amigos o familiares cercanos, antecedentes de maltrato físico o de abuso sexual, consumo de alcohol o drogas, problemas físicos (embarazo) o afecciones médicas (contraer una infección de transmisión sexual), ser víctima de hostigamiento, sentir incertidumbre acerca de la orientación sexual y leer o escuchar el relato de un suicidio o haber conocido a alguien de su edad que se haya suicidado <sup>49</sup>.

### **Etapas del Pensamiento o Ideación Suicida:**

El pensamiento suicida, está conformada por cuatro etapas, que son:

- **El deseo de morir:** muestra disgusto por la vida.
- **Representación suicida:** conformada por fantasías pasivas de suicidio.
- **Ideación suicida sin un método determinado:** referido a la idea de autodestrucción pero sin ningún planteamiento de la acción.

- **Idea suicida planificada:** es el suicidio planeado, evidentemente a partir de esta última etapa se vuelve inminente la llegada del intento suicida, que al lograrse se convierte en suicidio consumado <sup>45</sup>.

Por otro lado, en el momento en que comienzan los pensamientos suicidas sobre cómo quitarse la vida, se inicia el proceso suicida, pues comienza la realización de los primeros intentos suicidas con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo. Es posible que ocurran manifestaciones previas con actitudes de escape, de venganza, búsqueda de riesgo, tendencias a percibirse como perdedor, baja tolerancia a la frustración, dificultad para resolver conflictos, desesperanza en la vida y abandono <sup>50</sup>.

#### **Factores de Riesgo:**

Los factores de riesgo para el pensamiento suicida, son:

- Red de apoyo deficiente y vivir en situación de indigencia o pobreza.
- Ser víctima de hostigamiento psicológico o moral, exposición al trauma, al abuso y/o al abandono.
- Tener fracaso académico o escolar.
- Experimentar pérdidas: de un amigo, de un ser querido, del empleo, y otros.
- Antecedentes familiares y/o personales de enfermedades mentales, o padecer enfermedades mentales sin diagnosticar.
- Antecedentes personales de uso de sustancias nocivas <sup>46</sup>.

#### **Indicios y Síntomas de las Ideas Suicidas:**

Es importante mantenerse al pendiente de indicios en la persona que está teniendo pensamientos continuos sobre la muerte. Algunos indicios y síntomas de las ideas suicidas, son:

**a) Síntomas del Comportamiento:**

- Amenazas o realización de conductas autolesivas
- Uso o abuso de drogas y/o alcohol
- Cambios en el temperamento
- Cambios extremos en el estado de ánimo
- Participar en conductas riesgosas
- Hablar sobre la muerte o escribir sobre este tema
- Aislamiento social o retraimiento
- Disminución del interés por las cosas que anteriormente disfrutaba <sup>46</sup>.

**b) Síntomas Físicos:**

- Aumento o pérdida de peso
- Higiene inadecuada
- Ataques de pánico
- Insomnio o hipersomnias <sup>46</sup>.

**c) Síntomas Cognitivos:**

- Pensamientos intrusivos sobre la muerte
- Incapacidad para cumplir con las responsabilidades o los deberes
- Falta de enfoque
- Afectación de la memoria
- Incapacidad para concentrarse <sup>46</sup>.

**d) Síntomas Psicosociales:**

- Irritabilidad
- Incapacidad para sentir placer
- Cambios en el estado de ánimo
- Sentimientos de desesperanza o impotencia
- Agitación
- Niveles de ansiedad elevados

- Estado de ánimo depresivo <sup>46</sup>.

### **Efectos de las Ideas Suicidas:**

Si las ideas suicidas persisten por mucho tiempo, sin recibir la ayuda profesional de salud mental, son más propensas a lograr un proceso de pensamiento inadaptado e intentar el suicidio. Algunos efectos potenciales que pueden ocurrir cuando la persona lucha contra las ideas suicidas, son:

- Cicatrices o daños permanentes en los tejidos
- Conductas autolesivas recurrentes
- Daños en el cerebro como el estado de coma, parálisis
- Hemorragia, huesos rotos, daños en los órganos o insuficiencia orgánica
- Muerte prematura debido a un acto suicida <sup>46</sup>.

### **Evaluación y Diagnóstico Psicológico:**

La presencia de ideación suicida, a pesar de que no lleve necesariamente a un intento real de quitarse la vida, es un factor de riesgo de gran relevancia que debe ser tratado con urgencia. Se debe evaluar el Estado Mental de forma directa y con calma, estén presentes o no factores de riesgo. A nivel terapéutico, es imprescindible valorar la existencia de pensamientos suicidas y en caso afirmativo éstos pasan a ser el primer objetivo terapéutico. Se debe explorar la presencia o ausencia de pensamientos suicidas, su origen, el grado de actividad, elaboración y la existencia o no de un plan: cómo, cuándo y por qué, son preguntas necesarias para hacerse una idea de la gravedad de la situación. A mayor planificación y concreción de las respuestas mayor riesgo de que el pensamiento se intente llevar a la práctica <sup>48</sup>.

### **Tratamiento:**

El tratamiento oportuno es efectivo sobre el núcleo del problema, se debe tener en cuenta que en la mayoría de casos, la persona que piensa suicidarse y cree que hay posibilidades de usar esa opción, avisa o advierte a sus amigos o familiares. El tratamiento comprende:

- **Hospitalización inmediata:** si el suicidio es inminente y la seguridad del paciente está gravemente comprometida. El ingreso hospitalario ayuda a controlarlo y a aplicar el tratamiento adecuado.
- **Psicofarmacológico:** por norma general se emplean psicofármacos antidepresivos, que tardan varias semanas en hacer efecto, por ello inicialmente el tratamiento de elección son los ansiolíticos para reducir la ansiedad y la tensión que suelen inducir a los pensamientos suicidas.
- **Terapia Psicológica:** debe ser temprana y rápida en los casos graves, en primer lugar enfocado a la conducta y posteriormente en los aspectos cognitivos. Se establecen objetivos relevantes y accesibles para el paciente, graduando los pasos, al inicio el objetivo es disminuir los pensamientos suicidas y dirigirlo hacia metas que quiere conseguir. Los principales objetivos de trabajo son: el reconocimiento y expresión del sufrimiento, la aceptación de los sentimientos y emociones, redirigir el foco atencional y el patrón de pensamiento negativo hacia otras alternativas más eficaces. Las técnicas conductuales, como la asignación gradual de tareas, el control de estímulos ambientales y los experimentos conductuales, buscan que el individuo encuentre una motivación para aguantar o disminuir el estado de tensión interno <sup>48</sup>.

### **Medición del Pensamiento Suicida:**

Existen diversos instrumentos para medir el pensamiento suicida, como:

- **La Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB):** creada por Beck y Cols en 1979, diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas y poner en la balanza varias dimensiones de auto



destruictividad: pensamientos o deseos. Abarca a la ideación suicida y la “amenaza de suicidarse” expresada abiertamente a otros. Consta de 19 reactivos que se aplica mediante una entrevista clínica semiestructurada, para medir la intensidad de las actitudes, conducta y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo tiene tres opciones de respuesta con un rango de 2 a 0, el puntaje global es de 0 a 38. Si la puntuación de los reactivos deseo de suicidarse e intento pasivo de suicidarse es cero, se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista. Caso contrario se sigue aplicando <sup>51</sup>.

### **1.3. TEORÍAS RELACIONADAS CON LAS VARIABLES EN ESTUDIO**

Diversas teorías tratan de explicar la relación entre los factores que se asocian al suicidio propiamente dicho y no con el pensamiento o idea suicida. Pero se encontró una cierta explicación respecto a la ideación suicida en:

**Teoría Psicoanalítica:** Propuesta por el psiquiatra austriaco Sigmund Freud, quien fue el primero en expresar sobre la psicología del suicidio en su obra “Duelo y Muerte” a principios del siglo XX, estudiando a sus pacientes bajo tal perspectiva, explicando que los motivos de la autoeliminación son intrapsíquicos, relacionando el sentido de muerte y el impulso suicida con cargas tanáticas que son enviadas hacia el propio yo, la persona no llega a ser consciente del acto que va a realizar, generando que el mecanismo de defensa de la negación produzca sentimientos de huida ante los problemas, ocasionando en el individuo pensamientos o ideas suicidas antes de tomar la decisión del suicidio. Menninger, en base a las ideas de Freud, en 1938 plantea la psicodinámica de la hostilidad y llega a comprender el suicidio como un asesinato retroflejo, un homicidio invertido siendo resultado de la propia cólera del paciente manifestado en

contra de otra persona, esto es dirigido a su yo interior llegando a utilizarlo como una excusa para castigar. Cambió los conceptos de Freud, llegando a hablar y desglosar en tres elementos que llegan a generar la pulsión hostil la cual está presente en el suicidio: el primero es el deseo de matar, el segundo es el deseo de ser muerto y el tercero es el deseo de morir <sup>52</sup>.

### **Teorías del Pensamiento:**

Algunas teorías estudiaron el desarrollo del pensamiento, su maduración y procesos adaptativos de un estadio a otro a través de las etapas del ciclo vital, los cambios cualitativos y cuantitativos que suceden y que se observan en mayor magnitud en la adolescencia. En este contexto encontramos a la:

**Teoría del Desarrollo Cognitivo:** propuesto por Jean Piaget, quien afirma que los adolescentes están motivados a entender, comprender, dar sentido al mundo porque es biológicamente adaptativo, que construye activamente su mundo, no se limitan a acumular en sus mentes información procedente de su entorno, organizan sus experiencias y conectan las ideas entre sí utilizando ciertos esquemas que existen en la mente para organizar e interpretar la información. El interés de Piaget por los esquemas se centraba en cómo los niños y los adolescentes organizan y dan sentido a sus experiencias, afirmando que utilizan dos procesos para usar y adaptar sus esquemas: la asimilación y la acomodación. La asimilación, ocurre cuando incorpora información nueva a un esquema preexistente, en este proceso el esquema no se modifica; en la acomodación, ocurre cuando el individuo ajusta sus esquemas a la información nueva. Así mismo, utiliza la equilibración que es el mecanismo que explica como los niños y adolescentes cambian de un estadio de pensamiento al siguiente. El cambio ocurre cuando experimentan un conflicto cognitivo o un

desequilibrio al intentar entender el mundo. Al final el niño o adolescente resuelve el conflicto y alcanza de nuevo el equilibrio cognitivo <sup>53</sup>.

Por otro lado, David Elkind (1984), describe algunos de los patrones de pensamiento que caracterizan la etapa adolescente, así tenemos el pensamiento egocéntrico de los adolescentes que provoca la creencia de que “soy invulnerable, eso nunca me pasara a mí”. Según Elkind, los adolescentes vislumbran personas, situaciones y sociedades ideales por lo que el mundo real con todas sus fallas y problemas se convierte en el blanco de frustraciones y críticas. Así las críticas y la ubicación de culpables y la constante frustración por no encontrar el mundo como el o ella quisiera que sea, son características del pensamiento adolescente <sup>54</sup>.

Todo lo revisado anteriormente explica cómo el proceso de maduración del pensamiento del adolescente puede trastocarse en algún momento y establecer esquemas negativos y destructivos. Estos teóricos nos muestran la vulnerabilidad que presenta el pensamiento adolescente pudiendo sufrir cambios importantes al pasar de una etapa a otra hasta lograr su desarrollo y maduración en la etapa de operaciones formales, donde pueden suceder situaciones en sus relaciones consigo mismo, con sus pares, con sus padres, con la sociedad, que impiden una maduración cognitiva apropiada produciendo perturbaciones en el pensamiento del adolescente como son los pensamientos suicidas <sup>54</sup>.

## 2. DEFINICIONES OPERACIONALES

### 1. VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES PSICOSOCIALES, FAMILIARES

Definida como aquellos factores de origen psicológico, social y relacionado con la dinámica familiar, que caracterizan e influyen en el comportamiento saludable o no saludable de los estudiantes adolescentes en estudio. Comprende los siguientes indicadores:

#### Factores Psicosociales

- a) **Depresión:** referido a la alteración del estado de ánimo expresado con sentimientos negativos de tristeza, desesperación, desaliento y otros, que manifiesta el estudiante adolescente en estudio. Fue valorado mediante la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung, y medido como:
- Sin Depresión: cuando obtuvo menos de 50 puntos
  - Depresión Leve: cuando obtuvo entre 50 a 59 puntos
  - Depresión Moderada: cuando obtuvo entre 60 a 69 puntos
  - Depresión Severa: cuando obtuvo entre 70 o más puntos
- b) **Bullying:** definido como el comportamiento agresivo dirigido hacia el otro con el fin premeditado de causar daño, manifestado dentro de la institución educativa y es referido por el escolar adolescente sujeto de estudio. Fue valorado mediante la aplicación del Cuestionario sobre Bullying en Adolescentes, y medido como:
- Sin Bullying: cuando marcó la alternativa “a” en todos los ítems.
  - Con Bullying: cuando marcó cualquiera de las alternativas excepto la “a” en todos los ítems.

### **Factores Familiares**

**c) Maltrato Familiar:** referido a algún tipo de agresión o daño que de manera reiterada o repetitiva ejercen los padres y/o algún miembro familiar en contra del estudiante adolescente sujeto de estudio, perjudicando su desarrollo físico, psicológico y social. Fue valorado mediante la Escala de Víctima de Violencia Familiar, y medido como:

- Ausente: cuando obtuvo cero puntos.
- Presente: cuando obtuvo de 1 a 48 puntos.

**d) Funcionalidad Familiar:** referido al comportamiento de la familia frente a las dificultades o problemas que experimentan dentro de la dinámica de su funcionamiento, manifestado por el adolescente en estudio. Fue valorado mediante el Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL), y medido como:

- Familia Funcional: cuando obtuvo de 43 a 70 puntos.
- Familia Disfuncional: cuando obtuvo de 14 a 42 puntos.

## **2. VARIABLE DEPENDIENTE: PENSAMIENTO SUICIDA**

Referido a la manifestación en el estudiante adolescente, de pensamientos o ideas de terminar con su propia existencia, deseos de vivir o morir y las características de los pensamientos o deseos de suicidio. Fue valorado mediante la Escala de Ideación Suicida sobre pensamiento suicida y medido como:

- Ausente: cuando el estudiante adolescente no manifestó ninguna respuesta positiva en la escala, es decir cuando obtuvo cero puntos.
- Presente: cuando el estudiante adolescente manifestó una o más respuestas positivas en la escala, es decir cuando obtuvo de un punto a más.

### **3. HIPOTESIS**

Existe relación estadísticamente significativa entre los factores psicosociales, familiares y el pensamiento suicida en estudiantes adolescentes del 3<sup>a</sup> al 5<sup>a</sup> grado de educación secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

#### 1. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

**Método:**

El método de investigación es cuantitativo, porque la medición de las variables en estudio generó mediciones numéricas exactas, que ha permitido ordenar el resultado de las observaciones mediante la estadística para comprobar su asociación y responder a las hipótesis planteadas, generalizando los resultados en la población estudiada.

**Tipo de Investigación:**

Se empleó el tipo de investigación descriptivo, transversal.

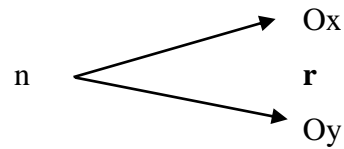
Descriptivo, porque se realizó la descripción de los factores psicosociales (depresión, Bullying), familiares (maltrato familiar, funcionalidad familiar), que intervienen en la presentación de pensamientos suicidas. Transversal, porque la información de las variables se tomó en un momento determinado de tiempo.

**Diseño:**

El diseño fue el no experimental, correlacional.

No Experimental, porque se estudiaron las variables tal y como se comportan en su contexto natural, sin incorporar elementos que hicieran variar su comportamiento. Correlacional, porque se estableció la asociación entre las variables independientes (factores psicosociales/familiares) y la variable dependiente (pensamiento suicida) en estudio.

**El diagrama es:**



**Especificaciones:**

n : Muestra.

O : Observaciones

XY : Subíndices (observaciones obtenidas en cada una de las variables).

r : Relación entre las variables de estudio.

## 2. POBLACIÓN Y MUESTRA

**Población:**

La población estuvo conformada por todos los estudiantes de ambos sexos, del tercero (F, G, H), cuarto (E) y quinto (D, E, F) grado de educación secundaria, matriculados el año 2018, de la Institución Educativa Túpac Amaru, del turno de la tarde, que equivale a un total de 131 estudiantes.

**Muestra:**

La muestra fue seleccionada de la población accesible, según el siguiente procedimiento:

- a) **Tamaño Muestral:** el tamaño de la muestra o el número de estudiantes que participaron en el estudio, estuvo conformada por el 100% de la población. Asimismo, no fue necesario utilizar ninguna fórmula estadística para su cálculo. El tamaño de la muestra fue de 131 estudiantes.
- b) **Diseño Muestral:** Se empleó el muestreo por conveniencia, dado que la muestra estuvo conformada por el 100% de la población accesible, es decir los 131 estudiantes.



<b>GRADO</b>	<b>SECCIÓN</b>	<b>NÚMERO</b>
Tercer grado	F	19
	G	19
	H	20
	Sub total:	<b>58</b>
Cuarto grado	E	22
	Sub total:	<b>22</b>
Quinto grado	D	16
	E	15
	F	20
	Sub total:	<b>51</b>
	<b>Total:</b>	<b>131</b>

**c) Selección de la Muestra:**

La muestra fue seleccionada de la población accesible, tomando al 100% de la misma dada la cantidad pequeña de la población total. Se tomó el total de secciones en base al registro de matrícula de los estudiantes ubicado en la Oficina de Tutoría y Orientación del Educando y los criterios de inclusión.

**d) Criterios de Inclusión:**

- Ser alumno de tercero, cuarto y quinto de secundaria, turno tarde, de la Institución educativa Túpac Amaru.
- De ambos sexos y de todas las edades
- Asistir el día de la recolección de datos
- Participación voluntaria en el estudio.

**e) Criterios de Exclusión:**

- Ser alumno de primero y segundo de secundaria
- Estudiar en el turno de mañana
- No desea participar

### 3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

#### **Técnicas:**

La Encuesta, para recolectar los datos, porque todos los instrumentos fueron autoadministrados, sin embargo, previo a esto los estudiantes adolescentes recibieron instrucciones claras y precisas por parte de las investigadoras.

#### **Instrumentos:**

Los instrumentos de recolección de datos fueron:

- **Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung:** instrumento estandarizado por el Instituto Nacional de Salud Mental con una alta validez de contenido de 85% y la confiabilidad de 75%, se utiliza para el tamizaje de depresión, consta de 20 ítems de los cuales 10 tienen direccionalidad positiva y 10 direccionalidad negativa, que direccionan el valor de los puntos de cada respuesta (nunca, a veces, casi siempre, siempre), que van de 1 a 4 puntos, para un total de 80 puntos, se califica como, sin depresión = menos de 50 puntos; depresión leve = 50 a 59 puntos; depresión moderada = de 60 a 69 puntos; y depresión severa = de 70 o más puntos.
  
- **Cuestionario sobre Bullying en Adolescentes:** instrumento modificado por las investigadoras, adaptado del Cuestionario de Intimidación y Maltrato entre Iguales elaborado y validado por Ortega R, Mora JA y Mora J. (1995) en la Universidad de Sevilla, España. Recoge información sobre comportamientos agresivos o de acoso entre pares o compañeros de colegio, comprende cuatro bloques con preguntas sobre: a) autopercepción de la convivencia escolar, b) autopercepción como víctima de otros/as, c) autopercepción del abuso hacia compañeros/ras, y d) tipos de abusos, lugares en que se producen, características de los agresores y de las víctimas y actitudes ante la violencia entre iguales en el centro escolar. Del

cuestionario de Ortega se tomaron de forma literal los ítems 5, 7, 10, 11, 16 y 18 se modificaron ligeramente los ítems 15 y 21. Quedó conformado por ocho preguntas, con respuestas múltiples, que en algunas preguntas solo debe marcar una respuesta y en otras, varias respuestas. Se calificó como: Sin Bullying: cuando marcó la alternativa “a” en todos los ítems y Con Bullying: cuando marcó cualquiera de las alternativas excepto la “a” en todos los ítems. La validez es de alta de 86,86% por el juicio de expertos y 86,36% de alta confiabilidad a través del método Alpha de Crombach.

- **Escala de Víctima de Violencia Familiar:** es un instrumento estandarizado de 34 ítems, adaptado por las investigadoras, quedando conformada por 12 ítems, para valorar la presencia o ausencia de violencia en los adolescentes dentro del ámbito familiar. Contiene ítems sobre violencia familiar física, psicológica y abandono o negligencia, pero no se consideró los ítems sobre sexualidad. Las opciones de respuesta son nunca, a veces, casi siempre y siempre que obtienen puntajes de 1, 2, 3 y 4 respectivamente. El puntaje total es de 48 y se calificó como: Ausente, cuando obtuvo cero puntos y Presente, cuando obtuvo entre uno y 48 puntos. Al realizar la validación, obtuvo 90,05% de alta validez por el juicio de expertos y 78,62% de confiabilidad aceptable a través del método Alpha de Crombach.

- **Test de Percepción del Funcionamiento Familiar:** Es un instrumento estandarizado elaborado por la psicóloga Teresa Ortega para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, consta de 14 ítems el cual mide las variables de cohesión, armonía, comunicación, personalidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Las alternativas de respuestas son: N=Nunca, PV=Pocas veces, AV=A veces, MV=Muchas veces, CS=Casi siempre, cuyos puntajes van del uno al cinco y cambian de orden según la

orientación positiva o negativa del ítem. Se calificó como: familia funcional cuando logró de 43 a 70 puntos y familia disfuncional cuando logró de 20 a 42 puntos. Tiene alta validez de 94,3% en la región Loreto, mediante el método Delphi (juicio de expertos, 2007) y alta confiabilidad de 94%, a través del método Alpha de Crombach.

- **Escala de Ideación Suicida:** Instrumento modificado por las investigadoras adaptado de la Escala de Ideación Suicida de Beck (Beck, et. al. 1979), para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de autodestructividad evidenciado en pensamientos o deseos suicidas, y del intento suicida, abarca la “amenaza de suicidarse” o haber pensado en suicidio, frecuencia de aparición de dichos pensamientos y el tiempo transcurrido desde que comenzó la ideación expresada abiertamente a otros. Comprende dos dimensiones: la actitud ante la vida/muerte, y los pensamientos o deseos suicidas. Consta de 10 ítems, cada uno con tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad del hecho, cuyo valor es de 0 a 2 (0=ausente, 2=máxima intensidad de la ideación suicida). La puntuación total es de 0 a 20 puntos, si obtiene uno o más puntos, indica presencia de pensamientos suicidas y en consecuencia riesgo de suicidio, a mayor puntuación más elevado riesgo de suicidio. Se califica como: Ausente, cuando no se manifiesta ninguna respuesta positiva en la escala, es decir cero puntos, y Presente, cuando manifiesta uno o más respuestas positivas, es decir de un punto a más. Al validarlo, se obtuvo 79,21% de aceptable validez por el juicio de expertos y 86,46% de alta confiabilidad a través del método Alpha de Crombach.

#### **4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

##### **Antes de la Recolección de Datos:**

- a) Se realizó juicio de expertos de los instrumentos de medición de bullying, funcionalidad familiar y pensamiento suicida.
- b) Se solicitó la autorización de la sub directora, padres y estudiantes de la Institución Educativa Micaela Bastidas para realizar prueba piloto
- c) Se ejecutó prueba piloto en la Institución Educativa Micaela Bastidas en el turno de la tarde con alumnos del tercer, cuarto y quinto grado de secundaria.
- d) El Decanato de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, solicitó la autorización al Director de la Institución Educativa Túpac Amaru para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos para la investigación.
- e) Se realizó una visita previa al Director de la Institución Educativa Túpac Amaru, para coordinar sobre el ambiente de trabajo, recepción del registro de estudiantes de las siete secciones de tercero a quinto grado del turno de la tarde, fechas y horario de aplicación de los instrumentos a los estudiantes.
- f) Un día antes los estudiantes recibieron el consentimiento informado dirigido a sus padres para que lo lean y devuelvan firmado en señal de autorización a su menor hijo/a a participar en la investigación.
- g) Se elaboró un cronograma de aplicación de los instrumentos, de lunes a miércoles, de una a cuatro de la tarde, con uniforme de salud pública.

### **Durante la Recolección de Datos:**

- a) Una vez en el ambiente de trabajo, los estudiantes entregaban el consentimiento informado firmado por los padres/tutores, luego a través del asentimiento informado se informaron sobre el estudio, solicitando su colaboración y veracidad en sus respuestas, firmando si aceptaban participar. Todos aceptaron.
- b) Se entregó los instrumentos para su desarrollo, formando tres columnas por aula, utilizando un promedio de 45 minutos para aplicar todos los instrumentos.

### **Después de la Recolección de Datos:**

- a) Se verificó que los instrumentos estén correctamente llenados antes de recepcionarlos, agradeciendo su colaboración.
- b) Se ingresó los datos y se realizó el procesamiento de la información para su análisis, interpretación y tabulación de los datos.

## **5. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

El procesamiento de la información se realizó mediante la base de datos del paquete estadístico de SPSS versión 22.0 en español. El análisis descriptivo se realizó mediante la aplicación de pruebas estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes). Para el análisis inferencial se utilizaron las pruebas estadísticas inferenciales no paramétricas de Coeficiente de Contingencia y el Chi cuadrado para asociar las variables independientes con la variable dependiente, con un nivel de significancia de  $\alpha < 0,05$  y un nivel de confianza de 95%. Posteriormente se elaboraron las tablas y gráficos respectivos.

## 6. LIMITACIONES

No se han encontrado limitaciones durante la ejecución de la tesis relacionadas con el diseño empleado, con las técnicas e instrumentos utilizados y/o con la recolección de datos.

## 7. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Conforme al Reglamento y Normas Científicas, técnicas y administrativas para la investigación en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Amazonia Peruana, el proyecto ha sido previamente revisado y aprobado por el comité de Ética de la Facultad de Enfermería, antes de la designación del jurado calificador. Es una investigación de riesgo mínimo, porque no se realizaron procedimientos físicos invasivos, se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información. Los Derechos Humanos y la aplicación de los principios éticos y bioéticos básicos, fueron resguardados en todo el proceso de la investigación, con los siguientes principios:

- a) **Autonomía:** los estudiantes fueron informados de que la participación en el estudio es voluntaria, libre. Los instrumentos fueron administrados previo conocimiento y autorización del padre/tutor y por parte del mismo estudiante.
- b) **Justicia:** Todos los estudiantes tuvieron igual opción de participar y las mismas garantías de protección de la dignidad e integridad durante la investigación.
- c) **Beneficencia:** Se realizó una consejería individual básica cuando se nos solicitó, sugiriendo consulta especializada, los datos obtenidos pueden ser utilizados por la institución educativa para proponer programas de prevención en sus estudiantes. Los datos obtenidos en los instrumentos de recolección de la información solo serán utilizados por las

investigadoras para lograr los fines de la investigación, procediendo a su posterior destrucción. La publicación de los hallazgos relevantes del estudio se fundamenta en el beneficio común.

- d) No Maleficencia:** La participación en el estudio no significó amenaza a la integridad personal, la información suministrada fue anónima, los datos se presentaron agrupados sin singularizar a ningún sujeto en estudio, se protegió la confidencialidad de la información recolectada, para no dañar la integridad física, emocional o moral de los sujetos en estudio, no generó consecuencias académicas de ningún tipo.



## CAPÍTULO IV

### 1. RESULTADOS

#### 2.1. ANÁLISIS UNIVARIADO

**TABLA 1**

FACTORES PSICOSOCIALES, FAMILIARES Y PENSAMIENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES DEL 3° AL 5° GRADO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS 2018

<b>F. PSICOSOCIALES</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>F. FAMILIARES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b><u>Depresión</u></b>			<b><u>Maltrato familiar</u></b>		
Sin depresión	77	58,8	Ausente	8	6,1
Depresión leve	52	39,7	Presente	123	93,9
Depresión moderada	2	1,5	Total:	<b>131</b>	<b>100,0</b>
Depresión Severa	0	0,0	<b><u>Funcionalidad familiar</u></b>		
Total:	<b>131</b>	<b>100,0</b>	Familia funcional	92	70,2
<b><u>Bullying</u></b>			Familia disfuncional	39	29,8
Con Bullying	113	86,3	Total	<b>131</b>	<b>100,0</b>
Sin Bullying	18	13,7	<b>PENSAMIENTO SUICIDA</b>		
Total	<b>131</b>	<b>100,0</b>	Ausente	46	35,1
			Presente	85	64,9
			<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>
<p><b>Fuente:</b> Escala de Depresión de Zung, cuestionario sobre Bullying, escala de víctima de violencia familiar, test de percepción del funcionamiento familiar y escala de ideación suicida.</p>					

La tabla 1, muestran los factores psicosociales, factores familiares y el pensamiento suicida de los estudiantes del 3° al 5° grado de secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018, cuyos resultados son: En cuanto a los factores psicosociales, en la depresión, 58,8% (77) calificaron sin

depresión, 39,7% (52) con depresión leve, 1,5% (2) depresión moderada y ninguno con depresión severa y en Bullying, 86,3% (113) fueron calificados Con Bullying y 13,7% (18) Sin Bullying. Respecto a los factores familiares, en maltrato familiar, el 6,1% (8) calificó con ausencia de maltrato familiar y 93,9% (123) con presencia de maltrato familiar (aproximadamente 9 de cada 10 estudiantes) y en la funcionalidad familiar, 70,2% (92) de los estudiantes refirieron vivir dentro de una familia funcional y 29,8% (39) en una familia disfuncional. En el pensamiento suicida, el 35,1% (46) de los estudiantes calificaron con ausencia del pensamiento suicida y el 64,9% (85) presentaron el pensamiento suicida.

## 2.2. ANÁLISIS BIVARIADO

**TABLA 2**

DEPRESIÓN Y PENSAMIENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES DEL 3° AL 5° GRADO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS 2018

DEPRESIÓN	PENSAMIENTO SUICIDA				TOTAL	
	AUSENTE		PRESENTE		N	%
	N	%	N	%		
Sin depresión	40	30,5	37	28,2	77	58,7
Depresión leve	5	3,8	47	35,9	52	39,7
Depresión moderada	1	0,8	1	0,8	2	1,6
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>35,1</b>	<b>85</b>	<b>64,9</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>

**CC = 0,398    GL = 2    p = 0,000     $\alpha = 0,05$**

**Fuente:** Moura MA, Rodríguez KI, Vega FD.

La tabla 2, permite observar que del 100% (131) de estudiantes que constituyeron la muestra en estudio, 64,9% (85) calificaron con presencia del pensamiento suicida, de ellos 35,9% (47) presentaron depresión leve y 0,8% depresión moderada; mientras que 35,1% (46) calificaron con ausencia de pensamiento suicida, de ellos, 30,5% (40) se presentaron sin depresión y 0,8% (1) con depresión moderada; es decir, que la mayoría de estudiantes tuvieron pensamiento suicida y depresión leve.

Para verificar la hipótesis planteada y determinar si existe relación estadística entre la depresión y el pensamiento suicida, se utilizó la prueba estadística no paramétrica Coeficiente de Contingencia, obteniéndose un **CC = 0,398** y un valor de significancia **p = 0,000 <  $\alpha = 0,05$** , aceptándose la hipótesis de investigación de que existe relación estadística significativa entre la depresión y el pensamiento suicida en los estudiantes del 3° al 5° grado de secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018.

**TABLA 3**

BULLYING Y PENSAMIENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES DEL 3° AL 5° GRADO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS 2018.

BULLYING	PENSAMIENTO SUICIDA				TOTAL	
	AUSENTE		PRESENTE		N	%
	N	%	N	%		
Con Bullying	33	25,2	80	61,1	113	86,3
Sin Bullying	13	9,9	5	3,8	18	13,7
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>35,1</b>	<b>85</b>	<b>64,9</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>
<b>X<sup>2</sup>c = 12,611</b>		<b>GL = 1</b>	<b>p = 0,000</b>	<b>α = 0,05</b>		

**Fuente:** Moura MA, Rodríguez KI, Vega FD.

La tabla 3, permite observar que del 100% (131) de estudiantes que constituyeron la muestra de estudio, el 64,9% (85) calificaron con presencia de pensamiento suicida, de ellos, 61,1% (80) calificaron con Bullying y 3,8% (5) sin Bullying; asimismo, el 35,1% (46) calificaron con ausencia de pensamiento suicida, de ellos, 25,2% (33) recalificaron con Bullying y 9,9% sin Bullying; es decir, que la mayoría de estudiantes tuvieron pensamiento suicida y sufrían Bullying.

Para verificar la hipótesis planteada y determinar si existe relación estadística entre el Bullying y el pensamiento suicida, se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado, obteniéndose una **X<sup>2</sup>c = 12,611**, con una **p = 0,000 < α = 0,05**, aceptándose la hipótesis de investigación de que existe relación estadística significativa entre el Bullying y el pensamiento suicida en los estudiantes del 3° al 5° grado de secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018.

**TABLA 4**

MALTRATO FAMILIAR Y PENSAMIENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES DEL 3° AL 5° GRADO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS 2018.

MALTRATO FAMILIAR	PENSAMIENTO SUICIDA				TOTAL	
	AUSENTE		PRESENTE		N	%
	N	%	N	%		
Ausente	6	4,6	2	1,5	8	6,1
Presente	40	30,5	83	63,4	123	93,9
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>35,1</b>	<b>85</b>	<b>64,9</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>
		<b>X<sup>2</sup>c = 5,949</b>	<b>GL = 1</b>	<b>p = 0,015</b>	<b>α = 0,05</b>	

**Fuente:** Moura MA, Rodríguez KI, Vega FD.

La tabla 4, permite observar que del 100% (131) de estudiantes que constituyeron la muestra de estudio, 64,9% (85) calificaron con presencia de pensamiento suicida, de ellos, 63,4% (83) refirieron presencia de maltrato familiar y 1,5% (2) ausencia de maltrato familiar; asimismo, 35,1% (46) calificaron con ausencia de pensamiento suicida y de ellos 30,5% (40) refirieron presencia de maltrato familiar y 4,5% (6) ausencia de maltrato familiar; es decir, que la mayoría de estudiantes tuvieron pensamiento suicida y refirieron sufrir de maltrato familiar.

Para verificar la hipótesis planteada y determinar si existe relación estadística entre el maltrato familiar y el pensamiento suicida, se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado, obteniéndose una  $X^2c = 5,949$  y una  $p = 0,015 < \alpha = 0,05$ , aceptándose la hipótesis de investigación de que existe relación estadística significativa entre el maltrato familiar y el pensamiento suicida en los estudiantes del 3° al 5° grado de secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018.

**TABLA 5**  
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y PENSAMIENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES DEL 3° AL 5° GRADO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS 2018.**

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	PENSAMIENTO SUICIDA				TOTAL	
	AUSENTE		PRESENTE		N	%
	N	%	N	%		
Familia funcional	33	25,2	59	45,0	92	70,2
Familia disfuncional	13	9,9	26	19,9	39	29,8
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>35,1</b>	<b>85</b>	<b>64,9</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>

**$X^2c = 0,077$      $GL = 1$      $p = 0,781$      $\alpha = 0,05$**

**Fuente:** Moura MA, Rodríguez KI, Vega FD.

La tabla 5, permite observar que del 100% (131) de estudiantes que constituyeron la muestra de estudio, 64,9% (85) calificaron con presencia de pensamiento suicida y de ellos un 45% (59) refirieron tener una familia funcional y 19,9% (26) familia disfuncional; asimismo, 35,1% (46) calificaron con ausencia de pensamiento suicida y de ellos 25,2% (33) refirieron tener una familia funcional y 9,9% (13) una familia disfuncional; es decir, que la mayoría de estudiantes tuvieron pensamiento suicida y refirieron vivir dentro de una familia funcional.

Para verificar la hipótesis planteada y determinar si existe relación estadística entre el funcionamiento familiar y el pensamiento suicida, se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado, obteniéndose una  $X^2c = 0,077$  y una  $p = 0,781 > \alpha = 0,05$ , por lo que se rechaza la hipótesis de investigación de que existe relación estadística significativa entre el funcionamiento familiar y el pensamiento suicida en los estudiantes del 3° al 5° grado de secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018.

## 2. DISCUSIÓN

Se encontró relación entre la **depresión** y el **pensamiento suicida** en los estudiantes de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018 ( $p < 0,000$ ;  $\alpha < 0,05$ ). Este resultado coincide con lo encontrado por Aguirre A y Auquilla I. (Ecuador, 2018), en su estudio sobre detección temprana de ideación suicida e identificación de factores de riesgo, en adolescentes de unidades educativas en Quito, donde obtuvieron relación estadística significativa entre depresión leve e ideación suicida ( $p < 0,000$ ;  $\alpha < 0,05$ ); también coincide con lo encontrado por Moraga C. (Chile, 2015), en su estudio sobre factores sociodemográficos, psicológicos y familiares asociados a ideación suicida en escolares de 10 a 13 años, de colegios de Viña del Mar, donde encontró asociación estadística significativa entre depresión e ideación suicida ( $p < 0,000$ ;  $\alpha < 0,05$ ); asimismo, coincide con lo encontrado por Ríos LE. (Cajamarca, 2015), en su estudio sobre sintomatología depresiva y conducta suicida en escolares de secundaria de instituciones educativas públicas de Cajamarca, donde obtuvo relación estadística significativa entre sintomatología depresiva y el pensamiento de quitarse la vida ( $p < 0,001$ ;  $\alpha < 0,005$ ); concuerda también con Vásquez DA. (Cuzco, 2018), quien en su estudio sobre ideación suicida, depresión y autoestima en escolares de Calca, obtuvo relación significativa entre depresión e ideación suicida ( $p < \alpha < 0,05$ ). Los resultados obtenidos, muestran que la mayoría de los sujetos de estudio se encuentran en la etapa de adolescencia media y presentan pensamiento suicida, esta situación puede explicarse en el sentido de que la adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta, a través de las tareas de desarrollo que debe satisfacer para lograr su propia identidad, definir su orientación sexual y lograr autonomía, que implica distanciarse de la familia y acercarse más a los amigos o pares, el control de las nuevas conductas, manejo de las fluctuaciones emocionales y los conflictos aumentados con los padres, acompañados de cuestionamientos de las conductas y valores adultos, entre otros, todo lo cual puede afectar su estado de ánimo o

emocionalidad aún no equilibrada y menos fortalecida, propiciando la aparición de depresión que es una enfermedad frecuente en la adolescencia que afecta al estado de ánimo cuando no se tienen respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana, puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades como las escolares. Si la depresión no recibe tratamiento profesional puede propiciar conductas de autoagresión, empezando por el pensamiento suicida y llevar al suicidio que es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años; por lo tanto, el adolescente requiere de información y apoyo en aspectos de salud mental, para el manejo o control adecuado de los estresores psicosociales y pérdidas emocionales que vivencia, para que le sirva como una herramienta para mejorar o reforzar sus habilidades sociales, resolver de forma saludable sus conflictos y lograr un desarrollo satisfactorio.

Se encontró relación entre el **Bullying** y el **pensamiento suicida** en los estudiantes de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018, con un  $\chi^2$  ( $p < 0,000$ ;  $\alpha < 0,05$ ). Este resultado tiene similitud con lo encontrado por Aguirre A y Auquilla I. (Ecuador, 2018), en su estudio sobre detección temprana de ideación suicida e identificación de factores de riesgo asociados, en adolescentes de unidades educativas en Quito, donde obtuvieron relación estadística significativa entre Bullying e ideación suicida ( $p < \alpha 0,05$ ); coincide también con Isla FP. (Lima, 2017), en su estudio sobre violencia escolar e ideación suicida en estudiantes de instituciones educativas públicas del distrito Los Olivos, obtuvo correlación significativa muy débil entre violencia escolar (Bullying) y la ideación suicida ( $p < \alpha 0,05$ ). Los resultados evidencian que el pensamiento suicida y el Bullying es un tipo de violencia o una situación de abuso con agresividad que pueden sufrir o hacer sufrir a otros estudiantes en su misma institución educativa, si los docentes o los padres no se dan cuenta de la situación o conociendo lo que sucede no hacen nada para cambiar la situación, dejando que se prolongue sin buscar su resolución, lo cual afecta a la víctima



de Bullying con temores, inseguridades, tristeza, desequilibrio emocional, cambios en su estado de ánimo y del humor, es decir, un deterioro a nivel psicológico relacionándose con los pensamientos suicidas e inclusive intentos suicidas; ante esta situación, es primordial que los profesionales de la salud valoren el estado de ánimo de los adolescentes sea dentro de sus familias o en las instituciones educativas, para la detección precoz de casos y proporcionar la ayuda terapéutica necesaria, así como para realizar intervenciones preventivo promocionales tendientes a mejorar la comunicación, el respeto y la no violencia entre los pares.

Se encontró relación **maltrato familiar** y el **pensamiento suicida** en los estudiantes de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018, con un  $\chi^2$  ( $p < 0,015$ ;  $\alpha < 0,05$ ). Este resultado tiene similitud con lo encontrado por Amoroto A. (Lima, 2016), en su estudio sobre violencia familiar e ideación suicida en adolescentes de instituciones educativas públicas de Junín, donde obtuvo una correlación altamente significativa entre violencia familiar e ideación suicida ( $p < 0,000$ ;  $\alpha < 0,05$ ); asimismo, tienen similitud con lo encontrado por Minetto A. (Huaral, 2013), en su estudio sobre violencia familiar e ideación suicida en adolescentes del Hospital San Juan Bautista de Huaral, donde obtuvo relación estadística significativa entre violencia familiar e ideación suicida, con un nivel crítico asociado ( $\text{Sig.} < 0,000$ ;  $\alpha < 0,05$ ). Los resultados evidencian que la mayoría de estudiantes presentan pensamiento suicida y de ellos la mayoría está vivenciando maltrato familiar dentro de su propio hogar; es decir que están siendo afectados por situaciones de violencia, agresiones o de negligencia repetida, ejercida por los padres o familiares en contra de los hijos, encontrándose tal vez en la encrucijada de no saber a quién pedir ayuda o a donde recurrir en busca de solución a ésta difícil y dolorosa situación que están viviendo por la crueldad de sus padres, sometido a un factor de estrés crónico (podría ser desde la infancia) cuyos efectos perjudiciales se están evidenciando en el desarrollo de la depresión de nivel leve; ello amerita

que a partir de los resultados obtenidos, se asuman responsabilidades para la intervención a nivel de las familias en la promoción de la salud mental, con temáticas como el derecho al buen trato a los miembros de la familia, que implica recibir cuidados, afecto, protección, socialización y educación no violenta, en un ambiente armonioso, solidario y afectivo, para asegurar el desarrollo saludable e integral de las capacidades como seres humanos, que no repitan la violencia, sino que lleven una vida responsable en la sociedad.

No se encontró relación entre la **funcionalidad familiar** y el **pensamiento suicida** en los estudiantes de la institución educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018, con un  $\chi^2$  ( $p < 0,077$ ;  $\alpha < 0,05$ ). Este resultado coincide con lo encontrado por Moraga C. (Chile, 2015), en su estudio sobre factores sociodemográficos, psicológicos y familiares asociados a ideación suicida en escolares de 10 a 13 años, de colegios de Viña del Mar, donde no obtuvo significancia estadística entre cohesión familiar e ideación suicida ( $p > 0,05$ ); sin embargo, no coincide con lo encontrado por Pérez PZ. (Lima, 2016), en su estudio sobre funcionamiento familiar e ideación suicida en alumnos de 5to año de educación secundaria del distrito de San Juan de Miraflores, donde obtuvo relación estadística significativa e inversa entre funcionamiento familiar y la ideación suicida ( $p < 0,003$ ;  $\alpha < 0,05$ ); igualmente no coincide con lo encontrado por Aguirre A. y Auquilla I. (Ecuador, 2018), en su estudio sobre detección temprana de ideación suicida y factores de riesgo, en adolescentes de unidades educativas en Quito, donde obtuvieron relación estadística significativa entre disfuncionalidad familiar e ideación suicida ( $p < 0,002$ ;  $\alpha < 0,05$ ); asimismo, no concuerda con lo encontrado por Macedo JM, Rimachi MV. (Iquitos, 2016), en su estudio sobre funcionalidad familiar, autoestima y la ideación suicida en estudiantes del cuarto y quinto grado de secundaria de la Institución Educativa Generalísimo José de San Martín, donde encontraron relación estadística significativa entre funcionalidad familiar y la ideación suicida ( $p < 0,000$ ;  $\alpha < 0,05$ ). Los resultados evidencian que la mayoría de

estudiantes a pesar de que presentan pensamientos suicidas, sin embargo la mayoría de ellos refirieron vivir dentro de un hogar con funcionalidad familiar; es decir, dentro de un sistema familiar organizado, protector, que cumple con sus responsabilidades, tiene amor y límites claramente definidos para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesan cada uno de sus miembros o la familia como tal, en consecuencia, sus miembros no presentan problemas graves de salud mental, evidenciando comportamientos aceptablemente saludables; lo cual consideramos una oportunidad desde el ámbito de la salud, para reforzar los factores protectores (organización, autoridad, capacidad de negociación y flexibilidad, amor y límites, etc.) tendientes a fortalecer y mantener la funcionalidad familiar que es el mejor soporte que da sentido, seguridad y amor a la vida.

### 3. CONCLUSIONES

Después de haber realizado el estudio, las conclusiones son:

1. Los factores psicosociales identificados en los estudiantes del 3° al 5° grado de secundaria, de la Institución Educativa Túpac Amaru, son: el 58,5% calificaron sin depresión y 86,3% con Bullying.
2. Los factores familiares identificados en los estudiantes del 3° al 5° grado de secundaria, de la Institución Educativa Túpac Amaru, son: 93,9% refirieron presencia de maltrato familiar y 70,2% calificaron como familia funcional.
3. En cuanto al pensamiento suicida identificado en los estudiantes del 3° al 5° grado de secundaria, de la Institución Educativa Túpac Amaru, el 64,9% refirieron presencia de pensamiento suicida.
4. Al relacionar los factores psicosociales, familiares y el pensamiento suicida en los estudiantes, se obtuvo relación estadística significativa entre: depresión y pensamiento suicida ( $p=0,000$ ;  $< \alpha = 0,05$ ), Bullying y pensamiento suicida ( $p=0,000$ ;  $< \alpha = 0,05$ ), maltrato familiar y pensamiento suicida ( $p=0,015$ ;  $< \alpha = 0,05$ ); por otro lado, no existe asociación estadística significativa entre funcionamiento familiar y pensamiento suicida ( $p=0,781$ ;  $> \alpha = 0,05$ ).

#### **4. RECOMENDACIONES**

De acuerdo a las conclusiones del estudio, se plantean las siguientes recomendaciones:

A las autoridades y docentes de la institución educativa Túpac Amaru, tomar en cuenta los resultados obtenidos para tomar decisiones en coordinación con los padres de familia a favor de la salud mental de sus estudiantes, realizando evaluaciones psicológicas periódicas y aplicando programas preventivo promocionales para mejorar los indicadores significativos estudiados.

Al Centro de Salud Túpac Amaru, en calidad de centro piloto de salud mental, que a través de su profesional de Psicología, en base a los resultados obtenidos oriente sus actividades en las familias de la comunidad (depresión, maltrato, funcionalidad) y con la institución educativa Túpac Amaru (Bullying) y lograr mejoras potenciando los factores protectores a fin de lograr cambios favorables en la dinámica familiar y en los proyectos de vida de los estudiantes.

A los Investigadores docentes y egresados de la facultad de enfermería, que se motiven en la realización de nuevos estudios tomando en cuenta los resultados significativos o incluir otras variables de estudio, enfatizando en estudios de intervención sobre las variables estudiadas.

A los estudiantes adolescentes de la institución educativa Túpac Amaru, para que no tengan temor de hablar de sus problemas o dificultades personales o familiares, con los profesionales de la salud, para aprender a manejarlos y controlarlos de forma saludable, entendiéndolo que los problemas siempre estarán solamente hay que aprender a afrontarlos de forma eficaz.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Boletín informativo. El suicidio según vigilancia epidemiológica. 2015. Disponible en:  
[https://www.paho.org/nic/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=datos-y-estadisticas&alias=713-boletin-informativo-el-suicidio-segun-vigilancia-epidemiologica&Itemid=235](https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=713-boletin-informativo-el-suicidio-segun-vigilancia-epidemiologica&Itemid=235)
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Washington, EE. UU. 2015. Disponible en:  
[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicidepre vent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicidepre vent/es/)
3. Noticias. Tasa de suicidios a nivel mundial. 2015. Disponible en:  
<http://noticias montreal. com/61220/oms-tasa-de-suicidio-global-aumento-mas-de-60-en-45-anos/>
4. Distintas latitudes. Suicidio, jóvenes y silencio en América Latina: esta es la situación en siete países de la región. May 10, 2018.  
<https://distintaslatitudes.net/suicidio-jovenes-en-america-latina>
5. Ministerio de Salud. Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015. Nicaragua. 2015. Disponible en:  
[http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/component/docman/doc\\_view/560-plan-desalud-de-centroamerica-y-republica-domini cana-2010-2015](http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/component/docman/doc_view/560-plan-desalud-de-centroamerica-y-republica-domini cana-2010-2015)
6. Fernández L. Unas mil personas se quitan la vida cada año en Perú, según el Minsa. Diario El Comercio [20/09/2018]. Perú. 2018. Disponible en:  
<https://elcomercio.pe/peru/mil-personas-quitan-vida-ano-peru-minsa-noticia-555798>
7. Sausa M. Tres personas se suicidan al día en el Perú y el 70% lo hacen por depresión. Perú 21. Sábado 19 de setiembre del 2015. Disponible en:  
<https://peru21.pe/lima/tres-personas-suicidan-dia-peru-70-depresion-197065>

8. Bullying sin Fronteras. Estadísticas de Bullying en Perú. Lunes, 3 de abril de 2017. Perú. 2017. Disponible en:  
<https://bullyingsinfronteras.blogspot.com/2017/04/estadisticas-de-bullying-en-peru-bullying-sin-fronteras.html>
9. Moura MA, Rodríguez KI, Vega FD. Tesistas. Iquitos, Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2018.
10. Aguirre A, Auquilla I. Detección temprana de ideación suicida e identificación de los factores de riesgo asociados, en adolescentes de dos unidades educativas del sur de la ciudad de Quito entre septiembre 2017 a febrero 2018. [Tesis de Titulación]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2018. Disponible en:  
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14768/TESIS%20IDEACION%20SUICIDA%20EN%20ADOLESCENTES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Moraga C. Ideación suicida en escolares de 10 a 13 años, de ambos sexos, de colegios de la Comuna de Viña del Mar: Factores sociodemográficos, Psicológicos y familiares asociados. [Tesis de Maestría en Psicología]. Santiago, Chile. Universidad de Chile; 2015. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/144415/TESIS%20CAROL%20MORAGA%20ARMIJO.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Revisado: 18/10/2018]
12. Vásquez D. Ideación suicida, depresión y autoestima en escolares de la I.E. nuestra señora de Belén Calca 2017. [Tesis de Titulación de Médico Cirujano]Cuzco, Perú. Universidad Andina del Cusco; 2018.
13. Isla FP. Violencia escolar e Ideación suicida en los alumnos de 4º y 5º grado de secundaria de instituciones educativas públicas del distrito de Los Olivos, 2017. [Tesis de titulación]. Universidad César Vallejo; 2017. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/3309>
14. Amoroto A. Violencia familiar e ideación suicida en adolescentes de instituciones educativas públicas del Distrito Intercultural de Río Negro,

- Junín 2016. [Tesis de Titulación de Psicóloga]. Lima, Perú. Universidad Peruana Unión; 2016. Disponible en: [http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/678/Anabell\\_Tesis\\_Bachiller\\_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/678/Anabell_Tesis_Bachiller_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Revisado 13/10/18]
15. Pérez PZ. Funcionamiento familiar e ideación suicida en alumnos de 5to año de educación Secundaria del distrito de San Juan de Miraflores. Lima, Perú. Universidad César Vallejo; 2016.
  16. Ríos LE. Sintomatología depresiva y conducta suicida en escolares de 4° y 5° de secundaria de cuatro instituciones educativas públicas de la ciudad de Cajamarca, 2014. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
  17. Minetto A. Violencia familiar e ideación suicida en adolescentes del Hospital San Juan Bautista de Huaral. Perú. 2013. Disponible en: <http://ojs.ucvlima.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/11/11>
  18. Jara JS, Nuñez TE, Bazalar RA. Factores biopsicosociales y Bullying en alumnos del 6<sup>to</sup> grado de primaria del colegio Ramón Castilla y Marquesado, Iquitos 2017. [Tesis de Licenciatura]. Iquitos, Perú. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2017. Disponible en: [http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5367/Jenny\\_Tesis\\_Titulo\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5367/Jenny_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Revisado: 13/10/2018]
  19. Macedo J, Rimachi M. Funcionalidad familiar y autoestima relacionado con la ideación suicida en estudiantes del cuarto y quinto de secundaria de la institución educativa generalísimo José de San Martín Punchana 2016. Iquitos 2016.
  20. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. Ginebra, Suiza, 2018. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/) [Revisado: 09/10/ 2018]
  21. Ponce M. Desarrollo Normal del Adolescente. Escuela del Ministerio Público. Perú. 2015. Disponible en:



[https://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/3962\\_03ponce.pdf](https://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/3962_03ponce.pdf) [Revisado: 16/10/18]

22. Hanssen GA. Definición de adolescencia OMS. Dirección corporativa de administración. Subdirección de servicios de salud. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/115245773/Definicion-de-Adolescencia-Oms> [En español, revisado: 09/10/2018]
23. Juárez CI. Taller de prevención sobre ideación suicida en la materia de formación cívica y ética en alumnos de tercero de secundaria. [Tesis de Licenciatura en Psicología Educativa]. México. Universidad Pedagógica Nacional; 2014.
24. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Ginebra, Suiza. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/> [Revisado: 13/10/18]
25. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Ginebra, Suiza. 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression> [Revisado: 13/10/18]
26. Ministerio de sanidad y política social. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y en la adolescencia. Edición: 07/2009 Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_456\\_depresion\\_inf\\_adol\\_avaliat\\_com\\_pl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_com_pl.pdf)
27. Factores de riesgo y protección de la depresión infantil: una revisión bibliográfica. Macarena Ortega Osorio. Julio, 2015. Disponible en: [http://tauja.ujaen.es/bistream/10953.1/1962/1/Ortega\\_Osorio\\_Macarena\\_TFG\\_Psicologa.pdf](http://tauja.ujaen.es/bistream/10953.1/1962/1/Ortega_Osorio_Macarena_TFG_Psicologa.pdf)
28. Ukova V. Inventario de depresión de Beck. [Internet]. Blog. 2018. [citado 26 de julio del 2018]. Disponible en: <http://www.testpsicologico.online/inventario-de-depresion-de-beck-insight-mind/>

29. Álvarez M, Atienza G, Avila MJ, González A, Rodríguez DG, De las Heras E, et. al. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. España. 2014. Disponible en:  
[http://portal.guiasalud.es/GPC/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](http://portal.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)
30. Ballesteros N. Bullying ¿cómo actuar?. 2018. Disponible en:  
<http://www.cuidatusaludemocional.com/bullying.html> [Revisado: 13/10/18]
31. Vera CY, Vélez CM, García HI. Medición del Bullying escolar: Inventario de instrumentos disponibles en idioma español. PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica. V. 9. N° 1. Colombia. 2017.
32. Vera C, Vélez C, García H, Medición del bullying escolar: Inventario de instrumentos disponibles en idioma español. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. 2017. Disponible en:  
<http://www.psiencia.org/9/1/31>
33. Bastarrachea G. La violencia familiar y sus secuelas en la adolescencia. México. Disponible en:  
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/El%20iceberg%20de%20la%20violencia%20familiar.pdf>
34. Estudios de Psicología. Menores víctimas de violencia familiar: una asignatura pendiente. España. 2018. Disponible en:  
<http://epce.blogs.uoc.edu/es/2018/03/09/menores-victimas-violencia-familiar-asignatura-pendiente/> [Revisado: 14/10/18]
35. Observatorio Nacional de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Los niños, niñas y adolescentes: población vulnerable al maltrato y al abuso. 2018. Disponible en:  
<https://observatorioviolencia.pe/ninez-vulnerable-al-maltrato/> [Revisado: 14/10/18]
36. Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables. Marco Normativo nacional e internacional sobre infancia y adolescencia. Lima, Perú. 2017.

37. Minetto A. Violencia familiar e ideación suicida en adolescentes del Hospital San Juan Bautista de Huaral. Universidad César Vallejo. 2013. Disponible en:  
<file:///D:/DATOS%20DE%20USUARIO/vanessa%20rodriguez/Downloads/11-44-1-PB.pdf>
38. Hospital General de Zona 3 del IMSS. El bloc de los residentes de medicina familiar [Internet]. Blogspot: Sinaloa. 2008 [consulta 29 diciembre 2008]. Disponible en: <http://medicinafamiliaramazatlan.blogspot.pe/2008/12/funcionalidad-familiar.html>
39. Alexandra G. Carmen M. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. Avances en enfermería [revista on-line]. 2009 [consultado 6 mayo 2011]. Disponible en:  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35856/37065>
40. Nelson V. Transición de la infancia a la adolescencia: notas para la práctica pediátrica. Buenos Aires, 2004.
41. Águila T.A. Suicidio: la última decisión. 2a. ed. México: Editorial Trillas; 2012. Pg 25
42. López G. Tendencia de mortalidad por suicidio en adolescentes en el Estado de México 2000-2015. [Tesis de Licenciado]. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2017.
43. Saldivar I. Instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar. [Internet] 2013. Disponible en:  
<https://es.slideshare.net/IvanAlonsoSaldivar/instrumentos-para-evaluar-la-funcionalidad-familiar-ivan-alonso>
44. Pezúa M. Clima social familiar y su relación con la madurez social del Niño(a) de 6 a 9 años. [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Unidad de post-grado. 2012. Disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/330\\_04/Pezua\\_vm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/330_04/Pezua_vm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

45. Denis E, Barradas ME, Delgadillo R, Denis PB, Melo G. Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta análisis. RIDE. Rev. Iberoam. Investig. Desarro. Educativo. Vol. 8 n° 15. Guadalajara, México. jul./dic. Universidad Veracruzana; 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23913/ride.v8i15.304>
46. Hospital San Juan Capestrano. Signos y síntomas del pensamiento suicida. Puerto Rico. 2018. Disponible en: <http://www.sanjuancapestrano.com/trastornos/pensamientosuicida/sintomas-efectos> [Revisado: 16/10/18]
47. Torre M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada. Universidad Autónoma de Madrid (UAM). España. 2013. Disponible en: [https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo\\_ideacion\\_suicida.pdf](https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf)
48. Castellero O. Pensamientos suicidas: causas, síntomas y terapia. Barcelona, España. 2018. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/pensamientos-suicidas>[Revisado: 16/10/18]
49. MayoClinic. Suicidio y pensamientos suicidas. España. 2018. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/suicide/symptoms-causes/syc-20378084> [revisado: 16/10/18]
50. Cañón B, Constanza S. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. Archivos de Medicina (Col) [Revista on-line]. 2011; Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273819434005.pdf>
51. Escala de ideación suicida SSI. Actualización: 17 de Octubre 2015. Disponible en: [http://www.depresion.psicomag.com/esc\\_idea\\_suic.php](http://www.depresion.psicomag.com/esc_idea_suic.php),

52. Rodríguez JL, De Rivera G, Revuelta R, Gracia Marco y D. Montes de Oca Hernández. El suicidio y sus interpretaciones teóricas. 1990. Disponible en: [http://www.psicoter.es/\\_arts/90\\_A077\\_12.pdf](http://www.psicoter.es/_arts/90_A077_12.pdf)
53. McLeod. Piaget - Teoría Cognitiva. Simply Psychology. EE. UU. Consultado el 18 de Septiembre de 2012.
54. Papalia DE, Wendlos S, Duskin R. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Novena edición. Editorial Panamericana.
55. Pérez MP, Vianchá MA, Martínez LC, Salas IC. El maltrato familiar y su relación con la ideación suicida en adolescentes escolarizados de instituciones públicas y privadas de las ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso. *Psicogente*, vol. 17, núm. 31, enero-junio, 2014, pp. 80-92. Universidad Simón Bolívar. Barranquilla, Colombia

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTA
<p style="text-align: center;"><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>FACTORES PSICOSOCIALES, FAMILIARES</b></p>	<p>Definida como aquellos factores de origen psicológico, social y relacionado con la dinámica familiar, que caracterizan e influyen en el comportamiento saludable o no saludable de los estudiantes adolescentes en estudio. Comprende los siguientes indicadores:</p>	<p>a) Factores Psicosociales</p>	<p>Depresión</p>	<p>Alteración del estado de ánimo expresado con sentimientos negativos de tristeza, desesperación, desaliento y otros, que manifiesta el estudiante adolescente en estudio. Fue valorado mediante la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung, y medido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin Depresión: cuando obtuvo menos de 50 puntos.</li> <li>- Depresión Leve: cuando obtuvo entre 50 a 59 puntos.</li> <li>- Depresión Moderada: cuando obtuvo entre 60 a 69 puntos.</li> <li>- Depresión Severa: cuando obtuvo entre 70 o más puntos.</li> </ul>	<p>Nominal</p>	<p style="text-align: center;">Escala de Autoevaluación de la depresión de Zung (Anexo 05)</p>
			<p>Bullying</p>	<p>Definido como el comportamiento agresivo dirigido hacia otros con el fin premeditado de causar daño, manifestada dentro de la institución educativa, y referido por el escolar sujeto de estudio. Fue valorado mediante la aplicación del Cuestionario sobre Bullying en Adolescentes, y medido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin Bullying: si marcó la alternativa “a” en todos los ítems.</li> <li>- Con Bullying: si marcó cualquiera de las alternativas excepto la “a” en todos los ítems.</li> </ul>	<p>Nominal</p>	<p style="text-align: center;">Cuestionario sobre Bullying en adolescentes (Anexo 06)</p>

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTA
		b) Factores Familiares	Maltrato familiar	Referido a algún tipo de agresión o daño que de manera reiterada o repetitiva ejercen los padres y/o algún miembro familiar en contra del estudiante adolescente sujeto de estudio, perjudicando su desarrollo físico, psicológico y social. Fue valorado mediante la Escala de Víctima de Violencia Familiar y medido como: - Ausente: cuando obtuvo cero puntos. - Presente: cuando obtuvo de 1 a 48 puntos.	Ordinal	Escala de víctima de Violencia Familiar
			Funcionalidad familiar	Referido al comportamiento de la familia frente a las dificultades o problemas que experimentan dentro de la dinámica de su funcionamiento, manifestado por el adolescente en estudio. Fue valorado mediante el Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL), y medido como: - Familia Funcional: cuando obtuvo de 43 a 70 puntos. - Familia Disfuncional: cuando obtuvo de 14 a 42 puntos.	Ordinal	Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)



VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTA
<p style="text-align: center;"><b>VARIABLE DEPENDIENTE PENSAMIENTO SUICIDA</b></p>	<p>Referido a la manifestación por parte del estudiante adolescente de pensamientos o ideas de terminar con su propia existencia, su deseo de vivir o morir, así como las características de los pensamientos/deseos de suicidio. Fue valorado mediante la aplicación de la Escala de Ideación Suicida sobre pensamiento suicida en adolescentes, y medido como:</p>		<p style="text-align: center;">Pensamiento suicida</p>	<p>- Ausente: cuando el estudiante adolescente no manifestó ninguna respuesta positiva en la escala, es decir cuando obtuvo cero puntos.</p> <p>- Presente: cuando el estudiante adolescente manifestó una o más respuestas positivas en la escala, es decir cuando obtuvo de un punto a más.</p>	<p style="text-align: center;">Nominal</p>	<p style="text-align: center;">Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB)</p>

“Factores psicosociales, familiares y pensamiento suicida en estudiantes de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018”

**ANEXO 2**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE SU MENOR HIJO**  
**PARTICIPE EN LA INVESTIGACIÓN**

CÓDIGO:.....

Estimados padre o madre de familia, le damos un cordial saludo, somos bachilleres de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana: Vega Bardales Flavia, Moura Cárdenas Marina y Rodríguez Rengifo Katitza, estamos realizando un estudio de investigación sobre factores psicosociales, familiares y el pensamiento suicida en estudiantes adolescentes del 3<sup>a</sup> al 5<sup>a</sup> grado de secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru, que servirá para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería. Por ello le solicitamos su autorización para que su menor hijo (a) participe en forma voluntaria en el presente estudio que es muy importante. Al mismo tiempo le indicamos que de aceptar la participación de su menor hijo en el estudio, su colaboración es anónima, en ningún momento se afecta su integridad física o moral, cabe resaltar que su menor hijo(a) tiene la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento si así lo desea.

Entonces pasamos a hacerle la siguiente pregunta:

¿Autoriza la participación de su hijo (a) en el estudio?

Si

No

*Muchas gracias*

.....

FIRMA

“Factores psicosociales, familiares y pensamiento suicida en estudiantes de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018”

**ANEXO 3**  
**ASENTIMIENTO INFORMADO**

CÓDIGO:.....

Estimado estudiante, somos bachilleres de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, estamos realizando un estudio de investigación sobre *Los factores psicosociales, familiares y el pensamiento suicida en estudiantes adolescentes del 3<sup>a</sup> al 5<sup>a</sup> grado de educación secundaria de la Institución Educativa Túpac Amaru*. El propósito de la investigación es optar el título profesional de Licenciadas en Enfermería. Para ello le solicitamos su participación voluntaria y honesta, la cual es de mucha importancia para el estudio. Al mismo tiempo debo indicarle que de aceptar participar en el estudio, su colaboración es anónima, en ningún momento se afectara su integridad física ni moral, cabe resaltar que si usted desea puede dejar de responder las preguntas y retirarse en cualquier momento.

Entonces paso a hacerle la siguiente pregunta:

¿Desea participar en el estudio?

Si

No

De ser positiva su respuesta, les agradecemos y a continuación procederemos a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. Muchas gracias.

---

FIRMA

“Factores psicosociales, familiares y pensamiento suicida en estudiantes de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018”

**ANEXO 4**  
**ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN**  
**DE W.W.K. ZUNG**

**I. PRESENTACIÓN**

El presente instrumento estandarizado, tiene el propósito de medir el nivel de depresión en una persona, según cómo se esté sintiendo desde hace 15 días atrás. Duración: 15 minutos.

**II. INSTRUCCIONES**

Lea cada ítem y marque con un aspa (X) solo una respuesta, la que más se acerca a su caso o situación. Responda con sinceridad. N = nunca, AV = a veces, CS = casi siempre y S = siempre.

**III. CONTENIDO**

N°	ÍTEMS	N	AV	CS	S
1	Me siento desanimado(a) y triste				
2	Por la mañana es cuando me siento mejor				
3	Siento ganas de llorar o irrumpe en llanto				
4	Tengo problemas para dormir por la noche				
5	Tengo tanto apetito como antes				
6	Aun me atrae las personas del sexo opuesto				
7	Noto que estoy perdiendo peso				
8	Tengo problemas intestinales y estreñimiento				
9	Me late el corazón más rápido que de costumbre				
10	Me canso sin motivo				
N°	ÍTEMS	N	AV	CS	S

11	Tengo la mente tan clara como antes				
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
13	Me siento nervioso (a) no puedo quedarme quieto/a				
14	Tengo esperanza en el futuro				
15	Estoy más irritable que antes				
16	Me es fácil tomar decisiones				
17	Me siento útil y necesario (a)				
18	Me agrada mi vida actual				
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera				
20	Disfruto de las mismas cosas que antes				
<b>Total:</b>					

**IV. OBSERVACIONES:**

.....

.....

.....

¡Muchas gracias por su importante colaboración!

**EVALUACIÓN:**

El rango de calificación es de 20-80.

- Sin depresión : menos de 50 puntos
- Depresión leve : de 50-59 puntos
- Depresión moderada : de 60-69 puntos
- Depresión severa : de 70 o más puntos

“Factores psicosociales, familiares y pensamiento suicida en estudiantes de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018”

## ANEXO 5

### CUESTIONARIO SOBRE BULLYING EN ADOLESCENTES

(Adaptado de ORTEGA R, MORA JA, y MORA J. y modificado Moura MA, Rodríguez KI, Vega FD)

CÓDIGO:.....

#### I. PRESENTACIÓN:

El instrumento que se presenta, tiene el propósito de obtener información sobre la variable independiente relativas a las preconcepciones de intimidación y maltrato que se manifiesta entre iguales, conocido como Bullying.

#### II. INSTRUCCIONES:

Lee cuidadosamente las preguntas y responde de forma sincera, marcando con una X, una sola de las respuestas en las preguntas 1, 2, 3, 4 y 5, y puedes marcar más de una respuesta en las preguntas 6, 7 y 8.

#### III. CONTENIDO:

PREGUNTAS		CÓDIGO
1. ¿Cómo te llevas con la mayoría de compañero/as?	( )	1
a) Bien	( )	2
b) Ni bien ni mal	( )	3
c) Mal		
2. ¿Cuántas veces te has sentido solo/a en el recreo porque tus amigos no han querido estar contigo?		

a) Nunca	( )	1
b) Pocas veces	( )	2
c) Muchas veces	( )	3
3. ¿Cuántas veces te han intimidado o maltratado algunos de tus compañeros/as?		
a) Nunca	( )	1
b) Pocas veces	( )	2
c) Muchas veces	( )	3
4. Si tus compañeros te han intimidado en alguna ocasión ¿desde cuándo se producen estas situaciones?		
a) Nadie me ha intimidado nunca	( )	1
b) Desde hace una semana	( )	2
c) Desde hace un mes	( )	3
d) Desde principios del año escolar	( )	4
e) Desde siempre	( )	5
5. ¿Quiénes suelen ser los que intimidan a sus compañero/as?		
a) No lo sé	( )	1
b) Un chico o un grupo de chicos	( )	2
c) Una chica o un grupo de chicas	( )	3
d) Un grupo de chicos y chicas	( )	4
6. ¿En qué lugares suelen ocurrir las situaciones de intimidación o maltrato? Puedes elegir más de una respuesta.		
a) No lo sé	( )	1
b) En la clase	( )	2
c) En el patio	( )	3
d) En la calle	( )	4
e) Otros:.....	( )	5

7. Si alguien te intimida ¿hablas con alguien de lo que te sucede? Puedes elegir más de una respuesta.		
a) Nadie me intimida	( )	1
b) No hablo con nadie	( )	2
c) Con los/as profesores/as	( )	3
d) Con mi familia	( )	4
e) Con compañeros	( )	5
8. Si has participado en situaciones de intimidación hacia tus compañeros ¿Por qué lo hiciste? Elige más de una respuesta.		
a) No he intimidado a nadie		
b) Porque me provocaron	( )	1
c) Porque son distintos en algo (gitanos, pavos, débiles, tontos)	( )	2
	( )	3
d) Por molestar o bromear	( )	4
e) Otros:.....	( )	5
<b>TOTAL:</b>		

#### IV. OBSERVACIONES:

.....  
 .....

¡Muchas gracias por su colaboración!

#### CALIFICACIÓN:

- Sin Bullying: cuando marca cualquiera de las alternativas excepto la “a” en todos los ítems.
- Con Bullying: cuando marca la alternativa “a” en todos los ítems.



“Factores psicosociales, familiares y pensamiento suicida en estudiantes de la  
Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018”

## ANEXO 6

### ESCALA SOBRE VICTIMA DE VIOLENCIA FAMILIAR

#### I. PRESENTACIÓN:

La presente encuesta tiene el propósito de obtener información sobre la posibilidad de violencia familiar que podrías vivir en tu hogar. Esta encuesta no tiene ítems verdaderos o falsos, por lo cual te pedimos que respondas con toda sinceridad. Además, es de carácter confidencial, o sea, es de carácter anónimo para que nadie sepa a quien pertenece esta encuesta.

#### II. INSTRUCTIVO:

Marca una de las cuatro alternativas de los ítems que se presentan, según corresponda a lo ocurrido o lo que ocurre dentro de tu casa. 1 Nunca 2 Casi nunca 3 Casi siempre 4 Siempre.

#### III. CONTENIDO:

ITEMS	1	2	3	4
<b>Alguno de tus padres, hermanos o alguien que vive en tu casa:</b>				
1. ¿Te ha golpeado con algún palo, cinturón o algún objeto domestico?				
2. ¿Te ha pateado o pegado con la mano o con el puño, jalado el pelo, mordido, arañado o pellizcado de cólera?				
3. ¿Te ha amarrado con sogas o alambre castigándote?				

<b>ITEMS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
4. ¿Te ha amenazado y/o agredido con alguna navaja, cuchillo o machete?				
5. ¿Te ha sacudido, empujado o jaloneado, ha tratado de ahorcarte, torcer el brazo o pierna?				
6. ¿Te ha quemado con el agua hirviendo o con alguna otra cosa?				
7. ¿Te ha dejado marcas como heridas, moretones, etc. después del castigo físico?				
8. ¿Te insulta, grita con palabras ofensivas y lisuras en vez de hablar a buenas maneras?				
9. ¿Te critica, humilla, se burla y menosprecia en público o privado?				
10.¿Te rechaza las muestras de cariño?				
11.¿Te niega la palabra totalmente por algo malo que has hecho o dicho ?				
12.¿Ha dejado de apoyarte en el trabajo o el estudio?				
<b>TOTAL:</b>				

#### **IV. OBSERVACIONES:**

.....  
.....

¡Muchas gracias por su colaboración!

#### **CALIFICACIÓN**

Puntaje total: 48

- Ausente: cuando obtiene cero puntos.

- Presente: cuando obtiene de 1 a 48 puntos.

## ANEXO 7

### TEST DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

#### I. PRESENTACIÓN

El presente instrumento estandarizado, se utiliza para obtener información sobre el funcionamiento familiar de los adolescentes en estudio. Duración: 10 minutos.

#### II. INSTRUCCIONES

Lea detenidamente cada aseveración que se le presenta y marque con un aspa (X) la respuesta que más se aplica a su vida familiar. Las alternativas de respuestas son: N=Nunca, PV=Pocas veces, AV=A veces, MV=Muchas veces, CS=Casi siempre.

#### III. CONTENIDO

ASEVERACIONES	VALORACIÓN				
	N	PV	AV	MV	CS
	1	2	3	4	5
1. Toman decisiones en conjunto, para cosas importantes de la familia.					
2. En mi familia o en mi casa predomina la armonía.					
3. En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades.					
4. Las muestras de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					

ASEVERACIONES	VALORACIÓN				
	N	PV	AV	MV	CS
	1	2	3	4	5
5. Podemos aceptar, los defectos de los demás y sobrellevarlos					
6. Tomamos en cuenta la experiencia de otras familias ante las diferentes situaciones que pasamos.					
7. Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
8. Se distribuyen las tareas del hogar entre todos, nadie esta sobrecargado.					
9. Las costumbres familiares se pueden modificar según determinadas situaciones que se presenten.					
10. En mi familia, podemos conversar sobre diversos temas sin temor					
11. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
12. Los intereses y necesidades de cada miembro de la familia, son respetados por el núcleo familiar.					
13. En mi familia nos demostramos el cariño que nos tenemos					
<b>TOTAL:</b>					

#### IV. OBSERVACIONES:

.....  
 .....

¡Muchas gracias por su importante colaboración!

#### Evaluación:

Familia Funcional: 43 – 70 puntos.

Familia Disfuncional: 14 – 42 puntos.

“Factores psicosociales, familiares y pensamiento suicida en estudiantes de la Institución Educativa Túpac Amaru, Iquitos 2018”

## **ANEXO 8**

### **ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA**

#### **I. PRESENTACIÓN**

Es un instrumento estandarizado, elaborado por las investigadoras, adaptado de la escala de Beck y Col. 1979, con el propósito de identificar el pensamiento suicida en los estudiantes adolescentes, comprende dos dimensiones: actitud ante la vida/muerte y la ideación suicida. Tiene 10 ítems con tres alternativas de respuestas. Duración: 10 minutos.

#### **II. INSTRUCCIONES**

En cada ítem, marque con una equis (X) solo una alternativa de respuesta, la que más se acerca a su forma de pensar o de sentir, en los últimos 15 días.

#### **III. CONTENIDO**

<b>ITEMS</b>	<b>PUNTOS</b>
<b>I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE</b>	
1. Deseo de vivir	
a) Moderado a Fuerte	0
b) Poco (débil)	1
c) Ninguno o no tiene	2
2. Deseo de morir	
a) Moderado a Fuerte	2
b) Débil	1
c) Ninguno o no tiene	0

3. Razones para vivir/morir	
a) Vivir supera a morir	0
b) Equilibrado (es igual)	1
c) Morir supera a vivir	2
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo	
a) Ninguno (Inexistente)	0
b) Poco (Débil)	1
c) Moderado a fuerte	2
5. Deseo pasivo de suicidio	
a) Tomaría precauciones para salvar la vida	0
b) Dejaría la vida/muerte a la suerte	1
c) Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida	2
Si en los ítems 4 y 5 la puntuación es 0, obviar la sección II, puntuando "8" (no aplicable).	
<b>II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO</b>	
6. Duración	
a) Breve, períodos pasajeros	0
b) Periodos largos	1
c) Continuo (crónico), casi continuo	2
7. Frecuencia	
a) Rara, ocasionalmente	0
b) Intermitente	1
c) Persistente o continuos	2
8. Actitud hacia los pensamientos/ deseos	
a) Rechazo	0
b) Ambivalente, indiferente	1
c) Aceptación	2
9. Control sobre la acción / deseo	
a) Tiene sentido de control	0
b) Inseguridad de control	1

c) No tiene sentido de control	2
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar)	
a) No lo intentaría porque algo lo detiene	0
b) Cierta duda hacia los intereses que lo detienen	1
c) Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar que factores tienen: ----- -----	2

**IV. OBSERVACIONES:**

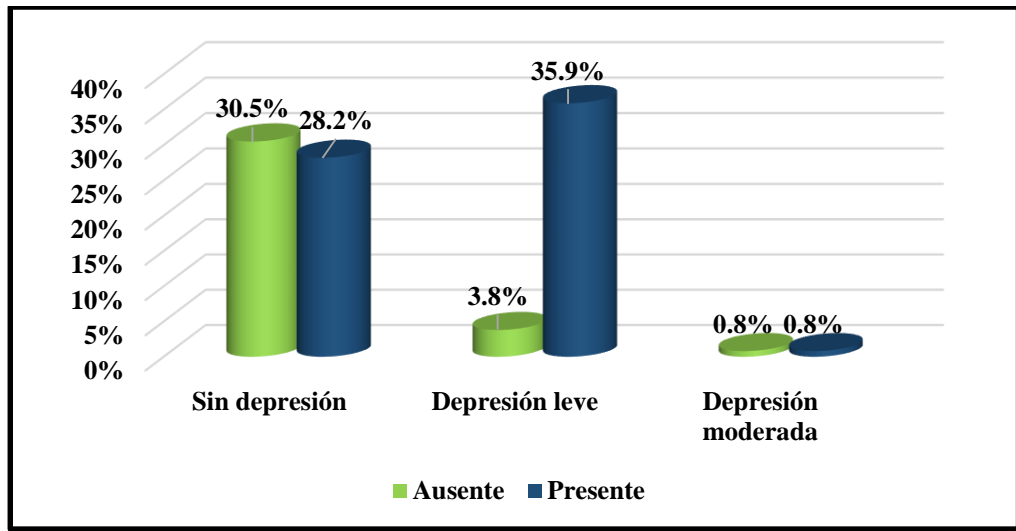
.....  
 .....

¡Muchas gracias por su importante colaboración!

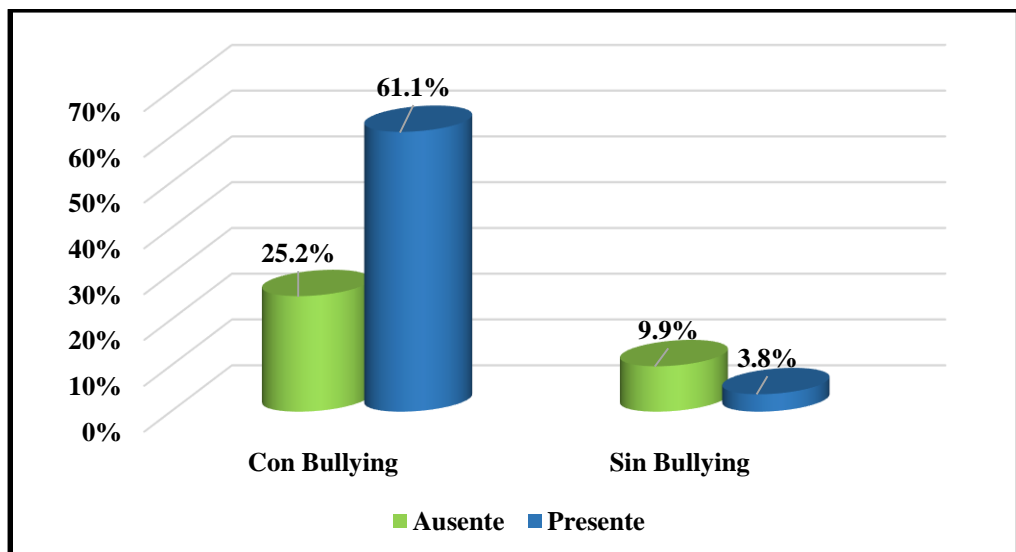
**EVALUACIÓN:**

- Ausente: cuando el estudiante adolescente no manifiesta ninguna respuesta positiva en la escala, es decir cuando obtiene cero puntos.
- Presente: cuando el estudiante adolescente manifiesta una o más respuestas positivas en la escala, es decir cuando obtiene de un punto a más

**GRÁFICO 1**  
**DEPRESIÓN Y PENSAMIENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES DEL 3°**  
**AL 5° GRADO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN**  
**EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS 2018**

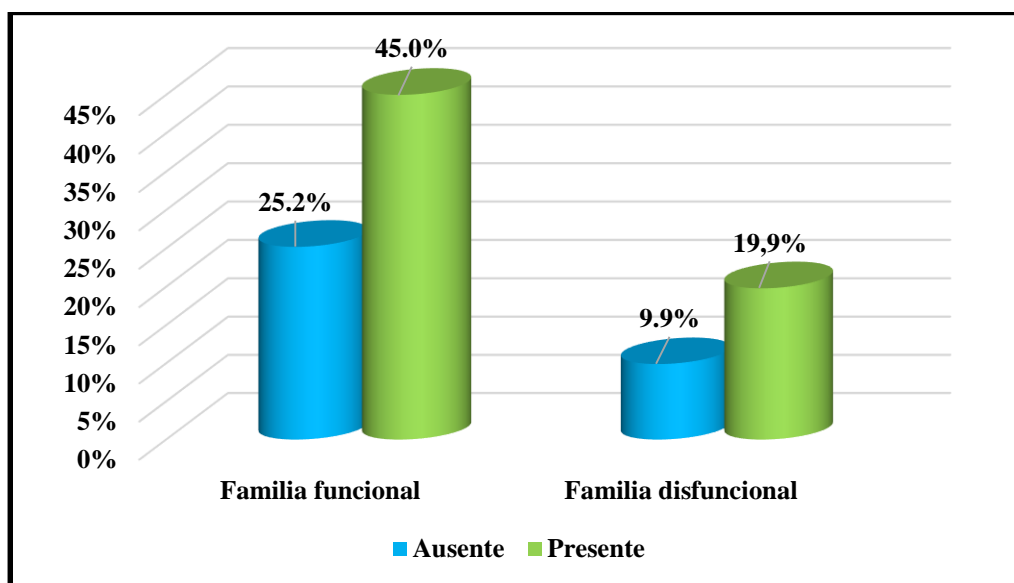


**GRÁFICO 2**  
**BULLYING Y PENSAMIENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES DEL 3°**  
**AL 5° GRADO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN**  
**EDUCATIVA TÚPAC AMARU, IQUITOS 2018**





**GRÁFICO 3**  
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y PENSAMIENTO SUICIDA EN**  
**ESTUDIANTES DEL 3° AL 5° GRADO DE SECUNDARIA**  
**DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC**  
**AMARU, IQUITOS 2018**



**GRÁFICO 4**  
**MALTRATO FAMILIAR Y PENSAMIENTO SUICIDA EN**  
**ESTUDIANTES DEL 3° AL 5° GRADO DE SECUNDARIA**  
**DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC**  
**AMARU, IQUITOS 2018**

