

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

**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 EN EL
PERIODO SEPTIEMBRE 2017 A FEBRERO 2018**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

AUTORES: AGUIRRE GORDÓN ALEXANDRA MARICELA

AUQUILLA SALCÁN ISABEL DEL CARMEN

DIRECTOR ACADÉMICO: DR. FREDDY CARRIÓN

**DIRECTOR METODOLÓGICO: DR. ROMMEL ESPINOZA DE
LOS MONTEROS**

QUITO, 2018

Tabla de Contenido

DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO	VII
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. SUICIDIO.....	5
2.1.1. Epidemiología.....	5
2.1.2. Factores de Riesgo.....	6
2.1.3. Etiopatogenia.....	7
2.2. SUICIDIO EN ADOLESCENTES.....	7
2.2.2. Factores de riesgo.....	10
2.3. IDEACIÓN SUICIDA.....	11
2.3.1. Generalidades.....	11
2.3.2 Etiopatogenia.....	12
2.3.3. Cuadro Clínico.....	16
2.3.4. Determinantes y causales de la Ideación Suicida.....	17
2.3.4.1. <i>Características de la Adolescencia.</i>	17
2.3.4.2. <i>Perfil Psicopatológico de los Adolescentes.</i>	17
2.3.4.3. <i>Depresión en Adolescentes en Ecuador.</i>	19
2.3.4.4. Factores de Riesgo.....	20
2.3.4.4.1. <i>Factores Biológicos.</i>	20
2.3.4.4.2. <i>Factores Psicológicos</i>	21
2.3.4.4.3. <i>Factores Sociales</i>	22
2.3.4.4.4. <i>Factores Familiares.</i>	23
2.4. DIAGNÓSTICO	26
2.5. ANTECEDENTES DE ESTUDIOS EN EL ECUADOR.....	27

CAPÍTULO III METODOLOGÍA.....	30
3.1. JUSTIFICACIÓN.....	30
3.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	32
3.3. OBJETIVOS.....	34
3.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	34
3.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	34
3.4. HIPÓTESIS.....	34
3.5. METODOLOGÍA.....	34
3.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO	35
3.5.1.1 <i>Variable Dependiente:</i>	36
3.5.1.2 <i>Variables Independientes:</i>	36
3.5.2. Universo y determinación del tamaño muestral	37
3.5.3. Muestra	38
3.5.4. Tipo y diseño de estudio.....	38
3.5.5. Procedimientos de recolección de la Información.....	39
3.5.6. Técnica de investigación.....	42
3.5.7. Plan de análisis de datos.....	43
CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	44
4.1 ANÁLISIS UNIVARIADO.....	44
4.1.1 Caracterización de los participantes según Datos sociodemográficos.....	44
4.1.2 Determinación de depresión en los participantes.....	46
4.1.3 Funcionalismo familiar en los alumnos.....	46
4.1.4 Ideación e Intentos de Suicidio entre los participantes.....	47
4.1.5 Caracterización del Bullying en los estudiantes participantes del estudio. ...	47
4.1.6 Presencia de consumo de sustancias adictivas.....	48
4.2. ANÁLISIS BIVARIADO	49
CAPÍTULO V DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES.....	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

ANEXO 1: ASENTIMIENTO INFORMADO	66
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	68
ANEXO 3: ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (SUICIDE INTENT SCALE, SIS)	69
ANEXO 4: TEST DE DEPRESIÓN DE BECK	71
ANEXO 5: ESCALA ABREVIADA DEL CUESTIONARIO DE INTIMIDACIÓN ESCOLAR CIE-A	75
ANEXO 6: APGAR FAMILIAR	76
ANEXO 7: ENCUESTA SOCIOECONÓMICA Y DEMOGRÁFICA.....	77
ANEXO 8: CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE DEPENDENCIA DE DROGAS (CIDD)	78
ANEXO 9: TABLAS DE ANÁLISIS BIVARIADO SIN RELACIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA.	79
ANEXO 10: UNIDADES EDUCATIVAS PARTICIPANTES	81

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a Dios por las bendiciones recibidas.

A mi familia: mi madre, padre, hermana, abuelita que son los pilares de mi vida y la razón para seguir adelante, por la abnegación entregada, por su comprensión y amor incondicional.

A las Unidades Educativas 5 de Junio y San José La Salle por abrirnos sus puertas y ser parte de este proyecto.

A los adolescentes que silenciaron su voz, ya que no encontraron otra salida.

Alexandra

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a Dios por ayudarme a llegar a este momento tan especial en mi vida, dándome la oportunidad de vivir y siendo guía permanente en mi camino y fiel compañero en cada paso en mis triunfos y derrotas.

A mis dos ángeles del cielo Abuelita Marcelina y mi Hermana Lupita que siempre creyeron en mí, siempre las llevo en mis oraciones y en mi corazón. Su presencia espiritual me impulsa cada día a tratar de ser mejor.

A Elías y Rosita mis padres por apoyarme en todo momento, por la motivación de ser una persona de bien, y darme siempre su amor.

A mis hermanos Lupita (+), Rigo, Evita con ellos aprendí a seguir luchando en cada momento, por acompañarme en cada paso que doy, por cada consejo que me han dado, siempre velando por mi bien, por mostrarme que el amor de una familia es lo más importante, los quiero muchísimo

A mis sobrinos Carlos, Johana, Estefanía, Santiago, Rafael, Sebastián que con sus palabras, cariño y confianza me han permitido estar junto a ellos, y pueda servirles de ejemplo de superación para un futuro mejor.

A nuestros amigos con los que iniciamos este grandioso sueño, los que se fueron convirtiendo en familia, con quienes compartimos tiempo, experiencias, momentos para toda la vida, en la universidad o en los hospitales que fueron nuestro segundo hogar.

Isabel

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por la bendición que me da día a día para cumplir mis anhelos y metas, la fortaleza que me brinda en momentos difíciles y por darme la oportunidad de servir al prójimo.

A cada uno de mis familiares, por la confianza, apoyo y por los cimientos sembrados que me permiten luchar por ser una mejor persona.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y a sus autoridades por darme la oportunidad de expandir mis conocimientos, creer en mí y por ofrecer las herramientas en beneficio de los más pequeños, los niños.

A mis compañeros por compartir sus sueños, alegrías, conocimientos y penas; en especial a Isabel mi compañera de tesis, gracias por escuchar y por el consejo sano.

Agradezco a los docentes que nos guiaron en la elaboración de este proyecto, gracias por su tiempo, por compartir sus conocimientos y sobre todo por incitarnos a seguir adelante.

Alexandra

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, a la Virgen Santísima del Carmen que siempre ha escuchado mis oraciones y por ser mi fuente de fuerza de amor en mi vida y en mi carrera.

A mis padres Elías y Rosita, que me han enseñado a esforzarme, y darme su apoyo por quienes el día de hoy soy quien son.

A mis hermanos Rigo y Evita que siempre me han apoyado y estuvieron conmigo sin dejarme decaer, ayudándome en las buenas y en las malas, por siempre preocuparse por mí y sobre todo gracias por estar en otro momento tan importante en mi vida.

A mi compañera, amiga de Tesis Alexandra, por haber formado un equipo de trabajo para lograr esta meta, por los desvelos, por haberme abierto las puertas de su casa y compartir su vida y de su familia.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por abrimos sus puertas y educarnos no solo como profesionales sino también como seres humanos, a sus autoridades, a mis maestros que día tras día estuvieron enseñándome a seguir y lograr este sueño de ser una excelente profesional. A la Escuela de Postgrado, a los Docentes en especial al Dr. Alfredo Naranjo por estar con nosotros desde el inicio hasta el final de nuestra carrera, enseñándonos a no decaer y a luchar por ser mejores tanto como médicos y como personas, siendo un gran ejemplo a seguir.

Al Dr. Freddy Carrión y al Dr. Rommel Espinoza por orientarnos con sus sabios conocimientos guiándonos en el desarrollo investigativo, y me ayudaron en la asesoría y dudas presentadas en la elaboración de este proyecto.

A los adolescentes de Bachillerato de las Unidades Educativas fiscal “5 de Junio” y particular “San José La Salle” de Quito quienes fueron motivo y sustento investigativo.

Isabel

RESUMEN

Las ideas suicidas forman parte de un proceso enmarcado en la conducta suicida que puede progresar hasta su ejecución, está considerado un problema de salud pública a nivel mundial y en Ecuador, donde la incidencia ha ido en aumento en los últimos años. Existen factores de riesgo que están asociados a su alta frecuencia, entre estos, la depresión, los problemas familiares y escolares suelen ser los más predominantes. El médico pediatra debe prepararse para poder identificarlos y contribuir con la prevención de este flagelo. Este estudio se realizó con la finalidad 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” de Quito. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal y de campo, incluyendo a 304 adolescentes de bachillerato. Los datos se obtuvieron por medio de encuestas, el análisis de los datos empleando medidas tendencia central y dispersión, asociación con PR e inferencia estadística con Chi cuadrado. **Resultados:** la prevalencia de la ideación suicida fue de 26.32%, el 53% fueron femeninas, un 57,2% con edades entre 14 a 16 años, el ingreso más común fue 1 SME con 34%, se registró síntomas de depresión en el 61,5% de los casos, disfunción familiar en el 59% y bullying en el 16%. Se presentó una relación estadísticamente significativa entre Ideación Suicida y grupo etario de 14 a 16 años, depresión, disfunción familiar, bullying e intento de suicidio.

Palabras Claves: Adolescencia, Conducta Suicida, Factores de Riesgo, Ideación suicida.

ABSTRACT

Suicidal ideas are part of a process framed in suicidal behavior that can progress until its execution, it is considered a public health problem worldwide and in Ecuador, where the incidence has been increasing in recent years. There are risk factors that are associated with its high frequency, among these, depression, family and school problems are usually the most prevalent. The pediatrician must prepare to be able to identify them and contribute to the prevention of this scourge. This study was carried out with the purpose of determining the prevalence of suicidal ideas and their associated factors, in adolescents of the educational units "5 de Junio" and particular "San José La Salle" of Quito. Methodology: A descriptive, observational, cross-sectional and field study was conducted, including 304 high school teens. The data were obtained by means of surveys, the analysis of the data using measures of central tendency and dispersion, association with PR and statistical inference with Chi square. Results: the prevalence of suicidal ideation was 26.32%, 53% were female, 57.2% with ages between 14 to 16 years, the most common admission was 1 SME with 34%, symptoms of depression were recorded in 61,5 % of cases, family dysfunction in 59% and bullying in 16%. A statistically significant relationship was presented between Suicidal Ideation and age group of 14 to 16 years, depression, family dysfunction, bullying and suicide attempt.

Key Words: Adolescence, Suicidal Behavior, Risk Factors, Suicidal Ideation.

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

Existen algunas discrepancias acerca de los términos más apropiados para denominar los aspectos relacionados con la conducta suicida, una tendencia ha sido emplear el término comportamiento suicida mortal, según el resultado letal del acto suicida y por el contrario al comportamiento suicida no mortal cuando las acciones llevadas a cabo no tengan como consecuencia la muerte del ejecutante, otros términos empleados incluyen intentos de suicidio, parasuicidio y daño autoinflingido deliberado. (Baaer Urra Millán & Yáñez., 2011)

El término de ideación suicida por refiere por lo tanto a pensamientos que pueden evocar desde algunas concepciones sobre que la vida no merece la pena, hasta desarrollar toda una planificación para lograr la muerte, es decir, el suicidio forma parte de un proceso continuo que se inicia con la ideación suicida hasta que se logra el objetivo de consumarlo (Baaer Urra Millán & Yáñez., 2011)

Por lo tanto, es un problema de alta gravedad que en la mayoría de los países continúa creciendo, siendo Ecuador uno de estos con una tasa de 16,4 x 100.000 habitantes para el año 2008, sin embargo, las cifras pueden no ser exactos por la alta posibilidad de subregistros. (Betancourt, 2008)

Se ha evaluado la relación de la ideación suicida con factores de riesgos, los cuales son los mismos que para el suicidio, consisten en elementos que aumentan la posibilidad de que se presente la ideación o el suicidio, tales como la depresión mayor; edad adolescente; sexo masculino; otros trastornos comórbidos o psicológicos, dificultades con el grupo familiar, crisis con los padres, los iguales o la pareja; intento de suicidio previo propio o de algún familiar; antecedentes psiquiátricos familiares; sucesos vitales estresantes; maltrato físico; abuso sexual; el bullying y las dificultades escolares (Ministerio de Sanidad y Política Social de Galicia, 2009)

El estudio de los factores asociados a la ideación suicida puede permitir mejorar las estrategias de prevención y disminuir la prevalencia de este problema que presentan los adolescentes. Desde la consulta de pediatría es posible alertar a los padres sobre particularidades que hacen sospechar una posible conducta suicida, por lo tanto, es importante involucrarse en estos temas.

Para determinar la prevalencia de la ideación suicida y sus factores asociados se determinaron una serie de objetivos y se diseñó la metodología apropiada para alcanzarlos.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Suicidio.

El suicidio se define, según señalamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), citado por UNICEF (2017), como una acción deliberada de quitarse la vida, tiene características diferentes en cuanto a prevalencia y métodos empleados según la región y el país, igualmente se destaca que los individuos que intentan el suicidio mantienen ideas ambivalentes en virtud de que muchas no buscan realmente la muerte sino el alivio de su sufrimiento.

Se ha determinado que el suicidio eleva en gran medida la carga mental y económica de las familias, adicionalmente, se trata de un problema complejo que implica un gran esfuerzo para poder entender y estudiar los factores psicológicos y sociales que conducen al suicidio, de manera que se logren establecer programas efectivos de prevención, para lo cual, se sugiere tomar en cuenta los antecedentes como ideación suicida y la actitud suicida. (Ghasemi Shaghaghi & Allahverdipour., 2015)

2.1.1. Epidemiología.

El suicidio se ha convertido en un verdadero problema de salud pública a nivel mundial, según la OMS, citado por Ghasemi, Shaghaghi & Allahverdipour, (2015) se estima que un aproximado anual de 1 millón de personas son víctimas del suicidio, alrededor de 2,1 a 18,5% de la población general ha considerado alguna vez suicidarse, sin embargo, respecto a esta cifra, es importante tomar en cuenta las dificultades que se presentan en los registros, así como los estigmas que rodean a las personas con ideación suicida y sus familiares, lo que permite inferir que se trata de un mayor número de individuos, los índices pueden ser empleados para establecer características de salud en las poblaciones.

Según cifras de la OMS (2017), por lo menos unas 800.000 personas mueren por causa de suicidio al año, equivalente a 1 muerte cada 40 segundos, el 75% ocurre en países con ingresos medios a bajos, los mecanismos más comúnmente empleados son los plaguicida,

el ahorcamiento y el uso de armas de fuego, por lo que es preciso adoptar medidas preventivas eficaces.

2.1.2. Factores de Riesgo

Según la OMS (2017), existe una relación entre suicidio y las patologías mentales, principalmente la depresión y el alcoholismo, otros factores relacionados, principalmente en países de altos ingresos, son los suicidios de manera impulsiva motivados por crisis que provocan mucha tensión emocional, así como las patologías crónicas y los problemas de pareja; los grupos discriminados con frecuencia como indígenas, homosexuales, migrantes, refugiados y presos; las experiencias intensas cargadas de violencia o injusticias con abusos incrementan las posibilidades de suicidio, finalmente el principal factor de riesgo para el suicidio es el intento de suicidio que ha sucedido con antelación.

Los factores de riesgo pueden discriminarse de forma más específica, según Mingote, Jiménez, Osorio y Palomo (2004), de la siguiente manera:

- Edad: incrementa con la edad, presentando un máximo entre hombres de 60 y 70 años y mujeres de 50 a 60 años.
- Sexo: es más frecuente en hombres en una proporción hasta 2 y 3 veces mayor que las mujeres.
- Estado Civil: se registran más casos de suicidio entre solteros, divorciados y viudos
- Situación Laboral: se presentan principalmente en personas con tiempo prolongado de desempleo
- Clase Social: el suicidio es más frecuente en las personas que pertenecen a una clase social más elevada y con nivel alto de estudio.
- Distribución geográfica: las grandes ciudades con alta densidad de población, sin embargo, la letalidad puede ser mayor en el medio rural posiblemente por la dificultad al acceso a los centros de salud
- Estrés y Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE): se relaciona estrechamente altos niveles de estrés y los AVE meses previos al suicidio.

- Otros factores incluyen la religión, situaciones como la emigración, factores biológicos donde se involucran algunas sustancias, factores ambientales, psicopatológicos y familiares

2.1.3. Etiopatogenia.

Diversos estudios señalan que el suicidio al parecer es el resultado de la interacción entre diferentes factores, en este sentido, es posible observar una relación entre factores biológicos, de desarrollo y sociales, donde algunos individuos cuya causa de muerte es el suicidio, han presentado mayor probabilidad de patrones de alteraciones en la metilación del ADN, aspecto que puede desempeñar un rol determinante como proceso que conlleva al suicidio, con base a la presencia de una reprogramación general de estos patrones en el hipocampo de los pacientes que consumaron el suicidio, adicionalmente, hay asociaciones significativas entre los polimorfismos en SLC6A4 Y TPH y los intentos de suicidio. (Cuesta-Revé, 2017)

2.2. Suicidio en Adolescentes.

La adolescencia es una etapa que transcurre entre la niñez y la adultez, caracterizada por un periodo de tiempo donde el individuo experimenta un desarrollo pleno, cargado de grandes transformaciones, cuya vivencia será diferente en cada persona, bajo la influencia de factores económicos, sociales y culturales, suelen ser más propensos al suicidio (UNICEF, 2017)

2.2.1. Epidemiología

Se ha estimado una cifra de 800 mil adolescentes aproximadamente que se suicidan al año, lo cual representa una tasa del 11,4 por cada 100mil habitantes, la segunda causa de muertes superada por los accidentes de tránsito, cifras que al parecer no pueden estimarse como reales debido al subregistro que caracteriza este a tipo de problemas; se estima que tan solo el 25% de los intentos de suicidios buscan ayuda. (UNICEF, 2017)

A nivel mundial se manejan entre la mayoría de los países como consenso, que el suicidio representa la segunda causa de defunción en jóvenes con edades comprendidas entre 15 a 29 años OMS (2017). En concordancia, el suicidio se ha convertido en un fenómeno que puede ser catalogado como una de las primeras causas de muerte entre jóvenes y adolescentes a nivel mundial, convirtiéndose en una prevalencia de alta prioridad en muchos países (Ghasemi Shaghghi & Allahverdipour., 2015).

En países como Australia, entre el 2004 y el 2012 reportaron 149 muertes por suicidio, de los cuales 34 fueron realizados por niños de 10 a 14 años y 115 entre 15 a 17, con una mayor propensión entre los que residían en áreas lejanas. (Cuesta-Revé, 2017)

Respecto a América Latina presenta registros inferiores a los del resto del mundo, sin embargo se han evidenciado irregularidades en el registro, disparidad en las tasas que emite cada país independientemente de su desarrollo en la región y no se toman en cuenta muchas veces la influencia en estos registros de los factores religiosos y culturales, afectando los datos en muchas oportunidades; con todo este panorama, América registró entre 2005 y el 2006 unos 65mil suicidios con una tasa de mortalidad ajustada de 7,3 por cada 100.000 habitantes. (Cuesta-Revé, 2017)

Continúa asegurando este autor que, en la región del Caribe de habla no hispana incluyendo a los Estados Unidos, las tasas fueron más elevadas en este periodo, mientras en América Central y países del caribe de habla hispana la tasa registrada fue de 5,2 por cada 100.000 habitantes en ese mismo periodo; en cuanto al género a nivel mundial los hombres tienen mayor prevalencia en una razón de 3,5 a 1 respecto a las mujeres, sin embargo, se registran más intentos e ideaciones de suicidio en mujeres que en hombres. (Cuesta-Revé, 2017)

En Chile se estableció una prevalencia del intento de suicidio registrada en el 14.3%, asociado a factores de riesgo muy variado, entre estos, la ideación suicida, sea esta de reciente aparición o una evocación antigua, el consumo de tabaco y los acontecimientos vitales estresantes, se sugiere establecer estos factores de riesgo como una importante prioridad para identificar y establecer el riesgo suicida. (Silva et al., 2017)

En México, según Cuesta-Revé, 2017 Óp. Cit., la tasa de suicidios en la población de 15 a 29 años para el 2014 fue de 40,2% del total de la población, con una tasas de 7,9 por cada 100 mil habitantes entre estas edades, se sucedieron 12,5 en hombre mientras que fueron 3,5 en mujeres; en Cuba, entre los años 2008 al 2010, el suicidio se registró como la tercera causa de muerte en el grupo etario de 10 a 19 años, así como el cuarto entre los jóvenes de 5 a 14 años, con predominio en hombres que manejan tasas de 4,5 en contraposición de 1,1 de las mujeres; en Colombia para el 2015 se registraron 10% de casos con respecto al año anterior, de los cuales el 48,74% se registró entre 15 a 34 años.

Otro estudio realizado en Colombia identificó los factores de riesgo suicida en 354 adolescentes de una institución educativa se aplicó la escala de factor de riesgo suicida de Plutchik y otros cuestionarios para medir funcionalidad familiar, depresión, dependencia del consumo de alcohol y tendencia a la violencia, obteniendo como resultados una edad promedio de 14,28 años, el 11,8% presentó riesgo suicida según la escala; los hombres representaron el 15,3% y 17,9% mujeres, 12,2% con intento de suicidio, 56,8% mostraron depresión, el 42,6% tuvo disfunción familiar de leve a severa; el 27% presentaron dependencia alcohólica, un 15,6% consumo de sustancias psicoactivas, 15,5% antecedentes familiares de intento suicida. (Alvarez, 2013).

Ecuador presenta una tasa de suicidios situada para el 2004 de 6,1 por cada 100.000 habitantes, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), relativamente baja con respecto al resto del mundo, donde en Europa se ubica en el 15,74 por cada 100.000 habitantes, sin embargo, para el año 2005 ascendió a 7,1 y aunque continua baja respecto a otras regiones su ascenso debe llamar la atención de las autoridades sanitarias, quienes registran las lesiones autoinflingidas intencionalmente en el número 14 de 67 causas de muerte en el país, convirtiéndolo en un problema de salud pública, por lo que se requiere evaluar todas las características que competen la conducta suicida. (Betancourt, 2008)

Según datos estadísticos nacionales, unas 611 muertes por suicidio ocurren cada año, pasando esta causa de muerte al segundo lugar en las edades comprendidas entre los 12 y 17 años en todo el Ecuador y la tercera causa en las provincias, tomando en cuenta que por cada suicidio se estiman unos 10 a 20 intentos fallidos (Bautista & Barahona, 2013).

Se trata de un problema grave que se encuentra en ascenso a nivel mundial y Ecuador no está exento de padecerlo, por el contrario, el intento de suicidio presentó una tasa de 16,4 x 100.000 habitantes para el año 2008, con un probable subregistro que incluye aquellos caso que no acuden en busca de ayuda médica. (Betancourt, 2008)

Según el INEC en el Ecuador para el año 2015 se registraron un total de 1073 muertes por lesiones autoinflingidas en la población general, aumentado la cifra para el año 2016 a 1219, de los cuales 201 se registraron entre los 10 y los 17 años, es decir un aproximado del 16,48% (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2016)

2.2.2. Factores de riesgo.

El problema principal del suicidio es lo complejo de los factores que lo caracterizan, entre los cuales se cuentan los biológicos, sociales, psicológicos, culturales y de orden ambiental, a nivel mundial, en el 2015 representó la 2da causa de muertes entre individuos de 15 a 29 años de edad, el 75% se sucedieron en países con bajos ingresos, siendo el 1,8% de la carga global de morbilidad para 1998, con una proyección del 2,4% para el 2020, es decir, se trata de un problema que no disminuirá en el tiempo, con el blanco en adolescentes sanos pero víctimas de factores de riesgo, y cuya acción suicida involucra a su vez serios daños en su entorno, familia y comunidad (Cuesta-Revé, 2017)

El suicidio es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte de jóvenes en todo el mundo, más de 1 millón de personas mueren por suicidio cada año, adicionalmente, por cada suicidio ocurren entre 10 y 40 intentos, y este antecedente es el principal factor que predice un suicidio consumado. (Echavarría y otros., 2016)

Los datos biogeográficos refieren que hay un predominio de suicidios entre adolescentes entre los 16 y 18 años, estos suelen provenir de familias más disfuncionales y con dificultades en las relaciones familiares, en comparación con adolescentes controles, estimar la prevalencia del intento de suicidio es una tarea muy difícil, por lo general se reconoce que se suceden entre unas 10 a 50 veces más frecuentes que los suicidios propiamente, según estos autores a nivel mundial se estima que por lo menos un 29,9%

de adolescentes ha tenido ideas suicidas en algún momento de su vida y en promedio entre 9,7% y 6,8% han atentado contra sí mismos. (Baaer Urra Millán & Yáñez., 2011),

La ideación suicida o pensamientos e ideas sobre suicidarse, está categorizada como un factor de riesgo predictor al suicidio, en Malasia un estudio realizado en el 2013, en jóvenes de 16 y 17 años, donde la ideación suicida obtuvo una prevalencia general de 6,2%, siendo significativamente mayor en el grupo femenino con un 7,6% sobre los hombres que agruparon el 4,7%, entre los factores de riesgo asociados se establecieron la soledad, la ansiedad y la falta de amigos. (Ying et al., 2016)

2.3. Ideación Suicida.

2.3.1. Generalidades.

Existen algunas discrepancias acerca de los términos más apropiados para denominar los aspectos relacionados con la conducta suicida, una tendencia ha sido emplear el término comportamiento suicida mortal, según el resultado letal del acto suicida y por el contrario al comportamiento suicida no mortal cuando las acciones llevadas a cabo no tengan como consecuencia la muerte del ejecutante, otros términos empleados incluyen intentos de suicidio, parasuicidio y daño autoinfligido deliberado. (Baaer Urra Millán & Yáñez., 2011)

En concordancia, diversos autores refieren la necesidad de unificar criterios respecto al tema del suicidio debido a la diversidad de terminologías que presenta, en cuanto a la conducta suicida, se define más ampliamente como un espectro de conductas que pueden conllevar a un fatal desenlace o no, entre las que se incluyen tentativa de suicidio o suicidio propiamente dicho. (Ministerio de Sanidad y Política Social de Galicia, 2009)

En este sentido, continuando con esta idea, el término de ideación suicida se reserva para una serie de pensamientos que varían desde concepciones sobre que la vida no merece la pena, hasta una planificación excelentemente estructurada sobre cómo morir, existiendo una propuesta de concebir al suicidio como un proceso continuo que parte desde la

ideación suicida, la planificación, hasta los intentos y suicidios consumados. (Ministerio de Sanidad y Política Social de Galicia, 2009), (Baaer Urra Millán & Yáñez., 2011)

Para Mosquera, (2016), las conductas suicidas presentan una escala de menor a mayor gravedad, iniciando con la ideación suicida, la cual se plantea como pensamientos fugaces acerca del rechazo a la vida, el poco valor de la vida, con planificación para la muerte y una serie de fantasías autolesivas y autodestructivas; el intento de suicidio se trata de una acción realizada deliberadamente por el propio individuo en contra de sí mismo, sin alcanzar la muerte; finalmente el suicidio consumado es la acción ejecutada por la propia persona de manera intencional que le provoca la muerte.

Se trata de la manera más frecuente de presentarse la conducta suicida, consiste en la persistencia de un pensamiento, deseo y planificación para cometer suicidio, estas ideas pueden permanecer en el paciente aproximadamente unas dos semanas, tiempo durante el cual, se realiza la planificación y se determinan los elementos y medios necesarios para ejecutarlo. (Mingote, Jiménez, Osorio, & Palomo, 2004)

Los más vulnerables son los adolescentes, en quienes puede ser normal tener ocasionalmente pensamientos suicidas por el cúmulo de problemas existenciales que presentan, alcanzando registros de hasta un 50% de jóvenes que admiten haber presentado en algún momento una idea suicida, siendo importante destacar que respecto a los niños y adolescentes, muchos no poseen noción de lo permanente de la muerte. (UNICEF, 2017)

2.3.2 Etiopatogenia

En cuanto a la fisiopatología del suicidio, se trata de un proceso de alta complejidad, producto de la interacción de varios elementos como genes, proteínas, metabolitos, factores ambientales y trastornos psiquiátricos, al respecto, existe evidencia de una relación entre bajos niveles de serotonina en el líquido cefalorraquídeo y polimorfismos en el gen de la triptófano-hidroxilasa en adolescentes suicidas (Cuesta-Revé, 2017)

Para obtener una aproximación al desarrollo de la ideación suicida es importante revisar algunos aspectos sobre la salud mental del niño y su repercusión en la salud mental del adolescente, en este sentido, Almonte y Montt, (2015) sugiere que por tratarse de individuos en proceso de desarrollo, su salud mental posee características propias y muy particulares, ameritan por lo tanto de cuidados especiales en virtud de que son susceptibles de recibir gran influencia de múltiples factores, los cuales pueden ser positivos para alcanzar un desarrollo normativo o negativos, generando desde alteraciones en su salud mental hasta patologías psiquiátricas.

En este sentido, continúan asegurando estos autores, es posible aseverar que la conducta suicida observada en adolescentes tiene una gran tendencia al comportamiento heterogéneo, por lo tanto, se presentan serias dificultades al intentar establecer un perfil del individuo suicida a esta edad, sin embargo, aunque no se presentan condiciones uniformes en el proceso que la generan, es posible establecer algunas características durante las manifestaciones conductuales. (Almonte & Montt, 2015)

En este orden de ideas, Cyrulnik (2014) asegura igualmente que la conducta suicida se produce a través de acciones sucesivas hasta llegar a una aproximación del desenlace de la muerte, este proceso puede iniciar con sensación de ansiedad que precede a la ideación suicida de manera regular y frecuente hasta la planificación de la forma de la muerte, donde el síntoma más característico involucra la irritabilidad, la cual en muchos casos no es considerada por los familiares con la gravedad que requiere.

Con respecto al concepto de muerte, tendrá una connotación diferente entre culturas y valores familiares donde se desenvuelve el joven y dependerá esencialmente de la edad del individuo, en virtud de que el concepto de muerte como proceso irreversible, no logra ser comprendido e internalizado hasta pasados los 8 años de edad, sin embargo en la infancia se concibe el suicidio como la solución de sus problemas en términos generales (Cyrulnik, 2014)

Respecto a la evolución del concepto de muerte, Almonte & Montt, (2015) afirman que luego de los 9 años la connotación del significado de la muerte comienza a adquirir elementos de universalidad y se logra comprender lo irreversible del proceso, se entienden

las causas y las consecuencias de la misma para evolucionar entre los 12 a 13 años una idea más estructurada del concepto de la muerte, se adquiere conciencia plena de la irreversibilidad de la muerte como proceso final de la vida y en muchos de los casos como parte esencial de un sistema biológico, lo que confiere al suicidio en edades previas a la adolescencia un carácter de conducta imitativa por modelo de comportamiento de algún adulto cercano.

En este sentido, es importante hacer mención de un elemento que comúnmente es subvalorado, se trata de la intención del suicidio, en muchos adolescentes se convierte en lo más importante respecto a la conducta suicida y esta suele ser desestimada, asociándola principalmente a conductas reactivas ante conflictos sociales y familiares, (Almonte & Montt, 2015) (Bella, y otros, 2013)

En este orden de ideas, existen pocos estudios que puedan explicar características importantes de la ideación suicida, principalmente en aquellos aspectos que involucran la forma de la idea y el contenido de la misma, igualmente poco se conoce acerca del papel que desempeña la distorsión de la conducta y la forma en que se convierte la ideación suicida en la acción para el intento de ejecutarse. (Schaffer & Greenberg, 2003),

En concordancia y por este mismo motivo, es posible que existan claras diferencias entre el adolescente que solo permanece con ideación suicida y el que realmente lo intenta, en virtud de que este último joven desarrolla emociones más intensas, con mayor alejamiento social y desesperanza, sus ideaciones suicidas son incluso más profundas y persistentes, confiriéndole a la ideación suicida una connotación de predictor al suicidio y parte inicial del proceso, que puede permanecer en la mente del joven durante años hasta lograr llevarse a cabo. (Miranda de la Torre, Cubillas , Román, & Valdez, 2009)

La comprensión de la conducta suicida en la adolescencia, implica el análisis de los cambios característicos de esta etapa, las transformaciones que en ella suceden pueden provocar trastornos en la esfera biopsicosocial potenciados por la crisis propia de la pubertad, principalmente en jóvenes entre 10 a 13 años, (Zelaya, Piris, & Migliorisi, 2012) (Cabra, Infante , & Sossa, 2010)

La conducta suicida, y sus etapas iniciales a través de la ideación suicida, se complica si esta última persiste por largo tiempo, más aún cuando se convierte en la única solución potencial de los conflictos y problemas. En este sentido, esta última visión del suicidio depende del género y de las características propias de la madurez alcanzada por el joven, así como el contexto que lo rodea, por lo tanto, la ideación suicida se genera paulatinamente y continúa un proceso de progresión lenta, cuyo desarrollo depende de factores donde se desenvuelve el joven. (Cyrulnik, 2014) , (Miranda de la Torre, Cubillas , Román, & Valdez, 2009)

La ideación suicida es el aspecto de la conducta suicida más común entre adolescentes, contrario al intento de suicidio, no está relacionado necesariamente con patologías psiquiátricas o psicológicas, de existir alguna relación con estos trastornos generalmente se asocia a los trastornos de ansiedad, la depresión y el trastorno disocial. (Schaffer & Greenberg, 2003)

Diversos enfoques ha intentado explicar el origen de la ideación suicida y el suicidio, una revisión realizada por la Universidad Industrial de Santander (2014), señala que entre estos están:

- Enfoque Sociológico: se considera al suicidio como una consecuencia necesaria, donde los más débiles se pierden para la sobrevivencia de otros miembros de la sociedad ante un estado de escasez de recursos, otros defensores de esta teoría, plantean que el suicidio es la consecuencia de una lucha de control de la sociedad sobre sus miembros, puede a su vez subdividirse en: suicidio altruista, egoísta, anónimo y el fatalista; no consideran la conducta suicida como un trastorno mental, lo relacionan con aspectos como la escases de recursos económicos, pobreza, desempleo, ruptura o pérdida de relaciones familiares y amigos, problemas legales o laborales, elementos que aumentan el riesgo al suicidio en un individuo ya vulnerable en el ámbito emocional.
- Enfoque psicológico: esta perspectiva señala que las posibles causas de la conducta suicida incluyen: déficit de control de impulsos, propensión del individuo al sufrimiento y dolor psicológico de manera intensa y a estructuras cognitivas disfuncionales, en el marco de las ramas de la psicología principales,

los psicoanalistas y los cognitivas, cada una a su vez le confiere a la conducta una connotación y abordaje particular.

- Enfoque psiquiátrico: estas teorías apoyan el enunciado sobre los trastornos mentales que poseen los pacientes con conductas suicidas, fundamentados en la alta prevalencia de patologías mentales que poseen los individuos con esta conducta.
- Enfoque neuropsicológico: apoyan la teoría de la conjunción entre factores genéticos, psicológicos y neurobiológicos que alteran al sistema serotoninérgico, donde los factores de riesgo son estresantes externos que actúan sobre un individuo vulnerable por poseer una función serotoninérgica deprimida, la cual reprimía la conducta suicida, así como la violencia y la agresividad del individuo

2.3.3. Cuadro Clínico.

Autores como Cruz & Roa, (2005) señalan que el suicidio en la edad adolescente parece comenzar en la infancia, siendo en este caso, el desenlace de todo un comportamiento bien caracterizado, lo cual ha determinado que la conducta suicida no puede señalarse, de ningún modo, como una acción abrupta, por el contrario, se trata de un proceso que para su descripción es posible dividirlo en tres fases:

- Primera fase o inicial: se encuentra conformada por una serie de elementos que toman en cuenta sucesos que acontecen durante la infancia, tales como problemas conductuales y emocionales
- Segunda fase o de escalada: inicia con la propia adolescencia, se caracteriza por los profundos cambios de la edad, los problemas inherentes al desarrollo evolutivo tanto corporal como psicológico y emocional, proceso que generalmente conlleva una gran sensación de soledad e incompreensión.
- Tercera fase o precipitante: transcurre en los días anteriores al intento de suicidio, se caracteriza por aislamiento social, el joven se aleja tanto de los familiares como de los amigos, fracasa la comunicación y se acentúa la sensación de soledad.

Algunos síntomas recopilados incluyen: dificultad para concentrarse y pensamiento claro, obsequiar pertenencias preciadas, manifestar la necesidad de alejarse, cambios bruscos y

repentinos de conductas, desinterés importante en actividades que normalmente le eran importantes, evidenciar conductas autodestructivas como abuso en consumos de alcohol y drogas y lacerarse partes del cuerpo, dificultad en los estudios, temas de conversación acerca de la muerte manifestando deseo de hacerse daño, manifestar desesperación o culpa y modificaciones en los hábitos rutinarios como sueño y alimentación. (Vorvick, 2011)

2.3.4. Determinantes y causales de la Ideación Suicida.

2.3.4.1. Características de la Adolescencia.

La edad en que transcurre la adolescencia está caracterizada por ser una etapa de mucha presión y grandes preocupaciones, cambios rápidos y exigencias cada vez mayores del entorno, provocando alteraciones emocionales intensas en el joven, existe una gran necesidad de aceptación por sus pares, principalmente en el ámbito escolar, situación que de no lograrse a cabalidad, provoca ansiedad, desaliento y frustración, aspectos que pueden desarrollar violencia, inseguridad, conductas adictivas, ideas suicidas hasta desencadenar en actos suicidas propiamente dicho. (Mena & Muñoz., 2010)

2.3.4.2. Perfil Psicopatológico de los Adolescentes.

Respecto a la depresión en adolescentes, Morla, Saad y Saad, (2006) aseguran que la conducta del adolescente muestra, en oportunidades, límites poco precisos entre el comportamiento anormal y las conductas que se manifiestan ante la presencia de patologías psíquicas, recomiendan realizar las evaluaciones pertinentes según la forma en que se manifiestan los trastornos y el ciclo de la adolescencia en que se encuentra el paciente, sea esta temprana intermedia o tardía; al menos un 20% de adolescentes han experimentado algún trastorno de tipo emocional o psíquico, de los cuales por lo menos el 60% no recibió atención médica específica, por lo tanto, es muy probable que su trastorno se prolongue y agrave hacia una esfera emocional grave

Continúan afirmando Morla, Saad y Saad, (2006), que específicamente la depresión registra una prevalencia de 4,9% en las edades comprendidas entre los 14 a 16 años y esta tasa tiende a aumentar con la edad, entre los factores involucrados se mencionan:

principalmente las relaciones entre padres e hijos y los estilos de educación que prevalecen en el hogar; otros aspectos incluyen las relaciones problemáticas con algún miembro cercano de la familia y compañeros, progenitores con trastornos afectivos que dificulten la interacción en el hogar, divorcio o separación de los padre así como la muerte de alguno de ellos.

En este sentido, los adolescentes se caracterizan por la alta frecuencia de episodios depresivos e ideación suicida, siendo esto más común en el género femenino, registrando entre el 2005 al 2014 en los Estados Unidos un aumento de la prevalencia de la depresión mayor del 13,1% al 17,3% en el grupo de edad adolescente y de 4,5% al 5,7% en edades menores, adicionalmente, la prevalencia de la ideación suicida registrada entre el 2005 al 2015 registró un incremento del 21,8% al 23,4% y en edades menores se mantuvo igual; una de las razones por las cuales la tasa de suicidios y de ideación suicida es más elevada en adolescentes, puede explicarse por los cambios hormonales a los que son sometidos durante la pubertad, los cuales no solo producen verdaderas transformaciones físicas sino también de índole psicológico. (Paschall & Bersamin., 2017)

Las patologías mentales como la psicosis y la depresión, pueden ser tomadas en cuenta como un factor de riesgo para la ideación suicida, un estudio realizado en Estados Unidos con adolescentes entre 13 a 16 años, pudo determinar la relación existente entre la psicosis, síntomas depresivos, ideación suicida y suicidio, puede tomarse en cuenta para su prevención. (Koren y otros., 2017)

Respecto al perfil psicopatológico de un adolescente suicida, se ha establecido como antecedente importante los síntomas depresivos y la adicción al alcohol y otras sustancias psicoactivas, así como algunas inconformidades respecto a su orientación sexual, y perturbación en general; en este sentido, otros elementos se han señalado, tales como aislamiento social y dificultad para hacer amigos o expresar sus sentimientos, desesperanza, represión en el ámbito emocional, introversión, culpa, perturbación sexual, agresividad, hostilidad, impulsividad, dificultada para el manejo de la agresión de otros, inseguridad y desconfianza. (Cuesta-Revé, 2017)

En este sentido, es posible establecer tres grandes rasgos de la personalidad del adolescente suicida: adolescente con personalidad impulsiva y agresiva en conjunto con extrema sensibilidad ante eventos menores; adolescentes con personalidad narcisista y altamente perfeccionista con poca o nula tolerancia al fracaso, estos pueden desarrollar una personalidad esquizoide; por último los adolescentes con personalidad caracterizada por la desesperanza, cargada de depresión. (Cuesta-Revé, 2017)

Adicionalmente, los jóvenes con conducta suicida, por lo general son miembros de familias con alguna disfunción o mal organizadas, donde existe falta de comunicación y de afecto, han sido víctimas de abusos o de situaciones violentas no poseen una red social que les pueda brindar apoyo; finalmente como rasgo principal muchos de estos jóvenes han tenido antecedentes de intentos de suicidio, con un humor deprimido constante por lo que el pensamiento de su muerte es considerada como una solución a su problema (Cuesta-Revé, 2017)

2.3.4.3. Depresión en Adolescentes en Ecuador.

Un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce” de la ciudad de Guayaquil, por Morla, Saad y Saad, (2006), quienes luego de una revisión de 1045 historias clínicas de adolescentes, establecieron 711 participantes, de los cuales un 12,4% presentó patologías catalogadas como otros trastornos psiquiátricos, un 61,5% de los adolescentes presentaron familias tipificadas como desestructuradas, de las cuales un 46,8% eran monoparentales, este último grupo presentó igualmente mayor frecuencia de trastornos psicósomáticos en un 13,07%

Respecto a los trastornos del comportamiento social que se limitan solo al ámbito familiar en el 9,86% de los casos, episodios depresivos moderados en el 8,49% y un grupo que registró 22,9%, que presentan el conjunto de diferentes tipos de trastornos depresivos; en la muestra el 75% de los casos fueron de género femenino, la edad promedio fue de 14,3 años y una moda de 16,5 años; el 58% provenían del sector urbano; el estudio logró demostrar que existe una relación significativa entre la desestructuración familiar en el desarrollo de patologías de orden psiquiátricas durante la etapa de la adolescencia, especialmente de depresión. Morla, Saad y Saad, (2006),

El trabajo de investigación realizado por Jaramillo (2007), en un grupo de adolescentes estudiantes de la ciudad de Cuenca, un 32,6% presentaron diagnóstico de depresión mayor, de los cuales: el 51,7% registraron edades comprendidas entre 14 a 16 años, un 10,4% presentó alguna enfermedad grave en el pasado y un 3,8% la padecía en el momento de la investigación, un 8,8% consume alcohol; concluyen los autores la necesidad de diseñar o estructurar los sistemas de atención de salud entre adolescentes por el progresivo ascenso que han presentado las cifras.

2.3.4.4. Factores de Riesgo.

El campo del riesgo suicida, un fenómeno con etiología multidimensional, se ha abordado a través del pensamiento suicida, antes de cualquier intento, estos pensamientos alcanzan un pico en la adolescencia, período delicado de profundidad redefinición personal y social. (Jansen Spilka & Beck., 2017)

Respecto a los factores de riesgo, se han señalado una serie de variables de diversa naturaleza, implicados en aumentar la vulnerabilidad para la ideación suicida, entre estos se destacan: la depresión mayor; edad adolescente; sexo masculino; otros trastornos comórbidos o psicológicos (desesperanza, rigidez cognitiva); dificultades con el grupo familiar, crisis con los padres, los iguales o la pareja; intento de suicidio previo propio o de algún familiar; antecedentes psiquiátricos familiares; sucesos vitales estresantes; maltrato físico; abuso sexual; el bullying y las dificultades escolares (Ministerio de Sanidad y Política Social de Galicia, 2009)

2.3.4.4.1. Factores Biológicos.

El factor biológico ampliamente estudiado en este tema, es el que se relaciona la regulación del humor, se trata de la serotonina y su función en la neurotransmisión, la cual forma parte fundamental de la respuesta neurobiológica, por lo tanto, la disminución de los niveles de serotonina, incrementa la posibilidad de que el joven no logre control sobre el impulso suicida, se hace vulnerable emocionalmente, ante un conflicto se mantendrá sin poder ni control sobre sus emociones. (Cyrulnik, 2014)

2.3.4.4.2. Factores Psicológicos

La ideación suicida comparte los mismos riesgos del intento de suicidio y pese a su gran variedad, es posible destacar entre los más comunes en la edad adolescentes los siguientes: depresión, problemas de relación con sus pares, mal funcionamiento familiar, factores socioeconómicos, dificultad escolar y bullying, en este sentido, se estima que la ideación suicida presenta la depresión como uno de sus factores de riesgo, ha sido considerado como el mayor factor psicológico y constituye el 50% de las causas de intentos de auto lesiones en adolescentes, (Universidad Industrial de Santander , 2014)

.- Depresión

La presencia de los trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia, supone un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y por el incremento en la morbilidad y mortalidad psicosocial. Tener antecedentes desfavorables, incluido un bajo nivel socioeconómico, problemas psiquiátricos de los padres, es decir, altas tasas de depresión y uso de sustancias, se ha demostrado que están asociados con el suicidio. (Stenbacka & Jokinen J., 2015)

En este sentido y en virtud de la importancia de la depresión en la ideación suicida, se define esta como una patología compleja caracterizado por un estado de ánimo disfórico o con características de irritable, una disminución o falta de motivación, así como la disminución de la conducta de adaptación, se acompaña de trastornos del apetito, del sueño, sensación de cansancio principalmente en las mañanas, los pacientes expresan un pobre concepto de sí mismos, denotan baja autoestima, con frecuencia manifiestan sentimientos de culpa, inseguridad, indecisión, dificultad para la concentración, ideas de muerte, principalmente dirigidas al suicidio e intentos de suicidio. (Caballo & Simón., 2004)

.- Autoconcepto

Los problemas inherentes a la autoestima y al autoconcepto bajo, se relacionan con la ideación suicida potenciándola, estos elementos están vinculados a la autocrítica, la atribución de los eventos negativos y la percepción negativa de sus características como persona, todo esto contribuye al desarrollo de la desesperanza y posteriormente a la instalación de la conducta suicida. (Miranda de la Torre, Cubillas , Román, & Valdez, 2009)

. - Intentos suicidas previos

Se ha establecido el carácter longitudinal de la ideación suicida, por lo tanto, el antecedente de una ideación suicida, o de acciones más contundentes al respecto, constituye un factor de riesgo de suma importancia para propiciar intentarlo nuevamente (OMS, 2013)

2.3.4.4.3. Factores Sociales

.- Bullying

Se trata de uno de los principales factores de riesgo en el ámbito escolar, mayormente tangible cuando el adolescente presenta algún trastorno psicológico o psiquiátrico de base, el adolescente víctima de acoso, suele presentar adicionalmente dificultades en las relaciones interpersonales, problemas de aprendizaje o de atención y bajo rendimiento académico. (Schaffer & Greenberg, 2003)

Otro elemento a tomar en cuenta como factor de riesgo es el llamado cyberbullying o ciberacoso, el cual se caracteriza por conductas típicas de intimidación sistemáticas que incluyen violencia verbal con burlas, motes, insultos y amenazas, que se transmiten a través de las redes y medios electrónicos, tales como correo electrónico, celulares, mensajes de texto y los sitios de internet, donde se humilla, avergüenza y ridiculiza a las personas, lo que se transforma en desesperación, aislamiento; la ventaja para el victimario es que no tiene que dar la cara, puede hacerlo a cualquier hora y lugar, por lo que la

tecnología no solo se convierte en una herramienta para la comunicación e incentivar la interacción social, sino que también está contribuyendo con daños a la salud mental jóvenes vulnerables. (Escobar et al., 2016)

.- Nivel socioeconómico

Diversos estudios corroboran la relación existente entre la conducta suicida y el bajo nivel socioeconómico, estos estudios se han realizado comparando muestras en unidades educativas fiscales y privadas, corroborando la mayor incidencia de ideación suicida en las fiscales, asociado el hallazgo a los menores ingresos económicos (Vera-Romero & Díaz-Veléz, 2012)

. - Consumo de Alcohol y drogas

Otros factores de riesgo lo constituyen el consumo de alcohol y drogas, presente en un 63% de los intentos de suicidio, muy relacionado con los trastornos de ansiedad evidenciado en el 70% de los mismos (Universidad Industrial de Santander , 2014)

En este orden de ideas, diversos estudios señalan la importancia de la detección temprana de los trastornos psiquiátricos y el consumo de alcohol, por su relación con el suicidio, específicamente, un estudio relacionó la ideación suicida y conducta suicida con variables como consumo de alcohol, angustia, autoestima y presencia de apoyo social; este estudio involucró a 120 jóvenes con una edad media de 14,2 años, entre los cuales el 60% eran de género femenino, se obtuvo que el 20% de los participantes había tenido ideación suicida, presentaron altos niveles de angustia y de consumo de alcohol, baja autoestima, así como bajos puntajes en apoyo social y familiar. (Puuskari, 2017)

2.3.4.4.4. Factores Familiares.

La familia está cargada de una serie de elementos que provocan el desarrollo de la ideación suicida, siendo la base fundamental para el crecimiento del adolescente, los conflictos, la violencia y las relaciones negativas que se generen entre miembros, están estrechamente relacionados con la conducta suicida, más aún cuando entre los miembros

de su propia familia el adolescente recibe maltratos, agresiones físicas y sexuales, castigos exageradamente fuertes o delimitación deficiente de las normas y reglas de casa, experimenta acontecimientos vitales relevantes como la muerte de seres queridos, todos estos elementos claramente relacionados con la conducta suicida (Florenzano & Cáceres, 2011)

. - Antecedentes familiares de conducta suicida.

A través de intentos de suicidios o de suicidios consumados en miembros de la familia, el niño y el adolescentes experimenta el contacto con la muerte de esta manera y puede concebirla como una alternativa para la solución de conflictos, la conducta suicida de miembros de la familia se ha catalogado con un fuerte factor de riesgo para la ideación suicida y el suicido propiamente dicho en niños y adolescentes (Vera-Romero & Díaz-Veléz, 2012)

. - Abuso sexual

Un evento intenso como el abuso sexual es considerado como gran generador de trauma psicológico y afectivo, con mayor intensidad si el abuso se realiza de manera reiterada y por tiempo prolongado, donde la amenaza para mantener silencio provoca en el niño un mayor aislamiento y lo incapacita para solicitar ayuda, esos abusos con mucha frecuencia son perpetrados por familiares cercanos lo que le confiere una mayor connotación, ante una situación de tal magnitud, es muy factible que la idea del suicidio sea común en estos casos. (Almonte & Montt, 2015)

. - Maltrato infantil

Un niño que crece bajo el maltrato infantil recibirá no solo los efectos del daño físico, adicionalmente y con mayor repercusión, el daño psicológico que provocará graves consecuencias en su vida de relación, predisponiéndolo a una conducta suicida, se incluye en el maltrato infantil presenciar violencia familiar, discusiones entre los padres y otros miembros de la familia, (Zelaya, Piris, & Migliorisi, 2012)

El suicidio aumenta cuando existen nuevas parejas de los padres, violencia familiar, antecedentes de suicidio en un familiar, enfermedades crónicas, mortales o incapacitantes, aislamientos, especial interés recae en los casos de castigos corporales proporcionados a los hijos, factor relacionado en el 90% de casos de desarrollo de problemas de salud mental, relaciones sociales y síntomas como depresión, ideas suicidas y abuso en el consumo de sustancias; por lo tanto, estos elementos pueden considerarse para identificar comportamientos en individuos con riesgo suicidas (Universidad Industrial de Santander , 2014)

En resumen, la depresión puede tomarse en cuenta como una alarma temprana para la prevención del suicidio, aunado al abuso de sustancias como un factor de riesgo significativo en adolescentes, otros factores están relacionados con aspectos familiares, antecedentes de suicidio en algún miembro de la misma, malas relaciones con los padres, el género masculino, vivienda alejada de los padres y los acontecimientos traumáticos o estresantes; respecto al individuo propiamente dicho, hay que tomar en cuenta los intentos de suicidio previos, los daños autoinfligidos deliberadamente, amenazas y pensamiento asociados al suicidio. (Tait & Michail., 2014)

Estudios han determinado los factores de riesgo para la conducta suicida en jóvenes de América Latina, estableciéndose que en Cuba, un factor de riesgo es la edad adolescencia media y tardía, se agrava con los trastornos depresivos, ausencia de proyectos de vida, disfuncionalidad familiar, miembros familiares con alcoholismo, violencia o intentos de suicidio; en Argentina, se estableció que en niños de 8 a 17 años con intento de suicidio entre el 2006 y el 2007, el 100% presentaron como factores de riesgo alteraciones psicopatológicas, siendo la más frecuente los trastornos de conducta, intentos de suicidio previo en un 69,23%, las adicciones a sustancias como alcohol y marihuana, así como los problemas de aprendizaje, otros en menor frecuencia incluyen abuso sexual, violencia familiar y trastornos de la alimentación. (Cuesta-Revé, 2017)

Una contemplación especial como factor de riesgo para el suicidio para toda América Latina y zonas del Caribe, lo amerita el intento de suicidio previo con un registro del 12% y la depresión registrada en el 50% de la población joven; otros estudios en la zona

evidencia la relación entre conducta suicida y fracaso escolar, principalmente cuando el individuo se encuentra sometido a una fuerte presión escolar y familiar, insatisfacción personal con esos resultados y déficit en la red de apoyo; en Cuba se realizó un trabajo que logró establecer una relación entre jóvenes de 11 y 18 años con intentos de suicidio y problemas de comunicación con sus progenitores, el divorcio entre estos y ser víctimas de agresión escolar, estructura y dinámica familiar (Cuesta-Revé, 2017)

2.4. Diagnóstico

Una metodología para diagnosticar actitudes e ideación suicida es el uso de escalas formuladas y validadas para tal fin, proporcionan un marco empírico para desarrollar una herramienta de evaluación, sin embargo, una revisión sistemática evaluó diversas escalas al respecto y no reconoció un estándar de oro para evaluar actitudes e ideas suicidas, por lo que recomiendan tomar en cuenta la validación intercultural de las escalas a ser aplicadas, así como las dimensiones que generalmente se han establecido para ideas y actitudes suicidas. (Ghasemi Shaghaghi & Allahverdipour., 2015)

El diagnóstico no resulta un proceso fácil, en algunas ocasiones no es posible discernir si el acontecimiento es acto suicida o se trata de un comportamiento temerario, por lo tanto, el mejor predictor de una conducta suicida es el intento de suicidio previo. (Mosquera, 2016)

Un estudio realizado en Perú, con la finalidad de revisar la relación entre impulsividad y conductas suicidas, en un grupo de 50 pacientes alcohólicos con edades comprendidas entre 20 a 67 años, a quienes se les aplicaron los test de Inventario de Impulsividad de Dickman y la Escala de Ideación Suicida de Beck, adicionalmente se recopilaron datos demográficos y sobre el consumo, los pacientes con antecedentes de intento de suicidio presentaron un mayor puntaje en la escala de Ideación Suicida de Beck en comparación con los que no lo habían intentado. (Kou, 2013)

Es importante resaltar que este autor asegura que adicionalmente se encontraron correlaciones significativas de esta escala con tener familiares que se suicidaron y con reconocerse como una persona agresiva, a través de este estudio, el autor del mismo

sugiere que las personas con ideación suicida poseen mayor riesgo de suicidio por lo que se sugiere el uso de las escalas paramétricas como pruebas de screening como una herramienta adicional de diagnóstico. (Kou, 2013)

Otro estudio desarrollado en Perú, se realizó con la finalidad de relacionar la desesperanza y la ideación suicida en 97 pacientes psiquiátricos, en quienes se aplicaron las escalas de Desesperanza de Beck y la escala de Ideación Suicida de Beck, donde se evidenció la existencia de correlación entre algunas dimensiones de ambas pruebas, presentando un nivel alto de desesperanza el 74,2% de la muestra y la ideación suicida en el 75,3% de la misma. (Conde, 2016).

2.5. Antecedentes de estudios en el Ecuador

En Esmeraldas, Gerstner (2017) realizó un estudio para determinar la prevalencia de patologías mentales como depresión, ansiedad y el estrés postraumático, como factores predictores de tendencia suicida y factores protectores como la funcionalidad familiar y religiosidad, en 300 estudiantes de 13 a 19 años, 9 meses después del terremoto, respecto a los resultados de su estudio refiere que el género femenino manifestó ideas suicidas en un 60% de los casos en comparación con los hombres que registraron el 44%; los adolescentes de 15 a 16 años presentan mayor prevalencia de patologías psíquicas como ansiedad, depresión y estrés postraumático, los registros de ansiedad señalan un 15% y la depresión agrupó al 29% de la muestra; una observación importante que realiza la investigadora señala que las comparaciones en cuanto a este tema en las diferentes zonas del país han de realizarse con cuidado, tomando en cuenta la diversidad de elementos como etnia, estatus socioeconómico, nivel educativo y cultura, citando como ejemplo cifras de Santo Domingo de los Tsáchilas que presentan una prevalencia de ideación suicida de 21% en hombres y el 43% las mujeres.

En Loja, Ecuador, en la Unidad Educativa del Milenio “Bernardo Valdivieso”, se realizó en el 2017 un estudio para establecer la ideación suicida de acuerdo al género y la edad, en un grupo conformado por 267 estudiantes a quienes se les administró la Escala de Ideación Suicida de Beck, obteniendo como resultados que la ideación suicida en el

género femenino registró el 48,9% y en masculinos el 39,4%, respecto a la edad prevaleció en los alumnos de 17 años en un 42,1%. (Vélez & Tandazo., 2017).

Otro estudio realizado en el Hospital Provincial Docente Ambato en el año 2016, donde se incluyeron 74 pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, para relacionar la ideación suicida y las razones para vivir, se les aplicó la Escala de Ideación Suicida de Beck para evaluar el riesgo de pensamientos sobre suicidio y adicionalmente se les administró el Inventario de Razones para Vivir a través del cual se evalúa la importancia diferentes motivos para vivir, de esta manera poder identificar la relación existente entre ambas variables, los resultados obtenidos determinaron que existe un mayor riesgo de ideación suicida cuando el paciente posee un menor nivel de motivación para vivir y viceversa. (Gavidea P., 2016)

En la ciudad de Cuenca, Ecuador, se realizó un estudio con el objeto de establecer los riesgos de suicidio y sus factores asociados, en 201 estudiantes del Colegio Benigno Malo, Cuenca, para la obtención de los datos se aplicó el Test de desesperanza de Beck y una serie de instrumentos para establecer estructura familiar, consumo de sustancias como alcohol, tabaco y drogas, identificar un bajo rendimiento escolar, así como posible acoso escolar y problemas de pareja; entre los resultados obtenidos se resumen en: edad promedio 16,6 años y participantes del sexo masculino un 72,6%, la desesperanza se presentó en el 17,4% de los casos y un riesgo de intento de suicidio en el 25,9% de los mismos con predominio del sexo masculino de 69,2%; entre los factores asociados el bajo rendimiento académico presentó una asociación de 39 veces más de probabilidad de presentar riesgo de intento de suicidio, disfunción familiar 7,7; los problemas de pareja en 16,3, el consumo de sustancias en 5,3 y el acoso escolar en 0,9 veces más con la probabilidad de presentar riesgo de intento de suicidio. (Idrovo & Chaca., 2016)

En la provincia de Pichincha, Ecuador, en el Hospital “Pedro Vicente Maldonado”, se realizó un estudio para determinar las características y respuesta familiar frente a los pacientes con intento auto lítico que llegaban a la emergencia, con una muestra de 136, a quienes se les aplicó una encuesta con categorías que indican patrones fenomenológicos, sociales, familiares e individuales del suicidio y el Familiograma, con los siguientes resultados: predominio del sexo masculino en un 59,56 %, adolescentes en un 26.47%,

concluyen que la familia puede representar la causa o por el contrario un apoyo para estos pacientes, los antecedentes de abuso físico, sexual, o ausencia de uno o ambos padres en la niñez, son características familiares importantes, haciéndolos más vulnerables. (Bautista & Barahona, 2013)

En Cuenca, una investigación realizada por Quito (2012), con el objetivo de analizar desde la perspectiva sistémica estructural a familias con un miembro con ideación y/o intento de suicidio que acuden al Hospital Vicente Corral Moscoso, los hallazgos establecen que el 45% de los participantes con ideación suicida e intento de suicidio eran femeninas y el 55% masculino, el 25%; presentaron edades comprendida entre 10 a 19 años, el mecanismo mayormente usado fue el insecticida en un 40% seguido de ahorcamiento 20%, cortarse muñecas y pastillas 10% respectivamente; las causas principal fueron negligencia en el 100% de los casos, maltrato físico 95%, alcoholismo 80%, depresión 50%, infidelidad 25%, migración 20% y abuso sexual 15% (Quito, 2012)

En la ciudad de Quito, Ruiz, (2011), llevó a cabo un trabajo de investigación para determinar los niveles de depresión en los adolescentes cuyos padres están separados, administrando el test Inventario de Depresión de Beck, evidenció un predominio de la familia monoparental con madre sola en un 60% de los casos, depresión leve en el 58% y moderada en el 17%, siendo la edad de 17 años la que presentó 100% de depresión grave, los de 15 años presentaron 33% de depresión moderada y los de 12 y 14 años presentaron 38% de depresión leve.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. JUSTIFICACIÓN.

El suicidio es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte de jóvenes en todo el mundo, más de 1 millón de personas mueren por suicidio cada año, por cada suicidio ocurren entre 10 y 40 intentos, y este antecedente es el principal factor que predice un suicidio consumado. (Echavarría y otros., 2016)

Los datos biogeográficos refieren que hay un predominio de suicidios entre adolescentes entre los 16 y 18 años, estos suelen provenir de familias más disfuncionales y con dificultades en las relaciones familiares, en comparación con adolescentes controles (Baaer Urra Millán & Yáñez., 2011),

Los episodios depresivos y los pensamientos suicidas son prevalentes entre adolescentes en los EE.UU, especialmente mujeres. La Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas y Salud indica que del 2005 a 2014 la prevalencia de episodios depresivos mayores en el último año aumentó del 13.1% al 17.3% entre las adolescentes, y de 4.5% a 5.7% entre los niños. (Paschall & Bersamin M., 2017)

La presencia de los trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia, supone un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y por el incremento en la morbilidad y mortalidad psicosocial. Tener antecedentes desfavorables, incluido un bajo nivel socioeconómico, problemas psiquiátricos de los padres, es decir, altas tasas de depresión y uso de sustancias, se ha demostrado que están asociados con el suicidio. (Stenbacka & Jokinen J., 2015)

El campo del riesgo suicida, un fenómeno con etiología multidimensional, se ha abordado a través del pensamiento suicida. Antes de cualquier intento, estos pensamientos alcanzan un pico en la adolescencia, período delicado de profundidad redefinición personal y social. (Jansen Spilka & Beck., 2017)

Ecuador presenta una tasa de suicidios situada para el 2004 de 6,1 por cada 100.000 habitantes, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), relativamente baja con respecto al resto del mundo, donde en Europa se ubica en el 15,74 por cada 100.000 habitantes, sin embargo, para el año 2005 ascendió a 7,1 y aunque continua baja respecto a otras regiones su ascenso debe llamar la atención de las autoridades sanitarias, quienes registran las lesiones autoinflingidas intencionalmente en el número 14 de 67 causas de muerte en el país, convirtiéndolo en un problema de salud pública, por lo que se requiere evaluar todas las características que competen la conducta suicida. (Betancourt, 2008)

La ideación suicida comparte los mismos riesgos del intento de suicidio y pese a su gran variedad es posible destacar entre los más comunes en la edad adolescentes los siguientes: depresión, problemas de relación con sus pares, mal funcionamiento familiar, factores socioeconómicos, dificultad escolar y bullying.

En este sentido, se estima que la ideación suicida presenta la depresión como uno de sus factores de riesgo, ha sido considerado como el mayor factor psicológico y constituye el 50% de las causas de intentos de auto lesiones en adolescentes, otros factores de riesgo lo constituyen el consumo de alcohol y drogas, presente en un 63% de los intentos de suicidio, así como los trastornos de ansiedad evidenciado en el 70% de los mismos. (Bautista & Barahona, 2013)

Respecto a la familia, el suicidio aumenta cuando existen nuevas parejas de los padres, violencia familiar, antecedentes de suicidio en un familiar, enfermedades crónicas, mortales o incapacitantes, aislamientos, especial interés recae en los casos de castigos corporales proporcionados a los hijos, factor relacionado en el 90% de casos de desarrollo de problemas de salud mental, relaciones sociales y síntomas como depresión, ideas suicidas y abuso en el consumo de sustancias; por lo tanto, estos elementos pueden considerarse para identificar comportamientos en individuos con riesgo suicidas (Bautista & Barahona, 2013)

Es evidente lo compleja y multicausal de la conducta suicida, por lo que se recomienda la intervención temprana en la emergencia, siendo necesaria definir niveles básicos de

seguridad para el cuidado intrahospitalario y definir criterios de hospitalización, dada sus consecuencias, es un problema que trasciende a todas las disciplinas y especialidades médicas, por lo que su manejo debe ser de conocimiento de todo médico y no limitarse al psiquiatra. (Baaer Urra Millán & Yáñez., 2011)

En concordancia, es importante la prevención, la detección temprana de los factores de riesgo, con lo cual se puede mejorar las condiciones de este grave problema de salud pública, donde la atención médica, desde la atención primaria y los especialistas que tienen un primer contacto con estos pacientes pueden detectar estos factores de riesgos para constituir un apoyo a los especialistas en salud mental en la detección de posibles casos y su derivación oportuna, en este sentido, el médico pediatra representa en muchas ocasiones un primer contacto del paciente con el servicio de salud y su preparación en esta temática podría permitirle manejar y detectar los factores de riesgo para ideación suicida, de manera tal que se logre realizar una intervención y derivación oportuna.

La relevancia de la presente investigación radica en la posibilidad de establecer datos actualizados sobre la prevalencia de la ideación suicida que permitieron conocer este fenómeno y sus factores relacionados para sentar las bases del diseño políticas que puedan prevenir estos comportamientos en la sociedad.

3.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

La ideación suicida forma parte de un proceso enmarcado en la conducta suicida, consistente en ideas sobre el objetivo de seguir viviendo, si vale la pena o no, pudiendo desencadenar toda una planificación del acto del suicidio en si hasta la realización del mismo.

La ideación suicida presenta una serie de factores de riesgo potencialmente medibles, sin embargo, la relación entre estos y la conducta suicida varía entre una población y otra, según la edad y otros factores relacionados, por lo que su estudio puede presentar dificultades.

Diversos instrumentos se han empleado para establecer la relación entre ideación suicida y sus factores relacionados con la depresión, autoestima y factores sociodemográficos, entre estas escalas se encuentran el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Ideación Suicida de Beck y de cuestionario socio Demográfico, (Ceballos-Ospinos, 2015)

Todos los profesionales del sector salud deben involucrarse en la atención de la problemática que presentan los adolescentes respecto a la ideación suicida, su detección temprana puede significar la modificación de este comportamiento y evitar su progreso hasta la ejecución del suicidio propiamente dicho.

Durante las pasantías por los diversos hospitales nos encontramos con jóvenes que presentan sin número de problemas, uno de ellos, adolescentes deprimidos con idea de que la vida no tiene sentido, sin embargo son pacientes atendidos en emergencia con varios diagnósticos, quedando de lado la verdadera causa, el comportamiento suicida en unos casos, en otros incluso un atentado contra su vida.

Existen investigaciones sobre suicidio, sin embargo existen pocos estudios realizados sobre ideación suicida y conducta suicida en nuestra población, e incluso no existe estadística de ideación suicida y menos en población pediátrica y adolescente, probablemente se trate de un sub registro.

El presente estudio se realizó para determinar la prevalencia de la ideación suicida y sus posibles factores de riesgo asociados para contribuir a establecer patrones propios en nuestros estudiantes, así como actualizar cifras de este grave problema que afecta a los jóvenes de nuestra sociedad, adicionalmente se establecieron los factores de riesgo específicos que pueden estar presentando estos jóvenes para de esta manera lograr realizar una intervención oportuna, acercando al pediatra a una realidad en cual puede desempeñar un papel protagónico en la atención de adolescentes de una manera integral e integrada.

Del planteamiento se obtiene las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál será la prevalencia de la ideación suicida en estudiantes adolescentes de escuelas particulares y fiscales?

¿La determinación de los factores de riesgo de la ideación suicida, puede incidir en la disminución de su prevalencia?

3.3. OBJETIVOS.

3.3.1. OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la ideación suicida en adolescentes de las Unidades Educativas Fiscal “5 de Junio” y particular “San José La Salle”, ubicadas en el Sur de Quito entre septiembre 2017 y febrero 2018

3.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Establecer la prevalencia de ideación suicida en los adolescentes que estudian en las Unidades Educativas Fiscal “5 de Junio” y particular “San José La Salle”, ubicadas en el Sur de Quito en el periodo entre septiembre 2017 y febrero 2018
2. Estimar los factores socioeconómicos, demográficos, funcionalismo familiar, presencia de clínica de depresión y bullying en los estudiantes y su posible relación con la ideación suicida.
3. Relacionar el bajo rendimiento escolar con ideación suicida en estos estudiantes.
4. Correlacionar el comportamiento de ideación suicida entre un establecimiento público y uno privado.

3.4. HIPÓTESIS.

Existe en los adolescentes de las Unidades Educativas Fiscal “5 de Junio” y particular “San José La Salle”, del sur de Quito, una alta prevalencia de ideación suicida, relacionada con factores de riesgo como problemas socioeconómicos, demográficos, funcionalismo familiar, depresión, bullying, dificultades escolares y tipo de establecimiento según sea público o privado.

3.5. METODOLOGÍA.

3.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		ESCALA	INDICADOR
		Categoría	Tipo Variable		
EDAD	Años Cumplidos desde su nacimiento hasta el momento de la evaluación	Cuantitativa	Continua	1= 14 años 2= 15 años 3= 16 años 4= 17 años	Porcentaje
GENERO	Características que describen a un individuo y que permiten la identidad sexual	Cualitativa	Nominal	1= Femenino 2= Masculino	Porcentaje
FACTORES SOCIOECONOMICOS	Medida total económica y sociológica en relación a otras personas, medida según ingreso familiar en salarios mínimos	Cuantitativa	Discontinua	< 1 SME 1 SME 2 SME 3 SME > 4 SME	Medidas de tendencia central Medidas de dispersión Promedio
TIPOLOGÍA FAMILIAR	Miembros de una familia que viven bajo el mismo techo	Cualitativa	Nominal	1= Nuclear 2= Monoparental (Madre) 3= Monoparental (Padre) 3= Extensa	Porcentaje
FACTORES DEMOGRAFICOS	Lugar de residencia	Cualitativa	Nominal	1= Área rural 2= Área Urbana	Porcentaje
IDEACION SUICIDA	Pensamientos acerca de suicidarse, con grados diversos de intensidad y elaboración	Cualitativa	Nominal	1= Presente 0= Ausente	Porcentaje
DEPRESIÓN	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima,	Cualitativa	Nominal	1= Presente 0= Ausente	Porcentaje

	pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas				
FUNCIONALISMO FAMILIAR	Cumplimiento pleno de los objetivos o funciones familiares	Cualitativa	Nominal	1= Buen Funcionalismo 2= Disfunción leve 3= Disfunción moderado 4= Disfunción severa	Porcentaje
TIPO DE BULLYING	Acoso físico o psicológico al que someten de forma constante, a un alumno sus compañeros	Cualitativa	Nominal	1= Físico 2= Psicológico 3= Ambos	Porcentaje
DIFICULTAD ESCOLAR	Dificultades significativas en la adquisición y uso de la escucha, habla, lectura, escritura, razonamiento o habilidades matemáticas.	Cualitativa	Nominal	1= Muy Satisfactorio (9 a 10 puntos) 2= Satisfactorio (7 a 8,99) 3= Poco Satisfactorio (4 a 6,99) 4= Mejorable (<4) 5= Insatisfactorio	

3.5.1.1 Variable Dependiente:

Ideación suicida

3.5.1.2 Variables Independientes:

Edad, género, nivel socioeconómico, demográficos, depresión, funcionalismo y tipología familiar, bullying, dificultad escolar

3.5.2. Universo y determinación del tamaño muestral

La población estudiada fueron los alumnos de la Instituciones:

- Unidad Educativa Fiscal “5 de Junio” con 820 estudiantes de bachillerato
- Unidad Educativa Particular “San José La Salle” con 373 estudiantes de bachillerato

Las unidades educativas señaladas fueron elegidas por su cercanía al área de influencia de las investigadoras, su accesibilidad y por haber mostrado interés en permitir el desarrollo de la investigación, los estudiantes serán alumnos de bachillerato para captar población en edad adolescente.

Para estimar la proporción la muestra que participó en este estudio se utilizó la siguiente fórmula:

Total de Estudiantes 1193

$$n_0 = \frac{Z^2 N p q}{e^2 (N-1) + Z^2 p q}$$

n_0 = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población (1193)

Z^2 = Valor de nivel de confianza (95% = 1,96)

p = prevalencia del fenómeno de estudio (0,5 si es desconocido)

q = proporción de individuos que no poseen el fenómeno de estudio (1- p)

e = límite aceptable de error muestral (5%=0,05)

Sustituyendo se obtiene:

$$n_0 = \frac{(1,96)^2 \times 1193 \times 0,5 \times 0,5}{(0,05)^2 \times (1193) + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

2,9825

$$n_0 = \frac{1.145,75}{3,9429}$$

$n_0 = 290,58$

La muestra obtenida es de 291 alumnos a los que se le suma el 10% para tener un margen adecuado de proporción el día de la aplicación de los instrumentos previendo ausencias de los alumnos, finalmente la muestra se extiende a 320 alumnos.

La selección de las unidades educativas se realizó en base a la ubicación geográfica, así como también, se pudo incluir unidades educativas fiscales y privadas.

3.5.3. Muestra

La muestra es un subgrupo de la población donde se obtendrán los datos de la investigación y debe ser representativo de ésta, las muestras probabilísticas, son aquellas en las que todos los elementos de la población poseen la misma posibilidad de ser elegidos y formar parte de la muestra, a través de un tipo selección aleatoria. El número de sujetos determinado para este estudio se determinó a través de un muestreo aleatorio simple entre los sujetos que conforman el universo, hasta completar el número establecido como muestra.

Criterios de inclusión

Se incluyeron a los adolescentes de las unidades educativas seleccionadas que cursan bachillerato, que firmaron el asentimiento informado y cuyos padres otorgaron el consentimiento firmado para la realización del mismo

Criterios de exclusión

Se excluyeron a los adolescentes de las unidades educativas seleccionadas que se encontraban fuera de los rangos de los cursos establecidos, que no firmaron el asentimiento informado y cuyos padres no otorgaron el consentimiento firmado para la realización del mismo

3.5.4. Tipo y diseño de estudio.

Para realizar el presente trabajo de investigación, se empleó una metodología cuantitativa. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, en base a una medición numérica con su

respectivo análisis estadístico que permitió establecer los patrones de comportamiento del fenómeno estudiado.

Se realizó un estudio con un diseño transversal dado que los datos de la investigación fueron obtenidos en un solo momento, es decir en un tiempo específico y determinado, analizando la prevalencia del bullying y su relación con las otras variables que presentan los individuos seleccionados para el estudio.

La investigación fue documental y de campo, donde los elementos conceptuales formaron la base fundamental de la investigación, indagando antecedentes y elementos teóricos para luego ser contrastados con los datos obtenidos en el lugar donde se sucede el fenómeno que se pretende evaluar, realizándolo en el mismo contexto en que se desarrollan naturalmente. (Hernández, 2010)

3.5.5. Procedimientos de recolección de la Información.

El estudio se efectuó en adolescentes de bachillerato de las unidades educativas seleccionadas, antes de la aplicación de las escalas, el personal fue previamente capacitado.

Los instrumentos para la recolección de datos fueron los siguientes:

.- Escala de Ideación Suicida De Beck (Suicide Intent Scale, SIS) de A. T Beck, D. Schuyler, I. Herman. 1974, se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems para determinar, valorar y evaluar la presencia y gravedad de la ideación suicida e intento de suicidio en un grupo determinado de personas, presenta una fiabilidad con un alfa de Crombach entre 83 y 89, (Beck et al., 1979; Ranieri, Steer y Kovacs, 1987). Esta escala cuantifica la intencionalidad suicida a través de la evaluación de los pensamientos o ideas de autoeliminación.

La escala está compuesta por 19 ítems. Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta calificadas de acuerdo con su intensidad, de 0 a 2, que indican un grado creciente de severidad y/o intensidad de la intencionalidad suicida, la suma total indica la severidad

de las ideas suicida, los diferentes ítems se hallan distribuidos en 4 apartados: Actitud hacia la vida y la muerte (ítems 1 a 5); características de la ideación o del deseo de muerte (ítems 6 a 11); características del intento planeado (ítems 12 a 15); actualización de la tentativa (ítems 16 a 19). Punto de corte: El punto de corte planteado es una puntuación mayor o igual a 10 que indicaría que existe ideación suicida.

Posee un índice de especificidad de 98.1%, comparado con el criterio clínico, la fiabilidad ha sido medida a través de la consistencia interna, obteniéndose un coeficiente alfa de Cronbach de 0.89-0.96 y la fiabilidad con íter examinador de 0.83; respecto a la validez, la correlación del ISS con la Escala de Desesperanza de Beck (BDI) fue de 0.25-0.75; y con la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (Ham-D) 0.30. La validación ha sido realizada en países de habla hispana como España y México. (González, Díaz, Ortiz, González, & González, 2000), (Universidad Complutense Madrid, 2006)

.- Inventario de Depresión de Beck (BDI): permite abordar la sintomatología depresiva, ya que es un instrumento que ha demostrado ser fiable y válido para su utilización tanto en clínica como en investigación.

Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2007/09.

Consta de 21 ítems, con la posibilidad de respuestas están de menor a mayor gravedad y puntaje de 0 a 3, específicamente toma en cuenta la opinión acerca de síntomas presentados desde la semana previa; se moviliza en un rango de 0-63 puntos, logrando categorizar la intensidad de la depresión, la escala se interpreta como: no depresión (0-9 puntos), depresión leve (10-18 puntos), depresión moderada (19-29 puntos), depresión grave (30 o más); respecto a sus características psicométricas, en otros estudios, ha mostrado una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95), en Santa Marta Colombia se efectuó una validación con prueba piloto, obteniendo un alpha de Cronbach de 0,86. (Ceballos-Ospinos, 2015)

Otros señalan una consistencia interna de 0,85, una correlación test-retest de 0,93 y sensibilidad de 0,92; la interpretación de las puntuaciones se ofrece con 3 puntos de corte, que permiten calificar el nivel de depresión como mínima, leve, moderada o grave, ha sido validado para población de habla hispana en México. (Consejo General de Colegio Oficiales de Psicólogos, 2013) (Beltrán, Freyre, & Hernández-Guzman, 2012)

.- Escala abreviada del Cuestionario de intimidación Escolar CIE-A: encuesta validada para medir bullying e intimidación en el área escolar, se trata de un instrumento de corta duración, permite identificar primeramente victimización por intimidación tanto física, verbal, social y de coacción; la segunda parte también la conforman 12 preguntas sobre intimidación por parte de quienes responden, la tercera parte igualmente de 12 ítem, se compone de preguntas para medir síntomas de ansiedad, depresión, estrés postraumático y también efectos sobre autoestima, con una consistencia interna medido a través de alfa de Cronbach de 0,83 a 0,89 en un estudio realizado en la ciudad de Cuenca, Ecuador; en otros estudios fue validado por juicio de expertos en la ciudad de Medellín, Colombia, igualmente en la ciudad de Sincelejo de ese país; las respuestas se miden según la escala nunca, pocas veces y muchas veces; interpretación: las respuestas “pocas veces” y “muchas veces” se toman en cuenta como positiva y las respuestas “nunca” como negativa. (Moratto Cárdenas & Berbesí., 2012) (González, Guerra, & Severiche, 2015) (Cordero, 2015)

.- Cuestionario de Identificación de Dependencia de las Drogas (CIDD), elaborado ad-hoc: se trata de un instrumento conformado por 10 preguntas diseñadas para indagar la relación entre conductas en los adolescentes que impliquen el uso, abuso o la dependencia de sustancias adictivas en términos generales, posee un formato de respuesta de forma combinada, donde algunos ítems pueden tener como alternativas de respuesta sí o no para indagar: consumo de alcohol, tabaco, cocaína, marihuana, inhalantes y solventes, mientras que otros están dirigidos a indagar frecuencia de consumo como diariamente, semanalmente o mensualmente, finalmente se encuentran los ítem que buscan determinar las razones de consumo tales como por diversión, para experimentar, para no sentirse rechazado y por no poder abandonarla; la evaluación del cuestionario es posible a través de métodos cualitativos y en cuanto a las propiedades de tipo psicométrico, el análisis de

confiabilidad fue realizado en España a través del estadístico Coeficiente Alfa de Cronbach alcanzando un valor de 0,80. (Fantin, 2006)

.- Apgar Familiar: es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños, en virtud de que puede aplicarse a la población infantil, es útil para establecer la forma en que un individuo describe cómo funciona su entorno familiar en un momento dado, lográndose un aproximación a la identificación de las familias que presentan problemas o disfunciones, para ello, este test evalúa 5 funciones básicas de la familia: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos. Posee un índice de correlación de 0,8, las respuestas tienen un puntaje de 0 a 4 a saber: 0= Nunca, 1= Casi Nunca, 2= Algunas Veces, 3= Casi Siempre, 4= Siempre. La interpretación se realiza de acuerdo al puntaje obtenido: Normal: 17-20 puntos, Disfunción leve: 16-13 puntos, Disfunción moderada: 12-10 puntos y Disfunción severa: menor o igual a 9. (Alcalá, 2014)

El APGAR familiar diseñado desde 1978, ha sido ampliamente utilizado a nivel mundial, en La Paz, Bolivia, en su validación inicial, mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index), se ha evaluado en diversos estudios, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades. (Alcalá, 2014)

.- Una encuesta para establecer factores socioeconómicos y demográficos que incluye preguntas sobre procedencia, etnia, ingresos familiares y tipología familiar.

3.5.6. Técnica de investigación.

- Encuesta

Fuente de los datos:

- Los adolescentes incluidos en la muestra

Instrumentos a utilizar:

- Escala de ideación suicida de Beck
- Encuesta socioeconómica y demográfica

- Apgar Familiar
- Cuestionario de intimidación Escolar CIE-A
- Inventario de Depresión de Beck

3.5.7. Plan de análisis de datos.

La información obtenida durante el estudio, fue organizada a través del programa Excel, para luego ser ingresada la base de datos utilizando el SPSS versión 22.0. Posteriormente se puso en práctica el análisis univariable y bivariado según correspondía:

- Para las variables cualitativas en la parte descriptiva se obtuvieron porcentajes, frecuencia y moda
- Para el análisis de las variables cuantitativas en la parte descriptiva se determinaron medidas de posición, tales como: tendencia central y dispersión.
- El análisis bivariado fue realizado para determinar los factores de riesgo más fuertemente asociados con ideación suicida a través del uso de la prueba de Chi cuadrado, usado para examinar posibles relaciones entre las variables independientes y la ideación suicida. con un IC de 95% y $p= 0,05$

CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Análisis Univariado.

4.1.1 Caracterización de los participantes según Datos sociodemográficos.

La muestra de estudio la constituyeron un total de 304 alumnos distribuidas en 76% de la UE 5 de Junio y 24% de la UE San José La Salle

Tabla 1. Distribución de los casos según Unidades Educativas

Institución	Frecuencia	Porcentaje
UE 5 de Junio	231	76
UE San José La Salle	73	24
Total	304	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

Respecto a los datos sociodemográficos, el 53% fueron femeninas, un 57,2% pertenecían a la etapa de adolescencia temprana con edades comprendidas entre 14 a 16 años, la etnia mestiza prevaleció con un 93,8%, los ingresos principales oscilaron entre 34,2% y 33,9% para 1 y 2 Salarios Mínimos Ecuatorianos respectivamente, la mayoría procedía de área urbana con un registro del 89,5% y el tipo de familia predominante fue la nuclear con el 53,3% de los casos seguida de la monoparental/madre que agrupó al 20,4% de la muestra.

Tabla 2. Distribución de los casos según Datos Socioeconómicos

Grupos de Edad	Frecuencia	Porcentaje
14 a 16 años	174	57,2
17 a 19 años	130	42,8

Sexo		
Femenino	162	53
Masculino	142	47

Etnia		
Mestizo	285	93,8
Blanco	5	1,6
Afrodescendiente	6	2,0
Indígena	8	2,6

Ingresos		
+4 SME	16	5,3
3 SME	36	11,8
2 SME	103	33,9
1 SME	104	34,2
-1 SME	45	14,8

Procedencia		
Rural	32	10,5
Urbana	272	89,5

Familia		
Familia Nuclear	162	53,3
Monoparental/Madre	62	20,4
Monoparental/Padre	1	0,3
Extensa Completa	37	12,2
Extensa Incompleta	34	11,2
Vive con familiares	8	2,6

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

Los alumnos presentaron en su mayoría, 96,4% promedio de calificaciones entre 7 a 10 puntos, lo cual se clasifica como satisfactorio y muy satisfactorio.

Tabla 3. Distribución de los casos según promedio de Calificaciones

Calificaciones	Frecuencia	Porcentaje
6 puntos o menos	11	3.6
7 a 10 puntos	293	96.4
Total	304	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

4.1.2 Determinación de depresión en los participantes.

La depresión se registró grado leve con el 28,29%, seguido de moderado en el 22,37% de los casos.

Tabla 4. Distribución de los casos según Test de Beck

Nivel de Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Normal	117	38.5
Depresión Leve	86	28.3
Depresión Moderada	68	22.4
Depresión Grave	33	10.9
Total	304	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

4.1.3 Funcionalismo familiar en los alumnos.

Los alumnos presentaron disfunción familiar leve en el 23.7% de los casos y moderada con el 16,4%.

Tabla 5. Distribución de los casos según Apgar Familiar

Funcionalismo Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Normal	124	40.8
Disfunción Leve	72	23.7
Disfunción Moderada	50	16.4
Disfunción Severa	58	19.1
Total	304	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

4.1.4 Ideación e Intentos de Suicidio entre los participantes.

La prevalencia de ideación suicida se presentó en 26,32% del total de los casos, respecto a 73,68% del resto del grupo que no presentó esta condición.

Tabla 6. Distribución de los casos según Ideación Suicida

Ideación Suicida	Frecuencia	Porcentaje
Si	80	26.3
No	224	73.7
Total	304	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

Un 8,6% de los alumnos entrevistados confesó haber tenido por lo menos un intento de suicidio y el 4,3% lo realizó más de una vez.

Tabla 7. Distribución de los casos según Intento de Suicidio

Intento de Suicidio	Frecuencia	Porcentaje
1 vez	26	8.6
> 1 vez	13	4.3
Nunca	265	87.2
Total	304	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

4.1.5 Caracterización del Bullying en los estudiantes participantes del estudio.

El 16,4% de los alumnos han sido víctima de bullying en cualquiera de sus formas, mientras que la mayoría, con el 83,6% niega esta condición.

Tabla 8. Distribución de casos según Victimización por Intimidación

Bullying	Frecuencia	Porcentaje
Presente	50	16.4
Ausente	254	83.6
Total	304	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

Los síntomas producto del bullying se agruparon en depresión, ansiedad y estrés post-traumático y se presentaron en el 48,4% de los casos.

Tabla 9. Distribución de casos según Síntomas de Depresión, Ansiedad y Estrés Post-traumático.

Sintomatología	Frecuencia	Porcentaje
Presente	147	48.4
Ausente	157	51.6
Total	304	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

Los alumnos manifestaron en un 3,6% participar en intimidación por parte de respondientes, es decir, fueron acosadores y victimarios de sus compañeros.

Tabla 10. Distribución de casos según Intimidación por parte de Respondientes

Intimidación por Respondientes	Frecuencia	Porcentaje
Presente	11	3.6
Ausente	293	96.4
Total	304	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

Según el grado de intimidación, se presentó leve en el 75% y moderado en el 22,7% de los mismos.

Tabla 11. Distribución de casos según Grado de Intimidación

Grado de Intimidación	Frecuencia	Porcentaje
Leve	228	75.0
Moderado	69	22.7
Severa	7	2.3
Total	304	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

4.1.6 Presencia de consumo de sustancias adictivas.

Poco más de la mitad de la muestra, agrupada en un 51,3% manifestó consumo regular de alcohol, tabaco, drogas y otras sustancias adictivas.

Tabla 12. Distribución de casos según consumo de sustancias Adictivas

Adicciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	156	51.3
No	148	48.7
Total	304	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

4.2. Análisis Bivariado

Se determinó la asociación entre las variables, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 13. Relación entre Grupo Etario e Ideación Suicida

		Ideación Suicida		
		Si	No	Total
Grupo Etario	14 a 16 años	18.1%	39.1%	57.2%
	17 a 19 años	8.2%	34.5%	42.8%
Total		26.3%	73.7%	100.0%

Chi cuadrado= 5,88 Gl= 1 $p=0,015^*$ OR= 1,94

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

Al obtener un valor de p menor a 0,05, se estableció una relación estadísticamente significativa, siendo la edad entre 14 a 16 años un riesgo de 1,94 veces mayor probabilidad para presentar ideación suicida.

Tabla 14. Relación entre Depresión e Ideación Suicida

		Ideación Suicida		
		Si	No	Total
Depresión	Presente	21.7%	39.8%	61.5%
	Ausente	4.6%	33.9%	38.5%
Total		26.3	73.7%	100.0%

Chi cuadrado= 20,199 Gl= 1 $p=0,000^*$ OR= 4,013

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

Al obtener un valor de p menor a 0,05, se estableció relación estadísticamente significativa y se determina que ante la presencia de síntomas de depresión se tiene un riesgo de 4,013 veces de mayor probabilidad de presentar ideación suicida.

Tabla 15. Relación entre Disfunción Familiar e Ideación Suicida

		Ideación Suicida		Total
		Si	No	
Disfunción Familiar	Si	19.4%	39.8%	59.2%
	No	6.9%	33.9%	40.8%
Total		26.3%	73.7%	100.0%

Chi cuadrado= 9,503 Gl= 1 $p=0,002^*$ OR= 2,392

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

Con un valor de p menor a 0,05, se estableció una relación estadísticamente significativa, con 2,34 veces mayor probabilidad de presentar ideación suicida si se pertenece a una familia disfuncional.

Tabla 16. Relación entre Intento de Suicidio e Ideación Suicida

		Ideación Suicida		Total
		Si	No	
Intento de Suicidio	Si	8.9%	3.9%	12.8%
	No	17.4%	69.7%	87.2%
Total		26.3%	73.7%	100.0%

Chi cuadrado= 42,492 Gl= 1 $p=0,000^*$ OR=9,000

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

Al obtener un valor de p menor a 0,05 se estableció una relación estadísticamente significativa, con 9 veces mayor probabilidad de suicidio si presenta ideación suicida.

Tabla 17. Relación entre Victimización por Intimidación e Ideación Suicida

		Ideación Suicida		
		Si	No	Total
Victimización por Intimidación	Presente	8.2%	8.2%	16.4%
	Ausente	18.1%	65.5%	83.6%
Total		26.3%	73.7%	100.0%

Chi cuadrado= 17,312 Gl= 1 $p=0,000^*$ OR= 3,618

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

Al obtener un valor de p menor a 0,05, se estableció una relación estadísticamente significativa, estableciéndose 3,6 veces mayor probabilidad de presentar ideación suicida si se es víctima de intimidación o bullying

Tabla 18. Relación entre Síntomas de Depresión, Ansiedad y Estrés Post-traumático con la Ideación Suicida

		Ideación Suicida		
		Si	No	Total
Síntomas de Depresión, Ansiedad o EPT	Presente	19.4%	28.9%	48.4%
	Ausente	6.9%	44.7%	51.6%
Total		26.3%	73.7%	100.0%

Chi cuadrado= 28,037 Gl= 1 $p=0,000^*$ OR= 4,342

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

Se obtuvo un valor de p menor a 0,05, por lo que se estableció una relación estadísticamente significativa, con 4,3 veces mayor probabilidad de desarrollar ideación suicida si presenta síntomas de depresión, ansiedad o estrés postraumático producto del bullying

Tabla 19. Distribución de los casos según Ideación Suicida por Unidad Educativa

Ideación Suicida	UE 5 de Junio	UE La Salle	Total
Si	22.9%	37.0%	26.3%
No	77.1%	63.0%	73.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Chi cuadrado= 5,641 Gl= 1 $p=0,018^*$ OR= 0,507 IC 0,288 a 0,893

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por: Dra. Alexandra Aguirre, Dra. Isabel Auquilla 2018

El valor de p fue menor a 0,05, en consecuencia se estableció una relación estadísticamente significativa. Y al no incluir la unidad en el Intervalo de Confianza, se evidencia que existe un factor de protección de 0,507 veces probabilidad de no presentar ideación suicida si estudia en la UE 5 de Junio

Es importante señalar que no se estableció relación estadísticamente significativa entre ideación suicida y las variables género, nivel socioeconómico, lugar de procedencia, tipología familiar, promedio de calificaciones, consumo de sustancias adictivas, intimidación por parte de respondientes.

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación se evidenció una prevalencia de ideación suicida con un registro del 26,32%, cifras que se encuentra por encima de la estimación mundial, la cual oscila entre el 2,1% al 18,5% para el 2015 según Ghasemi, Shaghghi y Allahverdipour (2015); sin embargo, según la UNICEF (2017) la ideación suicida alcanzó registros de 50% entre jóvenes.

Esta cifra obtenida, sin embargo, se encuentra más cercana a la señalada por Baaer, Urra, Millán y Yáñez (2011), cuyo registro alcanza el 29,9% de ideación suicida. En concordancia, los investigadores Paschall y Bersamin (2017) refieren que se registró una prevalencia de ideación suicida de 23,4% en los Estados Unidos durante el año 2015.

En cuanto a la prevalencia en Latinoamérica, países como Chile presenta una prevalencia de intento de suicidio de 14,3%, estrechamente relacionado con la ideación suicida, según Silva y colaboradores, (2017), es decir, por debajo de los hallazgos del presente estudio y en cambio otro país de la región, México registró una prevalencia de suicidios de 40,2% para el año 2014, según refiere Cuesta-Revé (2017), en este caso muy por encima de la misma; este mismo autor señala que el suicidio corresponde a la tercera causa de muerte en el grupo etario de 10 a 19 años y la cuarta causa entre los 5 a 14 años.

Analizando los datos obtenidos en este estudio acerca de la prevalencia de ideación suicida, en comparación con cifras locales, en Ecuador, la muerte por lesiones autoinflingidas representó el 16,48% en el 2016 (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2016), por lo que esta investigación supera el estimado nacional

En la presente investigación, el 57,2% pertenecían a la etapa de adolescencia temprana con edades comprendidas entre 14 a 16 años, lo cual coincide con lo establecido por la OMS (2017) cuando señala al suicidio como la segunda causa de muerte en las edades comprendidas entre 15 a 29 años, motivo por el cual constituye un problema de alta prioridad en diversos países.

Otro estudio que concuerda con el presente respecto a la edad, es el realizado en Colombia por Cuesta-Revé (2017) donde se obtuvo que el 75% de los suicidios se presentaron en edades comprendidas entre 15 a 34 años, con mayor prevalencia entre 15 a 17 años, siendo Latinoamérica una región con menos registros a nivel mundial.

En comparación con estudios realizados en Ecuador, el suicidio ocupa la segunda causa de muerte en jóvenes de 12 a 17 años (Bautista & Barahona, 2013). En este sentido para el año 2016 según el INEC, las muertes por lesiones autoinflingidas en adolescentes entre 10 a 17 años representó el 16,48% del total general. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2016)

En cuanto a la ideación suicida propiamente dicha, en Malasia se registró con una prevalencia general del 6,2% siendo significativamente mayor en el grupo femenino con un 7,6% sobre los hombres que agruparon el 4,7%. (Ying et al., 2016)

Entre los hallazgos del presente estudio no se encontraron diferencias respecto al sexo, lo cual coincide con Álvarez, (2013), en cuyo estudio realizado en Colombia sobre riesgo suicida, señala un diferencia leve entre ambos sexos, registrando los hombres el 15,3% y las mujeres el 17,9%.

Por el contrario, Gerstner (2017), el cual en su estudio realizado en Esmeraldas logró determinar diferencias en cuanto al sexo, siendo la prevalencia de ideación suicida de 21% en hombres y el 43% las mujeres, igualmente, otro estudio realizado en el país encontró mayor prevalencia de ideación suicida en mujeres con un 48,9% (Vélez & Tandazo., 2017). Sin embargo, en Cuenca se logró determinar mayor porcentaje de hombres con ideación suicida, en un 55%.

Los registros en cuanto al género varían ampliamente, así Jiménez, Osorio y Palomo (2004), señala que el suicidio es más frecuente en hombres en una proporción hasta 2 y 3 veces mayor que las mujeres. Por su parte (Cuesta-Revé, 2017) en cuanto al género, los hombres tienen mayor prevalencia en una razón de 3,5 a 1 respecto a las mujeres, sin embargo, se registran más intentos e ideaciones de suicidio en mujeres que en hombres, nivel mundial, por ejemplo señala que en México se sucedieron 12,5 suicidios en hombres

mientras que fueron 3,5 en mujeres y en Cuba con predominio en hombres que manejan tasas de 4,5 en contraposición de 1,1 de las mujeres.

En cuanto a la procedencia, la mayoría procedía de área urbana con un registro del 89,5% y Jiménez, Osorio y Palomo (2004), afirma que las grandes ciudades con alta densidad de población, manejan mayor registro de intentos de suicidio, sin embargo, la letalidad puede ser mayor en el medio rural posiblemente por la dificultad al acceso a los centros de salud

Los ingresos principales oscilaron entre 34,2% y 33,9% para 1 y 2 Salarios Mínimos Ecuatorianos respectivamente, en concordancia con Cuesta-Revé (2017), el cual señala el bajo ingreso económico como factor de riesgo para el suicidio.

El consumo de sustancias registrado fue de 51,3%, donde se incluyen alcohol, tabaco y drogas, elementos que se han catalogado como factores de riesgo para intentos de suicidio, principalmente el tabaco, sustancia que algunos autores como Silva et al., (2017) consideran que pueden tomarse en cuenta como identificadores de riesgo suicida.

La depresión se registró en el 61,5% de los casos, en concordancia con la OMS (2017) que señala la existencia de una relación entre suicidio y patologías mentales, principalmente depresión, adicionalmente, Ceballos-Ospinos (2015), describen una relación estadísticamente significativa entre síntomas de depresión e ideación suicida en adolescentes de 15 a 19 años de edad. (Idrovo & Chaca., 2016)

Estos hallazgos del presente estudio pone en evidencia lo mencionado por Koren y otros (2017), cuando afirma que las patologías mentales como la psicosis y la depresión, pueden ser tomadas en cuenta como un factor de riesgo para la ideación suicida, refiriéndose a un estudio realizado en Estados Unidos con adolescentes entre 13 a 16 años, donde se pudo determinar la relación existente entre la psicosis, síntomas depresivos, ideación suicida y suicidio.

El intento de suicidio es el factor de riesgo principal para sucesivos intentos, estando presente en esta investigación en el 13% de los casos, situación señalada de igual manera por diversos autores. (Echavarría y otros., 2016) (OMS, 2017), (Baaer Urra Millán & Yáñez., 2011)

El presente estudio logró constatar los múltiples factores que se relacionan con la ideación suicida como antecedente del suicidio propiamente dicho, siendo un problema complejo donde se encuentran implicados factores psicológicos y sociales principalmente (Ghasemi Shaghghi & Allahverdipour., 2015)

Los alumnos presentaron disfunción familiar leve en el 23.7% de los casos, en concordancia con (Baaer Urra Millán & Yáñez., 2011), (Idrovo & Chaca., 2016) que encontraron una alta prevalencia de problemas familiares y la conducta suicida.

El 16,4% de los alumnos han sido víctima de bullying en cualquiera de sus formas, señalado como factor de riesgo para ideación suicida en adolescentes, (Universidad Industrial de Santander , 2014)

En la presente investigación, la unidad educativa particular, presentó una mayor prevalencia de ideación suicida que la fiscal, estableciéndose un factor protector el estudio en una unidad fiscal, contrario a los hallazgos de Vera-Romero y Díaz-Veléz (2012)

En este estudio se presentó una relación estadísticamente significativa entre Ideación Suicida y grupo etario de 14 a 16 años, depresión, disfunción familiar, bullying, intento de suicidio, en concordancia con Álvarez (2013) y Ruiz, (2011),

Esta relación entre ideación suicida y diversos factores coincide con lo señalado por Cuesta-Revé (2017) el cual afirma que diversos estudios señalan que el suicidio al parecer es el resultado de la interacción entre diferentes factores, en este sentido, es posible observar una relación entre factores biológicos, de desarrollo y sociales en algunos individuos cuya causa de muerte es el suicidio.

En concordancia con los hallazgos de este estudio, respecto a la relación estadística con múltiples factores, se cita un estudio realizado en Colombia en el cual el 11,8% presentó riesgo suicida y se identificaron los factores de riesgo, obteniendo como resultados una edad promedio de 14,28 años,; los hombres representaron el 15,3% y 17,9% mujeres, 12,2% con intento de suicidio, 56,8% mostraron depresión, el 42,6% tuvo disfunción familiar de leve a severa, un 15,6% consumo de sustancias psicoactivas. (Alvarez, 2013).

CONCLUSIONES

- La prevalencia de la ideación suicida en los adolescentes se registró en total 26,32%
- Se estimaron los factores socioeconómicos, demográficos, funcionalismo familiar, presencia de clínica de depresión y bullying en los estudiantes: el 53% fueron femeninas, un 57,2% pertenecían a la etapa de adolescencia temprana con edades comprendidas entre 14 a 16 años, la etnia mestiza prevaleció con un 93,8%, los ingresos principales oscilaron entre 34,2% y 33,9% para 1 y 2 Salarios Mínimos Ecuatorianos respectivamente, la mayoría procedía de área urbana con un registro del 89,5% y el tipo de familia predominante fue la nuclear con el 53,3% de los casos. La depresión se registró en el 61,5%. Los alumnos presentaron disfunción familiar leve en el 23,7% de los casos. El 16,4% de los alumnos han sido víctima de bullying en cualquiera de sus formas.
- Se presentó una relación estadísticamente significativa entre Ideación Suicida y grupo etario de 14 a 16 años, depresión, disfunción familiar, bullying, intento de suicidio.
- Respecto al bajo rendimiento escolar con ideación suicida en estos estudiantes, los alumnos presentaron en su mayoría, 96,4% promedio de calificaciones entre 7 a 10 puntos, no se estableció relación estadística entre ambas variables.
- En el análisis en relación a ideación suicida entre un establecimiento público y uno privado, se evidenció una prevalencia de la ideación suicida en los adolescentes, desglosadas por Unidades Educativas Fiscal “5 de Junio” y particular “San José La Salle”, ubicados en el Sur de Quito, alcanzaron 22,9% y 37% respectivamente, siendo mayor en la UE particular aunque presentaba un menor recuento de alumnos participantes.

RECOMENDACIONES

- En base a los hallazgos obtenidos se recomienda mantener estudios de investigación sobre la prevalencia de ideación suicida en las escuelas para vigilar el comportamiento de este flagelo que amenaza a los adolescentes de nuestras comunidades y sobre los resultados diseñar estrategias particulares y específicas para disminuir los casos
- El sector salud debe apoyar estos estudios en las escuelas y en las consultas para detectar los factores de riesgo ya conocidos y usar la información para el diagnóstico oportuno y preventivo
- Emplear instrumentos de evaluación que permitan evidenciar la presencia de síntomas de depresión, disfunción familiar y bullying como factores de riesgo altamente relacionados con la ideación suicida en los adolescentes.
- Vigilar especialmente a los alumnos con bajo rendimiento escolar, dada la relación existente entre este factor y la ideación suicida
- Fomentar la importancia de la vigilancia de los casos en instituciones tanto fiscales como particulares, aunque las escuelas particulares parecen presentar mayor índice, un solo alumno proveniente de cualquier institución es un ser humano en peligro y como sector salud, el compromiso es con todos y todas las personas potencialmente vulnerables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcalá, S. &. (enero-junio de 2014). *APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar*. Obtenido de Rev Med La Paz: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf
- Almonte, C., & Montt, M. (2015). *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (2da ed.). Chile: Mediterneo. Obtenido de <http://www.bibvirtual.ucb.edu.bo/opac/Record/100000833>
- Alvarez, J. (julio-diciembre de 2013). Factor de riesgo suicida y factores asociados en adolescente de una institución educativa de Caldas. *Archivos de Medicina Col.* , 13(2), 127-141.
- Baer Urra Millán & Yáñez. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Rev Med. Clin Condes*, 22(3), 303-309. Obtenido de http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_3/303-309-dr-baader.pdf: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_3/303-309-dr-baader.pdf
- Bautista & Barahona, .. (2013). *Características y Respuesta familiar frente a los pacientes con intento autolítico que llegan a la emergencia del Hospital "Pedro Vicente Maldonado" desde enero 2009 hasta diciembre 2012*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5893/T-PUCE-6051.pdf?sequence=1>
- Bella, M., Acosta , L., Villacé, B., López, M., Fernández , R., & Enders, J. (ene-feb de 2013). Análisis de la mortalidad por suicidio en niños, adolescentes y jóvenes. Argentina, 2005-2007. *Archivos Argentinos Pediatría*, 111(1). Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752013000100005
- Beltrán, M., Freyre, M., & Hernández-Guzman, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5-13. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art%2001.pdf>
- Betancourt, A. (2008). *El suicidio en el Ecuador: un fenomeno en ascenso*. Obtenido de <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2350/1/BFLACSO-CS26-04-Betancourt.pdf>
- Caballo & Simón. (2004). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid: Pirámide. Obtenido de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Manual%20de%20Psicologia%20Clinica%20Infantil%20y%20del%20adolescente%20-%20S.A..pdf>
- Cabra, O., Infante , D., & Sossa, F. (abril-junio de 2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Medica Sanitas 13 (2): 28-35, 2010, 13(2), 28-*

35. Obtenido de <http://docplayer.es/22840332-El-suicidio-y-los-factores-de-riesgo-asociados-en-ninos-y-adolescentes.html>
- Ceballos-Ospinos, G. (2015). Ideación Suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Revista Duazary*, 12(1), 15-22. Obtenido de <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1394>
- Conde, P. (2016). *Desesperanza e ideación suicida en pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote*. Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/222/conde_cp.pdf?sequence=1
- Consejo General de Colegio Oficiales de Psicólogos. (2013). *Evaluación del Inventario BDI-II*. Obtenido de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Cordero, J. (2015). *Funcionamiento Familiar y Bullying*. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4317/1/10874.pdf>
- Cruz, F., & Roa, V. (septiembre de 2005). *Intento Suicida en Niños y Adolescentes: Criterios para un modelo de intervención en crisis desde el Enfoque Constructivista Evolutivo. Memoria para optar al título de Psicólogo. Universidad de Chile*. Obtenido de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/cruz_f/sources/cruz_f.pdf
- Cuesta-Revé, D. (2017). *Aspectos epidemiológicos del Sicidio en Adolescentes*. Obtenido de *Revista Mexicana de Pediatría* 84(2) pp 72-77: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp172f.pdf>
- Cyrułnik, B. (2014). *Cuando un niño se da "muerte"*. Barcelona: Gedesia. Obtenido de [https://books.google.com.ec/books?id=dSs1BQAAQBAJ&pg=PT102&lpg=PT102&dq=Cyrułnik,+B.++\(2014\).+Cuando+un+ni%C3%B1o+se+da+%E2%80%9Cmuerte%E2%80%9D.+Barcelona:+Gedisa.&source=bl&ots=ZwYuilCQ4d&sig=oxJuBQERlbKISy-yrE5LhY4DMfg&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwifhbPVzKXZA](https://books.google.com.ec/books?id=dSs1BQAAQBAJ&pg=PT102&lpg=PT102&dq=Cyrułnik,+B.++(2014).+Cuando+un+ni%C3%B1o+se+da+%E2%80%9Cmuerte%E2%80%9D.+Barcelona:+Gedisa.&source=bl&ots=ZwYuilCQ4d&sig=oxJuBQERlbKISy-yrE5LhY4DMfg&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwifhbPVzKXZA)
- Echavarría y otros. (2016). *Ciberacoso y comportamiento suicida, Cual es la conexión? A propósito de un caso*. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.004>
- Escobar et al. (2016). *Ciberacoso y comportamiento suicida, Cual es la conexión? . A propósito de un caso*. Obtenido de *Revista Colombiana de Psiquiatría*. : <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.004>
- Fantin, M. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Rev Adicciones de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías*, 18(3), 285-292. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122031010.pdf>
- Florenzano, R., & Cáceres, E. (diciembre de 2011). Relación entre Ideación Suicida y Estilos Parentales en un grupo de Adolescentes Chilenos. *Revista medica de Chile*, 12, 1529-1533. Obtenido de

https://www.researchgate.net/publication/216319712_Relacion_entre_Ideacion_Suicida_y_Estilos_Parentales_en_un_grupo_de_Adolescentes_Chilenos

- Gavidea P. (noviembre de 2016). *Ideación Suicida y razones para Vivir*. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/24165>
- Gerstner, R. (mayo de 2017). *Factores predictores y protectores para tendencias suicidas en adolescentes en una zona afectada por el terremoto del 16 de abril en Ecuador*. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6586/1/131067.pdf>
- Ghasemi Shaghghi & Allahverdi-pour. (2015). *Measurement Scales of Suicidal Ideation and Attitudes*. Obtenido de *Revista Health Promotion Perspectives*, 5(3) 156-168: <http://journals.tbzmed.ac.ir/HPP>
- González, M., Guerra, I., & Severiche, A. (2015). *Perfil del acoso escolar en la institución educativa La Unión en Sincelejo 2014-2015*. Obtenido de <http://repositorio.unisucre.edu.co/bitstream/001/545/1/T371.58%20G643.pdf>
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C., & González, J. (abril de 2000). Características Psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2). Obtenido de http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/download/808/807.
- Hernández, F. B. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta ed.). Mexico, Mexico: Interamericana . Obtenido de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Idrovo & Chaca. (2016). *Riesgos de suicidio y factores asociados en estudiantes de bachillerato del Colegio Benigno Malo, Cuenca 2016*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/24226>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2016). *Número de Defunciones por edades simple*. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/Nota_tecnica_Registro_de_Estadisticas_Vitales_2016.pdf
- Jansen Spilka & Beck. (2017). *mentale et usages de substances psychoactives chez les Suicide , sante , ais en 2014 adolescents franc Suicide , mental health and substance uses among French adolescents in 2014*. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.respe.2017.06.004>
- Jaramilo, J. (mayo de 2007). *Depresión y factores asociados en Adolescentes de colegios urbanos de la ciudad de cuenca* . Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19973/1/Julio%20Jaramillo%20..pdf>

- Koren y otros. (noviembre de 2017). *Attenuated psychosis and basic self-disturbance as risk factors for depression and suicidal ideation/behaviour in community-dwelling adolescents*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29164828>
- Kou, R. (octubre de 2013). *Impulsividad y Conductas Suicidas en Alcohólicos en Tratamiento*. Obtenido de Pontificia Universidad Católica del Perú: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5054/KOU_RIOS_RENZO_IMPULSIVIDAD_TRATAMIENTO.pdf?sequence=3
- Mena & Muñoz. (2010). *Presión social y consumo de alcohol en los adolescentes. Tesis previa a la obtención del título de licenciada en psicología. Universidad de Cuenca*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2301/1/tps605.pdf>
- Mingote, J., Jiménez, M., Osorio, R., & Palomo, T. (2004). *Suicidio. Asistencia Clínica*. Madrid: Díaz de Santos S.A.
- Ministerio de Sanidad y Política Social de Galicia. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf
- Miranda de la Torre, I., Cubillas, M., Román, R., & Valdez, E. (noviembre-diciembre de 2009). Ideación Suicida en población escolarizada infantil. Factores psicológicos asociados. *Revista Salud Mental*, 32(6), 495-502. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58212267007.pdf>
- Moratto Cárdenas & Berbesí. (julio-diciembre de 2012). *Validación de un cuestionario breve para detectar intimidación escolar*. Obtenido de CES Psicología, 5 (2) pp. 70-78: <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539471006.pdf>
- Morla Saad & Saad. (2006). Depresión en Adolescentes y desestructuración familiar en Guayaquil, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(2). Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n2/v35n2a03.pdf>
- Mosquera, L. (enero de 2016). *Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica*. Obtenido de Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 3(1) pp 9-18: http://www.revistapcna.com/sites/default/files/mosquera_2016_revisión_critica_conducta_suicida.pdf
- OMS. (2017). *Datos y Cifras sobre el suicidio. Infografía*. Obtenido de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/
- Paschall & Bersamin M. (2017). *School-Based Health Centers, Depression and Suicide Risk Among Adolescents*. Obtenido de American Journal of Preventive Medicine: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.08.022>

- Paschall & Bersamin. (2017). *School-based Health Centers, Depression, and Suicide Risk Among Adolescents*. Obtenido de American Journal of Preventive Medicine, 54(1), 44-50: [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(17\)30477-4/fulltext](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(17)30477-4/fulltext)
- Puuskari, A.-S. K. (2017). *Suicidal ideation, suicide attempts, and psychological distress among intoxicated adolescents in the pediatric emergency department*. Obtenido de Nordic Journal of Psychiatry, 1-8: <http://dx.doi.org/10.1080/08039488.2017.1400099>
- Quito, J. (2012). *Análisis Sistémico Estructural de Familias con un miembro con ideación / intento de suicidio. Hospital Vicente Corral Moscoso*. . Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2694/1/tm4661.pdf>
- Rueda-Jaimes, M.-V. C.-R. (2010). Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con la edad adulta. *Rev. Colombiana Psiquiatría*, 39(4), 683-692. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n4/v39n4a04.pdf>
- Ruiz, D. (2011). *Niveles de depresión en los/las adolescentes, hijo/as de padres separados atendidos en el Instituto Médico Fundación Tierra Nueva en el período de octubre 2010 a Octubre 2011*". Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/1318/1/T-UCE-0007-20.pdf>
- Schaffer, O., & Greenberg, M. (2003). Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescent. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 978-982. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=6789381&pid=S0717-9227201600040000900021&lng=es
- Semenova y otros. (2012). *Validación de un cuestionario breve para detectar intimidación escolar*. Obtenido de <http://www.revistaciencia.uat.edu.mx/index.php/CienciaUAT/article/view/680/365>
- Silva et al. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(1), 33-42. Obtenido de [http://www.aepcp.net/arc/Revista%20de%20Psicopatologia%20y%20Psicologia%20Clinica_Vol.22\(1\).2017_Parte7.pdf](http://www.aepcp.net/arc/Revista%20de%20Psicopatologia%20y%20Psicologia%20Clinica_Vol.22(1).2017_Parte7.pdf)
- Stenbacka & Jokinen J. (2015). *Violent and non-violent methods of attempted and completed suicide in Swedish young men: the role of early risk factors*. Obtenido de <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0570-2>
- Tait & Michail. (2014). *Educational interventions for general practitioners to identify and manage depression as a suicide risk factor in young people: a systematic review and meta-analysis protocol*. Obtenido de Systematic Review, 3: <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/3/1/145>
- UNICEF. (2017). *Suicidio*. Obtenido de https://www.unicef.org/argentina/spanish/COM-5_Suicidio_Interior_WEB.pdf

- Universidad Complutense Madrid. (2006). *Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica clínica. Ficha Técnica* . Obtenido de http://webs.ucm.es/info/psclinica/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20IDEACION%20SUICIDA/SSI_F.pdf
- Universidad Industrial de Santander . (agosto de 2014). *Guía para la Atención primaria de Pacientes con ideación o intento suicida* . Obtenido de https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf
- Vélez & Tandazo. (2017). *Ideación suicida en los estudiantes de Bachillerato sección matutina de la Unidad Educativa del Milenio Bernardo Valdivieso*. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/19434>
- Vera-Romero, O., & Díaz-Veléz, C. (julio-agosto de 2012). Suicidio en adolescentes de Sudamérica: un problema creciente. *Salud pública México* , 54(4). Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000400003
- Vorvick, L. (2011). *Suicidio*. Obtenido de <https://www.clinicadam.com/salud/5/001554.html>
- Ying et al. (2016). *Prevalence and risk factors associated with suicidal ideation among adolescents in Malaysia*. Obtenido de *Int J Adolesc Med Health*. 1-9: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27508957>
- Zelaya, L., Piris, L., & Migliorisi, B. (2012). Intentos de suicidio en adolescentes, Máscara del Maltrato Infantil? *Pediatría (Asunción): Organó Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría*, 39(3), 167-172. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4221424>

ANEXO 1: Asentimiento Informado

“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 EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2017 A FEBRERO 2018”

Asentimiento informado y declaración del participante

Introducción

Nosotros somos estudiantes del cuarto año del Postgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estamos investigando sobre la ideación suicida y sus factores de riesgo asociados, ya que es un problema social que afecta a los adolescentes, que son un grupo de población vulnerable. Le vamos a dar información e invitarle a participar en este estudio. No tiene que decidir inmediatamente si quiere participar. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quién se sienta cómodo sobre la investigación. Por favor, deténganos según le informamos para darnos tiempo para explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntar cuando crea más conveniente.

Propósitos

El propósito de este estudio es identificar la prevalencia de la ideación suicida y sus factores de riesgos en estudiantes adolescentes.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación se realizará a través de una entrevista directa a los adolescentes estudiantes de las Unidades Educativas 5 de Junio y San José La Salle de la ciudad de Quito

Selección de participantes

Estamos invitando a participar a los estudiantes adolescentes de las dos Unidades Educativas. De esta forma recopilaremos la información sobre la ideación suicida y los factores que pudieran estar asociados a esta situación

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta institución y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Procedimientos

Si desean participar en este estudio deben contestar todas las preguntas que están en la encuesta sobre: edad, sexo, aspectos socios familiares y demográficos, bullying, depresión, funcionalismo familiar e ideas suicidas.

Las respuestas serán ingresadas en una base de datos, la cual será analizada por los autores y posteriormente escribirán un informe final exponiendo los resultados del trabajo.

Duración: estas preguntas tomarán aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

Confidencialidad

La información que recojamos en este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y solo los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se mantendrá la información bajo seguridad. No será compartida ni entregada a nadie.

Compartiendo los Resultados

La información será presentada en la disertación del trabajo final de tesis de los investigadores. Si los resultados de este estudio se publican o presentan no utilizaremos el nombre de los participantes.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué formar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar cualquiera de las siguientes personas:

Dra. Alexandra Aguirre 0998507155
E-mail: alexita17@hotmail.com
Dirección domiciliaria: Av. Maldonado y
21 de Agosto. Sector Guajalo.

Dra. Isabel Auquilla 0979074306
isabela7878@hotmail.com
Telmo Paz y Miño y Av. Gran
Colombia. Sector El Dorado

He sido invitado (a) a participar en la investigación “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 EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2017 A FEBRERO 2018”

Entiendo que se me realizarán un test psicológico y una entrevista. He sido informado (a) que los riesgos son mínimos. Sé que es posible que no me beneficie directamente al participar en el estudio; sin embargo los resultados pueden ayudar a documentar mejor los aspectos relacionados con la ideación suicida y sus factores de riesgo. Se me ha proporcionado el nombre y dirección de los investigadores que pueden ser fácilmente contactados.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

**Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Asentimiento Informado _____
(iniciales del investigador)**

ANEXO 2: Consentimiento Informado

Formulario de Consentimiento

Este formulario se dirige a los padres o apoderados los adolescentes que estudian en las escuelas “5 de Junio y San José La Salle de la ciudad de Quito

He sido invitado para que mi hijo/a participe en una investigación 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 EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2017 A FEBRERO 2018”**

Entiendo que ello significa que será entrevistado y se le harán una serie de preguntas respecto la ideación suicida y los posibles factores asociados. He sido informado de que los riesgos son mínimos y no representa peligro para él. Soy consciente de que puede que no haya beneficio personal para mí o mi niño/a y que no seré compensado. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser contactado fácilmente usando el número que se me dio. He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente que mi niño/a participe en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirar del estudio mi niño/a en cualquier momento sin que afecte de ninguna forma mi atención médica ni la de mi hijo/a.

Nombre del Participante _____

Nombre del Padre/Madre o Apoderado _____

Firma del Padre/Madre o Apoderado _____

Fecha _____ Día/mes/año

Si es analfabeto Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar:

Los participantes analfabetos deben incluir su huella dactilar.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento al potencial participante, y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____

E impreso de la huella dactilar del padre/madre Firma del testigo
_____ Fecha _____ Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento al padre/madre o apoderado del participante potencial, y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____ Día/mes/año

Se ha proporcionado una copia de este documento de Consentimiento Informado al padre/madre o apoderado del participante _____

Se _____ completará o _____ no se completará un formulario de consentimiento Informado

ANEXO 3: Escala de Ideación Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)

Lea cuidadosamente este cuestionario. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA

1. Su deseo de vivir es:
 0. Moderado o fuerte
 1. Mediano o poco (débil)
 2. No tengo deseo (Inexistente)
2. Su deseo de morir es:
 0. No tengo deseos de morir
 1. Pocos deseos de morir
 2. Moderado o fuerte
3. Sus razones para Vivir/morir son:
 0. Vivir supera a morir
 1. Equilibrado (es igual)
 2. Morir supera vivir
4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:
 0. Ninguno (Inexistente)
 1. Poco débil
 2. Moderado a fuerte
5. Realizar un intento de suicidio pasivo:
 0. Tomaría precauciones para salvar su vida
 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte
 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

NOTA: Si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es “0”- Deje de contestar el cuestionario-

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS

6. Su duración de Pensamientos / Deseos son:
 0. Breve, duran poco tiempo o pasajeros
 1. Temporadas o periodos largos
 2. Duran un tiempo largo o continuo
7. Su frecuencia de Pensamientos / Deseos son:
 0. Rara vez, ocasionalmente (baja)
 1. Frecuentemente pienso/deseo
 2. Casi todo el tiempo pienso/deseo
8. Su actitud hacia los Pensamientos / Deseos es:
 0. Rechazo los pensamientos / deseos
 1. Ambivalente; indiferente
 2. Aceptación de pensamientos / deseos
9. Su Control sobre la acción/deseo de suicidio:
 0. Tiene capacidad de control
 1. Inseguridad de capacidad de control
 2. No tiene capacidad de control
10. Sus razones o motivos que detienen la tentación suicida. (familia, religión, irreversibilidad o fallar)
 0. No le intentaría porque algo le detiene
 1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen
 2. No tiene o mínimo interés en las razones que detienen

11. Sus razones para Pensar/Desear el intento suicida:
 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza
 1. Combinación de 0 -2
 2. Escapar, acabar, manera de resolver problemas

Indicar cuales son los factores que detienen la tentativa.....

III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

12. El método: Especificidad / Oportunidad de pensar el intento:
 0. Sin considerar método o plan
 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles
 2. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados
13. El método: Disponibilidad/Oportunidad de pensar el intento
 0. Método no disponible; no oportunidad
 1. Método requeriría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente
 2. Método y oportunidad disponible. 2ª oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método
14. La Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento:
 0. No tiene el valor, o capacidad. (debilidad o asustado)
 1. No está seguro de tener valor o capacidad
 2. Está seguro de tener valor
15. La expectativa de anticipación de un intento real:
 0. No
 1. Sin seguridad, sin claridad
 2. Si

IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO

16. La preparación real de realizarlo.
 0. Ninguna preparación
 1. Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
 2. Completa (preparativos terminados)
17. La Nota Suicida:
 0. No ha escrito nota o carta (ninguna)
 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar
 2. Nota o carta escrita (terminada)
18. Ha realizado acciones finales para preparar suicidio (testamento, arreglos, o pagos, regalos)
 0. No
 1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales
 2. Planes realizados y arreglos finales
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida
 0. Revela las ideas abiertamente
 1. Evita o revela las ideas con reserva
 2. Encubre, oculta o engaña y miente
20. Intento de suicidio anteriores
 0. No ha intentado
 1. Uno
 2. Más de uno

ANEXO 4: Test de depresión de Beck

Instrucciones: Este cuestionario está formado por 21 grupos de frases. Por favor, lea cada grupo con atención, y elija la frase de cada grupo que mejor describa cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluido el día de hoy.

Marque la casilla que está a la izquierda de la frase que ha elegido como respuesta a cada una de las afirmaciones del enunciado. Si dentro de un mismo grupo hay más de una frase que considere aplicable a su caso, rodee aquella que haya tenido una mayor frecuencia en las dos últimas semanas.

1) Tristeza

- No me siento triste
- Me siento triste la mayor parte del tiempo
- Estoy triste todo el tiempo
- Me siento tan triste o desgraciado/a que no puedo soportarlo

2) Pesimismo

- No estoy desanimado/a respecto a mi futuro
- Me siento más desanimado/a respecto a mi futuro que de costumbre
- No espero que las cosas se resuelvan
- Siento que mi futuro no tiene esperanza y que sólo irá a peor

3) Fracaso pasado

- No me siento fracasado/a
- He fracasado más de lo que debería
- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- Creo que soy un fracaso total como persona

4) Pérdida de placer

- Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan
- No disfruto de las cosas tanto como acostumbraba
- Disfruto muy poco con las cosas que me gustaban
- No disfruto nada con las cosas que me gustaban

5) Sentimientos de culpabilidad

- No me siento especialmente culpable
- Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- Me siento culpable siempre

6) Sentimientos de castigo

- No creo que esté siendo castigado/a
- Creo que puedo ser castigado/a
- Espero ser castigado/a
- Creo que estoy siendo castigado/a

7) Desagrado hacia uno mismo/a

- Tengo la misma opinión sobre mí que de costumbre
- He perdido la confianza en mí mismo/a
- Me siento decepcionado conmigo mismo
- No me gusta a mí mismo/a

8) Autocrítica

- No me critico o culpo más que de costumbre
- Soy más crítico/a conmigo mismo/a que de costumbre
- Me critico por todas mis faltas
- Me culpo por todo lo malo que sucede

9) Pensamientos o deseos de suicidio

- No pienso en suicidarme
- Pienso en suicidarme, pero no lo haría
- Desearía suicidarme
- Me suicidaría si tuviese oportunidad

10) Llanto

- No lloro más que de costumbre
- Lloro más que de costumbre
- Lloro por cualquier cosa
- Tengo ganas de llorar pero no puedo

11) Agitación

- No estoy más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre
- Me siento más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre
- Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que me es difícil estar quieto/a
- Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12) Pérdida de interés

- No he perdido el interés por los demás o por las cosas
- Estoy menos interesado/a por los demás o por las cosas que antes
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas
- Me resulta difícil interesarme por alguna cosa

13) Indecisión

- Tomo decisiones casi tan bien como siempre
- Me resulta más difícil tomar decisiones que de costumbre
- Me resulta mucho más difícil tomar decisiones que de costumbre
- Tengo dificultades para tomar cualquier decisión

14) Sentimientos de inutilidad

- No creo que yo sea inútil
- No me considero tan valioso y útil como de costumbre
- Me siento más inútil en comparación con otras personas
- Me siento completamente inútil

15) Pérdida de energía

- Tengo tanta energía como siempre
- Tengo menos energía que de costumbre
- No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
- No tengo suficiente energía para hacer nada

16) Cambios en el sueño

- No he notado ningún cambio en mi sueño
- Duermo algo más que de costumbre
- Duermo algo menos que de costumbre
- Duermo mucho más que de costumbre
- Duermo mucho menos que de costumbre
- Duermo la mayor parte del día
- Me despierto 1-2 horas antes y no puedo volver a dormirme

17) Irritabilidad

- No estoy más irritable que de costumbre
- Estoy más irritable que de costumbre
- Estoy mucho más irritable que de costumbre

- Estoy irritable todo el tiempo

18) Cambios en el apetito

- No he notado ningún cambio en mi apetito
- Mi apetito es algo menor que de costumbre
- Mi apetito es algo mayor que de costumbre
- Mi apetito es mucho menor que antes
- Mi apetito es mucho mayor que de costumbre
- No tengo nada de apetito
- Tengo un ansia constante de comer

19) Dificultades de concentración

- Puedo concentrarme tan bien como siempre
- No me puedo concentrar tan bien como de costumbre
- Me cuesta concentrarme en algo durante mucho rato
- No me puedo concentrar en nada

20) Cansancio o fatiga

- No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre
- Me canso o me siento fatigado/a más fácilmente que de costumbre
- Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21) Pérdida de interés por el sexo

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado/a en el sexo que de costumbre
- Estoy mucho menos interesado/a en el sexo ahora
- He perdido totalmente el interés por el sexo

ANEXO 5: Escala abreviada del Cuestionario de Intimidación Escolar CIE-A

Situaciones de victimización por intimidación	Nunca	Pocas Veces	Muchas Veces
No me dejan participar, me excluyen			
Me obligan a hacer cosas peligrosas para mí			
Rompen mis cosas a propósito			
Me esconden las cosas			
Dicen a otros que no estén conmigo o que no me hablen			
Me insultan			
Me pegan coscorriones, puñetazos, patadas			
Me chiflan o gritan			
Me desprecian			
Me llaman por apodos			
Me amenazan para que haga cosas que no quiero			
Me obligan a hacer cosas que están mal			
Síntomas de ansiedad, depresión, estrés post traumático y efectos sobre autoestima			
Si volviera a nacer pediría ser diferente a como soy			
Creo que nadie me aprecia			
Tengo sueños y pesadillas horribles			
Me suelen sudar las manos sin saber por qué			
A veces tengo una sensación de peligro o miedo sin saber por qué			
Al venir al colegio siento miedo o angustia			
A veces me encuentro sin esperanza			
A veces creo que no tengo remedio			
Algunas veces tengo ganas de morirme			
Algunas veces me odio a mí mismo			
A veces me viene recuerdos horribles mientras estoy despierto			
Me vienen nervios, ansiedad o angustia sin saber por qué			
Intimidación por parte de respondientes			
No dejo participar, excluyo			
Obligo a hacer cosas peligrosas para él o ella			
Obligo a darme sus cosas			
Rompo sus cosas a propósito			
Robo sus cosas			
Envío mensajes para amenazarle			
Zarandeo o empujo para intimidar			
Me burlo de él o ella			
Riego chismes falsos sobre él o ella			
Mando mensajes o dibujos ofensivos por internet y/o celular			
Trato de hacer que otros les desprecien			
Digo nombres ofensivos, comentarios o gestos con contenido sexual			

ANEXO 6: Apgar Familiar

Nombre: _____

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	0	1	2	3	4
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tiene algún problema o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor					
Me satisface como compartimos en mi familia: tiempo, espacios, dinero					

ANEXO 7: Encuesta socioeconómica y demográfica

Recopilación de la Información:

Código del alumno: _____ Año: _____ Edad: _____

Municipio de Procedencia _____

Raza

- Blanca ()
- Mestiza ()
- Afrodescendiente ()
- Indígena ()
- Asiáticos ()

Factores Socioeconómicos

- < 1 SME ()
- 1 SME ()
- 2 SME ()
- 3 SME ()
- > 4 SME ()

Factores Demográficos

Área Rural () Área Urbana ()

Miembros de la familia que viven con usted en la misma casa:

- Madre ()
- Padre ()
- Hermanos (as) ()
- Abuelos ()
- Tíos ()
- Primos ()
- Otras personas ()

Ultima Calificación Obtenida _____

ANEXO 8: Cuestionario de Identificación de Dependencia de Drogas (CIDD)

Sustancia	Si	No
Alcohol		
Tabaco		
LSD		
Marihuana		
Cocaína		
Opio, Heroína		
Inhalantes, Solventes, pegamento		
Medicamentos: sedantes, ansiolíticos, tranquilizantes		
Otros		
Frecuencia		
No llega a una vez al mes		
Mensualmente		
Semanalmente		
Diariamente		
Razones		
Para experimentar		
Para divertirme		
Para no sentirme rechazado		
No puede abandonarla		
Otro		

ANEXO 9: Tablas de análisis Bivariado sin relación estadísticamente significativa.

Tabla 20. Relación entre Género e Ideación Suicida

		Ideación Suicida		
		Si	No	Total
Género	Femenino	16.1%	36.8%	53.0%
	Masculino	10.2%	36.8%	47.0%
Total		26.3%	73.7%	100.0%

Chi cuadrado= 2,995 Gl= 1 p=0,84

Tabla 22. Relación entre Nivel Socioeconómico e Ideación Suicida

		Ideación Suicida		
		Si	No	Total
Nivel Socioeconómico	1 SME o menos	12.2%	36.8%	49.0%
	Más de 2 SME	14.1%	36.8%	51.0%
Total		26,3%	73,7%	100%

Chi cuadrado= 0,332 Gl= 1 p=0,565

Tabla 23. Relación entre Lugar de Procedencia e Ideación Suicida

		Ideación Suicida		
		Si	No	Total
Lugar de Procedencia	Urbana	24.0%	65.5%	89.5%
	Rural	2.3%	8.2%	10.5%
Total		26.3%	73.7%	100.0%

Chi cuadrado= 0.364 Gl= 1 p=0,546

Tabla 24. Relación entre Tipología Familiar e Ideación Suicida

		Ideación Suicida		
		Si	No	Total
Tipología Familiar	Familia Nuclear/Extensa Completa	14.8%	50.3%	65.1%
	Otras Tipologías	11.5%	23.4%	34.9%
Total		26.3%	73.7%	100.0%

Chi cuadrado= 3,771 Gl= 1 p=0,52

Tabla 25. Relación entre Promedio de Calificaciones e Ideación Suicida

		Ideación Suicida		Total
		Si	No	
Promedio	6 puntos o menos	1.6%	2.0%	3.6%
Calificaciones	7 a 10 puntos	24.7%	71.7%	96.4%
Total		26.3%	73.7%	100.0%

Chi cuadrado= 2,156 Gl= 1 p=0,142

Tabla 26. Relación entre Consumo de Sustancia Adictivas e Ideación Suicida

		Ideación Suicida		Total
		Si	No	
Consumo de Sustancia	Si	13.8%	37.5%	51.3%
Adictivas	No	12.5%	36.2%	48.7%
Total		26.3%	73.7%	100.0%

Chi cuadrado= 0,061 Gl= 1 p=0,805

Tabla 27. Relación entre Intimidación por parte de Respondientes e Ideación Suicida

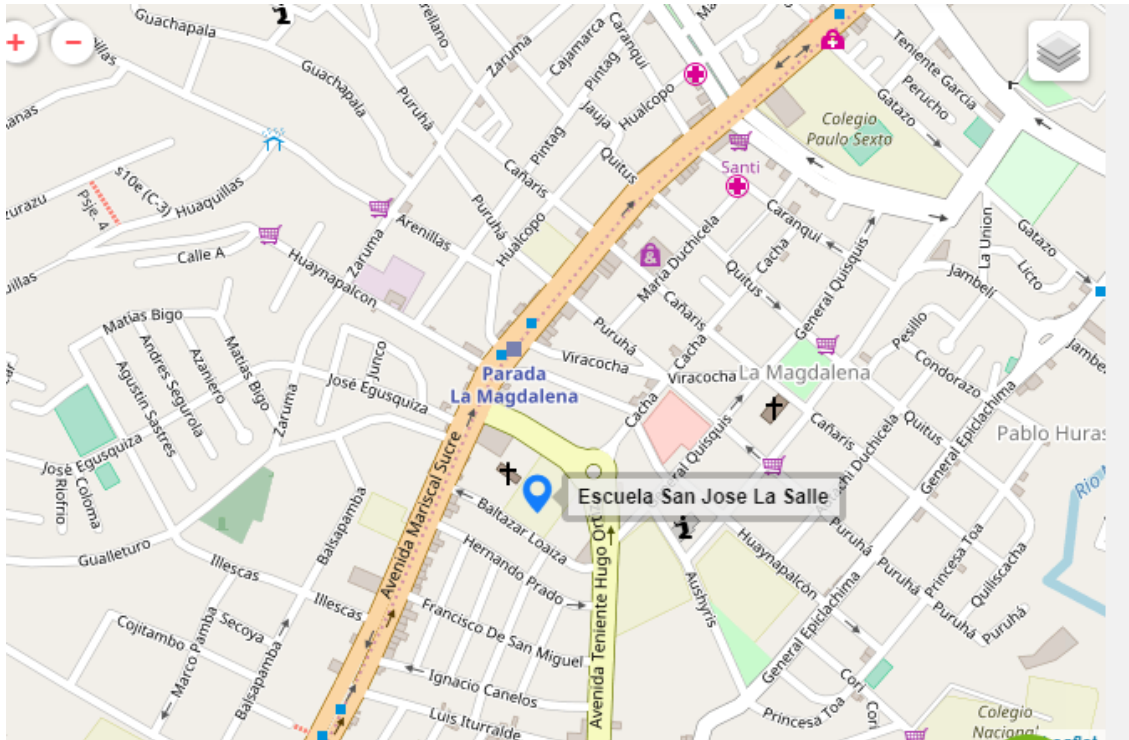
		Ideación Suicida		Total
		Si	No	
Intimidación por	Presente	1.3%	2.3%	3.6%
parte de	Ausente	25.0%	71.4%	96.4%
Respondientes				
Total		26.3%	73.7%	100.0%

Chi cuadrado= 0,594 Gl= 1 p=0,441

ANEXO 10: Unidades educativas participantes

UNIDAD EDUCATIVA SAN JOSÉ LA SALLE

DIRECCIÓN: Baltazar Loiza Oe5-140 y Av. Mariscal Antonio José de Sucre



UNIDAD EDUCATIVA CINCO DE JUNIO

DIRECCIÓN: Pinllopata y San Luis

