



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

IDEACIÓN Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES CON Y SIN CONDUCTA  
AUTOLESIVA DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE VENTANILLA

**Línea de investigación:**

**Psicología de los procesos básicos y psicología educativa**

Tesis para optar el Título Profesional de Psicología con mención en

Psicología Clínica

**Autor (a):**

Trujillo Azahuanche, Eduardo Leopoldo

**Asesor (a):**

Hervias Guerra, Edmundo

(ORCID: 0000-0002-5395-1518)

**Jurado:**

Figuroa Gonzales, Julio Lorenzo

Vasquez Vega, Eda Jeanette

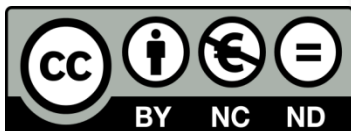
Mayorga Falcon, Luz Elizabeth

**Lima - Perú**

**2021**

**Referencia:**

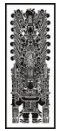
Trujillo, E. (2021). *Ideación y riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de Instituciones Educativas de Ventanilla*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5574>



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**IDEACIÓN Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES CON Y SIN  
CONDUCTA AUTOLESIVA DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE  
VENTANILLA**

**Línea de Investigación:**

**Psicología de los procesos básicos y psicología educativa**

Tesis para optar el título profesional de psicología con mención en  
psicología clínica

Autor(a):

Trujillo Azahuanche, Eduardo Leopoldo

Asesor(a):

Hervias Guerra, Edmundo

(ORCID: 0000-0002-5395-1518)

Jurado:

Figuroa Gonzales, Julio Lorenzo

Vasquez Vega, Eda Jeanette

Mayorga Falcon, Luz Elizabeth

Lima – Perú

2021

### **Dedicatoria**

A mi tía Rosa Azahuanche, quien, hasta el día de su muerte, nunca dejó de preocuparse por mí y apoyarme.

## **Agradecimiento**

A mis padres por su constante apoyo y confianza a lo largo de los años. A mi asesor Edmundo Hervias Guerra por su inquebrantable apoyo y enseñanzas que me ha ofrecido durante el desarrollo del presente trabajo.

A las instituciones educativas y los participantes por brindarme las facilidades y colaboraciones para el desarrollo de esta investigación.

A los maestros que formaron en mí el interés por el descubrimiento científico.

## Índice de contenido

Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Índice de contenido	4
Lista de tablas	8
Lista de figuras	10
Resumen	11
Abstract	12
Capítulo 1: Introducción	13
1.1 Descripción y formulación del problema	15
1.2 Antecedentes	17
1.2.1 Internacionales	17
1.2.2 Nacionales	19
1.3 Objetivos	21
1.3.1 Objetivo general	21
1.3.2 Objetivos específicos	21
1.4 Justificación	21
1.5 Hipótesis	23
1.5.1 Hipótesis general	23
1.5.2 Hipótesis específicas	23
Capítulo 2: Marco teórico	24
2.1 Adolescencia	24
2.1.1 Definición	24
2.1.2 Cambios físicos y fisiológicos	24
2.1.3 Cambios neuro-emocionales	25
2.1.4 Cambios cognitivos	26
2.1.5 Desarrollo social	28
2.2 El suicidio en la adolescencia	29
2.2.1 Conceptos de suicidio	29
2.2.2 Antecedentes históricos	30
2.2.3 Terminología de suicidio	30
	32

2.2.4	Epidemiología del suicidio en adolescentes	
2.2.5	Teorías psicológicas explicativas del suicidio	33
2.2.6	Fases del proceso suicida	36
2.2.7	Riesgo suicida	36
2.2.8	Ideación suicida	41
2.3	Autolesión no suicida (Non Suicidal Self Injury)	41
2.3.1	Definición	41
2.3.2	Epidemiología de los NSSI	42
2.3.3	Diferencias entre NSSI e intento suicida	43
2.3.4	Teorías psicológicas explicativas del NSSI	43
2.3.5	Características de los adolescentes con NSSI	44
2.3.6	Funciones del comportamiento NSSI	44
2.3.7	Bases biológicas	46
2.3.8	Factores de riesgo	47
2.3.9	Estrategias de tratamiento	47
Capítulo 3:	Método	48
3.1	Tipo de investigación	48
3.1.1	Tipo de investigación	48
3.1.2	Nivel de investigación	48
3.1.3	Diseño de investigación	48
3.2	Ámbito temporal y espacial	48
3.3	Variables	48
3.3.1	Ideación suicida	48
3.3.2	Riesgo suicida	48
3.4	Población y muestra	48
3.4.1	Población y universo	48
3.4.2	Muestra	48
3.5	Instrumentos	49
3.5.1	Escala de Ideación Suicida de Beck	50
3.5.1.1.	Confiabilidad	50
3.5.1.2.	Validez	51
3.5.1.3.	Baremos	53
3.5.2	Escala de Riesgo Suicida de Plutchik	54
3.5.2.1.	Confiabilidad	54
		55

3.5.2.2. Validez	
3.5.2.3. Baremos	55
3.6 Análisis de datos	56
3.7 Consideraciones éticas	56
Capítulo 4: Resultados	57
4.1 Determinación de la diferencia entre correlaciones entre ideación y riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla	57
4.2 Establecimiento de la ideación y el riesgo suicida en los adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla	59
4.2.1 Análisis descriptivo según la presencia de autolesión	59
4.2.2 Análisis descriptivo de la escala de Ideación Suicida	61
4.2.3 Análisis descriptivo de la escala de Riesgo Suicida	63
4.3 Determinación de la relación entre el factor <i>actitud hacia la vida y la muerte</i> de la ideación suicida con el riesgo suicidas en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla	65
4.4 Determinación de la relación entre el factor <i>pensamientos y deseos suicidas</i> , de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla	66
4.5 Determinación de la relación entre el factor <i>proyecto de intento</i> , de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla	66
4.6 Determinación de la relación entre el factor <i>realización del intento proyectado</i> de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla	66
Capítulo 5: Discusión de resultados	67
5.1 Determinación de la diferencia entre correlaciones entre ideación y riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla	67
5.2 Determinación de la ideación y el riesgo suicida en los adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla	67
5.3 Determinación de la relación entre la <i>actitud hacia la vida y la muerte</i> de la ideación suicida con el riesgo suicidas en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla	71



5.4 Determinación de la relación entre los <i>pensamientos y deseos suicidas</i> de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla	71
5.5 Determinación de la relación entre el <i>proyecto de intento</i> de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla	72
5.6 Determinación de la relación entre el <i>intento proyectado</i> de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla	72
Conclusiones	74
Recomendaciones	76
Referencias	77
Anexos	84

## Lista de tablas

Número		Página
1	Confiabilidad Coeficiente Alpha de Cronbach de la Escala de Ideación Suicida de Beck.	50
2	Análisis de ítem según índice de discriminación de la Escala de Ideación Suicida de Beck.	51
3	Prueba estadística de KMO y Barlett para la validez de la Escala de Ideación Suicida de Beck.	51
4	Análisis factorial confirmatorio a través del porcentaje de varianza explicada para la Escala de Ideación Suicida de Beck.	52
5	Matriz de componentes rotados para determinar la carga factorial de los ítems de la Escala de Ideación Suicida de Beck.	53
6	Ajuste de modelo de la Escala de Ideación Suicida de Beck.	53
7	Normas percentilares de los puntajes totales y sus factores de la escala de Ideación Suicida de Beck.	54
8	Confiabilidad Coeficiente Alpha de Cronbach de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.	54
9	Análisis de ítem según índice de discriminación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.	55
10	Prueba estadística de KMO y Barlett para la validez de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.	55
11	Normas percentilares de los puntajes totales de la escala de Riesgo Suicida de Plutchik.	56
12	Prueba de Kolmogorov-Smirnov de las escalas de las escalas de Ideación Suicida y Riesgo Suicida	57
13	Correlación de Spearman entre la Escala de Ideación Suicida Beck y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en los adolescentes con autolesión.	58
14	Z de Fisher obtenidos de la diferencia de correlaciones entre las escalas de Ideación Suicida de Beck y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en las muestras de adolescentes con y sin autolesión.	59
15	Frecuencia y porcentaje de la muestra según sexo.	59

Número		Página
16	Frecuencia y porcentajes de adolescentes que realizaron autolesión en los últimos 2 años.	59
17	Frecuencia y porcentajes de adolescentes que realizaron autolesión en los últimos 2 años según sexo.	60
18	Frecuencia y porcentaje de adolescentes que realizan y no realizan autolesión en los últimos 2 años, según edad.	60
19	Frecuencia y porcentaje de adolescentes con sus niveles de ideación suicida en relación con su sexo.	62
20	Frecuencia y porcentaje de adolescentes con sus niveles de ideación suicida, con relación a si realizaron autolesión o no, en los últimos 2 años.	62
21	Frecuencia y porcentaje de adolescentes con sus niveles de riesgo suicida en relación con su sexo.	64
22	Frecuencia y porcentaje de adolescentes con sus niveles de riesgo suicida, en relación con los que realizaron autolesión o no, en los últimos 2 años.	64
23	Correlación de Spearman entre los cuatro factores de Ideación suicida de Beck, asociada con la escala de Riesgo suicida de Plutchik en los adolescentes con y sin autolesión.	65

## Lista de figuras

Número		Página
1	Correlaciones para ideación y riesgo suicida en los grupos con y sin autolesión.	58
2	Niveles de ideación suicida por porcentajes de la muestra.	61
3	Niveles de riesgo suicida por porcentajes de la muestra.	63

## Resumen

Con el objetivo determinar la diferencia de las correlaciones entre ideación y riesgo suicida con y sin conducta autolesiva en adolescentes de instituciones educativas del distrito de Ventanilla, se aplicó un estudio de tipo descriptivo correlacional, con 300 escolares de secundaria de ambos sexos, entre los 12 a 18 años. Se les preguntó si se habían realizado autolesión, además se aplicaron dos pruebas, la Escala de Ideación Suicida de Beck y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Los resultados señalan que la ideación y riesgo suicida correlacionan  $r = .588$ , mientras que en el grupo sin autolesión  $r = .315$ . Se encontró que el 30% de la muestra presenta un nivel alto de ideación suicida, y el 35.7% se ubicaba en un riesgo suicida alto. Para el factor pensamientos y deseos suicidas, en el grupo con autolesión se obtuvo .458, mientras que para el grupo sin autolesión .249. Por parte del factor Proyecto de intento, en el grupo con autolesión se obtiene una correlación de .426, mientras que para el grupo sin autolesión .257. Por último, en el factor Intento proyectado, en el grupo con autolesión se obtuvo .668, y para el grupo sin autolesión .248. Se discuten las características de personalidad del adolescente y del entorno sociofamiliar en el que viven.

*Palabras clave:* ideación suicida, riesgo suicida, autolesión, adolescentes.

### Abstract

In order to determine the difference between correlations between suicidal ideation and risk with and without self-injurious behavior in adolescents from educational institutions of the Ventanilla district, a correlational descriptive study was applied, with 300 secondary school students of both sexes, among the 12 years 18 years. They were asked if they had performed self-harm, in addition two tests were applied, the Beck Suicidal Ideation Scale and the Plutchik Suicidal Risk Scale. The results indicate that suicidal ideation and risk correlate  $r = .588$ , while in the group without self-harm  $r = .315$ . It was found that 30% of the sample had a high level of suicidal ideation, and 35.7% had a high suicidal risk. For the factor suicidal thoughts and desires, in the group with self-harm was obtained .458, while for the group without self-harm .249. On the part of the Attempt Project factor, in the group with self-injury a correlation of .426 is obtained, while for the group without self-injury .257. Finally, in the projected Attempt factor, in the group with self-injury, a .668 was obtained, and for the group without self-injury .248. The personality characteristics of the adolescent and the socio-family environment in which they live are discussed.

*Key words:* suicidal ideation, suicidal risk, self-harm, adolescents.

## I. INTRODUCCIÓN

El suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo, ningún país ni ninguna clase social puede escaparse de ser afectada por esta. Así mismo, esta conducta afecta nuestro país, donde muchos adolescentes de diversos contextos socioeconómicos se ven afectados por problemas emocionales, que, debido a su entorno o preparación no pueden llegar a resolver. Muchos de estos adolescentes sentirán el deseo suicida al verse agobiados por sus problemas. La comunicación de estos deseos a los padres de poco servirá ya que es más probable que estos los ignoren o minimicen sus solicitudes. Esto traerá como consecuencia algunos comportamientos añadidos que pueden generar alarma; uno de ellos es la autolesión. Precisamente son estas dos variables, el suicidio y la autolesión, las que se abordarán en esta tesis.

Durante una experiencia de labores me encontré con un grupo humano muy especial con el que tenía que trabajar, adolescentes escolares que vivían en un asentamiento humano. Varios de ellos presentaban muchas conductas de riesgo, como consumo de drogas, relaciones sexuales, conducta antisocial, abandono a los estudios, etc., pero una de las que me llamó más la atención era la autolesión. Esta se mostraba en varios adolescentes de distinto sexo y edad, algunos con problemas familiares y emocionales fácilmente visibles. Al pasar el tiempo me pregunté varias cosas respecto a este tema como, sus causas, su relación con el suicidio, magnitud en la población adolescente y en la población según sexo, entre otras cosas.

De esta manera decidí investigar la correlación entre ideación y riesgo suicida y sus factores en adolescentes con y sin conducta autolesiva en la población de Ventanilla – Callao.

Finalmente, esta investigación está dividida en capítulos: en el primer capítulo se aborda la introducción, la descripción del problema, los antecedentes internacionales y nacionales, los objetivos, la justificación y las hipótesis. En el segundo capítulo se aborda el marco teórico que desglosa los temas que explican la adolescencia, el suicidio, el riesgo y la ideación, así como la autolesión no suicida. El tercer capítulo presenta la metodología

de investigación, el tipo, el contexto, las variables, la población, los instrumentos, la confiabilidad, la validez y baremos, análisis de datos y aspectos éticos. El cuarto capítulo aborda los resultados, la discusión, las conclusiones y las recomendaciones de la investigación.



## 1.1 Descripción y formulación del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), en el mundo 804 mil personas se suicidan cada año, es decir que cada 40 segundos se suicida una persona, es por esto por lo que el suicidio figura como la segunda causa de defunción entre personas de 15 a 29 años. Además, entre 10 a 20 millones de personas en el mundo por año intentan suicidarse.

El continente con el mayor porcentaje de suicidios es Europa, siendo Lituania el país con mayor tasa de suicidios en el Mundo con 61.3. En Latinoamérica el país con la mayor tasa es Cuba, pues al año 18 de 100 mil personas deciden acabar con su vida, seguido de Uruguay con una tasa 17.0 al año.

En Perú, según la OMS (2014) la tasa es mucho menor, se encontró que la tasa es de 0.99 por cada 100 mil habitantes. Dentro de las edades de 10 a 19 años, el porcentaje de muertes causadas por el suicidio es de 13.4. Se reconoce que este tipo de problemas genera daños emocionales y problemas económicos a las familias que afecta fuertemente su calidad de vida, más aún si quien muere es el sustento del hogar.

Valdivia (2014) reflexiona la problemática del suicidio y menciona que la negación y falta de educación y promoción de salud son problemas principales, pero no las únicas, más allá de la ignorancia existe el estigma alrededor del suicidio, que es más difícil de erradicar, y estas se muestran como palabras o actos discriminatorios, por esto las personas que presentan la ideación y el pensamiento suicida sufren un malestar constante que no pueden expresar fácilmente, pues el suicidio representa un tabú para la sociedad, algo inconcebible para la mayoría de las personas. Debido a esto, las personas con ideación suicida no revelan sus intenciones fácilmente, por temor a ser severamente juzgada o discriminada, inclusive las personas que la padecen suelen no considerar ir al hospital o a llevar tratamiento psicológico por vergüenza a lo que se pueda decir de ellos, generando así más problemas y además desapareciendo las oportunidades de rehabilitación. También en la adolescencia se encuentra que ellos, debido a la inseguridad social, no revelan tan fácilmente sus deseos suicidas.

Otro gran problema son las pocas investigaciones que ayudarían a entender y a tomar consciencia del problema del suicidio en el país, como menciona Valdivia (2014)

muchas veces se trabaja con información incompleta o con poca validez, es necesario un mayor trabajo estadístico a escala nacional, para obtener un conocimiento más objetivo, este tema es poco indagado en el mundo, pues lo toman como solo una consecuencia de la depresión y la mayoría de los científicos no se permiten especificar el problema, en nuestro país ocurre lo mismo y realmente pocos reportes o investigaciones existen, peor aún, existen pocas investigaciones relacionadas con otras poblaciones, como riesgo suicida en personas con cáncer, enfermedades terminales como la diabetes y el sida, u otros problemas sociales y de salud como la dependencia de sustancias y la ancianidad.

Debido a este obstáculo para las ciencias de la salud, y por supuesto la psicología, el principal desafío es investigar esa variable en nuestro medio, para así disminuir las alarmantes estadísticas como las encontradas por la OMS (2014), que con un porcentaje de 13.4 de muertes debida al suicidio en la adolescencia a nivel mundial, que evidencian como un sector de emergencia a personas de entre 10 a 19 años, pues es un grupo al que es más urgente investigar y con esto tomarnos el reto de mejorarlo, encontrando diferentes métodos de prevención.

Es por lo que la investigación se ejecutará en una población de adolescentes de 12 a 18 años, especificando en la realización de autolesiones, que según Osorio (2015) es violencia que pone en riesgo a las personas que lo realizan, siendo una entrada a la conducta suicida, observándose más casos de autolesión con personas que realizan cortes en los brazos.

Para algunos profesionales como Osorio (2015) la conducta autolesiva, es un tipo de conducta suicida, con esto ellos opinan que ya existiría un riesgo de suicidio, por eso, se debe informar que el cutting y las autolesiones tienen varias características y varias posibles causas, entre las que se destaca la intencionalidad suicida, por eso para la metodología de esta investigación, se considera la autolesión no suicida (NSSI) con sus diversas causas, obteniendo los niveles y porcentaje de riesgo.

El sentido común y la mayoría de los psicólogos relaciona esta población con alto índice de riesgo suicida, esta conclusión fue de gran motivación para la tesis, por lo que la interrogante de esta investigación es si existe un alto porcentaje de riesgo suicida, y si la ideación y el riesgo suicida se correlacionan en adolescentes de 12 a 18 años.

## **1.2 Antecedentes**

Se realizó una revisión bibliográfica sobre varios autores que investigaron las variables de ideación y riesgo suicidas, exceptuando que no se pudo encontrar alguna investigación que se haya realizado en adolescentes con autolesión, únicamente se encontraron muestras de adolescentes, jóvenes, poblaciones normales y de riesgo.

### **1.2.1 Internacionales**

Silva, Valdivia, Vicente, Arévalo, Dapelo y Soto (2017) realizaron una investigación con el objetivo de identificar la conducta suicida y los factores de riesgo en 919 estudiantes de Chile. Se examinaron variables como funcionalidad familiar, abuso de sustancias, intento suicida, impulsividad, depresión, desesperanza y acontecimientos vitales. Se alcanzó una prevalencia de intento de suicidio del 14,3%. Los resultados de los instrumentos que se aplicaron muestran que la mayoría de los factores de riesgo examinados fueron coligados al intento de suicidio. Estos resultados indican la necesidad de tener en cuenta estos factores en el momento de identificar el riesgo suicida.

Díaz, García, De León, Pérez, Baca y Carballo (2015) tuvieron como objetivo describir la prevalencia de la ideación suicida en una muestra psiquiátrica de 267 adolescentes de España. Se evaluó con la Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas que mide la ideación, planificación, gestos e intentos de suicidio y autolesiones sin intención suicida. En los resultados se encontró que un 20,6% de los evaluados afirmaron haber tenido ideación suicida; un 2,2% planes suicidas; un 9,4% gesto suicida; un 4,5% intentos de suicidio y un 21,7% autolesiones por lo menos una vez en su vida. El 47,6% de los adolescentes refirieron haber tenido una de las conductas estudiadas al menos una vez en su vida y el 47,2% de ellos señalaron 2 o más conductas.

Mayer, Morales, Figueroa y Ulloa (2013) investigaron la frecuencia de las autolesiones, ideación suicida en una muestra de 804 estudiantes de 12 a 17 años de México. Se utilizó la prueba Cédula de Indicadores Parasuicidas (sic) de Gonzales Forteza, y la Encuesta de Maltrato Infantil de Villatoro, en el que se determinó información respecto a las autolesiones, así como también la presencia de ideación suicida. 27,9% de los evaluados mencionaron haberse autolesionado y 7,4% dijo tener ideación suicida y la presencia de las dos conductas fue más frecuente en mujeres. Además, se encontró que el 22% de la muestra que presentaba autolesión junto con

ideación suicida, evidenciaban mayor frecuencia de psicopatologías y estresores ambientales.

Barroilhet, Fritsch, Guajardo, Martínez, Vöhringer, Araya y Rojas (2012) determinaron la prevalencia de síntomas de depresión y conductas suicidas en una muestra de 2597 estudiantes en Santiago de Chile. Los estudiantes respondieron a tres pruebas de sociodemografía, suicidio y comportamientos autolíticos. La prevalencia de vida de la ideación y planificación suicida fueron de 21 y 14% respectivamente. La prevalencia de autolesiones fue de 26%. Todos los niveles de comportamiento suicida se detectaron con mayor frecuencia en las mujeres. Los síntomas depresivos graves estaban manifiestos en el 9,4% de la muestra. El 60% de los adolescentes que mencionaron tener autolesiones, tenían síntomas depresivos relevantes, dos tercios de ellos tenían síntomas severos.

Kirchner, Ferrer, Forn y Zanini (2011) se plantearon como objetivos analizar la presencia de conducta autolesiva y pensamiento suicida, y analizaron el tipo de estrategia de afrontamiento que realizan. En la investigación participaron 1171 estudiantes de entre 12 a 16 años, de Barcelona, las evaluaciones fueron realizadas con YSR y las estrategias de afrontamiento mediante la prueba CRI – Youth. Como resultado se encontró que la prevalencia de conducta autolesiva es del 11,4% y la de pensamiento suicida del 12,5%. No se encontraron diferencias de sexo, pero si un aumento con la edad. Se encontró un importante vínculo entre comportamiento autolesivo e ideación suicida. La probabilidad de autolesión aumenta hasta 10 veces en adolescentes con ideación suicida que en aquellos que no la tienen.

Cañón, Castaño, Atehortúa, Botero, García, Rodríguez, Tovar y Rincón (2012) investigaron el riesgo suicida y los factores vinculados en 355 estudiantes universitarios en Colombia. Se emplearon las escalas de Plutchik y la escala de desesperanza de Beck para el riesgo de suicidio, y también se encargaron de medir los factores asociados. Se encontraron factores de riesgo en la Escala Plutchik de 13,5%, y 16.7% con la Escala de Beck. El estudio también encontró otros factores de riesgo asociados como estrato socioeconómico ( $p = ,000$ ), diagnóstico psiquiátrico ( $p = ,000$ ), consumo de alcohol ( $p = ,000$ ), consumo de sustancias psicoactivas ( $p = ,000$ ), miembros de la familia con

antecedentes suicidas ( $p = ,034$ ), funcionalidad familiar ( $p = ,000$ ), niveles de autoestima ( $p = ,000$ ) ansiedad ( $p = ,000$ ) y depresión ( $p = ,000$ ).

Carvajal y Caro (2011) investigaron la relación entre la desesperanza, la soledad y el grado de salud familiar en una investigación descriptiva, correlacional y comparativa de corte transversal, en 482 adolescentes escolarizados con y sin ideación suicida. La muestra comprendía a adolescentes de entre 14 a 17 años. En los resultados 20% informó tener la presencia de pensamientos o deseos suicidas. Se observó que las variables que mejor explican la presencia de ideación suicida son: antecedentes de intento de suicidio, baja autoestima, depresión y pertenecer a una familia poco saludable.

### **1.2.2 Nacionales**

Virú, Valeriano y Zárate (2009) Tuvieron el objetivo de determinar los factores asociados al plan suicida en estudiantes universitarios. Se utilizó la prueba Peykel para medir ideación y el intento suicida, y a manera de variable independiente, se analizó variables sociodemográficas, número de horas de sueño, frecuencia de dificultad para conciliar el sueño, uso de drogas ilegales, consumo de cigarro y alcohol, antecedentes de provocar incidentes violentos debido al estado de ebriedad, percepción de frecuencia de estrés, frecuencia de sentimientos de soledad. Se obtuvo como resultado que ninguna variable estuvo asociada con ideación suicida. Al ajustar a todas las variables socioeconómicas, solo la frecuencia de dificultad para conciliar el sueño de noche tuvo asociación significativa ( $p = ,044$ ).

Badaracco (2013) realizó una investigación con una muestra de 49 adolescentes del sexo femenino de una casa hogar en Chiclayo, tuvieron el objetivo de conocer cuanta correlación existe entre los factores de resiliencia y riesgo suicida, utilizando como instrumentos la Escala de Resiliencia para Adolescentes y el Cuestionario de Riesgo Suicida de Plutchik. Se llegó a encontrar que los adolescentes muestran un nivel medio de resiliencia con un 51%; seguido del 43% con nivel bajo y el 6% tienen nivel alto. En lo que respecta a riesgo suicida el 57% se encuentra sin tentativa de riesgo y el 43% con tentativa de riesgo. Asimismo, se encontró que existe una relación negativa entre los factores iniciativa, humor y moralidad con riesgo suicida, no encontrándose relación entre los demás factores.

Coarite (2013) buscó analizar la relación entre el maltrato infantil y la impulsividad disfuncional con el riesgo suicida. Investigó en una muestra conformada por 309 adolescentes de secundaria del Callao. Se utilizaron tres instrumentos, la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, el Inventario de Impulsividad de Dickman, y la Escala Tácticas de Conflicto de Straus, Hamby Finkelhor, Moore y Runyan. Se encontró que el maltrato infantil y la impulsividad explican en un 24% el riesgo suicida y que la impulsividad disfuncional es la variable más importante en su predisposición. Asimismo, se observa que el maltrato infantil, la impulsividad, y el maltrato infantil se encuentran relacionados de manera positiva siendo la relación altamente significativa entre las variables.

Leal y Vásquez (2012) investigaron la prevalencia de ideación e intento suicida y su relación con variables sociodemográficas y psicosociales en 10054 adolescentes escolares de Cajamarca. Tras terminar la investigación se obtuvo que 38.5% de los adolescentes presentó alguna vez en su vida deseos de estar muerto. Por otro lado, se halló que 28.1% pensó en suicidarse. La ideación suicida tuvo más prevalencia en adolescentes que viven solo, y con desesperanza, de la misma manera el sexo femenino, inadecuado funcionamiento familiar, poco apoyo social, estrés, pocas estrategias de afrontamiento, auto denigración y pasividad se asocia con mayores niveles de riesgo suicida.

Cano, Gutiérrez y Nizama (2009) se encargaron de determinar la prevalencia de la ideación suicida y su relación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros, en 530 adolescentes escolares de Pucallpa. Se aplicó una prueba de tendencia a la violencia e ideación suicida, del cuestionario de salud mental adaptado. Se obtuvo como resultado que el 31.3% de los encuestados presentó deseos de morir, 21.1% pensó en quitarse la vida y el 18.1% intentó suicidarse alguna vez, presentándose más en mujeres. 51.7% presentaban violencia expresada en pensamientos y 18.7% conductas violentas, presentándose más en varones. En conclusión, se encontró que existe alta prevalencia de ideación suicida y deseos de quitarse la vida, y que existe una relación directa con las conductas violentas hacia otros.

## 1.3 Objetivos

### 1.3.1 Objetivo General

Determinar la diferencia entre correlaciones entre ideación y riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla.

### 1.3.2 Objetivos específicos

- 1.3.2.1. Determinar ideación y riesgo suicida en los adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla.
- 1.3.2.2. Determinación de la relación entre la *actitud hacia la vida y la muerte* de la ideación suicida con el riesgo suicidas en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla.
- 1.3.2.3. Determinación de la relación entre los *pensamientos y deseos suicidas* de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla.
- 1.3.2.4. Determinación de la relación entre el *proyecto de intento* de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla.
- 1.3.2.5. Determinación de la relación entre el *intento proyectado* de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla.

## 1.4 Justificación

Este tema nace de una necesidad científica y de salud pública, en primer lugar, debido a la falta de investigaciones relacionadas a la conducta de autolesión no suicida que son parte de las características de la muestra, solo al digitar esos términos en el navegador de una base de datos, se observan investigaciones en nuestro idioma realizadas en su mayoría en países como España, México y Chile, si se buscan libros teóricos, se encuentran ediciones impresas en otros idiomas y pocas en nuestro idioma, y mucho

menos publicadas en nuestro país. Ahondando en esta escasez encontramos que existe poco contenido teórico relacionado al suicidio en general, más aún también existen pocos especialistas en el tema a nivel nacional.

Dentro de las investigaciones que abordan estas variables, de las que se encuentran publicadas, se estima que más de la mitad se encarga de hacer una exploración solo descriptiva, que sin lugar a duda da buena información a un campo poco explorado, sin embargo, sería ideal suministrar más información de distintos niveles, como correlacional o comparativa, por lo que esta investigación se encargará de ampliar el campo de conocimientos con niveles descriptivos y correlacionales.

En segundo lugar, se encuentran las estadísticas de la OMS, que revela un problema grave de salud pública, no tanto por el porcentaje de afectados a nivel nacional, puesto que estos datos son relativamente bajos frente a otros países, pero si son graves por la consecuencia de la vida psicológica, familiar y social de los sobrevivientes, pues el impacto causado por la muerte de una persona suicida, afectan varios niveles de la sociedad y del estado, desde la salud psicológica familiar hasta problemas económicos. Más aún si los individuos que realizaron suicidio consumado son adolescentes, pues los sobrevivientes, en este caso los padres han depositado en sus hijos esperanzas, sueños y amor, si estos se van, queda una profunda tristeza y un dolor difícil de rehabilitar.

Con esto se invita a la población científica a investigar con el fin de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y de nuestra nación, pues, como universitarios o profesionales no podemos quedarnos con los brazos cruzados ante las dificultades que nos da la vida, sino que debemos aprender a afrontarlas ganando experiencia y conocimiento, es por eso por lo que el tercer motivo es animar a iniciarse en la investigación de este campo tan gigantesco.

Esto no solo se logra debido a este motivo, pues los pacientes pueden tener muchos tipos de problemas y el país requiere cambiar muchas cosas, pero no por eso es por lo que se decidiría uno u otro tema, entonces además de los datos, ¿Qué hace decidir a un profesional una variable de investigación?, pues el interés por el tema. Esta elección existe gracias al interés por los trastornos de estado de ánimo, pues el riesgo suicida existe como parte de esta gran variable, es así como la mayoría de las personas con riesgo suicida



pueden ser causadas por baja autoestima, problemas psicosociales, una depresión consistente en el tiempo, el duelo por la pérdida de una persona muy cercana, la entrada a la ancianidad, el bullying o el diagnóstico de una enfermedad incurable. En la población de Ventanilla, formada en parte por asentamientos humanos, nos dirige a sospechar si esta se encuentra en alguna forma de factor de riesgo económico para la formación de ideación suicida, además que algunos de los colegios según experiencias laborales se observaban numerosos casos de autolesión que nos proporciona una mayor cantidad muestral, por lo que se escogió esta población para la investigación, entonces, se hace la pregunta ¿Existen diferencias correlacionales entre ideación y riesgo suicida y la conducta autolesiva en alumnos de colegios en Ventanilla?

## **1.5 Hipótesis**

### **1.5.1 Hipótesis General**

Hay diferencias entre correlaciones entre ideación y riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva en ambos grupos, de instituciones educativas de Ventanilla.

### **1.5.2 Hipótesis específicas**

- H1. Existe una relación directa y significativa entre *la actitud hacia la vida y la muerte* de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla.
- H2. Existe una relación directa y significativa entre *los pensamientos y deseos suicidas* de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla.
- H3. Existe una relación directa y significativa entre *el proyecto de intento* de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla.
- H4. Existe una relación directa y significativa entre *el intento proyectado* de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Adolescencia

#### 2.1.1. Definición:

Para fines de la investigación y para poder relacionar las características de la muestra y las variables, es importante repasar el contenido teórico de la adolescencia. Según Monroy (2004) la adolescencia “es una etapa del desarrollo humano, que posee un inicio y una duración variable, la cual delimita el fin de la niñez y crea las bases para la edad adulta, y está formada por cambios interdependientes en las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del ser humano”.

Es así como la Soutullo & Mardomingo (2010) divide a la adolescencia en 3 fases, temprana, media y tardía, explicando cada una, se encuentra que:

- Etapa temprana (10-13 años): prioriza la preocupación por lo físico y lo emocional.
- Etapa media (14-16 años): se desarrolla una afirmación personal y social.
- Etapa tardía (+17 años): prima el interés por lo social (p.45).

Entonces para detallar estos cambios, vamos a agruparlos en cambios físicos, cerebrales y cognitivos, considerando como eje principal a las emociones.

#### 2.1.2. Cambios físicos y fisiológicos:

La pubertad “empieza con el crecimiento y la actividad de las glándulas de secreción interna, las que sirven como estimulante del crecimiento, ejercen influencia sobre las actividades metabólicas y regular la transformación física de los niños” (García, 2006).

Los cambios físicos según Monroy (2002) se asociación con “las secreciones hormonales originadas en el hipotálamo, que envía la información que va a la hipófisis, esta a su vez, estimula la producción de hormonas sexuales y de crecimiento”, estos cambios físicos cabe lugar aproximadamente desde los 6 a los 16 años, según Papalia, Wendkos & Duskin (2009) son “los de crecimiento del vello púbico y axilares, aumento del tamaño del cuerpo, variación en el tono de voz; en los hombres, el crecimiento de los testículos, pene, glándula prostática y vesículas seminales, engrosamiento de la voz,

espermaquia, y aparición del vello facial; mientras que, en las mujeres, crecimiento mamario, menarquía y aumento en amplitud y profundidad de la pelvis. Así mismo, ambos desarrollan cambios en la piel, como por ejemplo la aparición del acné”

Por supuesto estos cambios no ocurren a la misma edad, de manera proporcional y homogénea, consigo mismo y con respecto a otros, lo que produce grandes variaciones en la autoimagen y la autoestima, incluso parece encontrarse problemas de autoestima según el tiempo de madurez sexual, como menciona Soutullo & Mardomingo (2010)

El crecimiento puberal no es armónico, ya que el incremento es mayor durante el segundo año y se realiza por segmentos siguiendo en orden. Por ello, existe una desproporción y disarmonía con movimientos torpes y desmañados y actitudes desgarbadas (p.46).

Además, según el tiempo de aparición de la pubertad como dice, Ge, Conger & Elder (2001), “los varones que maduran a la adolescencia antes son más ansiosos o agresivos, suelen estar más preocupados por recibir aprobación de los otros, son más prudentes, dependen más de otras personas y se sienten más limitados por reglas y rutinas”. “Estos estudios varían según la ubicación geográfica y según la cultura, pero nos indica que el estado de ánimo predominante en la adolescencia puede ser ocasionado por la maduración temprana o tardía, genes o hasta estilo de crianza paterna”. (Papalia, Wendkos & Duskin, 2009, p.468)

Por estas razones (Coleman, 1982 citado por Monroy, 2002) menciona que “estos cambios corporales estarían produciendo un cambio en la imagen corporal y afectarían de modo profundo aspectos de la identidad que suponen un considerable reto para la adaptación del individuo”.

### **2.1.3. Cambios neuro-emocionales:**

Para poder analizar las características del cerebro adolescente es necesario estudiar su estructura y composición. Para White et al., 2004 citado por Soutullo & Mardomingo (2010) existe una gran cantidad de cambios neurobiológicos en la región mesocortical y límbica del cerebro de un adolescente que son la base de las habilidades cognitivas, motivacionales, atencionales y emocionales. Además, Soutullo &

Mardomingo (2010) agrega que “la corteza prefrontal al ser todavía inmadura, no se forma por completo hasta aproximadamente los 20 años”.

Baird (1999) citado por Papalia Wendkos & Duskin (2009) indica que “los adolescentes tempranos (11 a 13 años) utilizan más la amígdala cerebral, que los adolescentes mayores, pues los de mayor edad tienen mayor probabilidad de utilizar los lóbulos frontales, que manejan la planificación, razonamiento, juicio, regulación emocional y control de impulsos”, esto nos da a entender muchas de las conductas que se observan en los adolescentes, y también algunas de las que se busca establecer esta investigación, como las autolesiones e ideación suicida.

Gesell (1958), citado por García (2006), menciona que “el desarrollo emocional del adolescente va cambiando a través de gradientes de crecimiento, los cuales van mostrando cómo las emociones van modificando año con año, de acuerdo con el incremento del nivel de madurez”. En segundo lugar, menciona que “Las emociones que se muestran comúnmente en los adolescentes son: el miedo, la preocupación, la ansiedad, la ira, el disgusto, la frustración, los celos, la envidia, la curiosidad, el afecto, el pesar y la felicidad”. Además, este desarrollo emocional puede verse oscurecido por algún problema social o psicológico “Una exposición a constante tensión emocional, siendo adolescente, lo dirige a responder excesivamente ante cualquier situación. Llevándolo a convertirse en una persona inadaptada, lo cual puede conducirlo a tener una salud emocional deficiente y adoptar conductas de riesgo”.

#### **2.1.4. Cambios cognitivos:**

Manifestándose estos cambios físicos y cerebrales, paralelamente a ello ocurren cambios cognitivos, que diferencian al adolescente del niño, como dice Páramo (2009):

Hacia los 12 años, se produce una transformación fundamental en el pensamiento del niño, que indica el paso del pensamiento concreto, o sea, sólo referidas a la realidad y a los objetos tangibles; al pensamiento “formal” o “hipotético deductivo”. Con el pensamiento formal, el adolescente es capaz de deducir las conclusiones que deben extraerse de simples hipótesis y no únicamente de una observación real. (p.32)

También Piaget (1980) citado por Páramo (2009) menciona que para el adolescente “las operaciones formales otorgan al pensamiento un poder totalmente nuevo, que es similar a desligarlo y liberarlo de lo real para permitirle crear a su antojo, reflexiones y teorías”. Pero también menciona Páramo (2009) “estos pensamientos que se forman desde la adolescencia temprana distan de los adultos, ya que los adolescentes les falta experiencia. Además, muestran egocentrismo, creyendo rígidamente que solo su opinión es la correcta”. Es por esta razón que su cognición aún es inmadura y en formación.

Steinberg & Scott en un estudio que intenta demostrar la complejidad a nivel social, relacionando a su vez con su cognición aún inmadura, mostrando 3 características resaltantes dentro de sus características psicológicas.

Steinberg & Scott (2003) citado por Papalia Wendkos & Duskin (2009) menciona que, la primera característica “deficiencia en la toma de decisiones”, se entiende como que las conductas de riesgo son debidas a la impulsividad y bajo control del estado de ánimo, sumado a su falta de experiencia. Así mismo la segunda característica corresponde a la “vulnerabilidad a la influencia de pares”, siendo esta debido a la búsqueda de independencia y al deseo de aprobación, lo que lo impulsa a ceder ante presiones de sus pares. Por último, la tercera característica es del “carácter aún no formado”, que en el adolescente el carácter, identidad y valores, no están completamente formados por lo que pueden experimentar riesgos.

Estas variables, siendo la mayoría observables, tienen un gran peso en la formación de la identidad emocional y social del individuo, que, con otros sucesos, como problemas de crianza o un contexto negativo en el que habita pueden producir problemas psicológicos, que en caso ocurriera, el adolescente no tiene medios para solucionarlos. Generando así trastornos del comportamiento y problemas emocionales como depresión, ansiedad e ideación suicida. A su vez la presencia de un déficit en la toma de decisiones y un carácter aún no formado puede causar que el adolescente realice conductas de autolesión.

Se comprende entonces que la genética, la ontogenia, el desarrollo cerebral y cognitivo tienen un papel fundamental en los problemas psicológicos y emocionales del

adolescente. Es así como se abordará el problema del suicidio y las autolesiones no suicida.

#### **2.1.5. Desarrollo social:**

Erikson, 1968 citado por García (2006) menciona que “La separación de la familia es un acontecimiento muy importante en la vida del adolescente. Para que este cambio ocurra, el adolescente debe desarrollar un sentido de sí mismo estable o de identidad”.

Marcia (1980) citado por García (2006) Basándose en la teoría de Erikson, propone cuatro estados los cuales pretenden determinar si el adolescente está en un periodo de toma de decisiones llamado “crisis de identidad” y si se ha comprometido en decidir respecto a una serie específica de opciones. Dichos estados son: compromiso, difusión, moratoria, y construcción de la identidad. En el periodo de Compromiso el adolescente persigue metas, pero dichas metas fueron adoptadas de manera muy prematura o fueron decididas por otros. Los jóvenes comprometidos, nunca experimentan una crisis de identidad, porque han aceptado sin objeciones los valores y las expectativas de los demás. En la Difusión, los adolescentes carecen de orientación y no parecen estar motivados por encontrarla. Tampoco han experimentado una crisis de identidad, ni han elegido un rol profesional, es decir, que están evitando la decisión. En la fase de Moratoria, los adolescentes pasan por una crisis de identidad, se encuentran en un estado de toma de decisiones, que pueden ser sobre aspectos profesionales, valores éticos, religiosos o filosóficos. Es decir, en esta fase les preocupa encontrarse a sí mismos. Finalmente, en el estado de Construcción de la identidad, el joven ha finalizado el esfuerzo, ha hecho sus elecciones y persigue metas profesionales o ideológicas. Esta fase, suele considerarse el estado más conveniente y maduro.

Aparte del desarrollo cognitivo del adolescente y de la teoría de Piaget & Elkind (1967) citado por Coleman & Hendry (2003) agrega una variable muy importante a nivel social, como es el conocimiento social:

Gran parte los adolescentes están muy preocupados por su apariencia, y asumen que los demás deben estar tan afectados por el mismo asunto como ellos lo están. Por eso el adolescente supone reacciones sociales ante situaciones sociales reales o fantaseadas.  
(p.49)

Piaget & Elkind (1967) citado por Coleman & Hendry (2003), menciona que, sumado a eso el adolescente construye continuamente una audiencia imaginaria. Eso explica aspectos como la timidez, el deseo de intimidad, la preocupación por la ropa y las largas horas pasadas delante del espejo pueden estar relacionados con la noción de una audiencia imaginaria.

A menudo un adolescente tiene un problema de identidad, que está en fase de desarrollo y una variable de audiencia imaginaria, es así como el adolescente, frente a esto resuelve cada uno de sus problemas personales y sociales, por esta razón en la evaluación es importante considerar las características de desarrollo presentes, el nivel evolutivo actual y su entorno social, para así no perder ninguna característica.

Villatoro (2003) citado por García (2006), menciona que, Los cambios del adolescente pueden hacer que surja una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos y a la sociedad, lo que produce sentimientos de ansiedad que a veces no pueden controlar. Esto puede generar conductas de riesgo.

## **2.2 El suicidio en la adolescencia**

### **2.2.1. Conceptos de suicidio:**

Para la Real Academia Española RAE (2001), “la palabra suicidio procede de los vocablos latinos sui (de sí mismo) y caedere (matar) y significa, acción y efecto de suicidarse, acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quienes lo realizan”. Además, para la Organización Mundial de la Salud OMS (2010) citado por Bodón & Rios (2016), menciona que el suicidio es un acto deliberado de quitarse la vida.

Esta palabra designa la acción de quitarse la vida, es el tipo de muerte en el que se muestra una participación más consciente y directa del sujeto. (Acero & Pérez, 2013) Como se observa, para el primero, la definición comprende la acción de suicidarse, mientras que para el segundo solo es el resultado final. Es por esto por lo que para Mardomingo (1994) define apropiadamente al suicidio, indicando que es el margen completo de la conducta suicida, abarcando: al suicidio consumado, a la ideación, las amenazas y al intento suicida.

Entonces el suicidio abarca un numeroso abanico de otras conductas que la componen, por eso es importante analizarlas.

### 2.2.2. Antecedentes históricos:

García (2006) menciona que, el suicidio no es un tema reciente, el término va de la mano junto con la aparición de la historia misma. A lo largo de la historia se asocia el suicidio, por lo general, a un personaje célebre o se integraba a una acción histórica importante. En la antigüedad era valorado como resultado de los sistemas religiosos y filosóficos. Mientras que recientemente, la actitud hacia el suicidio es menos dogmática, los jueces formulaban el veredicto de que el equilibrio mental está perturbado y que el suicidio merece ser tratado por psiquiatras.

### 2.2.3. Terminología del suicidio:

Valdivia (2014) menciona varias definiciones operacionales referentes a la *suicidología*:

**Suicidio**, Autoagresión intencional y voluntaria cuyo objetivo es alcanzado satisfactoriamente, la muerte. En casi todos los casos, esta autoagresión es el evento último de un proceso de características dinámicas, continuas y de tiempo indefinido.

**Ideación suicida**, es un conjunto de cogniciones manifiestos o no que visualizan la autoeliminación como objetivo final. Siendo estas: *Concretas* cuando el suicidio es contemplado como un objetivo específico, puntual y realista (pensar en, “quiero morir”, “deseo matarme”, “me voy a suicidar”), y *Ambiguas* cuando el suicidio no se visualiza de forma específica (como pensar en, “quisiera dormir mucho tiempo y quizás nos despertar”, “la vida no vale nada”, “no sé qué hago aquí”).

**Conducta suicida**, es una conducta voluntaria, muy dañina, para la que existe manifestación (explícita o implícita) de que: El sujeto anheló utilizar la apariencia de auto eliminarse por otro fin o que la persona intentó quitarse la vida a determinado nivel.



**Comunicación suicida**, es cualquier acción interpersonal por la que se imparte o anuncia pensamientos, deseos o intentos suicidas para los que existe evidencia (implícita o explícita) de que el acto en sí mismo no es una conducta autoagresiva. Esta comunicación se presenta como parte de un estadio intermedio entre las ideas (cogniciones) y las conductas suicidas. Las comunicaciones incluyen dos posibles expresiones:

a. Amenaza suicida: es la acción interpersonal, verbal o no, que, aunque libre de una característica autoagresiva directa, se puede interpretar como una comunicación o insinuación de que algún comportamiento suicida puede manifestarse en el futuro.

b. Plan suicida: método concreto planteado para realizar acciones que llevarán a un potencial acto autoagresivo.

**Riesgo suicida**, estadio del proceso suicida en el que el sujeto presenta un plan suicida que realizar, sea este plan implícito o explícito.

**Intento suicida**, comportamiento voluntario potencialmente dañino, pero sin desenlace fatal, para la que existe la evidencia (implícita o explícita) de intención de morir.

**Sobreviviente de suicidio**, cualquier sujeto con un lazo emocional significativo que lo relacione con una persona que muera por suicidio, usualmente familiares o amigos.

**Suicidio asistido**, es la conducta de dar de forma intencional y con conocimiento a una persona los medios o procedimientos para suicidarse.

**Autoagresión**, conducta que se realiza a sí mismo potencialmente dañina para la que existe la evidencia (implícita y explícita) de que la muerte no es objetivo deseado. En varios casos forma parte de un mecanismo de afrontamiento deficiente para obtener “tiempo fuera” o reintegrar el desbalance entre estresores y recursos.

Pero no solo existe estos términos, algunos autores como Rojas (1984) citado por Buendía, Riquelme & Ruiz (2004) mencionan otro término: “Suicidio consumado indirecto”, que lo define como, “Toda muerte causada por una actitud indiferente e inmóvil ante la vida”. Es importante para la investigación pues uno de los instrumentos de evaluación contiene en uno de sus ítems este término.

También García (2006) menciona a dos términos más, “El gesto suicida”, que consiste en un acto simbólico de suicidio, pero esto no constituye amenazas serias de muerte y el segundo que es la “Muerte subliminal” que trata de un juego escondido o rol inconsciente acerca de una muerte. Es decir, traer uno mismo la muerte o estar uno mismo en un lugar y en una posición extremadamente vulnerable.

#### **2.2.4. Epidemiología del suicidio en adolescentes**

La epidemiología del suicidio consumado entre adolescentes y jóvenes adultos varían mucho dependiendo de los países y de determinadas variables sociodemográficas (Buendía, Riquelme & Ruiz, 2004). En el mundo, el suicidio es la 2da o 3ra causa de muerte entre los 15 y 24 años, aunque en algunos países, como Japón y Dinamarca, es la 1ra causa de muerte. (Diekstra, 1993 citado por Buendía, Riquelme & Ruiz, 2004). Datos más recientes dados por la OMS (2015) mencionan que “el suicidio se muestra como la mayor causa de muerte en la población de 15 a 29 años en todo el mundo”, eso refleja la importancia de llevar a cabo acciones que frenen este aumento.

En la actualidad en vez de disminuir se ha incrementado a pasos agigantados, afecta de manera directa a los adolescentes, población considerada aparentemente sana, pero completamente expuesta a factores de riesgo que establecen la aparición de problemas graves de salud (Cuesta, 2017). Pero no solo se puede investigar el suicidio consumado, sino también es importante estudiar la tentativa de suicidio, según Buendía, Riquelme & Ruiz (2004) Las cifras de intento suicida es considerablemente mayor que la del suicidio consumado en todos los grupos de edad, pero en adolescentes y jóvenes adultos se encuentra las tasas más altas de intento suicida.

Bazán, Olortegui, Vargas & Huayanay (2016) menciona que, en el Perú se han realizado estudios epidemiológicos en algunos hospitales o centros de salud de Lima

Metropolitana o el Callao, encontrándose prevalencias importantes de conductas suicidas, presentándose el deseo de morir alguna vez en la vida entre el 16 y 24,4% de adolescentes y el intento suicida alguna vez en la vida en un 3%.

### 2.2.5. Teorías psicológicas explicativas del suicidio

Descubrir las estadísticas es un paso importante para un investigador, para así darse cuenta del actual impacto del problema, pero más allá de eso es más importante entender y explicar el suicidio como fenómeno existente a través de la historia, así como de un único paciente que solicita atención.

Valdivia (2014) En la literatura se encuentran teorías en las que el acto suicida se entiende como el resultado de un continuo que empieza desde el nacimiento (teorías continuas) y otras en las que se estudia al fenómeno de manera independiente (Teorías discontinuas). Donde las Teorías Continuas se enmarcan como todas las experiencias de vida que influyen en el suicidio. El proceso suicida es uno solo e incluye todos los intentos previos, ideación y comunicaciones suicidas que la persona realiza. Mientras que las Teorías Discontinuas son aquellos que no obedecen a un intento previo. Los intentos o ideación previa son considerados factores de riesgo, mas no parte de un proceso único.

También, Maskill y Hodges (2005) citado por Acero & Pérez (2013) categorizan las principales teorías que buscan dar respuesta a la génesis de la conducta suicida en tres enfoques básicos:

- **Enfoque Biológico**, el cual se refiere a que ciertos factores fisiológicos, de tipo bioquímico o genético ejercen una importante influencia en la etiología del suicidio. Estas explicaciones incluyen las predisposiciones genéticas, desbalances bioquímicos o los daños neurológicos.
- **El enfoque sociológico**, cuyas teorías se centran en la relevancia de los contextos y relaciones sociales y un conjunto de factores económicos y culturales que inciden en el hecho de que una persona tome esta opción.

- **El enfoque psicológico**, que se fundamenta particularmente en los estados de la mente, los sentimientos, las creencias y la manera como los individuos interpretan y asignan significados a lo que les sucede. (p.16)

Freud (1920) citado por Mardomingo (1994) menciona que, los enfoques psicológicos también tienen formas de observar al fenómeno de deseo suicida y del suicidio. Como por ejemplo el Thanatos (instinto de muerte) comprendiéndolo más como “total ausencia de placer” que como una tendencia específica hacia la muerte. Además, Cloninger (2003) menciona que, thanatos es una energía destructiva que nos guía de manera inevitable hacia la muerte, el último alivio a la tensión de vivir. Impulsa toda clase de agresiones, incluyendo la guerra y el suicidio. Un super yo punitivo lleva a que la agresión y la hostilidad se vuelvan contra uno mismo, permitiendo la depresión y consecuentemente la auto agresividad

Freud (1917) citado por García (2006) menciona que, “El suicidio es un síntoma doloroso producto de las predisposiciones autodestructivas que pueden estar presentes en cierto grado, en toda persona volviéndola vulnerable y que ningún neurótico experimenta impulsos suicidas que no se manifiesten como impulsos homicidas, primero se orientan hacia otras personas y posteriormente contra el yo”.

Menninger (1938) citado por García (2006) clasifica al suicidio en dos categorías:

- **Suicidio crónico**: incluye al alcoholismo, el comportamiento antisocial, la invalidez crónica y neurótica, el martirio y la psicosis.
- **Suicidios localizados**: incluye a las automutilaciones, las enfermedades fingidas, los accidentes intencionados, la impotencia, la frigidez y la policirugía. (p.44 – 45)

Es decir, las autolesiones que no tienen como finalidad el suicidio, ocupan la categoría de suicidio localizado.

Castillo, Ledo & Ramos (2013) menciona que, la recopilación de las razones psicodinámicas más comunes son, un dolor psíquico intolerable del cual se desea escapar, necesidades psicológicas frustradas, tales como: seguridad, confianza y logros, un intento por acabar con la condición, sobre todo la del dolor, falta de opciones, o bloqueo para

verlas, un impulso súbito de odio a sí mismo y una autoevaluación negativa, con autorechazo, desvalorización, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo.

Valdivia (2014) menciona que, en el modelo cognitivo del suicidio, la ideación suicida antecede al intento y al suicidio consumado, por lo que sería más apropiado centrarse en la intensidad y en las características de la ideación y analizar la intención suicida para predecir de forma potencial el riesgo. El problema se localiza en tres elementos de la triada cognitiva negativa: yo defectuoso, un mundo agresivo y despiadado, y un futuro desolador y desesperanzado, es decir una triada cognitiva: visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro. Además, Toro (2013) menciona que, otras de las razones capaces de generar un intento suicida son los patrones cognitivos de procesamiento de información, creencias disfuncionales y mecanismos de preservación esquemático.

En el modelo fenomenológico, existe una postura respecto al suicidio y su intencionalidad desarrollada por Shneidman (1988) citado por García (2006), dicho autor propuso el modelo cúbico que presenta tres componentes del suicidio:

- a) Presión, toma en cuenta a los eventos de la vida que son significativos para el individuo y que forma parte en sus pensamientos, conducta y sentimientos; siendo solo las situaciones negativas las que predisponen al suicidio.
  - b) Pena, es un castigo psicológico, que es producto de una frustración de necesidad psicológica.
  - c) Perturbación, que es el nivel de trastorno en el que se encuentra el sujeto.
- (p. 46)

Shneidman (1988) citado por García (2006) menciona que el propósito del suicidio es buscar una solución, el objetivo común es el cese de la consciencia, el estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas, la emoción común en el suicidio es la indefensión y desesperanza, el estado perceptual común en el suicidio es la constricción, es decir que la persona solo percibe una posibilidad ante los problemas, el acto interpersonal común es la comunicación de la intención y la coherencia con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida.

Para los fines de esta investigación, se usarán las teorías continuas, porque se observará la experiencia vivida como un proceso que desencadena en un suicidio, y de enfoque psicológico con énfasis en el modelo cognitivo conductual debido al instrumento usado.

### **2.2.6. Fases del proceso suicida**

El trabajo del psicólogo en el ámbito del tratamiento a personas con riesgo suicida es complejo, comprometedor o hasta arriesgado, es por esto por lo que algunos especialistas como Beck et. Al (1975) citado por Valdivia (2014) hacen un esbozo del proceso suicida, contando este con 6 fases:

- Fase previa: ideas sobre la muerte que se simplifican y personalizan, “viviendo así es mejor morir” o “soy una carga”.
- Fase de la posibilidad del suicidio: se comienza a pensar en la opción de proporcionarse muerte él/ella mismo/a.
- Fase de ambivalencia frente a la idea del suicidio: la persona duda acerca de los beneficios, pérdidas, o consecuencias que derivarán de su muerte.
- Fase de las influencias informativas: busca en los diarios, la radio y la televisión, enterándose de otras conductas suicidas o suicidios consumados. Se identifica con ellos e intenta imitarlos.
- Fijación de la idea de suicidio: la persona idealiza a la muerte como una liberación. “Es mi única salida”, “todo terminará pronto”.
- Decisión suicida: prepara escrupulosamente el suicidio. Cómo, cuándo, dónde y de qué manera lo hará. (p.72)

### **2.2.7. Riesgo suicida**

Valdivia (2014) menciona que, el término riesgo suicida como vemos en páginas anteriores, se refiere al estadio del proceso suicida en el cual el sujeto manifiesta un plan suicida a realizar, sea este plan implícito o explícito. Pero para propósito de la investigación el término riesgo suicida se obtendrá de la relación entre la cantidad de factores de riesgo presentes, la evaluación que se realiza a las personas por medio de observación, entrevista o test psicológicos, y la prevención.

Sáiz (2015) menciona que, la evaluación del riesgo suicida es una de las labores más importantes y complejas a las que debe enfrentarse cualquier clínico. La evaluación se centra en obtener los datos del número de factores de riesgo. Estos factores se agruparán en factores biológicos, sociológicos y psicológicos.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad MSPSI (2012) menciona que, en primer lugar, está las bases biológicas, que comprende los factores Genéticos o bioquímicos. En el apartado de factores genéticos, reporta que los antecedentes familiares de suicidio incrementan el riesgo de la conducta, sobre todo en el género femenino, y cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado. La mayor relación se produce entre gemelos monocigóticos.

Acero & Pérez (2013) mencionan que, estudios recientes han encontrado que en un fenómeno tan complicado a nivel comportamental como lo es el suicidio, intervienen distintos sistemas, pero parece ser que los genes más implicados son los relacionados con la serotonina.

Contreras & Gutiérrez (2007) mencionan que, dentro de los factores bioquímicos que explican el deseo suicida, se encuentra evidencias que los suicidas presentan alteraciones en la transmisión serotoninérgica, especialmente en las funciones de dos subtipos de receptores serotoninérgicos: el 5-HT<sub>1A</sub> y el 5-HT<sub>2A</sub>. Además, Hernández (2002) menciona que una reducción en la actividad de la serotonina en sujetos suicidas y una disminución de los niveles de 5-HIAA y de las terminales serotoninérgicas en la corteza frontal en sujetos suicidas”.

Además, añade Contreras & Gutiérrez (2007) que, en las personas suicidas, acontece anomalías en la neurotransmisión serotoninérgica de la corteza prefrontal, hipocampo y tallo cerebral. Un daño en este lugar produce desinhibición conductual e incremento de la impulsividad, lo que podría dar origen al acto suicida. Hernández (2002) agrega que se ha presentado que la impulsividad enlazada a la agresión, en pacientes depresivos, se convierte en autoagresión y puede llevar al suicidio.

Contreras & Gutiérrez (2007) mencionan que, los núcleos septales, relacionados con el hedonismo y la desesperanza, el hipotálamo y la corteza prefrontal pueden asociarse como participantes de la fisiopatología del suicidio. Ibarra & Morfin (2017)

mencionan que, en el caso del hipotálamo, la hiperactividad en ese sector se relaciona con la depresión mayor y la conducta suicida siendo probable que la desregulación en ese eje sea un efecto de exposición prolongada a condiciones de estrés, presentes en problemas de pareja, económicos o maltrato familiar.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012) menciona que, dentro del enfoque sociológico, prioriza el factor social como desencadenante del suicidio, en la que las situaciones de estrés como pérdidas personales (divorcio, separación, muerte), problemas económicos (pérdida de dinero o de trabajo), problemas legales y la vivencia de acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de conducta suicida.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012) menciona que, en el enfoque psicológico agrupa a aquellos factores de riesgo relacionados con el propio individuo y sus características. Se entiende que los factores psicológicos o personales son, trastornos mentales, factores cognitivos e intentos previos de suicidio o ideación suicida. En el caso de los trastornos, el suicidio es un problema que en la mayoría de las ocasiones suele estar acompañado de otros trastornos; uno de los trastornos más comunes suele ser la depresión. El 65-90% de los suicidios e intentos suicidas se relacionan con algún grado de depresión, y esta asociación de la depresivos con el riesgo suicida se muestra estadísticamente significativa.

Newman et. Al (2009) mencionan que, el segundo trastorno más relacionado con el suicidio es la bipolaridad, Simpson & Jamison citado por Newman et. Al (2009) menciona que “Se ha encontrado que el índice de suicidio de los pacientes con bipolaridad (incluyendo los que han recibido atención y tratamiento), puede llegar hasta el 15%”. “Esto ocurre porque el trastorno bipolar no sólo causa estragos en las emociones, sino que también crea desesperanza, un factor vinculado al suicidio”.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012) menciona que, en el caso de los trastornos de conducta alimentaria, frecuente en adolescentes, suele estar relacionado con suicidio o ideación suicida. En un estudio se reveló que una de cuatro mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (principalmente cuando se acompaña



de comorbilidades, como depresión o ansiedad) tenían antecedentes de ideación y conducta suicidas.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012) menciona que, para el abuso de sustancias, siendo esto un problema por sí solo, relacionándolo a la depresión, el abuso de alcohol y otras sustancias ejercen un papel muy significativo debido a que uno de cuatro suicidas lo presenta, y que no solo es un factor de riesgo, sino también un factor precipitante.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad MSPSI (2012), menciona que, los factores conductuales y cognitivos también tienen un desempeño importante en la aparición y sostenibilidad del suicidio. Muchas variables psicológicas pueden estar relacionadas a la conducta suicida como: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, la sobre generalización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo. Además, Valdivia (2014) menciona que, la vulnerabilidad al estrés y a los sucesos vitales negativos, ya que la baja capacidad de adaptación al cambio transforma a las situaciones ansiógenas en estados constantes y crónicos. Mojica, Saenz & Rey (2009) mencionan que, pero hay una especial relación entre el suicidio y la desesperanza, pues la desesperanza tiene una correspondencia significativa con el riesgo suicida”.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012) menciona que, otros factores de riesgo importantes a la hora de evaluar el suicidio son los intentos previos de suicidio, edad, género y enfermedad física o discapacidad. En cuanto al factor de riesgo de intentos previos de suicidio, los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida. Valdivia (2014) menciona que, durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces. Como norma general e incluso un factor de riesgo elevado, los intentos previos de suicidio dirigen en la gran mayoría de casos a un intento nuevo.

Valdivia (2014) nos dice que, por otro lado, los factores de riesgo demográficos, como la edad y el género, atribuyen algunos datos más, con respecto al género se observa más intentos de suicidio de mujeres que de hombres. Además, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012) nos dice que, no obstante, hay más muertes por suicidio

en hombres que en mujeres. En cuanto a edad se encuentra que las situaciones con más riesgo de intentos y de suicidio consumado a lo largo de la vida están en la adolescencia y la edad avanzada.

Valdivia (2014) nos menciona que, cómo último factor de riesgo están los factores somáticos como enfermedades físicas o discapacidad, que en general se presentan diversas enfermedades en las que la relación con los intentos de suicidio tiende a ser muy elevada, aquí se encuentran enfermedades incapacitantes o terminales como la esclerosis múltiple, epilepsia, sida o cáncer.

Pérez (2005) citado por Bodón & Rios (2016) menciona que sin embargo en general los riesgos más comunes son: estilos parentales autoritarios, intentos de suicidio anteriores, propios o de familiares, más aún si estos han sido silenciados, incomunicados o hay indiferencia familiar, insomnio crónico, fracaso académico, cambios abruptos en sujetos débiles o inseguros, rupturas afectivas y/o económicos, accidentes constantes, enfermedades mentales no atendidos o mal atendidos, sociopatías, adicciones o cuadros de abstinencia, marginación social y aislamiento decidido o forzado, enfermedades terminales, abuso sexual, violencia física o psicológica y privación de la libertad.

Bodón & Rios (2016) refieren que en la adolescencia se pueden agregar más factores de riesgo de suicidio, “Depresión y desesperanza, decepción y culpa por no satisfacer expectativas paternas, antecedentes de suicidio en familiares, amigos y/o compañeros, marcada dificultad en las relaciones interpersonales, abuso de sustancias, cortes o golpes en el cuerpo y considerar el suicidio como un acto heroico”.

Borowsky (2001) citado por Papalia, Wendkos & Duskin (2009) nos dice que, en cuanto a la detección temprana de los casos de riesgo suicida, los adolescentes que piensan o intentan suicidarse suelen tener antecedentes de enfermedad emocional. Es posible que sean perpetradores o víctima de violencia y que presenten problemas académicos o conductuales en la escuela. Muchos han sufrido de maltrato a temprana edad y tienen serios problemas al relacionarse. Tienen un autoconcepto pobre, se sienten desesperanzados y con un deficiente control de impulsos con baja tolerancia a la frustración y al estrés.

### **2.2.8. Ideación suicida**

Bodón & Rios (2016), nos mencionan que, la ideación suicida se presenta como el deseo de morir, pero la ideación suicida puede no tener un método o uno no muy especificado. Además, Goldney (1989) citado por Buendía, Riquelme & Ruiz (2004) nos dice que, es el concepto más frecuente en lo referente a la ideación suicida, este término es sumamente amplio e incorpora desde pensamientos breves sobre que la vida no vale la pena vivirse, pasando por intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, hasta desarrollar planes muy explícitos y bien meditados para quitarse la vida.

Doménech (2005) menciona que, la ideación suicida corresponde a ser la primera fase de la conducta suicida, y se encuentra en un porcentaje de niños y puede permanecer presente en los adolescentes. Se encuentra ideación mórbida en muchos de los niños que posteriormente, bien sea en la adolescencia o en alguna etapa sucesiva, realizarán actos suicidas. La ideación es considerada un factor de riesgo al suicidio. Además, Flores (2015) nos menciona que si este cuadro se suma a otro factor de riesgo, como un dolor crónico o una enfermedad invalidante, menciona que, si el paciente realizó un intento de suicidio, debe implementarse el tratamiento inmediatamente y la depresión se debe tratar intensamente, aunque algunos estudios indican que la ideación suicida podría desarrollarse independientemente de la presencia de depresión.

Jeanneret (1985) citado por Buendía, Riquelme & Ruiz (2004) nos dice que, según esta teoría, los pensamientos suicidas estarían en la parte más profunda y amplia de la suicidología, en un nivel intermedio se encontrarían las tentativas de suicidio y en la punta correspondería los suicidios consumados, a esto se le denomina paradigma Iceberg. Esto se relaciona con las investigaciones epidemiológicas, al encontrar una mayor cantidad de personas que tienen ideación suicida y una menor cantidad de casos de personas que han cometido el suicidio, por eso es importante investigar la ideación suicida considerándolo como una primera fase de suicidio.

## **2.3. Autolesión no suicida (Non Suicidal Self Injury, NSSI)**

### **2.3.1. Definición**

Silva & Van (2014) nos dice que, la autolesión no suicida (NSSI) se define como el daño intencional directo del propio tejido corporal sin intención suicida. Se conoce también como autolesión deliberada, y se diferencia de los intentos de suicidio y las

modificaciones corporales sancionadas ritual o culturalmente (p. ej. Piercings). Este tipo de lesión es autoadministrada y voluntaria. Así mismo, Kirchner, Ferrer, Forns & Zanini, (2011) nos mencionan que, la autolesión se define como la ejecución socialmente inaceptable y repetida de cortes, golpes y otras maneras de autoagresión que producen lesiones físicas leves o moderadas. Además, Freedenthal, Sheldon & Andersen (2008) nos dice que las que pueden presentarse de diferentes maneras de las cuales incluyen, cortarse o quemarse, golpearse, pellizcarse, golpear paredes u otros objetos para generarse dolor, fracturar huesos, consumir sustancias tóxicas e interferir con la curación de heridas.

### **2.3.2. Epidemiología de los NSSI**

Kirchner, Ferrer, Forns & Zanini (2011) nos dice que la conducta autolesiva se observa en la población general y la psiquiátrica. Es un fenómeno importante con un incremento entre adolescentes. En numerosos estudios con adolescentes de todo el mundo se cifra en un 13% la prevalencia de conductas autolesivas y en un 26% la de los pensamientos suicidas.

Muehlenkamp & Gutiérrez (2004) citado por Kirchner et. Al. (2011) revelan con una investigación que, en un grupo de escolares norteamericanos de 16 años, 15.9% de ellos cometió conducta autolesiva. Leye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005), citado por Kirchner Ferrer, Forns & Zanini (2011) investigó con “escolares canadienses de 13 a 18 años, encontrando porcentajes del 15% también referidos al último año. Además, según Kirchner Ferrer, Forns & Zanini (2011) las lesiones autoinfligidas, incluido el suicidio, ocasionaron aproximadamente 814000 muertes en el mundo en el año 2000.

Freedenthal, Sheldon & Andersen (2008) nos menciona que, anteriormente, se pensaba que NSSI estaba primordialmente asociado con las siguientes tres categorías específicas de diagnóstico psiquiátrico: discapacidades del desarrollo, trastorno de la alimentación y trastorno límite de la personalidad (TLP). NSSI se encuentra en aproximadamente el 15 por ciento de los niños con discapacidad del desarrollo, principalmente en retraso mental profundo y severo. Entre las mujeres adultas, NSSI se muestra hasta en el 35 por ciento de las personas diagnosticadas con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos de la alimentación; Mujeres adolescentes con anorexia nerviosa también tienden a tener NSSI más que aquellos sin el trastorno de la alimentación. El NSSI repetitivo es muy común entre las personas con TLP, diagnóstico

que para el DSM-IV TR, el NSSI, es un síntoma. A pesar de eso, ningún estudio ha analizado la prevalencia de NSSI entre los adolescentes masculinos o femeninos que presentan trastorno límite de personalidad.

### **2.3.3. Diferencias entre NSSI e intento suicida**

Kirchner, Ferrer, Forns & Zanini (2011) nos dice que, múltiples estudios muestran una estrecha relación entre Conducta autolesiva y el Intento de suicidio, siendo la conducta autolesiva un claro factor de riesgo para las tentativas de suicidios, ya que tras una autolesión el riesgo de cometer suicidio oscila entre el 0.5 y el 2%. Algunos investigadores plantean un continuum entre la conducta autolesiva y el suicidio, ya que los dos comparten un elemento esencial que es la autoinflicción de daño y solo se diferencia en la seriedad de la lesión causada.

Freedenthal, Sheldon & Andersen (2008) nos menciona que el NSSI ocurre frecuentemente en adolescentes que han contemplado o intentado suicidarse. Un estudio indica que el 70% de los adolescentes que participaban en NSSI ha realizado al menos un intento de suicidio y el 55% ha tenido múltiples intentos. Además, Clayton (2018) afirma que la autolesión no suicida es una acción que causa dolor o daños superficiales, pero es diferente al intento suicida, porque el sujeto no tiene el deseo de causarse la muerte. Aquellas personas frecuentemente mencionan específicamente que no están intentándose matar.

American Psychiatric Association (2013) En el DSM menciona que, al momento de iniciar la conducta, el individuo espera que el conjunto de acciones lo lleven a su propia muerte, como criterio diagnóstico, además como criterio diferencial menciona que el acto no cumple el criterio para la autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal que se realiza para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado positivo.

### **2.3.4. Teorías psicológicas explicativas del NSSI**

Claes & Muehlenkamp (2014) mencionan dos teorías que abordan el NSSI:

A. Modelo conceptual de experiencias traumáticas infantiles:

Específicamente se presenta un camino que sugiere que el trauma infantil conduce a una baja autoestima, lo que conduce a patología afectiva (p. Ej., Ansiedad, depresión), que puede conducir a la disociación y/o insatisfacción corporal, y todos de estas variables conducen a NSSI. (p. 62)

#### B. Modelo de desregulación de las emociones expresadas a través del cuerpo:

La desregulación emocional es un factor de riesgo general para muchos tipos de psicopatología o conductas impulsivas. Se propuso que la desregulación de la emoción puede ser un factor de riesgo más específico y particularmente potente para los NSSI. (p. 62)

Orbach (1996) afirma que las experiencias negativas como la desconexión, y actitudes y sentimientos negativos facilitan conductas autodestructivas. Todos estos signos conllevan al NSSI, para hacer frente a las emociones angustiantes.

### **2.3.5. Características de los adolescentes con NSSI**

Freedenthal, Sheldon & Andersen (2008) menciona que, para poder estudiar este fenómeno, es importante estudiar a la muestra. Algunos de los adolescentes que cometen NSSI tienen índices elevados de reactividad emocional, intensidad, hiperactividad, comportamiento evitativo y poca expresividad emocional. Adolescentes que se lastiman a sí mismos suelen informar que sus compañeros les intimidan y sienten molestia con respecto a su identidad sexual. La autolesión en pares es un factor de riesgo para NSSI ocasionado por un aparente efecto de contagio. Los trastornos psiquiátricos asociados a NSSI en adolescentes incluyen a la depresión, trastorno de estrés postraumático y ansiedad generalizada, trastornos de conducta, trastorno negativista desafiante y trastorno por abuso de sustancias. El NSSI parece ser un síntoma psiquiátrico no específico que se observa en múltiples de trastornos, presentándose en adolescentes sin un diagnóstico psiquiátrico específico. Parece mejor comprender el NSSI en términos funcionales en lugar de un diagnóstico distinto.

### **2.3.6. Funciones del comportamiento NSSI**

Narváz (2015) menciona que las autolesiones podrían estar cumpliendo 4 funciones principales:

- Reforzamiento automático negativo: La autolesión concede calmar un sentimiento desagradable, como los de la ira, la tristeza o los sentimientos de vacío.
- Reforzamiento automático positivo: la autolesión genera una sensación o sentimiento de agrado, o le permite sentir algo, aunque sea dolor.
- Reforzamiento social negativo: la autolesión concede impedir una situación o contacto social desagradable.
- Reforzamiento social positivo: la autolesión concede obtener una reacción o comportamiento por parte de otras personas.

Así mismo estas cuatro funciones se podrían entender en otras 7 para el mismo autor, Narváez (2015):

- Alivio de sentimientos perturbadores o lesivos.
- Autocastigo: para esta clasificación los sujetos consideran que merecen el dolor que se ocasionan.
- Vinculación con el grupo de iguales: el adolescente forma relaciones con otros que se autolesionan y usa este comportamiento para ser parte en el grupo.
- Búsqueda de sensaciones: la persona intenta saber que se siente autolesionarse experimentando.
- Afirmación de límites interpersonales: utiliza la autolesión como un modo de comunicación con otros, esto acontece cuando no se han asimilado previamente otras habilidades de expresión más saludables.
- Anti-disociación: la autolesión lo utiliza para impedir experimentar síntomas disociativos.
- Influencia interpersonal: por medio de la autolesión se logra que otra persona haga lo que uno quiere.

Peterson, Freedenthal, Sheldon & Andersem (2008) nos dicen que, las funciones principales pueden presentarse en los adolescentes a distintos niveles y también dos o más funciones en una misma persona. El objetivo principal de NSSI parece afectar la regulación y la gestión de pensamientos angustiantes. En una investigación en estudiantes de secundaria, el 55 por ciento de autolesionados mencionaron que la razón de NSSI era

“dejar de pensar en mis problemas”, mientras que el 45 por ciento de los adolescentes respaldaron “Me ayudó a liberar la tensión o estrés y llegar relajarme”.

### 2.3.7. Bases biológicas

Bresin & Gordon (2013) citado por Nieto (2017) afirman que, las experiencias de dolor físico y emocional son ambas reguladas por regiones cerebrales similares (córtex prefrontal derecho). No es sorprendente entonces que las respuestas neuroendocrinas al dolor físico sean similares al dolor emocional. Así, si un individuo empieza a autolesionarse durante un período de alto afecto negativo, la respuesta para regular la experiencia de dolor inducido para NSSI podría también regular el afecto negativo.

Nieto (2017) propone tres términos como hallazgos neuroquímicos:

#### A) Sistema opioide

Los opioides endógenos están implicados en el refuerzo y la regulación del afecto y el dolor. Usualmente se ha verificado el decrecimiento de la sensibilidad al dolor entre aquellos que se autolesionan. Sin embargo, los estudios contradicen la hipótesis opioide, con lo que propone el modelo homeostático, mencionando que factores genéticos y experiencias traumáticas en la infancia lleva a problemas en el sistema biológico. Los que realizan NSSI tienen niveles inferiores de base de  $\beta$ -endorfinas y enkefalinas, lo que hace acrecentar el refuerzo en la actividad de sus receptores, haciendo al NSSI más placentero.

#### B) Sistema dopaminérgico

Se halló mayor activación dopaminérgica en personas con autolesión. Se han constatado similitudes entre las NSSI y las adicciones, pues adolescentes hospitalizados con antecedente de consumo aumentaron la intensidad de NSSI para conseguir el mismo efecto.

#### C) Sistema serotoninérgico

Los investigadores encontraron que la serotonina está implicada en el suicidio y otras conductas relacionadas. Se ha encontrado que, en adultos con ANS tienen menos uniones de 5-HT<sub>2</sub> en la corteza frontal, y



también se ha obtenido menos serotonina en el líquido cefalorraquídeo. (p. 8)

### 2.3.8 Factores de riesgo

Klonsky & Muehlenkamp (2011) citados por de Aragão (2017) mencionan que, los factores de riesgo son la pubertad, estado emocional depresivo, auto depreciación o auto críticas, abuso de alcohol, actividad sexual precoz, impulsividad, antecedente de autolesión y entorno social que realiza la conducta. Schreiner, Klimes-Dougan, Begnel y Cullen (2015) citados por Nieto (2017) menciona a otros factores de riesgo dentro de la variable impulsividad siendo, la toma de decisiones precipitadas, falta de perseverancia, falta de premeditación, búsqueda de sensaciones, baja autoestima, estilo cognitivo negativo y apego evitativo.

### 2.3.9. Estrategias de tratamiento

Peterson, Freedenthal, Sheldon & Andersen (2008) plantea 3 niveles de tratamiento:

**A. *La terapia dialéctica conductual.*** utiliza una combinación de terapia individual y grupal para instruir habilidades en regulación emocional, efectividad interpersonal, tolerancia a eventos angustiosos, atención plena y autogestión. El tratamiento de NSSI implica establecer las necesidades que cumple la conducta y ayudar al adolescente a plantear otras formas más saludables de satisfacer esas necesidades. Por ejemplo, utilizar hielo en la muñeca para ocasionar una distracción física.

**B. *Implicar a la familia en el soporte y tratamiento de los adolescentes con NSSI.*** también es muy importante La mala comunicación con la familia se ha asociado con la conducta suicida en algunos adolescentes.

**C. *El tratamiento farmacológico.*** de NSSI debe enfocarse principalmente en cualquier trastorno psiquiátrico subyacente. Actualmente, no hay medicamentos específicos dedicados para el tratamiento de NSSI. (pág. 18)

### **III. MÉTODO**

#### **3.1. Tipo de investigación.**

##### **3.1.1 Tipo de investigación**

Es de tipo cuantitativo

##### **3.1.2 Nivel de investigación**

Basado en los autores Hernández, Fernández y Baptista (2010) esta investigación es de nivel no experimental y descriptiva – correlacional.

##### **3.1.3 Diseño de investigación**

Es de tipo observacional, y de dos grupos de selección intencional.

#### **3.2. Ámbito temporal y espacial**

La investigación se realizó durante el mes de noviembre del 2019, en cuatro colegios de Ventanilla, de los cuales son: I.E 5149 San Juan Bautista, I.E 4021 Daniel Alcides Carrión, I.E 5130 Víctor Raúl Haya de la Torre, I.E 5188 Héroes del Pacífico y la I.E 5149 Pachacutec.

#### **3.3. Variables**

##### **3.3.1. Ideación suicida**

##### **3.3.2. Riesgo suicida**

#### **3.4. Población y muestra**

##### **3.4.1. Población y universo**

La población de la investigación está constituida por los 12,000 alumnos de 1ro a 5to de secundaria inscritos en el año 2019, en las escuelas públicas del distrito de Ventanilla – Callao.

##### **3.4.2. Muestra**

La muestra está basada en los sujetos disponibles, debido a que se realizará evaluaciones en cuatro colegios públicos de Ventanilla a los sujetos disponibles, según autorización del colegio. Se seleccionó a 300 alumnos, según los criterios de inclusión: de 1ro a 5to de secundaria, de 12 a 18 años, que se encuentran presentes en horarios accesibles de 5 colegios; y según los criterios de exclusión de no pertenecer al aula, ser alumno de primaria o tener discapacidad de lectura. Seleccionando las aulas por muestreo intencional, es decir a aquellas donde se podrían encontrar más alumnos que realicen

autolesión. Del grupo de adolescentes 100 alumnos tienen comportamiento de autolesión y 200 no lo tienen.

### **3.5. Instrumentos:**

Se administraron tres pruebas, la primero de las cuales es de una única pregunta para fines de la investigación, y para obtener la información de si el investigado se ha autolesionado recientemente, en los últimos dos años.

La segunda prueba que se utilizó es la Escala de ideación suicida (SSI). Es una escala elaborada por Aaron Beck en 1979, que sirve para evaluar y cuantificar la intencionalidad suicida, o grado de severidad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. Esta escala fue diseñada para obtener la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; considerando varias dimensiones de autodestructividad como: Actitud hacia la vida y la muerte, pensamiento o deseo suicida, proyecto de intento de suicidio y realización del intento proyectado, además posee una quinta dimensión denominada factor de fondo, asociada a una experiencia de acto suicida, que no es requerida, por lo que no se sumará al puntaje total de la prueba (Gonzales, Díaz, Ortiz, Gonzales & Gonzales, 2000). Cada ítem tiene tres posibles respuestas con puntaje que va del cero al 2, en total la escala posee 21 ítems y 18 ítems cuantificables, por lo tanto, la prueba puede tener un puntaje mínimo de 0 y máximo de 38. Si el adolescente no contesta un ítem, la respuesta será considerada como el menor valor posible, pero si el adolescente no contesta dos o más ítems, la prueba será anulada.

Originalmente, Aaron Beck, en el año 1997, obtuvo con esta prueba un coeficiente de alfa de Cronbach de .84 en un grupo de pacientes psiquiátricos ambulatorios. En la presente investigación se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de .784.

La tercera y última es la Escala de riesgo suicida de Plutchik, validación española (Rubio, Montero, Jáuregui, Villanueva, Casado, Marín, Santo-Domingo, 1998). Permite diferenciar entre individuos que no presentan riesgo suicida y los que están en riesgo suicida. Está formada por un cuestionario de 15 preguntas con opciones dicotómicas (si o no). Cada respuesta negativa puntúa 0 y cada respuesta positiva puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems, es decir el puntaje máximo puede ser 15.

(Castaño, Constanza, Betancur, Gallego, Llanos, 2014). Si el adolescente no contesta un ítem, la respuesta será considerada como el menor valor posible, pero si el adolescente no contesta dos o más ítems, la prueba será anulada. Además, se reinterpretó para los adolescentes el ítem 10, indicándoles que puede marcarse positivo si han acabado una relación sentimental.

La versión original mostró un coeficiente de consistencia interna por ítem en un rango de .84 – .90 y su fiabilidad test-retest es de .89. La adaptación en la población española mostró una consistencia interna de .90. Mientras que en esta investigación se obtuvo un alfa de Cronbach de .821.

### 3.5.1 Escala de Ideación Suicida de Beck

**3.5.1.1. Confiabilidad.** En la tabla 1 se observa que la confiabilidad para los 18 ítems de la Escala de Ideación Suicida de Beck es de .784, un índice mayor a los estándares solicitados en los instrumentos.

**Tabla 1**

Confiabilidad Coeficiente Alpha de Cronbach de la Escala de Ideación Suicida de Beck.

N de elementos	Alfa de Cronbach	Alfa estandarizado
18	0,784	0.785

En la tabla 2 se observa que 16 de 18 ítems de la Escala de Ideación Suicida de Beck son aceptables para su estudio, exceptuando los ítems 2 y 4 que, al ser negativos, carecen de utilidad para discriminar.

**Tabla 2**

Análisis de ítem según índice de discriminación de la Escala de Ideación Suicida de Beck.

Ítems	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item 1	0.338	0.776
Item 2	-0.144	0.804
Item 3	0.422	0.771
Item 4	-0.349	0.816
Item 5	0.343	0.776
Item 6	0.526	0.763
Item 7	0.524	0.764
Item 8	0.426	0.769
Item 9	0.379	0.773
Item 10	0.485	0.765
Item 11	0.339	0.777
Item 12	0.529	0.763
Item 13	0.485	0.764
Item 14	0.463	0.766
Item 15	0.533	0.763
Item 16	0.440	0.771
Item 17	0.457	0.771
Item 18	0.423	0.772

**3.5.1.2. Validez.** En tanto la validez del instrumento se procedió a utilizar la validez por constructo, dada las características de la escala se realizó la validez con la técnica de análisis factorial, se utilizó la prueba estadística KMO y Barlett.

Para la Escala de Ideación Suicida de Beck se contó con un índice de .857, mayor a la estándar, lo cual refleja la presencia de una correlación de la variable con la matriz de valores de los ítems y por lo cual un alto porcentaje de valores significativos (Ver tabla 3).

**Tabla 3**

Prueba estadística de KMO<sup>1</sup> y Barlett para la validez de la Escala de Ideación Suicida de Beck.

Medida KMO	Prueba de esfericidad de Bartlett		
	Aprox. X <sup>2</sup>	gl	Sig.
0.857	1477.747	153	0.000

Para determinar los componentes o factores, se aplica el análisis factorial confirmatorio, para la Escala de Ideación Suicida de Beck se encuentra un total de 5 componentes que explican el 55.59% de la varianza, que reflejan que los ítems se correlacionan con cada factor (Ver tabla 4).

**Tabla 4**

Análisis factorial confirmatorio a través del porcentaje de varianza explicada para la Escala de Ideación Suicida de Beck.

Componente	Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado
1	6.247	29.749	29.749
2	1.915	9.120	38.869
3	1.401	6.670	45.539
4	1.099	5.232	50.771
5	1.014	4.827	55.598

El análisis factorial confirmatorio analiza la carga factorial de los ítems de cada factor (tabla 5), se planteó la prueba originalmente. Se encontró que solo los ítems 2 y 4 presentan cargas factoriales negativas.

En los ajustes de modelo, tabla 6, se obtienen los ajustes de verosimilitud ( $\chi^2$ ), índice de ajuste comparativo (CFI), índice de Tucker-Lewis (TLI) y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA)

El quinto factor se decidió retirar junto con el ítem 19 debido a que es más útil en población hospitalizada donde por lo menos hayan intentado suicidarse una vez. Además, se muestra que  $\chi^2$  tiene un buen ajuste, sin embargo, CFI, TLI y RMSEA tienen un índice de ajuste algo por debajo de los estándares.

**Tabla 5**

Matriz de componentes rotados para determinar la carga factorial de los ítems de la Escala de Ideación Suicida de Beck.

Factor	Ítems	Estimado
Actitud hacia la vida y la muerte	1	0.318
	2	-0.314
	3	0.386
	4	-0.444
	5	0.297
Pensamientos y deseos suicidas	6	0.506
	7	0.457
	8	0.384
	9	0.289
	10	0.434
	11	0.273
Proyecto de intento	12	0.425
	13	0.611
	14	0.468
	15	0.510
Intento proyectado	16	0.389
	17	0.220
	18	0.338
	19	0.413
Factores de fondo	20	0.479
	21	0.402

**Tabla 6**

Ajuste de modelo de la Escala de Ideación Suicida de Beck.

$X^2$	CFI	TLI	RMSEA
0.881	0.839	0.811	0.0733

**3.5.1.3. Baremos.** En la tabla 7 se observa los niveles y valores percentiles (pc 25 y pc 75) con sus puntajes para la escala de Ideación Suicida de Beck y sus factores.

**Tabla 7**

Normas percentilares de los puntajes totales y sus factores de la escala de Ideación Suicida de Beck.

Escala y factores	Niveles y Percentiles		
	Bajo (percentil 25)	Medio (percentil 75)	Alto (percentil 100)
Ideación Suicida	0 – 5	6 - 11	12 - 36
Actitud hacia la vida y la muerte	0 – 1	1 - 2	3 – 5
Pensamientos y deseos suicidas	0 – 1	1 - 2	3 – 6
Proyecto de intento	0 – 1	1 - 2	3 - 4
Intento proyectado	0 – 1	1 - 2	3

### 3.5.2 Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

**3.5.2.1. Confiabilidad.** Se realiza el análisis de confiabilidad de la Escala de Riesgo Suicida mediante el estadístico Alpha de Cronbach. En la tabla 8 se observa que la confiabilidad para los 15 ítems de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik es de 0.821 demostrando ser confiable.

**Tabla 8**

Confiabilidad Coeficiente Alpha de Cronbach de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

N de elementos	Alfa de Cronbach	Alfa estandarizado
15	0,821	0.816

Así mismo, se presenta todos los índices de discriminación de la escala. En la tabla 9 se observa que 14 de 15 ítems de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik son aceptables para su estudio, exceptuando el ítem 10, siendo su utilidad discriminativa muy baja.



**Tabla 9**

Análisis de ítem según índice de discriminación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

Ítems	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item 1	0,342	0,818
Item 2	0,463	0.808
Item 3	0,512	0.805
Item 4	0,243	0.824
Item 5	0.320	0.818
Item 6	0.521	0.804
Item 7	0.412	0.812
Item 8	0.498	0.806
Item 9	0.467	0.808
Item 10	0.117	0.826
Item 11	0.313	0.818
Item 12	0.481	0.807
Item 13	0.668	0.792
Item 14	0.500	0.807
Item 15	0.654	0.794

**3.5.2.2. Validez.** En tanto la validez del instrumento se procedió a utilizar la validez por constructo, dada las características de la escala se realizó la validez con la técnica de análisis factorial, se utilizó la prueba estadística KMO y Barlett.

Para la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, se encontró un índice muy bueno de 0.860, muy significativo, lo cual refleja que la escala mide lo que tiene que medir (Ver tabla 10).

**Tabla 10**

Prueba estadística de KMO y Barlett para la validez de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

Medida KMO	Prueba de esfericidad de Bartlett		
	Aprox. $X^2$	gl	Sig.
0.860	1027.819	105	0.000

**3.5.2.3. Baremos.** En la tabla 11 se observa los niveles y valores percentiles (pc 25 y pc 75) con los puntajes para la escala Riesgo Suicida de Plutchik.

**Tabla 11**

Normas percentilares de los puntajes totales de la escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

Variable	Niveles y percentiles			
	Sin riesgo (pc 25)	Riesgo bajo (pc 50)	Riesgo medio (pc 75)	Riesgo alto (pc 100)
Riesgo suicida	0 - 1	2	3 - 4	5 - 15

### 3.6. Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 25. En primer lugar, se realizó una obtención del coeficiente de confiabilidad con Alfa de Cronbach y análisis de ítem para las dos pruebas. Además, se aplicó una prueba de normalidad, asimismo se reconoció si la prueba es paramétrica o no paramétrica, se realizó la validez por constructo y con análisis factorial confirmatorio con el programa Jamovi 6.1.1, y la prueba KMO & Barlett para las dos pruebas.

### 3.7. Consideraciones éticas

La investigación se realizó acorde a una buena práctica, se desarrolló esta investigación en paralelo con una intervención que se ejerce durante 2 años en la zona de Ventanilla, con el fin de reducir la incidencia de depresión, automutilación, embarazos no deseados, entre otros. Es debido a este accionar que la muestra de personas con conducta autolítica se obtiene con la pregunta: “En los últimos dos años ¿se ha realizado usted cortes en alguna parte de su cuerpo con intención?”. De esta manera se consigue un resultado obteniendo los datos de las variables y selección de una muestra objetivo, sin dejar de lado la salud de la población por medio de talleres, charlas para padres y adolescentes, y consejería personalizada. Finalmente se solicitó a los alumnos entreguen a sus padres un consentimiento informado para que permitan la evaluación a los adolescentes, con el fin de hacer la investigación del modo más legítimo posible.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Determinación de la diferencia entre correlaciones entre ideación y riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla

Antes de realizar las correlaciones entre las variables de estudio, se comenzó por explorar la normalidad de los datos de la escala de Ideación suicida de Beck y la de Riesgo suicida de Plutchik, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, con el fin de precisar el comportamiento de los datos. Los resultados de este análisis se observan en la tabla 12, donde el estadístico de prueba arrojó en la variable de Ideación Suicida el valor de  $p < .001$  y en la variable de Riesgo Suicida el valor de 0.000, indicándonos que la naturaleza de las dos pruebas es no paramétrica. Por tanto, para los análisis estadísticos se empleará estadísticas no paramétricas

**Tabla 12**

Prueba de Kolmogorov-Smirnov de las escalas de las escalas de Ideación Suicida y Riesgo Suicida

Prueba de normalidad	Escalas	
	Ideación Suicida de Beck	Riesgo Suicida de Plutchik
Z de Kolmogorov-Smirnov	0.114	0.144
Significancia asintótica (bilateral)	0.000	0.000

El siguiente procedimiento usa el cálculo de correlación de Spearman, obteniendo como resultado que en el grupo con autolesión no suicida presentan una correlación de .588, que es positiva, moderada y altamente significativa, eso se aprecia en la tabla 13. Mientras que, para el grupo sin autolesión, se presenta una  $r = .315$  que es positiva, moderada y significativa.

**Tabla 13**

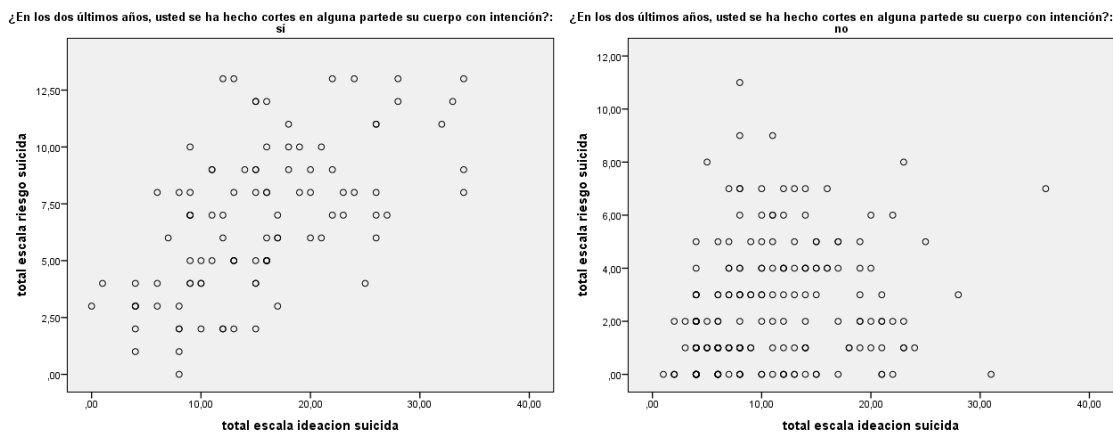
Correlación de Spearman entre la Escala de Ideación Suicida Beck y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en los adolescentes con autolesión.

Escala	Riesgo Suicida			
	Con autolesión		Sin autolesión	
Ideación Suicida	.588	$p < .001$	.315	$p < .001$
	.000		.000	

En la figura 1 se muestra las tendencias de las puntuaciones de ideación y riesgo suicidas para los grupos en comparación.

**Figura 1**

Correlaciones para ideación y riesgo suicida en los grupos con y sin autolesión.



Para probar la significancia entre la prueba de las dos correlaciones de las muestras con y sin autolesión (tabla 14), se procedió a calcular la prueba  $Z$  para la diferencia de dos correlaciones, arrojando la  $Z$  de Fisher en 2.84, significativa  $p < .01$

**Tabla 14**

Z de Fisher obtenidos de la diferencia de correlaciones entre las escalas de Ideación Suicida de Beck y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en las muestras de adolescentes con y sin autolesión.

Escalas	Con Autolesión	Sin Autolesión	Z de Fisher
Ideación Suicida y Riesgo Suicida	0.588	0.315	2.84

#### 4.2. Establecimiento de la ideación y el riesgo suicida en los adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla

##### 4.2.1 Análisis descriptivo según la presencia de autolesión

En total se obtuvo una muestra conformada por 132 hombres y 168 mujeres adolescentes, distribuyéndose en porcentajes de 44.0% para la muestra masculina y 56.0% para la femenina, como se menciona en la tabla 15.

**Tabla 15**

Frecuencia y porcentaje de la muestra según sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	132	44.0
Femenino	168	56.0
Total	300	100.0

Dentro de las características de la muestra, se encontró que, de los 300 alumnos evaluados, el 33.3% es decir 100 estudiantes realizaron autolesiones en los últimos dos años, como lo muestra la tabla 16. Mientras que en la tabla 17 se observa la frecuencia y porcentaje de adolescentes que realizaron autolesión en los últimos 2 años según sexo.

**Tabla 16**

Frecuencia y porcentajes de adolescentes que realizaron autolesión en los últimos 2 años.

Autolesión	Frecuencia	Porcentaje
Si	100	33.3
No	200	66.6
Total	300	100.0

**Tabla 17**

Frecuencia y porcentajes de adolescentes que realizaron autolesión en los últimos 2 años según sexo.

Sexo	Autolesión			
	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	26	26	106	53
Femenino	74	74	94	47

En la tabla 18 se observa la frecuencia de adolescentes que realizaron autolesión según edad. En ella se aprecia que la edad con mayor presencia de autolesión en los últimos dos años se encuentra a la edad de 13 años, con 22.9%, seguido de la edad de 14 años, con 15.1%, y, en tercer lugar, en la edad de 15 con 13.0%. En este análisis no se cuenta con la prevalencia en adolescentes de 11 años, pues solo hubo 1 alumno.

**Tabla 18**

Frecuencia y porcentaje de adolescentes que realizan y no realizan autolesión en los últimos 2 años, según edad.

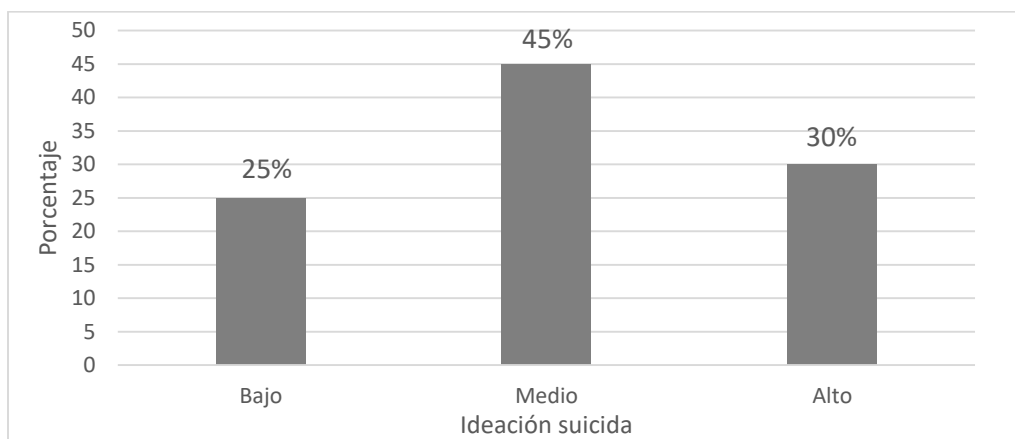
Autolesión	Frecuencias y porcentajes	Edad							Total
		12	13	14	15	16	17	18	
Con autolesión	Frecuencia	18	47	20	8	5	1	1	100
	% intraedades	41.9%	52.8%	28.6%	19.5%	13.2%	7.1%	20.0%	33.3%
	% entre edad	18.0%	47.0%	20.0%	8.0%	5.0%	1.0%	1.0%	100.0%
Sin autolesión	Frecuencia	25	42	50	33	33	13	4	200
	% intraedades	58.1%	47.2%	71.4%	80.5%	86.8%	92.9%	80.0%	66.6%
	% por edad	12.5%	21.0%	25.0%	16.5%	16.5%	6.5%	2.0%	100.0%
Total	Frecuencia	43	89	70	41	38	14	5	300
	% intraedades	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% por edad	14.3%	29.7%	23.3%	13.7%	12.7%	4.7%	1.7%	100.0%

#### 4.2.2 Análisis descriptivo de la escala de Ideación Suicida

En la figura 2 se observa el porcentaje de la variable ideación suicida y sus niveles. En ella se aprecia que gran parte de la muestra se distribuye en el nivel medio de ideación suicida, con un 45%, es decir 135 estudiantes, seguido del nivel alto con un 30%, es decir 90 estudiantes y con un 25%, es decir 75 estudiantes en el nivel bajo.

**Figura 2**

Niveles de ideación suicida por porcentajes de la muestra.



En la tabla 19 se observa los porcentajes de los niveles de ideación suicida, según sexo. En ella se encuentra que en el nivel alto de ideación suicida el sexo con mayor presencia es el femenino, con 73.3%, mientras que, en el sexo masculino, la presencia es de 26.7%. En el nivel medio de ideación suicida, no hay mucha diferencia entre los sexos, el sexo con mayor presencia es el masculino con 50.4%. Asimismo, considerando el 100% por columnas, es decir por sexo, encontramos que el sexo masculino tiene una mayor presencia de porcentaje, en el nivel medio de ideación suicida, con un 50.8%; mientras que en el sexo femenino la mayor presencia de porcentaje se observa en el nivel medio también, con un 40.5%.

En la tabla 20 se observa la frecuencia y el porcentaje del nivel de ideación suicida, frente a la conducta de haber realizado y no haber realizado autolesión en los últimos 2 años. Se encuentra en la tabla que para los que realizaron autolesión, distribuyen más en mayor proporción en un nivel de ideación suicida alto, con un 52%, seguido del nivel medio, con un 37%; esto contrasta significativamente con los que no realizaron

autolesión, donde el nivel más alto de ideación suicida solo ocupa un 19%, mientras que el nivel medio presenta el mayor porcentaje con un 49%.

**Tabla 19**

Frecuencia y porcentaje de adolescentes con sus niveles de ideación suicida en relación con su sexo.

Variable	Niveles	Frecuencia y porcentajes	Sexo		Total
			Masculino	Femenino	
Ideación suicida	Bajo	Frecuencia	41	34	75
		% según ideación	54.7%	45.3%	100.0%
		% según sexo	31.1%	20.2%	25.0%
	Medio	Frecuencia	67	68	135
		% según ideación	49.6%	50.4%	100.0%
		% según sexo	50.8%	40.5%	45%
	Alto	Frecuencia	24	66	90
		% según ideación	26.7	73.3%	100.0%
		% según sexo	18.2%	39.3%	30.0%
Total	Frecuencia	132	168	300	
	% según ideación	44.0%	56.0%	100.0%	
	% según sexo	100.0%	100.0%	100.0%	

**Tabla 20**

Frecuencia y porcentaje de adolescentes con sus niveles de ideación suicida, con relación a si realizaron autolesión o no, en los últimos 2 años.

Variable	Niveles	Frecuencias y porcentajes	Autolesión en los últimos 2 años		Total
			Autolesión	Sin autolesión	
Ideación suicida	Bajo	Frecuencia	11	64	75
		%	11%	32%	25%
	Medio	Frecuencia	37	98	135
		%	37 %	49%	45%
	Alto	Frecuencia	52	38	90
		%	52%	19%	30%
Total	Frecuencia	100	200	300	
	%	100.0%	100.0%	100.0%	

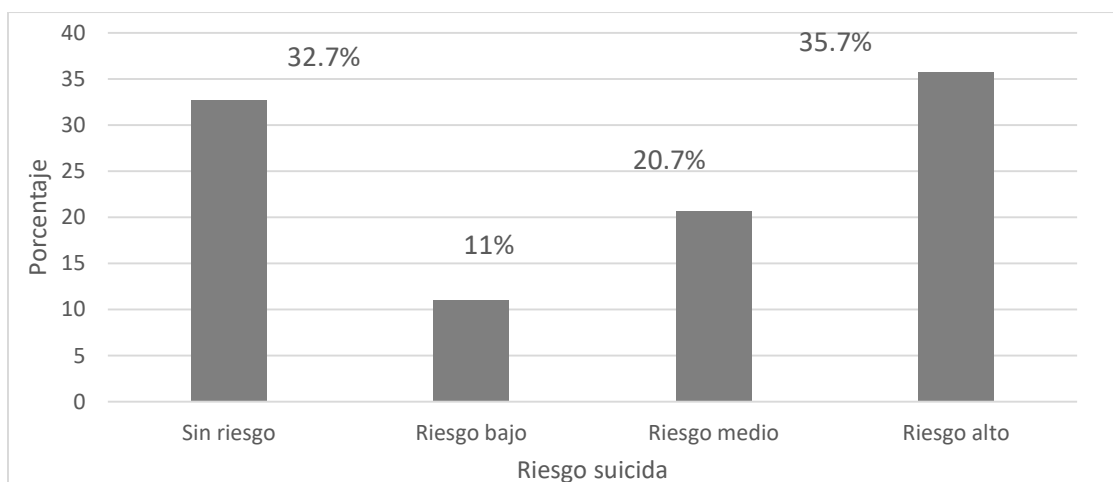


### 4.2.3 Análisis descriptivo de la escala de Riesgo Suicida

En la figura 2 se observa el porcentaje de la variable riesgo suicida y sus niveles. En ella se aprecia que gran parte de la muestra se distribuye en el nivel riesgo alto con un 35.7%, es decir 107 estudiantes, en segundo lugar, se encuentra el nivel sin riesgo con 32.7%, es decir 98 estudiantes, seguido de riesgo medio con un 20.7%, es decir 62 estudiantes y, finalmente el riesgo bajo con un 11%, conformada por 33 estudiantes.

**Figura 3**

Niveles de riesgo suicida por porcentajes de la muestra.



En la tabla 21 se observa la frecuencia y el porcentaje del nivel de riesgo suicida, según sexo. En ella se encuentra que, en el nivel alto de riesgo suicida, el sexo con mayor presencia es el femenino, con 77.6%, mientras que el sexo masculino presenta 22.4%. Asimismo, considerando el 100% por sexo, se encuentra que, en el sexo masculino, el nivel con mayor presencia es el nivel sin riesgo con 42.4%, y en el riesgo alto solo se distribuye 18.2% del total de adolescentes masculinos. En cambio, para el sexo femenino, el nivel con mayor presencia es el nivel riesgo alto con un 49.4%, seguido por el 25.0%, que, a su vez, corresponde con el nivel de sin riesgo.

En la tabla 22 se observa la frecuencia y el porcentaje del nivel de riesgo suicida, frente a la conducta de haber realizado y no haber realizado autolesión en los últimos 2 años. Se encuentra en la tabla que para los que realizaron autolesión, su presencia se distribuyen más en el nivel de riesgo alto, con un 65.6%, seguido muy por debajo por el

nivel medio, con un 17.2%; esto contrasta significativamente con los que no realizaron autolesión, donde el nivel más alto de riesgo suicida solo ocupa un 16.4%, mientras que el nivel sin riesgo presenta el mayor porcentaje con un 44.7%.

**Tabla 21**

Frecuencia y porcentaje de adolescentes con sus niveles de riesgo suicida en relación con su sexo.

Variable	Niveles	Frecuencia y porcentajes	Sexo		Total
			Masculino	Femenino	
Riesgo suicida	Sin riesgo	Frecuencia	56	42	98
		% según riesgo	57.1%	42.9%	100.0%
		% según sexo	42.4%	25.0%	32.7%
	Riesgo bajo	Frecuencia	16	17	33
		% según riesgo	48.5%	51.5%	100.0%
		% según sexo	12.1%	10.1%	11.0%
	Riesgo medio	Frecuencia	36	26	62
		% según riesgo	58.1%	41.9%	100.0%
		% según sexo	27.3%	15.5%	20.7%
	Riesgo alto	Frecuencia	24	83	107
		% según riesgo	22.4%	77.6%	100.0%
		% según sexo	18.2%	49.4%	35.7%
Total	Frecuencia	132	168	300	
	% según riesgo	44.0%	56.0%	100.0%	
	% según sexo	100.0%	100.0%	100.0%	

**Tabla 22**

Frecuencia y porcentaje de adolescentes con sus niveles de riesgo suicida, en relación con los que realizaron autolesión o no, en los últimos 2 años.

Variable	Niveles	Frecuencia y porcentajes	Autolesión en los últimos 2 años		Total
			Autolesión	Sin autolesión	
Riesgo suicida	Sin riesgo	Frecuencia	3	95	98
		%	3.0%	47.5%	32.7%
	Riesgo bajo	Frecuencia	8	25	33
		%	8.0%	12.5%	11.0%
	Riesgo medio	Frecuencia	17	45	62
		%	17.0%	22.5%	20.7%
	Riesgo alto	Frecuencia	72	35	107
		%	72.0%	17.5%	35.7%

Total	Frecuencia	100	200	300
	%	100.0%	100.0%	100.0%

### 4.3. Determinación de la relación entre el factor *actitud hacia la vida y la muerte de la ideación suicida con el riesgo suicidas en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla*

En la tabla 23 se observa la correlación de los factores de la escala de Ideación Suicida de Beck, con la escala de Riesgo Suicida de Plutchik en un grupo con y sin autolesión. En la tabla se aprecia que, en el factor de Actitud hacia la vida y la muerte, los adolescentes con autolesión tienen una relación con el Riesgo Suicida de 0.210, que es positiva, baja y no significativa, comparado con el grupo sin autolesión que obtuvieron una relación de 0.057, que es positiva y correlacionalmente muy baja y no significativa.

**Tabla 23**

Correlación de Spearman entre los cuatro factores de Ideación suicida de Beck, asociada con la escala de Riesgo suicida de Plutchik en los adolescentes con y sin autolesión.

Factores de Ideación Suicida		Niveles de Riesgo Suicida					
		Con autolesión	p	Tamaño del efecto	Sin autolesión	p	Tamaño del efecto
Actitud hacia la vida y la muerte	r	.210	.036	.04	.057	.419	.003
				Pequeño efecto	.419		Pequeño efecto
Pensamientos y deseos suicidas	r	.458	.000	.20	.249	.000	.06
	Significancia (Bilateral)	.000		Gran efecto	.000		Mediano efecto
Proyecto de intento	r	.426	.000	.18	.160	.000	.02
	Significancia (Bilateral)	.000		Gran efecto	.000		Pequeño efecto
Realización del intento proyectado	r	.668	.000	.44	.248	.000	.06
	Significancia (Bilateral)	.000		Gran efecto	.000		Mediano efecto

#### **4.4. Determinación de la relación entre el factor *pensamientos y deseos suicidas*, de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla**

En la tabla 23 se observa la correlación del factor Pensamientos y deseos suicidas, en adolescentes con autolesión obteniendo una relación con el riesgo suicida de 0.458, que es positiva, moderada y significativa, mientras que en el grupo sin autolesión obtuvieron una relación de 0.249, que es positiva, correlacionalmente baja y no significativa.

#### **4.5. Determinación de la relación entre el factor *proyecto de intento*, de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla**

En la tabla 23 se observa la correlación del factor de Proyecto de intento en los adolescentes con autolesión obteniendo una relación con el Riesgo Suicida de 0.426, que es positiva, moderada y significativa. Mientras que para los adolescentes sin autolesión la relación resultó de 0.160, que es positiva y correlacionalmente muy baja y no significativa.

#### **4.6. Determinación de la relación entre el factor *realización del intento proyectado* de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla**

En la tabla 23 se observa la correlación del factor Realización del intento proyectado con el riesgo suicida, en los adolescentes con autolesión, la relación resultó de 0.668, que es positiva, moderada y significativa, mientras que para el grupo sin autolesión la relación fue de 0.248, que es positiva y correlacionalmente baja y no significativa.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 5.1 Determinación de la diferencia entre correlaciones entre ideación y riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla

Como hipótesis general se planteaba que, existe una diferencia significativa en las correlaciones entre la escala de ideación suicida y la escala de riesgo suicida entre los adolescentes que se autolesionan y los que no se autolesionan. En la correlación de Spearman de ideación y riesgo suicida, en el grupo con autolesión, se encontró una asociación de .588, positiva y altamente significativa. En el grupo sin autolesión, se encontró una correlación de .315 positiva, moderada y significativa. En la comparación de ambas correlaciones, se encontró que hay una diferencia significativa entre estas, ya que  $Z$  de Fisher de  $2.84 > 1,96$  que la califica como significativa  $p < .001$ . Como resultado al relacionarlo con la hipótesis, sí se encontró diferencias significativas entre ideación y riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva. Esto evidencia que en el grupo con autolesión hay una mayor correlación entre riesgo e ideación. Si bien no hay precedentes de esta investigación, esto podría deberse a una predisposición a la inestabilidad emocional y a la impulsividad. Además, en la teoría las dos variables se suelen producir consecutivamente.

Esto confirma la hipótesis general propuesta, al presentarse autolesión, hay mayor tendencia de ideación y riesgo suicida.

### 5.2 Determinación de la ideación y el riesgo suicida en los adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla

Conforme a la muestra, los adolescentes que realizaron autolesión en los últimos 2 años fueron el 33.3%, de los cuales el 74.0% eran del sexo femenino y 26.0% masculino. Asimismo, la edad con mayor presencia de autolesión era de 13 años, con 47%. En estudios de México en 2013, se encontró la presencia de autolesiones en 27.9% de adolescentes, mientras que en dos investigaciones españolas del 2011 y 2014, encontraron la presencia de autolesión, también en adolescentes en un porcentaje de 11.4% y 21.7%

respectivamente. El promedio de prevalencia mundial es de 11% a 35% de adolescentes, sin embargo, como esta investigación obtuvo su muestra según sujetos disponibles, y según la intencionalidad de tener un mínimo de 100 autolesionados, no se comparará este porcentaje con otros estudios. Sin embargo, se considera igualmente que, por realizarse esta investigación en una población de asentamiento humano, con bajos recursos podría esto dar una mayor prevalencia de autolesión a esas edades.

En cuanto a la diferencia en la prevalencia entre el sexo femenino y el masculino, se encuentra en otras investigaciones, como en un estudio mexicano (2013), que la presencia de autolesión es más frecuente en las mujeres, mientras que, en otro estudio, de España, no se encontraron diferencias significativas. En esta población se encontró una prevalencia de más del doble de autolesión del grupo femenino, frente al grupo masculino, en general, esta variabilidad de resultados se considera común. En relación con la edad, Kirchner et al. (2011) en una población española de escolares, encontraron un aumento de la autolesión según edad, a diferencia de esta investigación, donde la mayor presencia se encuentra en estudiantes de 13 años, seguido de una disminución relativa según la edad. En la literatura Soutullo & Mardomingo (2010) se encuentra que, entre los 10 y 14 años, da comienzo a la adolescencia, donde el adolescente prioriza la preocupación por lo físico y lo emocional, dando pie al autodescubrimiento de nuevas emociones que con el tiempo y los años buscaría estabilizarse. Además, se explica que, debido a los problemas económicos y sociales y culturales presentes en asentamientos humanos estimulados por la inestabilidad del inicio de la adolescencia podrían ser los que incentiven este comportamiento en estas edades. Aunque Kirchner et al. (2011) encontraron un aumento de la autolesión según la edad, ellos explicaron que puede encontrarse también un punto de inflexión importante a los 16 años, edad máxima presente en su muestra, o quizás puede deberse a otras condiciones de la muestra evaluada.

En relación con la variable ideación suicida, se encuentra que, en la muestra, el 45% que es el mayor porcentaje se distribuye en el nivel medio, seguido del nivel bajo de ideación con un 25%, y un 30% en el nivel de alto de ideación. Asimismo, dentro del nivel alto de ideación suicida, es decir aquellos que presentan ideación suicida, el sexo con mayor presencia es el sexo femenino, con 73.3%. En la mayoría de las investigaciones se basaron en la gráfica de la normal para dividir los niveles, mientras que en esta investigación se decidió reinterpretar el baremo, ubicando el nivel de ideación en un

puntaje menor, según eso, presentar ideación suicida en aquellas investigaciones, se encontraría comparado al nivel alto de ideación suicida en nuestra investigación.

En la investigación de Blandón et al. (2015) de Colombia, la prevalencia de ideación fue de 22.4%; Mientras que en una población española (Díaz, et al. 2015), la ideación se presentaba en el 20.6%; Sin embargo, la investigación que menos presentaba ideación fue en México por Mayer et al. (2013), encontrándose un porcentaje de 7.4%, esto corresponde a las investigaciones internacionales, pero en el contexto nacional, Vásquez & Pajares (2015) de Cajamarca encontraron que en una muestra de un orfanato la prevalencia era de 33.3%, mientras que para Cano et al. (2009), en una población escolar, encontraron una prevalencia de 21.1% de ideación suicida. Esta variabilidad de resultados comparados con esta investigación, con datos levemente diferentes podrían relacionarse al estudio internacional de la revista PLOS Medicine, por Ferrari et al. (2013), donde se encuentra la prevalencia de una variable continuamente asociada a la ideación suicida, la depresión, en aquel estudio se ordenan los países desde una menor prevalencia a una mayor, hallándose que México se encuentra en la categoría de países con menor presencia de diagnósticos de depresión, con una tasa menor a 4%, mientras que España y Perú se encuentran en las siguientes categorías, con una tasa de 4.5 a 5% de presencia del diagnóstico de depresión. Aunque es importante detallar que no se sabe si en las investigaciones que sirven de antecedentes se realizaron una variación de los baremos, como sí se realizó en esta investigación, por lo que la cantidad descrita de las variables podría no poder ser comparables entre sí. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que en nuestra población a diferencia de la de los antecedentes, se realizó en un grupo de riesgo.

En relación con la variable sexo en la ideación suicida, Mayer et al. (2013) y Cano et al. (2009) hallaron que la frecuencia de ideación suicida es mayor en mujeres, muy similar a esta investigación; Aunque Kirchner et al. (2011) igual que algunas investigaciones de sus propios antecedentes no encontraron diferencias significativas en la presencia de ideación suicida entre hombres y mujeres. Esto explica que en la investigación de la ideación suicida puede encontrarse dos diferentes márgenes de resultados según sexo.

Además, se observa que en el grupo que realizó autolesión los adolescentes se distribuyen más en el nivel de ideación alto, aunque para este resultado no se encontró precedentes específicos, se podría discutir, según la teoría, que aunque las autolesiones no sea un intento suicida, esta conducta si está estrechamente relacionada por su similitud a la conducta suicida, en ambas condiciones se puede encontrar semejanzas, a nivel neurológico, con una anomalía serotoninérgica o en el nivel psicológico con una dificultad en la resolución de problemas, entre otros, por lo que explicaría que en varios de ellos puede estarse dando el resultado de un proceso suicida que empieza desde el nacimiento como menciona Valdivia (2014).

En cuanto a la variable riesgo suicida, se encuentra que, en la muestra, el 35.7% que es el mayor porcentaje se distribuye en el nivel de riesgo alto, seguido del nivel sin riesgo con un 32.7%, luego el nivel de riesgo medio con un 20.7%, y finalmente del 11.0% en riesgo bajo. Asimismo, dentro del nivel alto de riesgo suicida, es decir aquellos que presentan riesgo suicida, el sexo con mayor presencia es el sexo femenino, con 77.6%. Además, se muestra que en el grupo que realizó autolesión, los adolescentes se distribuyen más en el nivel de riesgo alto, con 72.0%. Nuevamente, como en la discusión de la variable anterior, este estudio consideró variar el baremo de los niveles.

En las investigaciones encontradas a nivel nacional, como la realizada en Chiclayo por Guevara & Severino (2016) en un centro de rehabilitación juvenil, encontraron una prevalencia de riesgo suicida de 61.43%; en una segunda investigación realizada en un orfanato en Chiclayo por Badaracco (2013) encontrando una prevalencia de 43%; y finalmente otra población realizada en adolescentes de colegios de Lima por Coarite (2013), encontró una prevalencia de riesgo suicida de 24%. La presente investigación encontró un riesgo suicida de 35.7%, un resultado promedio con respecto a todos los antecedentes, el único contraste con los antecedentes se encontraría con las dos investigaciones realizadas en Chiclayo por Guevara & Severino (2016) y Badaracco (2013) que encontraron porcentajes muy altos, con prevalencia de 61.43% y 43% respectivamente, pero estos resultados provinieron de muestras de adolescentes en orfanatos, que son muestras con un factor de riesgo mayor, expuestos a sentimientos de inconformidad de la vida y su existencia, además de experiencias de abandono familiar.



Dentro del nivel alto de riesgo suicida, el sexo con mayor presencia de adolescentes es el sexo femenino, con 77.6%. En la mayoría de las investigaciones se encuentra que el sexo con mayor riesgo de intento suicida es el femenino, aunque también similar a los resultados de ideación suicida, se podría encontrar en otras investigaciones proporciones similares entre los dos sexos. Es por eso por lo que, para el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad MSPSI (2012), uno de los factores de riesgo para presentar riesgo suicida, es pertenecer al sexo femenino. Finalmente, en el grupo que realiza autolesión, la distribución de adolescentes se muestra más en el nivel de riesgo alto, esto puede ser explicado por que la conducta de autolesión está estrechamente relacionada a las conductas suicidas, y ambas tienen similitudes en sus factores de riesgo, por lo que se estaría hablando de un proceso suicida.

### **5.3 Determinación de la relación entre la *actitud hacia la vida y la muerte* de la ideación suicida con el riesgo suicidas en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla**

En cuanto a las correlaciones de este factor en los adolescentes con autolesión, se encontró una relación de .210 positiva, baja y significativa, con una probabilidad,  $p=.036$ . Mientras que, en los adolescentes sin autolesión, se encontró una relación de .057 es correlacionalmente muy baja. Esto puede ser debido al analizar los ítems, la comprensión del factor de *Actitud hacia la vida y la muerte* puede sugerir una presencia crónica de desesperanza en adolescentes con conducta autolesiva podrían manifestar más, mientras que, para los adolescentes sin autolesión que, de ocurrir, la desesperanza es situacional, puntuarían más bajo. Esto confirma la hipótesis (H1) que indica que existe una relación directa y significativa entre el factor *Actitud hacia la vida y la muerte* y el riesgo suicida en los adolescentes con y sin conducta autolesiva.

### **5.4 Determinación de la relación entre los *pensamientos y deseos suicidas* de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla**

En la correlación de este factor en los adolescentes con autolesión, se encontró una relación de .458, que es positiva, moderada y significativa  $p < .001$ . Asimismo, en los adolescentes sin autolesión, se encontró una relación de .249, que es positiva, baja y

significativa  $p < .001$ . Esto evidencia que para los pensamientos y deseos suicidas podría haber diferencia entre las personas que se autolesionan y las que no, sin embargo, existen más en las personas con autolesión. Esto confirma la hipótesis (H2) que indica que existe una relación directa, moderada y significativa entre el factor *Pensamientos y deseos suicidas*, y el riesgo suicida en los adolescentes con y sin conducta autolesiva.

### **5.5 Determinación de la relación entre el *proyecto de intento* de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla**

En la correlación de este factor en los adolescentes con autolesión, se encontró una relación de .426, que es positiva, moderada y significativa  $p < .001$ . Mientras que, en los adolescentes sin autolesión, se encontró una relación de .257, que es positiva y correlacionalmente baja  $p < .001$ . Estos índices señalan que la correlación, es diferente en la muestra con autolesión y sin autolesión, además que la muestra con autolesión se asocia a la creación de un proyecto suicida. Esto confirma la hipótesis (H3) que indica que existe una relación directa y significativa entre el factor *Proyecto de intento*, y el riesgo suicida en los adolescentes con y sin conducta autolesiva.

### **5.6 Determinación de la relación entre el *intento proyectado* de la ideación suicida con el riesgo suicida en adolescentes con y sin conducta autolesiva de instituciones educativas de Ventanilla**

En la correlación de este factor en los adolescentes con autolesión, en el grupo con autolesión se encontró una relación de .668, que es positiva, moderada y significativa  $p < .001$ . Mientras que, en los adolescentes sin autolesión, se encontró una relación de .248, que es positiva y correlacionalmente baja  $p < .001$ . En esta correlación, que en ambos grupos es positiva, pero la relación es alta en el grupo con autolesión. Eso indica que, en el grupo de adolescentes con autolesión, el resultado del Riesgo suicida está directamente relacionado de modo significativo con las conductas cercanas al suicidio, dando paso al suicidio consumado, como dejar notas u obtener los medios, quizás agarrar un instrumento con el fin de acabar con su vida, y es porque la realización de un intento proyectado y el riesgo suicida tienen una estrecha relación con la autolesión. Esta relación no está tan definida cuando obtenemos los resultados del grupo sin autolesión. Esto

confirma la hipótesis (H4) que indica que existe una relación directa y significativa entre el factor *Intento proyectado*, y el riesgo suicida en los adolescentes con y sin conducta autolesiva.

## VI. CONCLUSIONES

- 6.1. La prevalencia de autolesión fue de 33.3%, siendo 56.0% del sexo femenino y 44.0% del sexo masculino. Asimismo, la edad con mayor presencia de autolesión en los últimos 2 años, son aquellos de 13 años, con 25%. Con respecto a la variable ideación suicida, el 45% muestra un nivel medio, seguido del nivel alto con un 30%, y un 25% en el nivel bajo. Asimismo, dentro del nivel alto de ideación suicida, el sexo con mayor presencia es el sexo femenino, con 73.3%. En el grupo con autolesión, 52% está en un nivel de ideación alto. En la variable de riesgo suicida, 35.7% se distribuye en el nivel de riesgo alto, 32.7% en el nivel sin riesgo, 20.7% en el nivel de riesgo medio y finalmente 11% en riesgo bajo. Asimismo, en nivel alto de riesgo suicida, el sexo con mayor presencia es el sexo femenino con 77.6%. Además, se muestra que en el grupo que realizó autolesión, los adolescentes se distribuyen más en el nivel de riesgo alto, con 72%.
- 6.2. Hay diferencia significativa en las correlaciones entre ideación y riesgo suicida entre los grupos con autolesión ( $\rho = .588$ ) y sin autolesión ( $\rho = .315$ )  $z$  de Fisher  $2.84 p < .001$ .
- 6.3. En el grupo con autolesión hay correlación positiva, baja y significativa  $p = .036$  entre *Actitud hacia la vida y la muerte* de Ideación suicida, con el Riesgo Suicida ( $\rho = .210$ ). Para el grupo sin autolesión hay una correlación positiva, muy baja y no significativa  $\rho = .057, p = .419$ .
- 6.4. Hay una relación medianamente significativa entre *Pensamientos y deseos suicidas* de Ideación Suicida, con el Riesgo suicida, en los adolescentes con autolesión, positiva y moderada ( $\rho = .458$ )  $p < .001$ , y sin autolesión ( $\rho = .249$ )  $p < .001$ .
- 6.5. Hay una correlación positiva, moderada y significativa entre Proyecto de intento de Ideación Suicida, con Riesgo suicida, en los adolescentes con autolesión ( $\rho = .426$ )  $p < .001$ , y sin autolesión ( $\rho = .160$ )  $p < .001$ .

- 6.6. Hay una correlación positiva, moderada y significativa entre Realización del intento proyectado de Ideación suicida, con Riesgo suicida, en los adolescentes ( $\rho = .668$ )  $p < .001$ , y sin autolesión ( $\rho = .248$ )  $p < .001$ .

## VII. RECOMENDACIONES

La ideación y el riesgo suicidas existen en un gran porcentaje en la población de adolescentes, y es de suma importancia para ellos y sus familias identificarlos con prontitud, debido a que un 45% aproximadamente podrían presentar ideación suicida, y un 35.7% presentarían riesgo suicida. Por ello es relevante evaluar con estas pruebas a los pacientes o estudiantes de quien se tenga la más mínima sospecha, más aún en poblaciones de asentamientos humanos o en otra población de riesgo.

En cuanto a las recomendaciones para los profesionales de la salud, según la investigación y diversos autores, en la población del distrito de Ventanilla, tome en cuenta los siguientes factores de riesgo: El primero es el sexo femenino, encontrándose esta característica en todas las variables así como en la presencia de la conducta de autolesión; y el segundo factor de riesgo es la edad de 13 años, que según esta investigación la realización de autolesiones y la presencia de ideación y riesgo se presenta más a esta edad.

También estas variables están fuertemente relacionadas entre sí, si el profesional aborda el riesgo suicida, puede asumir a los factores de la ideación para generar una estrategia de tratamiento, reconociendo que la actitud y los pensamientos frente al deseo, proyectos y conductas pueden acercar al adolescente al suicidio consumado, por lo que es debido manejarlos, tomando en cuenta que el factor con mayor relación es la característica de los pensamientos y deseos suicidas.

En cuanto a las recomendaciones para nuevas investigaciones, podría ser interesante y necesaria una investigación similar pero realizada únicamente en muestras con mayor riesgo, como orfanatos o centros de rehabilitación juveniles. Para obtener los valores en una población especial, y reconocer el riesgo que existe en ellos con precisión.

Finalmente considere posible investigar en una población más amplia, para generalizar los resultados a nivel nacional.

## VIII. REFERENCIAS

- Acero, P. D, & Pérez, S. A, (2013). *Suicidio, como prevenirlo y como ayudar a los sobrevivientes*, Bogotá, Colombia, Editorial San Pablo.
- Badaracco, L. M, (2013). Factores de resiliencia y riesgo suicida en adolescentes en estado de abandono, *Unifé*, 9 (1), p. 35 – 42.
- Bazán, J. L, Olortegui, V. M, Vargas, H. B, & Huayanay, L, (Enero del 2016). Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural, *Revista de neuropsiquiatría*, vol. 79, no. 1
- Behrman, R. E, (2006). *Tratado de psiquiatría 17va edición*, Madrid, España, Editorial El Sevier.
- Blandón, O. M, Carmona, J. A, Mendoza, M. Z, & Medina, O. A, (2015, Septiembre - Octubre). Ideación 4suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín, *Revista Archivo Médico de Camaguey*, 19 (5)
- Bodón, M. C, & Rios, M. A, (2016). *Suicidio, lineamientos generales para la comprensión, detección y prevención*, Buenos Aires, Argentina, Editorial Universidad de Buenos Aires.
- Buendía, J. R, Riquelme, A, & Ruiz, J. A, (2004). *El suicidio en adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida*, Murcia, España, Universidad de Murcia.
- Cañón, S. C, Castaño, J. J, Atehortúa, B. E, Botero, P, García, L. K, Rodríguez, L. M, Tovar, C. A, & Rincón, E, (2012, septiembre - diciembre). Factor de riesgo para suicidio según dos cuestionarios y factores asociados en población estudiantil de la Universidad de Manizales, *Psicología desde el Caribe*, 29 (3)

- Cardona, G. P, & Ladino, F. M, (7 de Julio 2009). Conducta suicida en la localidad de Kennedy: Análisis y estrategias de prevención desde el modelo de sobreposición de blumenthal, *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 10 (1), p. 23 – 38.
- Carvajal, G, & Caro, C. V, (Abril – Junio del 2011). Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009, *Colombia médica*, 42 (2), p. 45 – 56
- Castaño, J. J, Constanza, S, Betancur, M, Castellanos, P. L, Guerrero, J, Gallego, A, & Llanos, C, (2014). Factores de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia sede Manisales. *Perspectiva Psicológica*, 11 (2), p. 193 – 205.
- Castillo, I, Ledo, H. I, & Ramos, A. A, (2013). Consideraciones psicodinámicas de la conducta suicida en la población infanto juvenil, *Norte de salud mental*, 11 (46), p. 13 – 19.
- Clayton, P. J, (2018). Automutilação não suicida, Kenilworth, Manual MSD.
- Cloninger, S. C, (2003). *Teorías de la personalidad tercera edición*, México Df, México, Editorial Prentice Hall.
- Coleman, J. C, & Hendry, L. B, (2003). *Psicología de la adolescencia*, Madrid, España, Edición Morata.
- Contreras, C. M, & Gutiérrez, A. G, (Enero del 2007). Bases biológicas del suicidio. *Revista de divulgación científica y tecnológica de la universidad de Veracruz*, 20(1).
- Cuesta, D, (2017). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes, *Revista mexicana de psiquiatría*, vol. 84 no. 2, p. 72 – 77.



- Díaz, M., García, R., De León, V., Pérez, M., Baca, E. & Carballo, J. J. (2015). Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental, *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8 (3), 137 – 145.
- De Aragão, C. H. (2017). Automutilação: um problema de saúde pública? [Diapositivas]. Recuperado de <http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/fc6c1027-16e5-415b-b451-0069e644f97c>
- Doménech, E. (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*, Barcelona, España, Editorial Universitat Autònoma de Barcelona Servei de Publicacions.
- Ferrari, A. J., Charison, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013, 5 de noviembre). Burden of Depressive Disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLOS Medicine*. Vol 10. Recuperado de <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1001547&type=printable>
- Flores, J. C. (2015). *Medicina del dolor, perspectivas internacionales*, Barcelona, España, Editorial El Sevier.
- Freedenthal, S, Sheldon, C, & Andersen, R, (2008). Auto lesión no suicida en adolescentes. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695720/>
- García, N, (2006). *Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas*, México Df, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ge, X, Conger. R. D, & Elder, G. H, (Marzo del 2001). The relation between puberty and psychosocial distress in adolescent Boys. *Journal of Research on Adolescence*, California, Estados Unidos de America, Journal of research on Adolescence, Vol. 11, Núm. 1, p. 49 – 70.

- Gonzales, S, Díaz, A, Ortiz, S, Gonzales, C, & Gonzales, J, (2000). Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23 (2), p. 21 – 30.
- Guevara, M, & Severino, A. D, (2016). *Resiliencia y riesgo suicida en adolescentes de un centro juvenil, diagnóstico y rehabilitación. Pimentel* (Tesis de pregrado). Universidad Privada Juan Mejía Baca, Chiclayo, Perú.
- Hernández, M, (2002). *Motivación animal y humana*, México Df, México, Editorial el manual moderno.
- Hernández, C. R, Fernández, C, & Baptista, M, (2010). *Metodología de la investigación quinta edición*, México Df, México, Mc Grall Hill.
- Ibarra, A. M, & Morfin, T, (2017). *Investigación transdisciplinar del fenómeno suicida*, México Df, México, Editorial Manual moderno.
- Kirchner, T, Ferrer, L, Forns, M, & Zanini, D, (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria, diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas españolas de psiquiatría*, 39 (4), p. 226 – 235.
- Leal, R. A, & Vásquez, L. E, (2012). *Ideación suicida en adolescentes, prevalencia y factores asociados* (Informe de investigación). Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, Cajamarca, Perú.
- Laurence, C, & Muehlenkamp, J. J, (2014). *Non – Suicidal self – injury in eating disorders*, Berlin, Alemania, Editorial Spring.
- Mardomingo, M. J, (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndrome*, Madrid, España, Ediciones Días de Santos S.A.

- Mayer, P. A, Morales, N., Figueroa, G. V, & Ulloa, R. E, (2016, junio). Adolescentes con autolesión e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Salud pública de México*, 58 (3)
- Ministerio de sanidad política, social e igualdad (2012). Guía práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, Galicia, España, Editorial Agencia de evaluación de tecnología sanitaria de Galicia.
- Monroy, A, (2002). *Salud y sexualidad en la adolescencia y la juventud*, México Df, México, Editorial Pax.
- Mujica, C. A, Saenz, D. A, Rey, C. A, (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano, *Revista colombiana de psiquiatría*, 38 (4), p. 681 – 692.
- Narváez, V, (2015). Autolesión no suicida, España, Autolesión.  
<http://www.autolesion.com/2015/12/13/autolesion-no-suicida/#>
- Newman, C. F, Leahy, R. L, Beck, A. T, Reilly, N, & Gyulai, L, (2009). *El trastorno bipolar: Una aproximación desde la terapia cognitiva*, México Df, México, Editorial Paidós.
- Nieto, A, (2017). Autolesión no suicida: factores predisponentes/mantenedores y su relación con la conducta suicida. España, *Autolesión*. Recuperado de [http://www.autolesion.com/wp-content/uploads/2017/02/Nieto\\_A\\_2017\\_Autolesion\\_no\\_suicida\\_Factores\\_predisponentes\\_mantenedores\\_y\\_su\\_relacion\\_con\\_la\\_conducta\\_suicida.pdf](http://www.autolesion.com/wp-content/uploads/2017/02/Nieto_A_2017_Autolesion_no_suicida_Factores_predisponentes_mantenedores_y_su_relacion_con_la_conducta_suicida.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Global estatus report on alcohol and health*, Villars-sous-Yen, Suiza, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Mortalidad por suicidio en las Americas informe regional*, Washington D.C., EE.UU. Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global*, Villars-sous-Yen, Suiza, Organización Mundial de la Salud.
- Osorio, F, (2015). *Cortarse: Autolesión e intentos de suicidio en la infancia y la adolescencia*, Buenos Aires, Argentina, Ediciones Urano
- Pallant, J, (2011). *SPSS Survival Manual*, Sidney, Australia, Allen & Unwin
- Papalia, D. E, Wendkos, S, & Duskin, R, (2009). *Psicología del desarrollo*, México Df, México, McGrawHill.
- Páramo, M. D, (Marzo del 2008). Repositorio documental Gredos, España, Gredos.  
Recuperado de  
[https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/22569/1/DPETP\\_Adolescencia%20y%20psicoterapia.pdf](https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/22569/1/DPETP_Adolescencia%20y%20psicoterapia.pdf)
- Petersen, J, Freedenthal, S, Sheldon, C, & Andersen, R, (Noviembre del 2008) Autolesión no suicida en adolescentes. *Psiquiatría Edgmont*, 5 (11), p. 20 – 26.
- Rubio, G, Montero, I, Jáuregui, J, Villanueva, R, Casado, M, Marín, J, & Santo-Domingo, J, (1998), Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología* 61(2): 143 – 52.
- Sáiz, P, (2015) Evaluación y seguimiento en dispositivos ambulatorios, *VI encuentro en psiquiatría*. En J. Giner (presidencia). Simposio llevado a cabo en Sevilla, España.
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arevalo, E., Dapelo, R., y Soto, C., (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
- Soutullo, C, & Mardomingo, M. D, (2010), *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*, Madrid, España, Editorial Médica Panamericana.

- Steinberg, L, & Scott, E. S, (Diciembre del 2003), Less guilty by reason of adolescence: developmental immaturity, diminished responsibility, and the juvenile death penalty. *American psychologist*, 58 (12).
- Thyssen, L. S, & Camp, I. V, (Marzo del 2014), Lesión no suicida en América Latina. *Salud Mental*, 37 (2).
- Toro, R, (2013), Conducta suicida: Consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva, *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7 (1), p. 93- 102.
- Valdivia, A, (2014), *Suicidología: Prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*, Lima, Perú, Editorial de la Universidad Nacional de Ciencias Aplicadas.
- Vásquez, L, & Pajares, E, (2015). *Relación entre ideación suicida bienestar psicológico en las adolescentes tuteladas del Hogar Belen de Cajamarca 2015* (Tesis de Mgister. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, Cajamarca, Perú.
- Virú, M. A, Valeriano, K. L, & Zárate, A. E, (2009). Factores asociados a planeamiento suicida en estudiantes de una Escuela de Nutrición en Lima, Perú, 2009. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

## IX. ANEXOS

### Lista de chequeo de autolesión

<b>RS</b>	<b>EISB</b>	<b>ERSP</b>
Nombre:	<input type="text"/>	
Colegio:	<input type="text"/>	Sexo: <input type="text"/>
Grado:	<input type="text"/>	Fecha de hoy: <input type="text"/>
Edad:	<input type="text"/>	
<b>CONSEJO:</b> <i>Sujeta tu hoja en privado para evitar que compañeros observen tus respuestas, puedes levantar la mano para preguntar aquello que consideres necesario, ten en cuenta que la información que brindas es secreta y confidencial, el psicólogo no está en la posición para contar tus respuestas a tus profesores, director, padres y compañeros de clase. Responde rápidamente y con sinceridad a estas</i>		
¿En los dos últimos años, usted se ha hecho lesiones voluntarias como cortes, golpes, quemaduras en alguna parte de su cuerpo con intención?		
<input type="text" value="SI"/>		<input type="text" value="NO"/>

## Escala de ideación suicida de Beck

<b>EISB</b>	
Fecha	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>
<b>I CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA/ MUERTE</b>	
1 Deseo de vivir	<input type="checkbox"/> Moderado o intenso <input type="checkbox"/> Débil <input type="checkbox"/> Ninguno
2 Deseo de morir	<input type="checkbox"/> Moderado o intenso <input type="checkbox"/> Débil <input type="checkbox"/> Ninguno
3 Razones para vivir / morir	<input type="checkbox"/> Las razones para vivir son superiores a las de morir <input type="checkbox"/> Iguales <input type="checkbox"/> Las razones para morir son superiores a las de vivir
4 Deseo de realizar un intento activo de suicidio	<input type="checkbox"/> Moderado o intenso <input type="checkbox"/> Débil <input type="checkbox"/> Ninguno
5 Intento pasivo de suicidio	<input type="checkbox"/> Tomaría precauciones para salvar su vida <input type="checkbox"/> Dejaría su vida/muerte en mans del azar (por ej.: cruzar descuidadamente una calle muy transitada) <input type="checkbox"/> Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej.: un diabético que deja de tomar la insulina)
<b>II CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS</b>	
6 Dimensión temporal: duración	<input type="checkbox"/> Breve, periodos pasajeros <input type="checkbox"/> Periodos más largos <input type="checkbox"/> Continuo (crónico), o casi continuo
7 Dimensión temporal: frecuencia	<input type="checkbox"/> Rara, ocasional <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Persistente o continuo
8 Actitud hacia el pensamiento / deseo	<input type="checkbox"/> Rechazo <input type="checkbox"/> Ambivalencia, indiferencia <input type="checkbox"/> Aceptación
9 Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo	<input type="checkbox"/> Tiene sensación de control <input type="checkbox"/> No tiene seguridad de control <input type="checkbox"/> No tiene sensación de control
10 Factores disuasorios del intento activo	<input type="checkbox"/> Ni intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio <input type="checkbox"/> Los factores disuasorios tienen cierta influencia <input type="checkbox"/> Influencia mínima o nula de los factores disuasorios
11 Razones del proyecto de intento	<input type="checkbox"/> Manipular el medio, atraer atención, venganza <input type="checkbox"/> Combinación de ambos <input type="checkbox"/> Escapar, acabar, resolver problemas
<b>III CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO</b>	
12 Método: especificación / planes	<input type="checkbox"/> No los ha considerado <input type="checkbox"/> Los ha considerado, pero sin detalle específicos <input type="checkbox"/> Los detalles están especificados / bien formulados

13 Método: accesibilidad / oportunidad

- Método no disponible, no hay oportunidad  
 El método llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente  
 Método y oportunidad accesible  
 Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado

14 Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento

- No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente  
 Inseguro de su coraje, competencia  
 Seguro de su competencia, coraje

15 Expectativas / anticipación de un intento real

- No  
 Incierto, no seguro  
 Si

#### IV REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO

16 Preparación real

- Ninguna  
 Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras)  
 Completa (ej.: tener píldoras, la navaja, la pistola cargada)

17 Notas acerca del suicidio

- No escribió ninguna nota  
 Empezada pero completada; solamente pensó en dejarla  
 Completada

18 Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej.: seguro, testamento, donaciones)

- Ninguno  
 Pensamiento de dejar algunos asuntos arreglados  
 Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado

19 Engaño / encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea a algún terapeuta)

- Reveló estas ideas abiertamente  
 Fue reacio a revelarlas  
 Intentó engañar, encubrir, mentir

#### V FACTORES DE FONDO

20 Intentos previos de suicidio

- Ninguno  
 Uno  
 Mas de uno

21 Intención de morir asociada al último intento

- Baja  
 Moderada; ambivalente, insegura  
 Alta

PUNTUACIÓN TOTAL

Actitud ante la vida / muerte  
 Pensamientos / deseos suicidas  
 Proyecto de intento  
 Intento proyectado  
 Factores disuasorios  
 Intentos previos



## Escala de riesgo suicida de Plutchik

ERSP			
Nombre		<input type="text"/>	
Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".			
		SI	NO
1	¿Toma de forma habitual algún medicamento, como aspirinas o pastillas para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿Está deprimido/a ahora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	¿Está usted separado/a, divorciado/a, viudo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUNTUACIÓN		<input type="text"/>	