



FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

“Salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote”

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

AUTOR

PRÍNCIPE VEJARANO, Cecilia

ASESOR

Dr. NOE GRIJALVA, Hugo Martín

Mg. GONZALES RUEDA, Daniel

Línea de investigación

Violencia

Nuevo Chimbote – Perú

2016

Página del jurado

Dr. NOE GRIJALVA, Hugo Martín
PRESIDENTE

Mg. GONZALES RUEDA, Daniel
SECRETARIO

Dr. REYES BACA GINO
VOCAL

DEDICATORIA

A dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más, a mis padres por sus consejos de seguir adelante a pesar de las caídas, a mi madre por sus palabras de aliento y sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional acompañándome siempre en este trayecto estudiantil y de vida, a mi hijo Carlos por ser quien me motivaba a seguir adelante, a mis profesores, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

Cecilia Analy Príncipe Vejarano

AGRADECIMIENTO

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo por el seguimiento y la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de este año.

Así mismo agradecer a mis padres, familia, hijo por su apoyo y motivación de poder seguir adelante y culminar mi desarrollo profesional.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de mi familia y amigos. A todos ellos, muchas gracias.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Príncipe Vejarano, Cecilia con DNI N°42731863 a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo, facultad de humanidades de la escuela profesional de Psicología, declaro bajo juramento que toda documentación que acompaño es auténtica y verás.

Así mismo, declaro bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Nuevo Chimbote, Diciembre del 2016

PRÍNCIPE VEJARANO CECILIA

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado Calificador:

En conformidad con los lineamientos técnicos y normativos que la Universidad Cesar Vallejo exige, pongo a su disposición y criterio profesional, el informe de tesis: “Salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote”, estudio realizado para obtener el título profesional de licenciada en psicología.

El presente estudio tuvo como finalidad determinar la correlación que existe entre ambas variables y a la vez determinar los niveles de cada una, en cumplimiento del reglamento de grados y títulos profesionales de licenciado en Psicología, esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

Con la convicción de que se otorgará el valor justo y mostrando apertura a sus observaciones, agradezco por anticipado las sugerencias y apreciaciones que se brinden a la investigación

Nuevo Chimbote, Diciembre del 2016

Príncipe Vejarano Cecilia
Tesista

Dr. Noé Grijalva Hugo Martin
Asesor de Tesis

INDICE

PÁGINA DEL JURADO	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	v
PRESENTACIÓN	vi
RESUMEN	ix
ABSTRAC	x
I. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. Realidad problemática.....	11
1.2. Trabajos previos.....	12
1.3. Teorías relacionadas al tema	14
1.4. Formulación del problema.....	23
1.5. Justificación del estudio	23
1.6. Hipótesis	24
1.7. Objetivos	24
II. MÉTODO.....	24
2.1. Diseño de investigación	25
2.2. Variables y Operacionalización de variables.....	26
2.3. Población y muestra.....	27
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	28
2.5. Métodos de análisis de datos, validez y confiabilidad	30
2.6. Aspectos éticos	31
III. RESULTADOS	32
IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	35
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Correlación entre salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote 32

Tabla 2: Niveles de salud mental de los adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote 33

Tabla 3: Niveles de riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote 34

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre las variables de salud mental y riesgo suicida en adolescente en una institución educativa, donde se trabajó con 345 adolescentes. Para fines de la investigación se utilizó el General Health Questionnaire – GHQ 12 (Goldberg, 1998) y adaptada en Perú (Merino y Casas, 2013); así mismo se utilizó la escala de riesgo suicida elaborada por Robert Plutchik, adaptada a su versión española por Rubio y Cols en 1998, y en su versión peruana por (Ríos, 2014). Los resultados hallados con la prueba de correlación de Pearson $r = -.298$ mostraron que existe correlación negativa entre salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote, aceptándose la hipótesis general planteada. Así mismo se halló que en función a la variable de salud mental, el 81.2% de los adolescentes evaluados no registra la presencia de psicopatología, mientras que, en la variable de riesgo suicida, el 20.9% de los adolescentes evaluados presenta un nivel alto de riesgo suicida.

Palabras claves: Salud mental, riesgo suicida, adolescentes.

ABSTRAC

The present study had as objective to analyze the relationship between the variables of mental health and suicidal risk in adolescents in an educational institution, where 345 adolescents were worked. For the purposes of the investigation, the General Health Questionnaire - GHQ 12 (Goldberg, 1998) and adapted in Peru (Merino and Casas, 2013) were used; Likewise, the suicide risk scale developed by Robert Plutchik, adapted to its Spanish version by Rubio and Cols in 1998, and its Peruvian version by (Ríos, 2014) was used. The results found with the Pearson correlation test - 298 showed that there is a negative correlation between mental health and suicidal risk in adolescents of a public educational institution in the city of Chimbote, accepting the general hypothesis. It was also found that, according to the mental health variable, 81.2% of the adolescents evaluated did not register the presence of psychopathology, whereas in the suicide risk variable, 20.9% of the adolescents evaluated presented a high level of Suicidal risk.

Key words: Mental health, suicidal risk, adolescents.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud (2013) señala que la salud mental es un estado de bienestar general que permite a las personas realizarse, superar las adversidades, trabajar fructíferamente para favorecer y contribuir a su comunidad. Entonces, la falta de salud mental implicaría graves consecuencias en la productividad de los individuos; dando como resultado un significativo problema de salud pública con carácter psicosocial urgente de resolver.

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre financiera y otros miedos mientras van creciendo. (Harrington, 2011). Para algunos adolescentes el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos, por tales motivos, para algunos de ellos, el suicidio aparenta ser una solución a sus problemas y al estrés. (Coronado-Molina, 2014)

Ante el problema señalado, la OMS (2014) señala que cada año se suicidan 800 mil personas alrededor del mundo, superando los decesos por homicidios, guerras y desastres naturales, siendo la segunda causa de defunción en el grupo de 10 a 24 años de edad.

Ya en nuestro país, en un reporte emitido por el Instituto Nacional de Salud mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, indican que el de los 334 casos presentados en nuestro país en el años 2013, 80% estuvieron asociados a los trastornos del estado de ánimo los cuales tienen antecedentes en la vida infantil, donde se indicó que de cada 20 adolescentes mayores de 15 años, uno se deprime al año, de cada

20 adolescentes con episodios depresivos, uno intenta suicidarse; y de cada 20 intentos suicidas, uno llega a concretarse.

Por lo expuesto anteriormente y con el fin de colaborar en la difusión de esta problemática, se decidió estudiar la Salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote.

1.2. Trabajos previos

Gonzales et al. (2009) Trabajaron la relación entre el riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6º a 11º grado, realizado en Colombia buscaron establecer un perfil sociodemográfico y epidemiológico a través de la medición de la variable planteada. Se trabajó con 339 alumnos de los colegios participantes, a quienes se les administró la Escala de riesgo suicida de Plutchik y la Escala de desesperanza de Beck. Los resultados indicaron que el 10.2% había efectuado un intento suicida, el 12.8% presentó riesgo suicida y el 19.9% tenían antecedentes familiar de intento suicida. Así mismo el 16.6% presentaba ansiedad y el 2.9% depresión; el 39.2% son dependientes del alcohol, el 8.8% consumen drogas y el 15.3% fuman.

Cortés, Aguilar, Medina, Toledo, Echemendía (2010) Estudiaron las causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes, donde se trabajó con 74 personas, siendo el total de casos notificados por intento suicida durante el periodo de la investigación; a quienes se les administró un cuestionario diseñado exclusivamente para el estudio, donde se exploraba variables familiares, sociales y personales. Los resultados mostraron que una de las causas influyentes de las conductas en los adolescentes están estrechamente relacionadas a problemáticas familiares (33.3%), así mismo la escuela es un factor significativo en las decisiones del adolescente (28.6%).

Cubillas, Román, Valdez y Galaviz (2012) estudiaron como la depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora se asociaban entre sí en una población de 1358 adolescentes entre 15 y 19 años de edad, donde para estos fines se utilizó la Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos CES-D y la escala de ideación suicida de Roberts. Los resultados indicaron que la depresión se registra en el 67.3% de quienes han tenido intentos suicidas y en el 81.1% de quienes han manifestado ideación suicida; estas diferencias son altamente significativas al compararlas con quienes no han tenido intentos suicidas ni tienen ideas de quitarse la vida.

Coronado-Molina (2014) Buscaron identificar características clínico – epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al hospital General San José del Callao, Perú, llegando a trabajar con 100 pacientes adolescentes y adultos jóvenes, a quienes se realizó un estudio tipo series de caso. Los resultados mostraron que los principales factores asociados al intento de suicidio fueron la desocupación, problemas de pareja y diagnósticos de depresión mayor y personalidad patológica; aspectos estrechamente relaciones con aspectos de salud mental.

Vargas y Saavedra (2012) estudiaron la prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao, donde inicialmente buscaron identificar estas características en 2399 adolescentes, a quienes se les administró una ficha demográfica y socioeconómica, el cuestionario de Salud mental de Colombia y la Entrevista Neuropsiquiátrica internacional – CIE-10. Luego, los resultados indicaron que un 6.8% tenía deseos de morir, un 3.6% había tenido un intento suicida. Finalmente señalaron que la presencia de depresión, fobia social y dinámica familiar disfuncional son factores relevantes en la conducta suicida del adolescente.

Bautista (2014) Estudió la relación entre bienestar psicológico y riesgo suicida en adolescentes del distrito de Moro, en una muestra de 169 adolescentes entre varones y mujeres de 15 a 19 años de edad. Para efectos del estudio se aplicó la escala de bienestar psicológico de Maria Casullo y la escala de riesgo suicida de Robert Plutchik. Los resultados de dicha investigación señalan una alta correlación inversa entre las variables de bienestar psicológico y riesgos suicidas. Asimismo se establecieron los niveles de dichas variables, en la cual predomina el nivel alto en el caso de bienestar psicológico (46.15%) y nivel bajo en el caso del riesgo suicida (44.38%).

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Salud mental

Para David Goldberg, autor del instrumento que evalúa la salud mental en este estudio, la define como la capacidad para realizar actividades diarias normales o adaptativas, sin la manifestación de eventos o fenómenos perturbadores o síntomas psicopatológicos. (Villa, Zuluaga y Restrepo, 2013)

De igual modo, diversos autores han abordado la salud mental de distintas perspectivas, concepciones que encierran el bienestar intrínseco, la autonomía, la auto-precepción de la eficacia, la competitividad y la autorrealización intelectual y emocional. (Restrepo y Jaramillo, 2012)

La psicología de la salud, enfoque bajo el que se desarrolla este trabajo señala que al hablar de salud mental necesariamente hay que referirse a enfermedad mental, y es así como inicialmente se realizará una mirada a la concepción que ha tenido el hombre de ella. (Henao, Ruiz, y Arias, 2010)

Organización Mundial de la Salud y Fundación Calouste Gulbenkian (2014) “La salud envuelve ramificaciones intangibles de lo que simboliza sentirse bien y va más allá que puramente no sufrir alguna enfermedad”; por ello la OMS, bajo el lema “No hay salud sin salud mental”, dispone a esta como aspecto básico de la salud global; así mismo establece que la salud mental se delimita como un estado de bienestar global en el que la persona es conocedora de sus destrezas utilizándolas para enfrentar las dificultades cotidianas de la vida, y trabajando de manera productiva y fructífera, contribuyendo en su comunidad. Por lo tanto un desequilibrio en la salud mental imposibilita que las personas actúen en función de sus metas, no permitiéndoles sobresalir ante problemas cotidianos y prosperar con sus proyectos de vida, dando cabida a la productividad. Lo que compondría un panorama crítico de salud pública generando un impacto significativo en cláusulas de discapacidad, dependencia, costes económicos y sanitarios (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

1.3.1.1. Presencia de psicopatología

En la vida, todo es cambiante, las situaciones van y vienen, así también, nuestros pensamientos, sentimientos y sentido de bienestar; por ello es prioridad hallar la homeóstasis en una constante de tiempo en función a diversas situaciones. Es natural experimentar sensaciones de tristeza, preocupación, enfado, etc., sin embargo estos sentimientos se transforman en un conflicto cuando irrumpen en las actividades de la vida diaria por tiempos prologados. (Alvarado, 2011)

Los trastornos psicológicos, avasallan un terreno manifiesto, tanto por la consternación y la imposición social que significan, como por el desafío que su prevención y control proyectan a los

mecanismos de asistencia sanitaria; como resultado todas las declaraciones de salud contienen la unidad mental, a veces de condición tácita o bien como una cualidad sustancialmente desemparejada. (De la Barra, 2009).

Generalmente los aspectos diagnósticos, observados en el servicio de psiquiatría se concentran en la presencia de síntomas significativos, un drástico funcionamiento trastornado, y la constante en el tiempo de la presencia de estos; donde bajo esta mirada los trastornos psicológicos son medidas de dos maneras: que la propia persona relate sus síntomas, cotejándose con valores estándar, o que los especialistas midan el trastorno a través de entrevistas estructuradas. Esta dinámica es alarmante, puesto que se llega a excluir a un número considerable de personas que presentan una disminución de su salud mental, sin necesidad de llegar a expresar un cuadro merecedor de un diagnóstico psiquiátrico (Henaó, Ruiz y Arias, 2010)

1.3.1.2. Calidad de vida

De igual modo, la salud mental, también es definida como calidad de vida, haciendo referencia a cuestiones ecuanímes de nivel de vida, incluyendo escenarios sociales y bienestar físico y psicológico; bajo esta mirada la satisfacción vital y las necesidades psicosociales son imprescindibles para la consecución de la salud mental, por ello los instrumentos registrados dentro de esta perspectiva buscan medir los síntomas, bienestar y el funcionamiento completo de la persona. (Caqueos y Lemos, 2008); de igual manera en la salud mental no solo se observan estos aspectos, sino también componentes internos como la capacidad de amar, la cual es distinta en cada adolescente y persona en general, fortaleza yoica, sueños congruentes, etc. Esta dinámica entre los aspectos internos y externos, explicarían la presencia de una adecuada salud mental

es contextos desfavorables, y enfermedad en escenarios favorables; en función a esto Yanes (2009) sostiene que la adultez no es señal de ausencia de conductas infantiles, pues la prepotencia y renegación, son señales de un desequilibrio en la salud mental, por ello cuando la razón no se trastorna con los mecanismos de defensa, es posible una adecuada salud mental (Leiva, et al. 2015)

1.3.1.3. Salud mental en adolescentes

Por otro lado, la salud mental obtiene mayor importancia en los adolescentes, que abarcaría cifras significativas compuestas por estudiantes de secundaria, aspecto que demanda la creación de sistemas de salud de atención primaria, que involucre a las escuelas; puesto que se estima unos 270.915 casos de adolescentes que padecen trastornos psicopatológicos. (Micin y Bagladi, 2011)

Se dice que un adolescente o persona en general está mentalmente sano cuando está satisfecho consigo mismo, sin presentar abrumaciones por sus propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones). Pudiendo aceptar las decepciones de la vida y propias de su etapa sin alterarse dramáticamente, mostrando una actitud tolerante y disipada respecto hacia a sí mismo y a los demás, es decir tienen la capacidad de reírse de sí mismos. (Leiva et al., 2015)

Los adolescentes al sentirse bien con los demás, muestran su capacidad de amar y empatía con los intereses de los demás, respetando las diversidades en la gente de su entorno, confiando en ellos. Así mismo, logran satisfacer las necesidades que se les presenta, ya sea propias de su etapa o de su ambiente en general, aceptando responsabilidades en consecuencia con sus

acciones y el efecto de estas, logrando así planificar su futuro y enfrentarlo adecuadamente. (Gómez-Restrepo, 2007)

Poseen un sentido de libertad para hacer elecciones sin restricciones o inhibiciones forzadas. Produciéndoles una sensación de poder, porque saben que su futuro depende de sus propias acciones y no está totalmente determinado por las circunstancias presentes, los sucesos pasados o por otras personas. (Alvarado, 2011)

Así mismo no se puede hablar de salud mental en adolescentes, cuando su capacidad de identificación de los propios sentimientos, deseos, necesidades y pensamientos está mermada; pues esto implica hasta donde sea posible, la descripción detallada de la propia experiencia, así como de la forma de reaccionar y asumir una situación, la valoración positiva de uno mismo y la internalización de derecho a sentirse bien consigo mismo al conseguir las cosas, del derecho a sentirse orgulloso y a valorar lo que se hace. (Alarcón, 2015)

1.3.2. Riesgo suicida

Partiendo de lo que nos dice Plutchik, el riesgo suicida, vendría a ser la probabilidad de que alguien cabe con su vida, encerrando componentes que van desde la ideación hasta el acto en sí mismo. (Miranda, Cubillas, Román, y Valdez, 2009)

Así mismo, vinculando esta concepción, bajo el enfoque de la psicología de la salud, el riesgo suicida es una enfermedad que requiere de nuestras sociedades, que se base en el tratamiento multisectorial orientado por especialistas concedores de que el hombre es un ser eminentemente social, que necesita dar tanto como recibir, que tiene necesidades psicológicas como puede ser el hecho de tener un claro objetivo que estimule la lucha normal por la vida, una actividad que sea recíproca con la satisfacción

de sus necesidades, y un sentido de integración en grupos cuyos valores y experiencias comparte, y que son tan importantes como la propia satisfacción de las necesidades físicas.

1.3.2.1. Suicidio

Cañón (2011) El suicidio, no es un fenómeno de reciente aparición, si no que ha estado presente a lo largo del desarrollo de la humanidad repercutiendo en los mecanismos psicosociales, ante ello se han desarrollado diversos estudios que han mostrado especificaciones a nivel teórico y de abordaje, extrapolarlo a la perspectiva individual a una dinámica interacción con el entorno, pues ahora se incluye la representatividad de los factores del desarrollo de cada individuo.

Así mismo la OMS (2011), en el contexto del suicidio en sí mismo y de las acciones o conductas suicidas, asume que este fenómeno no es producto de una forma o estado mórbido concreto, sino que es consecuencia de una sucesión de escenarios que abarcan eventos desde circunstancias estresantes, depresión mayor, uso y abuso de drogas y alcohol, dinámica familiar disfuncional, comportamiento antisocial, impulsividad, imitación, etc.

Existe un mito que nos dice que en la adolescencia todo es felicidad, con la oportunidad de potencializar capacidades, descubrir los propósitos creativos de la existencia y en la que la ideación suicida es inadmisibles, descartando la realidad manifiesta del suicidio en adolescentes (Cano y Nizama, 2009), es por ello que este fenómeno se ha considerado un evento ajeno en estas etapas, dejando un gran vacío de atención a quienes presentan conductas de riesgo que afectan a su salud mental.

1.3.2.2. Ideación suicida

La ideación suicida, abarca desde pensamientos dispersos de muerte o una inadecuada valoración de la vida hasta ideas o pensamientos específicos, organizados y constantes de dañarse o la muerte en sí misma (Tellez y Forero, 2006); mientras que la amenaza o gesto suicida está representada por expresiones o acciones que de realizarse totalmente conllevarían a un daño significativo o a la muerte (Cañón, 2011); a esto se suma las personas que van más allá de la amenaza, llegando a la tentativa de suicidio, donde ya se actúa buscando específicamente la muerte, esto tiene más posibilidad de ocurrir cuando el adolescente ha mostrado pensamiento y expresiones suicidas en los diálogos de los días previos, encerrando la idea planificada de quitarse la vida (Miranda, Cubillas, Román y Valdez, 2009); si no se ha intervenido hasta este punto llega el momento donde el adolescente actúa auto infligiéndose daños que dan por terminada su vida. (Pérez, et al. 2009)

Para la Organización Panamericana de la Salud (2009), las acciones suicidad conforman una de las expresiones de violencia auto infligida, yendo desde las mutilaciones, intentos fallidos y la muerte en sí misma; por ello en el contexto de violencia y agresión, se ha estimado que aproximadamente un 20% de personas que se suicidaron llevaban consigo una historia de violencia, así mismo un 30% de personas con comportamientos violentos ha tenido alguna conducta suicida. De igual modo la OPS expresa que existen 2 tipos de conductas suicidas, la primera “comportamiento suicida mortal”, sostenidas para actos suicidas que sí o sí terminaran con la muerte, y el “comportamiento suicida no mortal”, que encierran acciones que no siempre llevarán a la muerte de quien lo intente.

1.3.2.3. Factores de riesgo suicida

Alarcón (2015) Centrándonos en el enfoque de riesgo que tiene este trabajo, se busca señalar los puntos primordiales como

factores y conductas de riesgo, como también factores y conductas protectoras, relevantes e imprescindibles en la mirada epidemiológica de los fenómenos trabajados en esta investigación. Bajo este escenario se sostiene que la vulnerabilidad encarna el estado perenne e inconstante de una persona, familia o grupo, en derivaciones de factores de riesgo y protectores, así mismo de conductas de riesgo y protección; condiciones que guían la probabilidades de la presencia de daños que atenten contra la salud, calidad de vida y el desarrollo personal, familiar o grupal (Vásquez y Hervás, 2008). Así mismo este enfoque se ha considerado en la atención primaria de salud de manera constante, concentrándose en la enfermedad, en los síntomas y en las generalidades que se mueven en función a probables daños biopsicosociales (Santander, 2014). Bajo estas premisas, es inherente percibir a estos factores o conductas de riesgo como operantes en las diferentes fases del desarrollo humano, y que los influjos protectores proceden de experiencias tempranas de vida, por lo tanto para fines concisos es más acertado centrarse en las conductas de riesgo y en segunda plano los factores de riesgo, puesto que se ha demostrado que dependiendo del escenario, estos pueden ser un riesgo en una situación y un factor protector en otra (Martínez, 2007).

1.3.2.4. Antecedentes de la conducta suicida

Pérez, et al. (2010) sostiene que el suicidio es el punto final de una trayectoria iniciada en la niñez del individuo, pues considera que un adolescente no termina con su vida de manera abrupta, sino que a lo largo de un proceso que tiene tres fases, donde al inicio de la niñez temprana, la persona se ve rodeada de un ambiente lleno de conflictos emocionales y comportamentales, luego en el inicio de la adolescencia se produce un ascenso significativo que se conecta con dificultades propias de aquella etapa del desarrollo humano que arrastran al adolescente a

sentimientos de profunda soledad, para que finalmente durante los días previos al suicidio o intento suicida, bloqueen la comunicación con su entorno familiar y social; factores que reforzarán los sentimientos de soledad ya instaurados en anteriores etapas, por ello el comportamiento suicida en la adolescencia, puede tomarse como un deseo o acto intencional que busca ocasionar un daño o la muerte de sí mismo.

1.3.2.5. Etapas del acto suicida

Por otro lado Villarreal-González, Musitu, Martínez y Sánchez-Sosa (2010) sostiene que el acto suicida, tiene tres etapas:

1.3.2.5.1. Concepción suicida

Inicialmente se empieza a considerar la idea de morir como una posibilidad de solución a los problemas, ya sean ciertos o imaginarios; donde todo va conformándose en función a las experiencias y fantasías, puesto que al inicio esta consideración despierta ansiedad, no obstante cobra un orden tornándose ego sintónico.

1.3.2.5.2. Ambivalencia

Luego, ya en la etapa de ambivalencia, existe una mirada que oscila entre directrices constructivas y destructivas, siendo una fase llena de contradicciones y conflictos, declarándose avisos del propósito del suicidio.

1.3.2.5.3. Consumación del acto suicida

Luego de estas etapas, si no pudieron ser advertidas, llega la fase final donde el adolescente elige quitarse la vida, mostrando días previos al acto gestos directos e

indirectos, acciones preparatorias, ideas y expresiones concretas sobre la muerte como una alternativa.

Los suicidios planeados meticulosamente son escasos, ya que la mayoría de estas acciones son fruto de la impulsividad repentina, aun cuando la ideación suicida ha estado presente por mucho tiempo. (Valdez y Gonzales, 2010) El pensamiento suicida es la muestra de aspectos ambientales y decaimiento personal, circunstancias que están instauradas por una interacción entre la calidad del desarrollo psicológico, los esquemas tempranos de vida y condicionantes. (Alarcón, 2015)

1.4. Formulación del problema

¿Existe relación entre salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote, 2016?

1.5. Justificación del estudio

- A nivel social los resultados servirán para concientizar a la población sobre la importancia de la salud mental y su efecto en la vida de los adolescentes y su desempeño en diversos contextos de sus vidas, bajo la siguiente premisa: a mayor problemas de salud mental, mayor riesgo suicida, con incremento en trastornos de estado de ánimo y problemas psicosociales.
- A nivel teórico logrará encaminar a diversos profesionales ante la escasez de investigaciones que vinculen ambas variables de estudio, buscando incrementar las investigaciones locales existentes, considerando también a la población objetivo.

- A nivel práctico a las instituciones encargadas del trabajo en problemáticas psicológicas con adolescentes; para la planificación y realización de programas preventivos, promocionales y terapéuticos otorgándoles la oportunidad de incurrir de modo más adecuado y eficiente en el proceso de promoción del desarrollo humano.

1.6. Hipótesis

Hipótesis General

H_g: Existe relación entre salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote.

1.7. Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote, 2017.

Objetivos Específicos

- Identificar los niveles de salud mental de los adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote.
- Identificar los niveles de riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote.

II. MÉTODO

2.1. Diseño de investigación

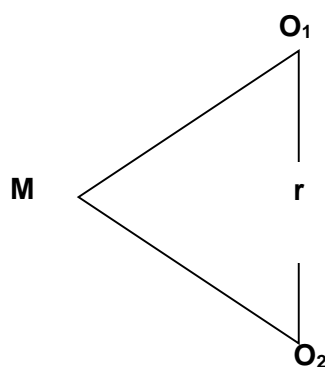
El diseño que se ha utilizado para la presente investigación es no experimental, de tipo transaccional o transversal descriptivo.

No experimental, porque no existirá una manipulación de las variables; ya que se observara fenómenos tal como se dan en su contexto natural para posteriormente analizarlos (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). Hernández, Fernández, & Baptista (2010)

Es de tipo transversal o transaccional, debido a que la recolección de datos se hará en un solo momento o tiempo único teniendo como objeto describir variables y analizar sus diferencias en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

El diseño de investigación empleado fue de tipo descriptivo correlacional, puesto que se analizó la relación entre las variables salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote en el año 2016.

Siendo el diagrama que ilustra este tipo de diseño el siguiente:



Dónde:

M: adolescentes de una institución educativa pública.

O₁: Salud mental

O₂: Riesgo Suicida

r: Relación entre las variables estudiadas.

2.2. Variables y Operacionalización de variables

El presente estudio presenta una categoría cuantitativa para las variables salud mental y riesgo suicida.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
SALUD MENTAL	<p>La salud mental es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.</p> <p>(Alvarado, 2011)</p>	<p>La salud mental es el pensar, sentir y actuar, ante la vida cotidiana, manejando el estrés, estableciendo relaciones y tomando decisiones.</p> <p>Evaluada mediante el "Cuestionario General de salud (GHQ-12)</p> <p>– De 0 a 4 puntos: ausencia de psicopatología</p> <p>– De 5 a 6 puntos: sospecha de psicopatología</p> <p>– De 7 a 12 puntos: indicativos de presencia de psicopatología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Superación de dificultades • Perdida de concentración • Perdida de sueño • Afrontamiento de los problemas • Disfrute de las actividades cotidianas • Desempeño de un papel útil en la vida • Sensación de depresión • Toma de decisiones • Sensación de agobio y tensión. 	Ordinal

RIESGO SUICIDA	<p>El riesgo suicida es la manifestación de factores de riesgos que llevan a la persona a tener ideación suicida o intentos fallidos de acabar con su vida. (Cañon, 2011)</p>	<p>El riesgo suicida es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida. Evaluado mediante la “Escala de riesgo suicida de Plutchik”</p> <ul style="list-style-type: none"> - De 6 a más: Alto riesgo suicida - 0 - 5: Bajo Riesgo suicida 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de drogas • Diagnostico psiquiátrico • Depresión • Antecedente familiar de suicidio • Ansiedad • Evento vital adverso • Autoestima 	Ordinal
-----------------------	---	--	--	---------

2.3. Población y muestra

Se evaluará a los alumnos de secundaria de la Institución Educativa que está compuesto por 383 alumnos, de los cuales se evaluaron a 345 alumnos, donde 140 son varones y 205 mujeres.

Del universo se trabajó bajo los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Alumnos comprendidos entre la edad de 11 y 17 años.
- Alumnos de ambos sexos.
- Alumnos que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Alumnos menores de 11 años y mayores de 17 años.
- Alumnos que no acepten participar en el estudio.

El tipo de muestreo a realizar corresponde al muestreo probabilístico; donde luego de haber delimitado la muestra de acuerdo a los criterios establecidos, todos tendrán la probabilidad de ser elegidos. Mediante el muestreo aleatorio estratificado simple. (Hernández et al, 2010).

Inicialmente se dividió la cantidad de alumnos por grados donde aplicó la siguiente formula:

$$n = \frac{N z^2 P (1 - P)}{(N - 1) e^2 + Z^2 P(1 - P)} , \quad \text{reajustándose a}$$

Dónde:

Nivel de Confiabilidad	: z	: 1.96
Proporción de P	: p	: 0.5
Proporción de Q	: q	: 0.5
Tamaño poblacional	: N	: 383
Error de Muestreo	: e	: 0.05
Tamaño de la Muestra	: n	

Esta fórmula para poblaciones finitas, nos indicó la cantidad a evaluar. Obteniendo una muestra de total de 345 estudiantes.

Para determinar el tamaño de los estratos se hizo uso de la siguiente fórmula:

$$n_i = n \cdot \frac{\sigma_i N_i}{\sum_{j=1}^k \sigma_j N_j}$$

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El General Health Questionnaire - GHQ, fue elaborado por Goldberg en 1978, y la versión de 12 ítems General Health Questionnaire – (GHQ 12) por Goldberg y Williams (1998), en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, dando solución a la necesidad del personal médico de detectar y evaluar objetivamente los niveles de salud. Este

Cuestionario General de Salud, es una medida válida del “malestar psicológico” en adolescentes de 11 a 15 años, sin embargo puede aplicarse hasta los 75 años de edad; también es válido para medir aspectos generales de ansiedad, depresión, estrés y baja autoestima como predictores independientes de la puntuación obtenida en el GHQ-12; además, estaba altamente correlacionado con valoraciones de afectividad negativa y baja sensación de autoeficacia. (Tait y French, 2003). El GHQ-12, consta de 12 ítems y ha sido usado para valorar la salud mental en población general, sectores específicos de población como adolescentes (Rodríguez, 2012), varones y mujeres en edad adulta, mujeres posparto (Villa, Zuluaga, y Restrepo, 2013).). Su adaptación peruana fue realizada por Merino y Casas en el 2013 en una población de 897 estudiantes de colegios secundarios en Lima, donde se halló una confiabilidad de consistencia interna de 0.757 a través del alfa de Cronbach, así mismo en la ciudad de Casma Saavedra y Aguilar en el 2015, estudiaron la propiedades de esta adaptación en 762 adolescentes de un colegio, obteniendo una consistencia interna estimada con el coeficiente α de Cronbach ($\alpha = 0.809$).

- *Validez:* Los resultados de validación del GHQ-12 realizado en quince países del mundo son adecuados, con resultados de curva ROC que varían entre 83 y 85 (26). Según el sistema de calificación GHQ, que realiza la calificación en sistema binario (0,1), la media de puntuación fue de 5.34 y la desviación fue de 2.767, lo que permite considerar un punto de corte mayor de 5 para considerar la existencia de un posible caso de vulnerabilidad en salud mental. (adaptación peruana)
- *Confiabilidad:* El cuestionario presenta adecuada consistencia interna en los diferentes estudios realizados con alfas de Cronbach que varían entre 0.82 y 0.86.

La escala de riesgo suicida, fue creada por Robert Plutchik y adaptada a su versión española por Rubio y Cols en 1998. Este instrumento puede ser administrado de manera individual, como de forma colectiva, es aplicable para adolescentes de 12 años hacia adelante, el tiempo

aproximado de aplicación es de 2 a 3 minutos. Este instrumento consta de 15 preguntas, con respuestas SI – NO, cada respuesta afirmativa puntúa 1. La valoración está relacionada con intento auto lesivo previo, la intensidad de la ideación suicida, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con la tentativa. La escala de Plutchik originalmente tuvo una consistencia interna estimada con el coeficiente α de Cronbach ($\alpha = 0.84$); en la validación española alcanzó 0.90. En nuestro medio, la escala fue adaptada por bautista en el 2014 ($\alpha = 0.79$).

- *Validez:* Los resultados de validación del GHQ-12 realizado en quince países del mundo son adecuados, con resultados de curva ROC que varían entre 83 y 85 (26). Según el sistema de calificación GHQ, que realiza la calificación en sistema binario (0,1), la media de puntuación fue de 5.34 y la desviación fue de 2.767, lo que permite considerar un punto de corte mayor de 5 para considerar la existencia de un posible caso de vulnerabilidad en salud mental. .(adaptación peruana)
- *Confiabilidad:* Población de 897 estudiantes de colegios secundarios en Lima, donde se halló una confiabilidad de consistencia interna de 0.757 a través del alfa de Cronbach, así mismo en la ciudad de Casma Saavedra y Aguilar en el 2015, estudiaron la propiedades de esta adaptación en 762 adolescentes de un colegio, obteniendo una consistencia interna estimada con el coeficiente α de Cronbach ($\alpha = 0.809$).

2.5. Métodos de análisis de datos, validez y confiabilidad

La base de datos obtenida, pasó por un análisis estadístico, y para ello se empleó la estadística descriptiva, donde se trabajó con la media, la desviación estándar, el puntaje máximo y mínimo observado. Antes de explicar la prueba estadística de Pearson se aplicó la prueba de K.S para determinar si los datos que se ajustan a la distribución normal. Otro

de los instrumentos a utilizar es el editor de datos SPSS, con el cual se procederán todos los resultados obtenidos para fines estadísticos.

Finalmente, para los análisis de comparación se tuvo en cuenta un nivel de significancia de 0.05.

2.6. Aspectos éticos

Para poder realizar esta investigación se obtendrá la autorización de la directiva de la institución educativa pertinente, por medio de una solicitud, para poder trabajar directamente con la población en cuestión. Una vez realizado ese procedimiento, durante la recolección de datos a través de la evaluación correspondiente a los miembros de la unidad de análisis, se utilizará la ficha de consentimiento informado con la finalidad de dar a conocer a los participantes el objetivo del estudio, mencionando que las pruebas aplicadas serán de carácter anónimo y los resultados obtenidos estarán a disposición de la universidad afiliada a esta investigación y de los participantes que lo requieran, recalándose que por tal motivo la participación es voluntaria.

III. RESULTADOS

Tabla 1

Correlación entre salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote

SALUD MENTAL	Correlación de Pearson RIESGO SUICIDA	Sig. (p-valor)
Salud mental	- ,298**	,000**

**P<0.01

Fuente: Base de datos

Descripción:

En la Tabla 1, se presentan las correlaciones entre las variables salud mental y riesgo suicida mediante el estadístico paramétrico de Correlación de Pearson. En ello, se puede identificar una correlación significativa negativa ($p < 0.01$).

Tabla 2

Niveles de salud mental de los adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote.

	Frecuencia	Porcentaje
SALUD MENTAL	AUSENCIA DE PSICOPATOLOGÍA	280 81,2
	SOSPECHA DE PSICOPATOLOGÍA	36 10,4
	INDICATIVO DE PRESENCIA DE PSICOPATOLOGÍA	29 8,4
	TOTAL	345 100,0

Fuente: Base de datos

Descripción:

En la Tabla 2, se presentan las frecuencias y porcentajes de los niveles de salud mental en los adolescentes evaluados. El 81.2% (280) presenta un nivel de salud mental más óptimo o ausencia de psicopatología, seguido por un 10.4% (36) de quienes se sospecha la presencia de psicopatología, por ende su salud mental se encuentra potencialmente en riesgo; finalmente encontramos a un 8.4% (29) que tiene algún indicativo de presencia de psicopatología lo que indica que su salud mental se encuentra mermada.

Tabla 3

Niveles de riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote.

	Frecuencia	Porcentaje
RIESGO SUICIDA	TENDENCIA AL RIESGO SUICIDIO	72 20,9
	NO HAY RIESGO	242 70,1
	RIESGO DE SUICIDIO	31 9,0
	TOTAL	345 100,0

Fuente: Base de datos

Descripción:

En la Tabla 3, se presentan las frecuencias y porcentajes de los niveles de riesgo suicida en los adolescentes evaluados. El 20.9% (72) presenta un nivel alto de riesgo suicida o tendencia al riesgo suicidio, seguido por un 70.1% (242) que no presenta riesgo suicida; finalmente encontramos a un 9% (31) que presenta riesgo suicida.

IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con respecto a los objetivos del estudio, en la Tabla 1 se desarrolla la relación entre salud mental y riesgo suicida en adolescentes, hallándose una relación significativa, luego de procesar los datos con el estadístico de Pearson obteniendo $r = .298$, mostrando que mientras exista mayor salud mental habrá menos riesgo suicida, dato que se corrobora con lo hallado por Bautista (2014) donde indicaba que existe una alta correlación inversa entre las variables de bienestar psicológico y riesgo suicida. De igual manera, se ha abordado la salud mental de distintas perspectivas que van desde las concepciones que encierran el bienestar intrínseco hasta la autorrealización emocional (Restrepo y Jaramillo, 2012) aspectos que se encuentran afectados cuando existe un panorama donde se contempla el suicidio como opción, pues el suicidio repercute en los mecanismos psicosociales, extrapolando la perspectiva individual a una dinámica interacción con el entorno, pues ahora se incluye la representatividad de los factores del desarrollo de cada individuo. (Cañón, 2011) Así mismo, cuando hablamos de salud mental bajo la perspectiva de este trabajo estamos haciendo referencia a una posible presencia o ausencia de alguna psicopatología, y sabiendo que la depresión es una de ellas, Cubillas, Román, Valdez y Galaviz (2012) muestran en su estudio que la depresión se registra en el 67.3% de quienes han tenido intentos suicidas y en el 81.1% de quienes han manifestado ideación suicida; estas diferencias son altamente significativas al compararlas con quienes no han tenido intentos suicidas ni tienen ideas de quitarse la vida

En la tabla 2, se explora los niveles de salud mental de los adolescentes, donde hallamos un porcentaje mínimo de 8.4% que tienen *Indicativo de presencia de psicopatología*. Es esperable experimentar sensaciones de tristeza, preocupación, enfado, etc., sin embargo estos sentimientos se transforman en un conflicto cuando irrumpen en las actividades de la vida diaria por tiempos prologados. (Alvarado, 2011) no obstante los adolescentes circulan por un proceso de maduración emocional, el cual va fortaleciéndose con el transcurrir de los años, a medida que va

experimentando y enfrentándose a nuevas situaciones, como el ingreso a nuevas etapas en diversos ámbitos, contextos en los cuales se relaciona con individuos de diversos estilos de vida, cultura, enseñanza, hábitos y grupos humanos. Todo esto los hace sentirse diferente, presentando conductas de apatía, desánimo, rebeldía e incluso conductas suicidas. (Micin y Bagladi, 2011).

En la tabla 3, se explora niveles de riesgo suicida en adolescentes, donde el 9% de estos presentan *riesgo suicida*. Sabiendo que el riesgo suicida, es la probabilidad de que alguien cabe con su vida, encerrando componentes que van desde la ideación hasta el acto en sí mismo. (Rangel-Garzón, Suarez-Beltrán y Escobar-Córdoba, 2015) es imprescindible dejar de ver a la adolescencia como una etapa exclusiva de felicidad, con la oportunidad de solo potencializar capacidades o descubrir los propósitos creativos de la existencia, sino que es necesario atender la ideación suicida que por estadísticamente pequeña que parezca es admisible y significativa (Cano y Nizama, 2009) El pensamiento suicida es la muestra de aspectos ambientales y decaimiento personal, circunstancias que están instauradas por una interacción entre la calidad del desarrollo psicológico, los esquemas tempranos de vida y condicionantes. (Alarcón, 2015)

De igual modo la relación entre salud mental y edad en adolescentes. No es un factor determinante para un estado de salud mental, pues esta está supeditada a cuestiones ecuanímes de nivel de vida, incluyendo escenarios sociales y bienestar físico y psicológico; bajo esta mirada la satisfacción vital y las necesidades psicosociales son imprescindibles para la consecución de la salud mental, por ello los instrumentos registrados dentro de esta perspectiva buscan medir los síntomas, bienestar y el funcionamiento completo de la persona. (Caqueos y Lemos, 2008) de igual manera en la salud mental no solo se observan estos aspectos, sino también componentes internos como la capacidad de amar, la cual es distinta en cada adolescente y persona en general, fortaleza yoica, sueños congruentes, etc. (Yanes, 2009) Lo mismo sucede con el riesgo suicida y edad en adolescentes. Según los resultados la edad no es un factor determinante para un mayor o menor riesgo suicida, pues este no es

producto de una forma o estado mórbido concreto, sino que es consecuencia de una sucesión de escenarios que abarcan eventos desde circunstancias estresantes, depresión mayor, uso y abuso de drogas y alcohol, dinámica familiar disfuncional, comportamiento antisocial, impulsividad, imitación, etc. (OMS, 2011) Bajo esta premisa, es esencial percibir a estos factores o conductas de riesgo como operantes en las diferentes fases del desarrollo humano, y que los mecanismos protectores provienen de experiencias tempranas de vida, por lo tanto para fines prácticos es más acertado centrarse en las conductas de riesgo y en segunda plano los factores de riesgo, puesto que se ha demostrado que dependiendo del escenario, estos pueden ser un riesgo en una situación y un factor protector en otra, descartando a la edad como un factor que determine el suicidio (Martínez, 2007).

Sabiendo que nuestro desarrollo como personas nos demanda ser completas e íntegras, porque centrarnos en nuestro semblante intelectual y social, o simplemente interactuar con el mundo que nos rodea, resulta insuficiente; nuestras necesidades sobrepasan aquellos contextos, pues tenemos un deseo de mejora personal, ser personas integrales; es hallar las respuestas a una necesidad únicamente humana: la salud mental. Es vital reconocer que este elemento en la búsqueda y definición de una identidad, cobra mayor prioridad en la adolescencia, periodo en el cual se originan varias experiencias de desarrollo de gran relevancia. Aunque la adolescencia es equivalente de crecimiento excepcional y oportunidades, compone también una etapa de riesgos formidables. Es por ello que la importancia de este trabajo, radica en poder brindar una descripción del panorama de salud mental y una de sus consecuencias –suicidio- a las instituciones encargadas del trabajo en problemáticas psicológicas con adolescentes; para la planificación y realización de programas preventivos, promocionales y terapéuticos otorgándoles la oportunidad de incurrir de modo más adecuado y eficiente en el proceso de promoción del desarrollo humano.

V. CONCLUSIONES

- Existe correlación entre salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote, aceptándose la hipótesis general planteada.
- En función a la variable de salud mental, el 81.2% de los adolescentes evaluados no registra la presencia de psicopatología, seguido por un 10.4% con indicadores de sospecha de presencia de psicopatología; finalmente encontramos a un 8.4% que tiene algún indicativo de presencia de psicopatología.
- En función a la variable de riesgo suicida, el 20.9% de los adolescentes evaluados presenta un nivel alto de riesgo suicida o tendencia al riesgo suicidio, seguido por un 70.1% que no presenta riesgo suicida; finalmente encontramos a un 9% que presenta riesgo suicida.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los directivos establecer una política de evaluación constante en la institución educativa, ya que existe un porcentaje significativo que presenta su salud mental deteriorada.
- En consecuencia con los resultados obtenidos es necesario observar y atender a las necesidades de intervención con programas terapéuticos individuales y grupales que permitan la mejora de la salud mental en los adolescentes.
- Capacitar a los docentes en el empleo de un discurso que impulse la salud mental en función a las demandas de la, para evitar contribuir con las diferencias de salud mental en relación al sexo.
- Realizar campañas promocionales y preventivas con los padres de familia, para promover la temprana detección de posibles patologías en los adolescentes.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, R. (2015). Salud Mental y Salud Pública en el Perú: ya es tiempo de actuar. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 78 (2) 92 – 103.
- Alvarado, R. (2011). Los problemas de salud mental en los adolescentes, el derecho a la salud en la actual política de salud. *Investigación en Imagen y Desarrollo*, 13 (4) 79-92.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2009). *Los buenos tratos a la infancia, parentalidad, apego y resiliencia*. España: Editorial Gedica.
- Bautista, J. (2014) *Bienestar psicológico y riesgo suicida en adolescentes del distrito de Moro – 2014*. (Tesis de Licenciatura) Universidad César Vallejo, Chimbote, Perú.
- Cano, P., Gutiérrez, C. y Nizama, M. (2009) Tendencia la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía Peruana. *Rev. Peruana de medicina experimental en Salud Pública*, 26 (2) 175-181.
- Cañón, S. (2011) Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, 11(3) 62-67.
- Caqueo, A. y Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20 (4), 577-582.
- Coronado-Molina, O. (2014) Características clínico –epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al hospital General San José del Callao, Perú. *Rev. De Neuro - Psiquiatría*, 77 (4) 242 – 249.
- Cortéz, A., Aguilar, J., Medina, R., Toledo, J. y Echemendía, B. (2010). Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la provincia Sancti Spíritus. *Rev. Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48(1), 15-18.

- Cubillas, M., Valdez, E., Román, R. y Galaviz, A. (2012) Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud mental*, 35 (1) 45 – 50.
- De la Barra, M. (2009). Salud mental de niños y adolescentes ¿Por qué es necesario investigar? *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47 (4) 175-177.
- Fiestas, F. y Piazza, M. (2014). Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de Salud Mental, 2005. *Rev. Peruana Médica Experimental Salud Pública*, 31(1), 39-47.
- García, V. (2007) Manual para la utilización del Cuestionario de Salud General de Goldberg Adaptación cubana. Cuba.
- Gómez-Restrepo, C. (2005) Psiquiatría y salud mental de niños y adolescentes: una necesidad. *Rev. Colombiana de Psiquiatría*, 34(3) 147 -156.
- Gonzales, A. Hurtado, C., Páez, M., Ocampo, P., Fuentes, M., Castaños, J. y Pava, D. (2009). Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia) 2007-2008. *Rev. Archivos de medicina*, 9(2), 110-122.
- Harrington, R. (2011). Consecuencias psicosociales de la depresión adolescente. *Psiquiatría y Salud Integral*, 1(2), 48-52.
- Henao, H., Ruiz, N. y Arias, C. (2010). Diagnóstico sobre el estado de salud mental de los estudiantes de la facultad tecnológica de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas. *Rev. Tecnura*, 14(26), 69-78.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010) Metodología de la Investigación. (5ªed.). México: Mc Graw-Hil.
- Leiva, L., George, M., Antivilo, A., Squicciarini, A., Simonsohn, A., Vargas, B., y Guzmán, J. (2015). Salud mental escolar: logros de una intervención preventiva en salud mental en niños y niñas del primer ciclo de

enseñanza básica. *Psicoperspectiva. Individuo y Sociedad*, 15 (1) 31-41.

López-Araquistán, L., Cardoner, N. y Urretevizcaya, M. (2009). Género, procesamiento emocional y trastornos afectivos: Psiquiatría y mujer, Grupo Aula Médica S.L.

Mariñelarena-Dondena, L. (2014). De la epidemiología psiquiátrica a la psicología positiva. *Universitas Psychologica*, 13(5) 1893-1904.

Martínez, L. (2007), Mirando al futuro: Desafíos y oportunidades para el desarrollo de los adolescentes en Chile. *Psykhé*.

Merino, C. y Casas, M. (2013) Cuestionario de salud de Goldberg (GHQ-12): una evaluación psicométrica en adolescentes. *Rev. Universidad de San Martín de Porres*, 6 (1) 2-24.

Micin, S. y Bagladi, V. (2011). Salud Mental en estudiantes universitarios: Incidencia de Psicopatología y antecedentes de Conducta Suicida en población que acude a un servicio de Salud Estudiantil. *Terapia Psicológica*, 29(1), 53-64.

Miranda, I., Cubillas, M., Román, R. y Valdez, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos.

Organización Mundial de la Salud y Fundación Calouste Gulbenkian. (2014). La integración de la respuesta a los trastornos mentales y otras enfermedades crónicas en los sistemas de cuidado de la salud. OMS: Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2011). Salud Mental: un estado de bienestar. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2009). Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Washington D.C°. Publicación Científica y Técnicas N°588. Recuperado de <http://www.paho.org/hq/>

- Ortiz, L., López, S., y Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: Revisión de la literatura latinoamericana. *Cuadernos de Salud Pública*, 23(1), 1255-1272.
- Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., De Castro, F., Leyva, A. y Chávez, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4) 324 - 333.
- Piazza, M. y Fiestas, F. (2014). Prevalencia de trastornos mentales en el último año y su uso de servicios: Resultado del Estudio Mundial de Salud Mental en el Perú. *Rev. Peruana Médica Experimental Salud Pública*, 31(1), 30-38.
- Restrepo, O. y Jaramillo, E. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30 (4) 202-211.
- Rigor, A. y Ugalde, M. (2007). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*, Eselvier Masson, Barcelona.
- Rodríguez, F. (2012). Factores de riesgo de malestar psicológico en población adolescente, valorado mediante el General Health Questionnaire (GHQ-12). España, Madrid.
- Tellez, J. y Forero, J. (2006). *Suicidio. Neurobiología. Factores de Riesgo y Prevención*. Nuevo Milenio, Bogotá, Colombia.
- Torres, M. (2006). *Psicología y Salud: Una visión integradora de los conflictos psicológico*. Editorialuac, Barcelona
- Vargas, H. y Saavedra, J. (2012) Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Rev. Peruana de epidemiología*, 16(3) 1–11.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

- Velásquez, A. (2009). La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las otras prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev. Peruana Médica Experimental Salud Pública*, 26(2), 222-231.
- Villa G, I., Zuluaga Arboleda, C., & Restrepo Roldán, L. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario. *Portal de Revistas UR*, 14(2) 113-134.
- Villarreal-González, M., Musitu, G., Martínez, B. y Sánchez-Sosa, J. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3) 279-287.
- Yanes, J. (2009). Procesos y constructos psicológicos implicados en la respuesta de estrés. *FOCAD*, 6(1), 1-29.

ANEXOS

Anexo 01

Instrumento 01

FICHA TÉCNICA

Nombre	: General Health Questionnaire – (GHQ 12)
Autor y año	: Goldberg 1978, y la versión de 12 ítems General Health Questionnaire – (GHQ 12) por Goldberg y Williams (1998)
Adaptada por	: Merino y Casas (2013)
Nº de ítems	: 12 reactivos
Tipo de instrumento	: Screening test.
Administración	: Auto administrada, individual o colectiva.
Duración	: 7 – 10 minutos (Breve y de fácil comprensión)
Ámbito	: Público en general
Edades	: 11 años a más.
Calificación	: Escala Likert
Finalidad	: Morbilidad psicológica y trastornos psiquiátricos.

- **Descripción:** El General Health Questionnaire (GHQ-12) es un instrumento auto-administrado de cribado que tiene por objetivo detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos como la atención primaria o en población general (Goldberg y Williams, 1988); su fin es detectar cambios en la función normal del

paciente, sin determinar los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida. En términos generales, según su autor, el instrumento explora dos tipos de fenómenos: la percepción de incapacidad para funcionar desde el punto de vista psíquico a nivel "normal" y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico.

Calificación: El cuestionario es una adaptación al español del General Health Questionnaire (GHQ-12) y está formado por doce ítems, siendo seis de ellos sentencias positivas y seis sentencias negativas. Los ítems son contestados a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3), que puede ser transformada en una puntuación dicotómica (0- 0-1-1), llamada puntuación GHQ.

- De 0 a 4 puntos: ausencia de psicopatología
- De 5 a 6 puntos: sospecha de psicopatología
- De 7 a 12 puntos: indicativos de presencia de psicopatología.

GHQ -12

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Conteste a todas las preguntas. Marque con una cruz la respuesta que usted escoja. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

1.	¿Has podido concentrarte bien en lo que hacías?	Mejor que lo habitual 0	Igual que lo habitual 1	Menos que lo habitual 2	Mucho menos que lo habitual 3
2.	¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
3.	¿Has sentido que estás jugando un papel útil en la vida?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos
4.	¿Te has sentido capaz de tomar decisiones?	Más capaz que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos
5.	¿Te has sentido constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
6.	¿Has sentido que no puedes superar tus dificultades?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
7.	¿Has sido capaz de disfrutar tus actividades normales de cada día?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos
8.	¿Has sido capaz de hacer frente a tus problemas?	Más capaz que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos capaz que lo habitual	Mucho menos
9.	¿Te has sentido poco feliz y deprimido?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
10.	¿Has perdido confianza en ti mismo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
11.	¿Has pensado que eres es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
12.	¿Te sientes razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?	Más feliz que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos feliz que lo habitual	Mucho menos que lo habitual

Anexo 02

Instrumento 02

FICHA TÉCNICA

Nombre	: Escala de riesgo suicida
Autor y año	: Robert Plutchik 1998
Adaptada por	: Bautista (2014)
Nº de ítems	: 15 reactivos
Tipo de instrumento	: Screening test.
Administración	: Auto administrada, individual o colectiva.
Duración	: 7 – 10 minutos (Breve y de fácil comprensión)
Ámbito	: Público en general
Edades	: 12 años a más.
Calificación	: Escala Likert
Finalidad	: Detección de probabilidad de cometer suicidio.

Descripción: Se trata de un cuestionario de 15 reactivos, con respuestas de SI – NO. Procede de una versión de 26 ítems. Cada respuesta afirmativa puntúa 1, el total de la suma de las puntuaciones en todos los ítems. Las cuestiones están relacionadas con intentos auto líticos previos a la intensidad de la ideación auto lítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.

Calificación: 1 punto por cada respuesta afirmativa. Se considera que una puntuación mayor de 7 es indicador de riesgo suicida. Mientras mayor sea la puntuación mayor será el riesgo de suicida.

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

Anexo 03

Código:.....

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer la salud mental en adolescentes, y lograr validar instrumentos que puedan ser usados en mi zona.

Me han indicado también que tendré que responder un total de 2 cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo brinde en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme de la misma cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de esta investigación cuando ésta haya concluido. Para esto, puedo contactar a las investigadoras al correo anexado en la parte inferior.

Firma del Participante

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es darle a una clara explicación de la naturaleza de esta investigación, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por Cecilia Príncipe Vejarano; cuya meta es conocer la salud mental y riesgo suicida en adolescentes.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder unos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las respuestas, las pruebas se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante el cuestionario le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora.

Desde ya le agradecemos su participación.