



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**Salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una
institución educativa pública de la ciudad de
Chimbote, 2022**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciada en Psicología

AUTORA:

Principe Rios, Alexandra Katherine (orcid.org/0000-0002-3514-2872)

ASESOR:

Mg. Peralta Eugenio, Gutember Viligran (orcid.org/0000-0002-1177-6088)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

CHIMBOTE – PERÚ

2023

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 asesor Gutember, gracias por su tiempo, por su apoyo, así como por la sabiduría transmitida.

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 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 recibido de mi familia y amigos. A todos ellos, muchas gracias.

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA:.....	13
3.1. Tipo y diseño de investigación	13
3.2. Variables y operacionalización	13
3.3. Población, muestra y muestreo	14
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	14
3.5. Procedimientos.....	16
3.6. Métodos de análisis de datos.....	17
3.7. Aspectos éticos	17
IV. RESULTADOS	18
V. DISCUSIÓN	20
VI. CONCLUSIONES.....	23
VII. RECOMENDACIONES	24
REFERENCIAS.....	25
ANEXOS	30

Índice de tablas

Tabla 1 Correlación entre variables sociodemográficas (género y padecimiento de violencia), salud mental y riesgo suicida (n=321)	18
Tabla 2 Contraste según género de la salud mental y riesgo suicida (n=321)	18
Tabla 3 Contraste según padecimiento de violencia de la salud mental y riesgo suicida (n=321)	19
Tabla 4 Regresión lineal múltiple de los predictores: salud mental, violencia y género que explican la ideación suicida (n=321).....	19

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación de la salud mental y el riesgo suicida en adolescentes de una institución pública de Chimbote, donde se trabajó con 321 estudiantes de ambos sexos entre las edades de 11 a 17 años. Para fines de la investigación se hizo uso de dos instrumentos de medida ordinal. En los resultados se evidenció que existe correlación negativa entre salud mental y riesgo suicida en adolescentes ($r=-.816^{**}$), de modo similar, las variables sociodemográficas se relacionan con las variables de estudio, siendo ambos de efecto medio. De otro lado, se halló que los varones se perciben con mejor salud mental que las mujeres ($t=-9.730^{**}$), en tanto las mujeres se muestran con mayor riesgo suicida que los varones ($t=-9.653^{**}$), y se halló que se muestran con mayor salud mental quienes no padecieron violencia ($M= 24.39$), no obstante, las personas que sí sufren violencia tienen mayor riesgo suicida ($M=7.63$).

Palabras clave: Salud mental, riesgo suicida, adolescentes.

Abstract

The objective of this study is to determine the relationship between mental health and suicide risk in adolescents from a public institution in Chimbote, where 321 students of both sexes between the ages of 11 and 17 years were worked. For research purposes, two ordinal measurement instruments were used. In the results found, it was evidenced that there is a negative correlation between mental health and suicidal risk in adolescents ($r=-.816^{**}$). In the same way, the sociodemographic variables are related to the study variables, both having a medium effect. Likewise, it was found that men perceive themselves to have better mental health than women ($t=-9.730^{**}$), while women show a higher suicidal risk than men ($t=-9.653^{**}$), equally In this way, it was found that those who did not suffer violence ($M= 24.39$) show greater mental health, and people who do suffer violence have a greater suicidal risk ($M=7.63$).

Keywords: Mental health, suicidal risk, adolescents.

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, las tasas de depresión y suicidio han aumentado paulatinamente en los últimos años manifestándose a nivel mundial en la problemática de la salud pública, evidenciándose especialmente en la comunidad de mayor riesgo siendo este el caso en adolescentes y jóvenes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

El riesgo de suicidio está íntimamente relacionado biológica, psicológica y/o socialmente con la deficiencia de serotonina, que se refleja en el comportamiento impulsivo, así como con factores genéticos; las causas psicológicas más comunes son la depresión, la desesperanza y la impotencia (Ruiz, 2009).

Al hablar de salud mental se hace mención al estado benefactor, la cual va a permitir a los individuos desarrollarse, llegar a superarse ante las dificultades que se presenten, laborar positivamente logrando favorecer y aportar a su sociedad, por lo tanto, la carencia de salud mental conlleva a bajones emocionales, mostrándose como resultado un importante dilema en la salud pública con índole psicosocial urgentemente de solucionar (OMS, 2013).

Ante la problemática mencionada, en el mundo, se evidenció más de 700.000 suicidas, los fallecidos por esta problemática superan diversas causas de muerte, consolidándose como la cuarta causante de deceso en jóvenes (15 a 29 años), el segundo en adolescentes (15 a 19 años), y tercero en población masculina (OMS, 2019). En Perú, de 334 casos expuestos, 12 adolescentes sufrían depresión, de los cuales 1 intenta quitarse la vida a partir de al menos 20 intentos. El causante de riesgo más fuerte para intentos de suicidio juvenil es la falta de salud mental (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2013).

Es fundamental conocer del suicidio adolescente las alertas para así poder impedir que lo intenten. El tener siempre presente la comunicación y

confianza con su hijo y sus amigos va a permitir brindar ayuda según sea necesario. Si los adolescentes hablan de suicidio, deben ser evaluados de inmediato (Fundación Estadounidense para la Prevención del Suicidio, 2019).

Los factores implicados en el riesgo suicida del adolescente pueden ser, la separación de sus padres, pérdida de un ser querido, violencia, conflictos y discusiones con los miembros de la familia, la creación de un nuevo hogar con nuevos miembros dentro de ella o el mudarse a una nueva comunidad, lo cual puede generar inseguridad, confusión, temores, etc. (Harrington, 2011), es por estos motivos que, para la mayoría de ellos, el quitarse la vida sería una solución más práctica ante los problemas que presenta los cuales perjudican en su salud mental (Coronado et al., 2014).

La salud mental está influenciada por muchos factores, y cuantos más estén expuestos los jóvenes a estos, mayor será su impacto, como es el caso de la baja autoestima, conllevando a la depresión, ansiedad, estrés e incluso a quitarse la vida (OMS, 2019).

Por tal motivo, la psicóloga de la I.E. donde se llevará a cabo el estudio, refiere que la mayoría de los adolescentes, no tienen una adecuada salud mental, evidenciándose en el poco interés hacia las actividades educativas, en las bajas calificaciones, cortes en los brazos y hasta en ideaciones suicidas, lo cual puede estar asociado a la separación de sus padres, hogares con violencia, fallecimiento de los padres, etc.

Por estas razones y con el fin de difundir dicha problemática, se formuló la siguiente pregunta: ¿Cómo es la relación entre la salud mental y riesgo suicida en los adolescentes de una Institución Educativa Pública de la ciudad de Chimbote?

Es por ello, que, respecto a la justificación, este estudio es importante a nivel social, ya que en base a la información que se va a obtener y proporcionar sobre las variables a trabajar, se podrá contribuir al crecimiento de los diversos medios locales para darle una mayor importancia a la problemática

que se vienen presentando actualmente y de tal manera plantear diversos programas de intervención para concientizar y mejorar a las poblaciones institucionales y fomentar una adecuada salud mental. Desde un nivel teórico, se justifica porque va a lograr guiar a los diferentes profesionales frente a la carencia de trabajos en la cual se encuentren unidas ambas variables a investigar, con el fin de buscar ampliar los estudios de manera local que existen, teniendo en consideración al grupo objetivo. Desde el nivel práctico a los colegios encargados de la labor de los problemas psicológicos con el grupo adolescente; a fin de preparar y ejecutar los programas promocionales, preventivos y terapéutico ofreciéndoles el apoyo de incidir de una manera adecuada y competente durante el transcurso de la promoción en la que se desarrolla el individuo. Finalmente, a nivel metodológico de este trabajo de investigación se considera que será da gran aporte al conocimiento entre la salud mental y riesgo suicida en adolescentes, debido a que no existen estudios relacionados a las variables a investigar en la unidad y población de estudio, por lo que es de gran importancia la realización de este trabajo para conocer la realidad problemática en dicha población.

Por otro lado, como objetivo general se plantea: Determinar la relación de la salud mental y el riesgo suicida, de manera específica analizar descriptivamente las variables, y correlacionar las dimensiones de la salud mental con las dimensiones del riesgo suicida en la muestra de estudio.

Por lo tanto, se plantea las siguientes hipótesis, de manera general se presume que existe relación entre la salud mental y el riesgo suicida, y de modo específica se conjetura la relación entre las dimensiones de las variables señaladas.

II. MARCO TEÓRICO

Entre las investigaciones a nivel mundial, se encuentra el trabajo de investigación realizado Cubillas et al. (2012) en el cual investigaron como se asociaban la depresión y la conducta suicida con una muestra de 1358 alumnos de 15 a 19 años de una ciudad de México, se le aplicó la escala de depresión CES-D y la escala de ideación suicida de Roberts. En los resultados obtenidos se evidencio que un 67.3% de estudiantes que se encuentran con depresión quisieron quitarse la vida y un 81.1% de estudiantes que expresaron una ideación suicida; estas diferencias son en gran medida relevantes al relacionar con aquellos que no llegaron a intentar quitarse la vida ni presentaron ideaciones suicidas.

De igual forma, Cortés et al. (2010) investigaron las causas principales y factores que se asocian con la intención de acabar con su vida, en la cual se investigó a 74 adolescentes, siendo este el número de los casos informados ante la tentativa de querer suicidarse durante la duración de tiempo del estudio; lo cual se les aplicó un formulario únicamente diseñado para la investigación, asimismo se estudiará las variables a nivel social, personal y familiar. En la obtención de resultados se evidenciaron que el principal causante que influye en las conductas de la adolescencia está rigurosamente vinculado a los problemas familiares con un 33.3%, para los adolescentes la escuela es un agente representativo en la toma de sus decisiones con un 28.6%.

Asimismo, Gonzales (2009) en un estudio realizado en Colombia, trabajó con los alumnos de 6to a 11vo grado, en el vínculo entre riesgo suicida y los factores que se relacionan, buscando implantar un perfil sociodemográfico y epidemiológico mediante la medida de la variable propuesta. El grupo a trabajar fue con 339 estudiantes de las diversas instituciones que participaron, se les aplicó el instrumento de riesgo suicida de Plutchik y el instrumento de desesperanza de Beck. Según los resultados obtenidos mostraron que un 10.2% habían llevado a cabo el intentar suicidarse, con un 12.8% se presentó riesgo suicida y con un 19.9% mantenían antecedentes familiares de quitarse la vida. Del mismo modo presentaban ansiedad un

16.6% y depresión con un 2.9%; siendo dependientes de alcohol con un 39.2%, consumían droga un 8.8% y fumaban un 15.3%.

A nivel nacional, en el Perú Coronado y Molina (2014) averiguaron en la identificación de las características clínica epidemiológicas y el abordar terapéuticamente en los pacientes que asisten por el intento de suicidio al hospital General San José del Callao, logrando investigar a los adolescentes y jóvenes siendo un total de 100 pacientes, realizándoles un estudio tipo series de caso. En los resultados se llegaron a observar que algunos de los principales factores que se asocian al intento de quitarse la vida es la desocupación, problemas con la pareja, diagnóstico depresivo mayor y personalidad patológica; aspectos netamente relaciones con aspectos de la salud mental.

Asimismo, Vargas y Saavedra (2012) realizaron un estudio en Lima y Callao, sobre la prevalencia y los factores asociados con la conducta suicida en la adolescencia en la cual buscaban la identificación de estas características en 2399 individuos, a los cuales se les aplicó la fichas demográficas y socioeconómicas, el instrumento colombiano sobre la salud mental y la entrevista neuropsiquiátrica internacional de CIE 10. En la obtención de resultados se evidenció que el 6.8% presentaban deseos de acabar con su vida, el 3.6% han intentado suicidarse. Por último, se indicó que la existencia de depresión, el temor social y la disfunción de la familia son causantes relevantes en el comportamiento suicida de los adolescentes.

En un trabajo encontrado a nivel local en el distrito de Moro, según Bautista en el 2014 investigó en los adolescentes sobre la conexión entre bienestar psicológico y riesgo suicida, mediante la cual se vio constituida por 169 individuos entre mujeres y hombres entre los 15 y 19 años de edad. Se suministró el instrumento de María Casullo sobre bienestar psicológico y el instrumento de riesgo suicida de Plutchik. La obtención de los resultados de este trabajo señaló una grande correlación entren dichas variables estudiadas. Del mismo modo, determinándose los grados de las variables en

mención, prevaleciendo el grado alto de 46.15% respecto al bienestar psicológico y un bajo grado en cuanto a riesgo suicida con un 44.38%.

Definiendo la Salud Mental, para David Goldberg, capacidad para efectuar actividades al día comunes o adaptativas, sin la manifestación de acontecimientos perturbadores o síntomas psicopatológicos. Del mismo modo, distintos autores abordaron la salud mental de diferentes puntos de vista, ideaciones la cual engloban el propio bienestar, el ser autónomo, la manera en cómo nos percibimos, el ser competitivos y el realizarse tanto intelectual y emocionalmente (Restrepo et al., 2012).

Los hábitos sociales y emocionales se forman durante la adolescencia, que son de suma importancia hacia la salud mental, estos incluyen: crear hábitos de sueño saludable, actividad física regular, fomentar habilidades de relación, manejar momentos complicados, solucionar dificultades y el control de emociones, siendo así de suma importancia, crear un ambiente de apoyo y protección en el hogar, escuela y sociedad en global (OMS, 2019).

Psicología de la salud, enfoque mediante el cual se lleva a cabo esta investigación menciona que cuando se refieren a salud mental obligatoriamente hablamos de las enfermedades mentales, siendo así el inicio de cómo se ejecutará una visión hacia la idea que ha venido teniendo el hombre sobre ella (Henao et al., 2010).

Según la OMS y la Fundación Calouste Gulbenkian (2014) menciona que “La salud llega a envolver ramificaciones intangibles de lo que simbolizará el sentirse bien yendo más allá que puramente a no sufrir alguna enfermedad”; siendo así la OMS, mediante el enunciado “No existe salud sin la salud mental”, determinándolo como un aspecto principal de la salud en general; de igual manera implanta, que esta se determine como el estado de un buen bienestar general en donde el individuo llegue a conocer sus propias habilidades, así poder usarlas y poder lidiar con los problemas cotidianos del día a día, logrando trabajar productivamente de manera beneficiosa ayudando a la contribución de su entorno.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009) hace mención que, si en la salud mental se llegara a dar un desequilibrio, este incapacitaría que los individuos lleguen a actuar de acuerdo a sus metas, quitándoles la facultad de que sobresalgan frente a los problemas diarios y progresen con su planificación respecto a su vida. Lo que constituye un importante panorama de salud pública que impacta de manera importante en términos de la discapacidad, la dependencia, la economía y los costos de atención en salud.

En la vida, todo está en constante cambio, las situaciones van y vienen, de igual forma, nuestra manera de pensar, nuestros sentimientos y sentido de bienestar; es por ello que resulta ser una prioridad hallar nuestro equilibrio psicológico en un determinado periodo en función a distintas situaciones. Por ello, es normal percibir el sentirnos tristes, preocupados, molestos, etc., no obstante, lo que sentimos se van convirtiendo en un dilema cuando estos invaden en la realización de las actividades cotidianas durante momentos más largos (Alvarado,2011). Los trastornos psicológicos tienen causas obvias tanto en el asombro e imposición social que representan, como en el desafío de su prevención y manejo proyectándose en los mecanismos asistenciales. Como resultado, todas las declaraciones de propiedades saludables incluyen entidades mentales, a veces como un estado implícito o como una característica de virtual inconsistencia (De la Barra, 2009).

Regularmente, los aspectos diagnósticos visualizados en los servicios psiquiátricos se centralizan en la presencia de síntomas significativos, funciones dramáticamente alteradas y presencia constante durante su vida. Desde esta perspectiva, la enfermedad mental se mide de dos maneras, es decir, uno es para que los individuos auto informen sus síntomas y los comparen con los valores estándar, y el otro es para que los expertos puedan medir la discapacidad mediante entrevistas estructuradas. Esta mecánica es alarmante dada la exclusión de un número significativo de personas las cuales muestran mala salud mental, sin la necesidad de que manifiesten cuadros dignos del diagnóstico psiquiátrico (Henao et al., 2010).

De esta manera, se puede de igual manera definir la salud mental como la calidad de vida, lo que implica un aspecto justo de los niveles de vida, incluidas las condiciones sociales, el bienestar físico y mental. Desde esta perspectiva, la satisfacción con la vida y las necesidades psicosociales son indispensables para lograr la salud mental. De igual forma, los dispositivos registrados al respecto indagan en la medición de síntomas, bienestar y el funcionamiento del individuo (Caqueos y Lemos, 2008). Asimismo, la salud mental observa elementos internos como las diferentes habilidades amorosas individuales y de los adolescentes, la fuerza del ego y los sueños coincidentes, etc. Este mecanismo entre las superficies interior y exterior representa la presencia de una apropiada salud mental en situaciones adversas y de la enfermedad en escenarios favorables, en función a esto Yanes (2009) menciona que la arrogancia y la negación son signos de un desequilibrio en la salud mental, y que una salud mental adecuada es cuando los mecanismos de defensa no interfieren con la razón (Leiva, 2015).

Por otra parte, hablando de adolescentes, la salud mental obtiene un mayor valor en ellos, abarcando cifras relevantes compuestas por alumnos del nivel secundario, aspecto que requieren la construcción de un sistema de salud de atención primaria, la cual involucren en los colegios; se estimaron 270.915 adolescentes con trastornos psicopatológicos (Micin y Bagladi, 2011). Leiva (2015) menciona que los jóvenes e individuos en general pueden lidiar con las decepciones de la vida cuando están satisfechos con ellos mismos sin ser abrumados por sus sentimientos (ira, miedo, amor, celos, culpa y ansiedad) permitiéndoles asumir las decepciones que vivencian que son propias de su etapa sin la necesidad de sentirse alterados drásticamente, manifestándose tolerantes e indiferente hacia ellos mismos y hacia los demás, es decir es capaz de reírse de él mismo.

De igual manera el adolescente que se siente a gusto con los demás, demuestra sentirse capaz de poder amar, de igual forma empatiza con los intereses de los demás y respetar la diversidad de las personas del mismo ambiente, fiándose de ellos. Consiguen satisfacer sus carencias presentadas, siendo estas comunes en su edad o en su ambiente,

asumiendo la responsabilidad en resultado con su accionar y las consecuencias de estas, llegando así al logro de organizar su propio futuro y poder enfrentar de manera adecuada (Gómez y Restrepo, 2007). Disponen autonomía y realizar una elección sin limitaciones y/o privaciones obligadas, manifestándoles el sentimiento de poder ya que conocen que más adelante, es decir en el futuro, va a depender únicamente de lo que haga, no estando aun definido mediante las situaciones actuales, acontecimientos que pasaron u otros individuos (Alvarado, 2011).

Es imposible comentar sobre la salud mental adolescente si su capacidad para identificar lo que siente, desea, necesita y piensa, se encuentra disminuida; ya que esto involucra hasta donde sea factible, la descripción minuciosa de la experiencia propia, de igual forma cómo reacciona y acepta una situación, aceptar su calificación positiva, el derecho a sentirte mejor cuando logra algo, y el derecho a estar orgulloso de lo que ha hecho (Alarcón, 2015).

Por otro lado, al hablar de riesgo suicidad, comenzando de lo que menciona Plutchik, sería la probabilidad de que un individuo termine con su vida, incluidos elementos desde ideas hasta acciones mismas (Miranda et al., 2009). De igual manera, el riesgo de suicidio integra este concepto bajo un enfoque de psicología de la salud multisectorial, basado en procedimientos y guiado por expertos que saben que el individuo es una entidad social destacada, es una enfermedad de lo que la sociedad necesita. Requiere dar y recibir, y tiene metas claras que fomentan las luchas habituales de la vida, comportamientos que son consistentes con la satisfacción de sus necesidades psicológicas como un sentido de unidad en grupos donde se comparten valores y experiencias. Representa una necesidad física, que es tan esencial como satisfacer una necesidad física.

El suicidio, no es un fenómeno que recién se da a conocer, ya que existe a lo largo de la evolución humana, afectando en el mecanismo social. Por ello, se han desarrollado diversos estudios que aportan aclaraciones teóricas y conceptuales y estiman perspectivas individuales sobre las interacciones

dinámicas con el medio. Porque se cubre la representatividad de los factores de desarrollo de cada individuo (Cañón, 2011). De igual forma, en el contexto del suicidio mismo y de la conducta suicida o suicida, la OMS (2011) plantea que este fenómeno no es producto de alguna forma o condición en particular, sino de un ambiente de vida estresante, una serie de escenarios centrados en la depresión mayor, el uso y abuso de drogas y alcohol, dinámicas familiares disfuncionales, comportamiento antisocial, impulsividad, imitación, etc.

Existe el mito de que en las etapas adolescentes todo es alegría, empoderamiento, encontrar el fin de los seres creativos y negar la realidad evidente del suicidio adolescente cuando la ideación suicida es inaceptable. Este fenómeno es considerado un evento bizarro en estas etapas, separando un gran vacío de atención para quienes asumen conductas peligrosas que perjudican la salud mental (Cano y Nizama, 2009).

La ideación suicida va desde pensamientos aislados de muerte y valoraciones inapropiadas de la vida hasta pensamientos concretos, organizados y duraderos y pensamientos que dañan a uno mismo y a la propia muerte (Tellez y Forero, 2006) Las amenazas o gestos suicidas, por su parte, están representados por expresiones o acciones que, cuando se realizan en su totalidad, causan daños graves o la muerte (Cañón, 2011). Del mismo modo, algunos han ido más allá de las amenazas de suicidio y ya están muriendo, este es más probable que sea el caso si un joven tiene ideación suicida o ideación suicida el día anterior, mostrando una idea planificada de querer quitarse la vida (Miranda, et al., 2009); porque si no has actuado antes, habrá un momento en que los adolescentes se comporten de manera inapropiada, se autolesionen y acaben con su vida (Pérez, 2009).

El acto de suicidio es una de las manifestaciones de la violencia autoinfligida, que comienza con la mutilación, los intentos fallidos y la propia muerte; así, en el contexto de violencia y agresión, se estima que alrededor del 20% de las personas que acaban con su vida tienen antecedentes de violencia, de

igual forma, el 30% de las personas que cometen actos violentos mostraron alguna conducta suicida. De igual forma, existen dos tipos de conducta suicida, primero, el “suicidio fatal”, que tiene una tendencia suicida que tiene o terminará en la muerte, y la “conducta suicida no fatal”. La segunda, incluye acciones que no siempre suceden. resultó en la muerte de cualquiera que lo intentara (OPS, 2009).

Según Alarcón (2015) centrándonos en el enfoque de riesgo que tiene este trabajo, se busca esbozar puntos básicos como factores y comportamientos de riesgo, así como factores y comportamientos protectores, que pueden ser relevantes y esenciales en la epidemiología de la visión de los fenómenos estudiados. en este trabajo. En este contexto, se sugiere que la vulnerabilidad refleja el estado inestable y de largo plazo de un individuo, familia o grupo, en términos de orígenes de riesgo y factores protectores, así como comportamientos riesgosos y riesgosos protegidos; condiciones que orientan la probabilidad de daño que afecta la salud, la calidad de vida y el desarrollo del individuo, familia o grupo (Vásquez y Hervás, 2008).

Por consiguiente, este enfoque ha sido permanentemente evaluado en la atención primaria de salud y enfocado en enfermedades, síntomas y generalidad que cambian en respuesta a posibles riesgos sociales (Santander, 2014). Bajo estos supuestos, reconocemos que estos factores o comportamientos de riesgo están funcionando en diferentes etapas del desarrollo individual, y los efectos protectores surgen de las experiencias tempranas de la vida, por lo que, para propósitos simples, los comportamientos de riesgo son más convenientes de tratar, puesto que se ha demostrado que los factores de riesgo son riesgosos en algunas situaciones y protectores en otras, en base a escenarios (Martínez, 2007).

Según Pérez (2010) menciona que el atentar con la vida es el último camino que inició en la persona desde niño, ya que se considera que un adolescente no decide acabar con su vida de manera repentina, sino que este conlleva un proceso que comprende tres etapas diferenciadas en las que el individuo se ve envuelto en un entorno lleno de conflictos emocionales y conductuales

al inicio de la primera infancia, así como un incremento significativo asociado a dificultades en esta etapa del desarrollo humano al inicio de la adolescencia haciendo que estos se sientan profundamente solos e interfiere con la comunicación con sus familias y comunidades en los días previos al suicidio o intento de suicidio; por tanto, un factor que potencia el sentimiento de soledad ya instaurado en la etapa anterior puede ser considerado como conducta suicida adolescente como un deseo o conducta intencionada encaminada a hacerse daño o morir.

Por otro lado, el suicidio cuenta con tres etapas: la primera es la concepción suicida, en la cual desde un inicio comienza a examinar el pensamiento de acabar con su vida siendo esta la única probabilidad de poder solucionar sus problemas, por lo que todo se va moldeando según las vivencias y fantasías, ya que inicialmente esto generaría que el individuo se vuelva ansioso; la segunda fase es la ambivalencia, ya en esta etapa, se halla una línea de visión oscilante entre pautas constructivas y destructivas, una etapa completa de contradicciones y conflictos, manifestando avisos ante el intento de suicidio y la última etapa es la consumación del acto suicida, al no poder ser advertidas las fases anteriores, llega la etapa final en la cual el adolescente elige acabar con su vida, evidenciándolos unos días antes del acto mediante expresiones de manera directa o indirecta, acciones que lo van preparando, pensamientos y la expresión concreta viendo la muerte como la principal alternativa Villarreal et al., (2010)

Incluso si la ideación suicida es demasiado larga, el suicidio bien planeado es raro porque la mayoría de estas acciones resultan de una impulsividad repentina (Valdez y Gonzales, 2010). El pensamiento suicida es evidencia de problemas ambientales y malestar personal y es una situación justificada por la interacción entre la calidad del desarrollo psicológico, la planificación temprana de la vida y los condicionantes (Alarcón, 2015).

III. METODOLOGÍA:

3.1. Tipo y diseño de investigación

La presente investigación es básica, ya que el fin principal es buscar información para dar sentido a las variables estudiadas y con los resultados obtenidos se puede realizar avances científicos (Cívico y Hernández, 2007). El diseño del estudio es correlacional simple, que analizará la relación entre ambas variables, y transversal, ya que la recogida de datos se realizará en un momento o punto en el tiempo, con el objetivo de describir las variables y analizarlas en un cierto intervalo de tiempo (Ato et al., 2013). Asimismo, el diseño de investigación será no experimental, ya que no se manipulará las variables; observándose nada más fenómenos en el ámbito educativo para así poder analizarlo.

3.2. Variables y operacionalización

Variable 1: salud mental

Definición conceptual: La salud mental es la capacidad de realizar actividades diarias normales o adaptativas sin eventos o fenómenos perturbadores o síntomas de psicopatología (Villa et al., 2013).

Definición operacional: La salud mental es lo que pensamos, sentimos y actuamos, frente al día a día de nuestras vidas, lo cual manejará el estrés estableciendo las relaciones y la toma de decisiones.

Indicadores: superar las dificultades, carencia de concentración, pérdida de sueño, afrontar los problemas, gozar cada actividad cotidiana, desempeño de un papel útil en la vida, sensación de depresión, toma de decisiones y sensación de agobio y tensión.

Escala de medición: Ordinal

Variable 2: riesgo suicida

Definición conceptual: El riesgo suicida es la manifestación de factores de riesgo que conducen a pensamientos suicidas o intentos para acabar con la propia vida (Cañon, 2011).

Definición operacional: El riesgo suicida se refiere a la probabilidad de que una persona intente quitarse la vida deliberadamente.

Indicadores: Consumo de drogas, diagnóstico psiquiátrico, depresión, antecedente familiar de suicidio, ansiedad, evento vital adverso y autoestima.

Escala de medición: Ordinal

3.3. Población, muestra y muestreo

La población está conformada por 1943 alumnos de ambos sexos del nivel secundario de una Institución Educativa Pública de Chimbote, 2022.

La muestra es de 321 estudiantes, asimismo fue establecido mediante la fórmula preliminar para muestra finita (ver anexo), de ambos sexos, que oscilan entre las edades de 11 a 17.

Respecto a los criterios inclusivos se tuvo en cuenta a estudiantes de 11 a 17 años de ambos sexos la cual acepten su participación de forma voluntaria en dicho estudio y se encuentren matriculados en la I.E. en donde se aplicará la investigación. Asimismo, se excluye a los estudiantes que no acepten su participación de forma voluntaria en la investigación y estudiantes que presenten necesidades educativas especiales.

El muestreo fue no probabilístico de tipo simple o al azar tomando como marco muestral las nóminas de estudiantes matriculados en el presente año y a partir de allí se enumerará a cada uno de ellos para luego sortearlos y seleccionarlos de manera aleatoria a los alumnos a investigar (Salinas, 2004).

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se empleó la técnica de la encuesta mediante la cual permite recolectar los datos que se lleva a cabo por medio de la interrogación de las personas cuyo fin es obtener datos de manera sistemática sobre algunos conceptos de una determinada realidad problemática de investigación, esta recolección se realiza a través de instrumentos válidos y confiables en una muestra más o menos extensa y generalmente anónima (López et al., 2015).

Para medir la primera variable de estudio se realizó mediante el instrumento El General Health Questionnaire - GHQ, desarrollado por Goldberg en 1978, y la versión de 12 ítems desarrollado en 1998 por Goldberg y Williams en el Hospital Universitario de Manchester, brindan soluciones a la necesidad del personal médico de determinar y evalúa objetivamente el nivel de su salud. Dicho instrumento de salud general es una medida válida de "malestar mental" en jóvenes de 11 a 15 años, utilizándolo también hasta los 75 años. Del mismo modo, se puede aplicar como predictor independiente de la puntuación obtenida con el GHQ-12 para medir aspectos generales de la ansiedad, la depresión, el estrés y la baja autoestima. Además, estaba altamente correlacionado con emociones negativas y bajas calificaciones de autoeficacia (Tait y French, 2003).

El GHQ-12 consta de 12 ítems para evaluar la salud mental de poblaciones específicas como población general (Rodríguez, 2012). Su adaptación en el Perú fue realizada en el 2013 por Merino y Casas a una población de 897 estudiantes de secundaria de Lima, el Alfa de Cronbach encontró una confiabilidad de consistencia interna de 0.757, y en el 2015 Casma, Saavedra, Aguilar examinaros las propiedades de esa adaptación a 762 adolescentes de una escuela para obtener la consistencia interna estimada utilizando el coeficiente α de Cronbach ($\alpha = 0,809$). Validez: Los resultados de validación de GHQ-12 realizados en 15 países son válidos y los resultados de la curva ROC fluctúan entre 83 y 85 (26). Según el sistema de puntuación GHQ, que realiza una puntuación en el sistema binario (0,1), la puntuación media es de 5,34, la desviación es de 2.767, considerando límites superiores a 5 y considerando vulnerabilidades en salud mental (adaptación peruana). Confiabilidad: El cuestionario muestra una razonable consistencia interna entre varios estudios realizados cuando el coeficiente alfa de Cronbach varía entre 0,82 y 0,86.

La segunda variable se evaluó mediante el instrumento de La escala

de riesgo suicida, esta herramienta puede ser utilizada de forma individual o colectiva y es aplicable a individuos de 12 años. El tiempo aproximado de exposición es de 2-3 minutos. La herramienta consta de 15 preguntas con respuestas de sí o no y cada respuesta positiva vale una puntuación de 1. La valoración está relacionada con intentos previos de autolesión, ideación suicida, depresión. Desesperanza y otros aspectos asociados con esos intentos, la escala de Plutchik originalmente tenía una consistencia interna estimada usando el coeficiente Cronbach ($\alpha = 0.84$). En la verificación en español, obtuvo un puntaje de 0.90. En nuestro medio, la escala fue ajustada por Bautista en 2014 ($\alpha = 0,79$). Validez: En validez española alcanzó un alfa de Cronbach de 90 con un 88% de sensibilidad y especificidad para identificar individuos con y sin intento suicida. Confiabilidad: La población de 897 estudiantes de secundaria de Lima, quienes descubrieron la confiabilidad de la consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.757, asimismo en Casma, Saavedra y Aguilar en el año 2015, estudiaron con 762 adolescentes de una institución las propiedades de esta adaptación, en la cual obtuvieron la consistencia interna estimada con un coeficiente α de Cronbach ($\alpha = 0.809$).

3.5. Procedimientos

Inicialmente se definieron las variables a estudiar, se recopiló información para abarcarla en la introducción y desarrollo del marco teórico y se continuó con la metodología de investigación mediante el uso de dos cuestionarios GHQ-12 y Escala de riesgo suicida de Plutchik según las variables indicadas. Del mismo modo, se seleccionó la población objetiva, seguido de la operacionalización de las variables. Después de que nuestro asesor lo aprobara, se comenzó a aplicar a nuestra población, se administró mediante Google formularios para la obtención y recogida de información de las variables a interés para después analizar los datos mediante la

utilización del programa SPSS.

3.6. Métodos de análisis de datos

En base al análisis de datos, se empleó el Microsoft Excel para colocar los datos del formulario. Asimismo, se ocupó el programa estadístico SPSS V26 que sirve para los análisis pertinentes.

Posteriormente se usó el coeficiente de correlación de Pearson porque permitió hallar la relación entre variables que cuentan con distribución normal, se hizo uso de la prueba t de muestras independientes, análisis de regresión.

3.7. Aspectos éticos

Se brindó la explicación a los estudiantes sobre el propósito del trabajo de investigación para aclarar las dudas de los participantes en este estudio. Por consiguiente, para la confirmación, tal como lo indica el Título XI del Código de Ética Profesional de los Psicólogos Peruanos sobre la actividad investigadora, se mostró al evaluado el consentimiento informado, del cual se desprende el art. 84° menciona que toda investigación éticamente aceptable comienza con un acuerdo entre el investigador y el investigado. Los datos obtenidos durante la investigación son privados, salvo pacto previo en contrario, tal como lo establece el artículo 20 del Código de Ética de los Psicólogos, existe la obligación de almacenar y proteger cualquier tipo de información de las personas o personas que integran el grupo de participantes de la investigación.

IV. RESULTADOS

En el análisis de correlación se aprecia que la salud mental y el riesgo suicida se asocian en sentido inverso de efecto grande ($r=-.816^{**}$), así también hay evidencia que las variables sociodemográficas se relacionan con las variables de estudio, donde la relación de género con salud mental ($r=.478^{**}$) y riesgo suicida ($r=-.475^{**}$) es de efecto medio, de modo similar padecimiento de violencia con salud mental ($r=-.401^{**}$) y riesgo suicida ($r=.474^{**}$) también muestra un efecto medio (ver tabla 1).

Tabla 1

Correlación entre variables sociodemográficas (género y padecimiento de violencia), salud mental y riesgo suicida (n=321)

Variable	1	2	3	4
1. Género	-			
2. Violencia	-,223**	-		
3. Salud Mental	,478**	-,401**	-	
4. Riesgo Suicida	-,475**	,474**	-,816**	-

Nota. $p<.05^*$; $p<.01^{**}$

Al comparar las puntuaciones de las variables de estudio (salud mental y riesgo suicida) según los datos incluidos en el análisis, se aprecia que, en género los varones se perciben con mayor salud mental en comparación a las mujeres ($M=26.43$; $M=19.71$; $t=-9.730^{**}$), en tanto, las mujeres se muestran con mayor riesgo suicida que los varones ($M=6.34$; $M=3.16$; $t=9.653^{**}$) (ver tabla 2). Según padecimiento de violencia, se halló que, se muestran con mayor salud mental quienes no padecieron violencia ($M=24.39$), no obstante, en riesgo suicida alcanzaron puntuaciones promedio más altas quienes si padecieron violencia ($M=7.63$) (ver tabla 3).

Tabla 2

Contraste según género de la salud mental y riesgo suicida (n=321)

Variable	Género	N	M	DE	t
----------	--------	---	---	----	---

Salud Mental	Femenino	175	19.71	6.432	-9.730**
	Masculino	146	26.43	5.815	
Riesgo Suicida	Femenino	175	6.34	3.390	9.653**
	Masculino	146	3.16	2.265	

Nota. $p < .05^*$; $p < .01^{**}$

Tabla 3

Contraste según padecimiento de violencia de la salud mental y riesgo suicida (n=321)

Variable	Violencia	N	M	DE	t
Salud Mental	No	241	24.39	6.576	7.824**
	Si	80	17.90	5.942	
Riesgo Suicida	No	241	3.99	2.759	-9.602**
	Si	80	7.63	3.418	

Nota. $p < .05^*$; $p < .01^{**}$

Los predictores identificados explican en un 70% a la ideación suicida ($r^2 = .700$), siendo la salud mental la que explica en mayor medida ($\beta = -.699$; $t = -18.729^{***}$), seguido de la violencia ($\beta = .170$; $t = 5.064^{***}$) y la variable género ($\beta = -.103$; $t = -2.948^{**}$).

Tabla 4

Regresión lineal múltiple de los predictores: salud mental, violencia y género que explican la ideación suicida (n=321)

Predictores	R	R2	R2 Ajustado	F	β	t
Ideación suicida						
Salud mental					-.699	-18.729***
Violencia	,837	,700	,697	246,713***	.170	5.064***
Género					-.103	-2.948**

Nota. $p < .05^*$; $p < .01^{**}$; $p < .001^{***}$

V. DISCUSIÓN

En la presente investigación se determinó la relación entre salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa de Chimbote, la evidencia sobre la relación entre las variables es negativa de efecto grande ($r=-.816^{**}$), indicando que los individuos que se hallan desarrollados con la capacidad de superarse ante la adversidad, suelen tener menor probabilidad de acabar de manera negativa con su vida, partiendo desde ideaciones hasta conductas suicidas (Miranda et al., 2009). Bautista (2014) encuentra que una mejor salud mental se asocia con un menor riesgo de suicidio, lo que está respaldado por datos que señalan una alta correlación inversa entre las variables de salud mental y el riesgo de suicidio.

En esta línea, la salud mental se mira desde una perspectiva diferente, desde conceptos que incluyen el bienestar interior hasta la autorrealización emocional (Restrepo et al., 2012), aspectos afectados por la visión del suicidio como una opción, ya que el suicidio puede afectar los mecanismos psicosociales, extrapolan las perspectivas individuales a las interacciones dinámicas con el entorno, ya que ahora se incluye la representación de los factores de desarrollo para todos (Cañón, 2011). Así mismo, al hablar de salud mental desde la perspectiva de este trabajo, se menciona que ciertas psicopatologías pueden o no existir, sabiendo que la depresión es una de ellas, Cubillas et al. (2012) demostraron en su estudio que el 67,3% de los intentos de suicidio y el 81,1% de los que tenían pensamientos suicidas padecían depresión; estas diferencias fueron significativas en comparación con aquellos que no habían intentado suicidarse o tenían pensamientos suicidas.

Además, al analizar el contraste según género de salud mental y riesgo suicida, en la cual se aprecia que, en género los varones se perciben con mayor salud mental que las mujeres ($t=-9.730^{**}$), en tanto, las mujeres se

muestran con mayor riesgo suicida ($t=9.653^{**}$), dicho hallazgo es semejante con la evidencia, donde se indica que las mujeres tienen tasas significativamente más altas respecto a su salud mental y en el diagnóstico de depresión, ansiedad que los hombres, en la cual existen diversos factores: relaciones interpersonales, desarrollo vulnerables, estratos sociales, trabajo, educación, conciliación familiar, oportunidades y recursos disponibles. (Cabezas 2021).

Ante lo referido, se evidencia a nivel mundial, más de 700.000 suicidios, los fallecidos por esta problemática superan diversas causas de muerte, consolidándose como la cuarta causante de deceso en jóvenes (15 a 29 años), el segundo en adolescentes femeninos (15 a 19 años), y tercero en población masculina (OMS, 2019). Así mismo, en el Perú, de 334 casos expuestos, 12 adolescentes sufrían depresión, de los cuales 1 intenta quitarse la vida, el causante de riesgo más fuerte para intentos de suicidio juvenil es la falta de salud mental (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, 2013).

Al analizar el contraste según violencia de salud mental y riesgo suicida, en la cual se aprecia que, los que no padecieron violencia se muestran con mayor salud mental ($M=24.39$), los que si padecieron violencia presentan mayor riesgo suicida ($M=7.63$). Las consecuencias psicológicas de la violencia sobre la salud mental de los jóvenes son diversas y se pueden dividir en dos categorías: internas, que muchas veces se manifiestan como depresión y ansiedad; y externo, donde se evidencia un comportamiento agresivo y en ocasiones delictivo (Echenique, 2008). En un estudio realizado por Espinoza (2010), menciona que los adolescentes que sufren de violencia tienden mayor riesgo suicida debido a la baja autoestima que presentan. Dato que se corrobora con lo hallado por Cortés et al. (2010) donde se investiga las causas principales y factores que se asocian con la intención de acabar con su vida, en la cual se investigó a 74 adolescentes, teniendo como resultados que el principal causante que influye en las conductas de la adolescencia está rigurosamente vinculado a los problemas familiares con

un 33.3%, para los adolescentes la escuela es un agente representativo en la toma de sus decisiones con un 28.6%.

Los factores implicados en el riesgo suicida del adolescente pueden ser, la separación de sus padres, pérdida de un ser querido, violencia, conflictos y discusiones con los miembros de la familia, la creación de un nuevo hogar con nuevos miembros dentro de ella o el mudarse a una nueva comunidad, lo cual puede generar inseguridad, confusión, temores, etc. (Harrington, 2011), es por estos motivos que, para la mayoría de ellos, el quitarse la vida sería una solución más práctica ante los problemas que presenta los cuales perjudican en su salud mental (Coronado et al., 2014).

En tal sentido es de suma importancia realizar más investigaciones entre ambas variables en la cual se pueda lograr un mayor entendimiento sobre las consecuencias desfavorables que se pueden desencadenar como lo es el suicidio, por ello a la par se deberá buscar las alternativas más pertinentes para hacer frente a esta problemática.

VI. CONCLUSIONES

- Se constata que si existe correlación entre salud mental y riesgo suicida en la población beneficiaria.
- Se evidencia que las variables sociodemográficas (género y padecimiento de violencia) se relacionan con las variables de estudio, siendo ambos de efecto medio.
- Se aprecia que, en género los varones se perciben con mayor salud mental en comparación a las mujeres, en tanto, las mujeres se muestran con mayor riesgo suicida que los varones.
- Se aprecia que, en padecimiento de violencia, se muestran con mayor salud mental quienes no padecieron violencia, no obstante, en riesgo suicida alcanzaron puntuaciones promedio más altas quienes si padecieron violencia.

VII. RECOMENDACIONES

- Al personal directivo se le recomienda poder establecer una política de evaluación constante en dicha institución, ya que se evidencia un alto de alumnado que no presentan una adecuada salud mental.
- Por lo tanto, en base a los resultados obtenidos, es fundamental observar y enfocar la necesidad de intervención a través de programas de tratamiento individual y grupal para mejorar la salud mental de los jóvenes.
- Realizar una evaluación más exhaustiva con los padres y madres de los estudiantes para promover la detección temprana de posibles intentos de suicidio en los jóvenes.
- Realizar estudios donde se explique la ideación suicida a partir de la salud mental incluyendo la variable violencia como atributo psicológico.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2015). Salud Mental y Salud Pública en el Perú: ya es tiempo de actuar. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 78 (2) 92 – 103.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972015000100001
- 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.
<https://www.redalyc.org/pdf/1452/145221282005.pdf>
- Bautista, J. (2014) *Bienestar psicológico y riesgo suicida en adolescentes del distrito de Moro – 2014* [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo, Chimbote, Perú].
<https://es.scribd.com/document/485547127/tesis#>
- 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. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342009000200007&script=sci_abstract
- Cañón, S. (2011) Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, 11(3) 62-67.
<https://www.redalyc.org/pdf/2738/273819434005.pdf>
- 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.
<https://www.redalyc.org/pdf/727/72720411.pdf>
- 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.
<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034->

[85972014000400007&script=sci_abstract](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223220625002)

- 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. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223220625002>
- 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. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100007
- De la Barra, M. (2009). Salud mental de niños y adolescentes ¿Por qué es necesario investigar? *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47 (4) 175-177. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000300001
- García, V. (2007) Manual para la utilización del Cuestionario de Salud General de Goldberg Adaptación cubana. Cuba, 15(1):88-97. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n1/mgi10199.pdf>
- Gómez-Restrepo, C. (2007) Psiquiatría y salud mental de niños y adolescentes: una necesidad. *Rev. Colombiana de Psiquiatría*, 34(3) 147 -156. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80632403.pdf>
- 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. <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273820455004.pdf>
- Harrington, R. (2011). Consecuencias psicosociales de la depresión adolescente. *Psiquiatría y Salud Integral*, 1(2), 48-52.

<https://medworksmedia.com/product/consecuencias-psicosociales-de-la-depresion-adolescente/>

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.
<https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/Tecnura/article/view/6688>

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010) *Metodología de la Investigación*. (5ªed.). México: Mc Graw-Hil.
<https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>

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.
<https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/508>

Martínez, L. (2007), Mirando al Futuro: Desafíos y Oportunidades Para el Desarrollo de los Adolescentes en Chile. *Psykhé (Santiago)*, 16(1), 3-14. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282007000100001

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.
<https://www.redalyc.org/pdf/799/79929186007.pdf>

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.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-

[48082011000100006](#)

Miranda, I., Cubillas, M., Román, R. y Valdez, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos. *Salud mental*, 32(6), 495-502. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58212267007.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2013). Salud Mental: un estado de bienestar. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud (2019). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Panamericana de la Salud. (2009). Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Washington D.C°. Publicación Científica y Técnicas N°588. [Estrategia y plan de acción sobre salud mental \(2009\) - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

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. <https://scielosp.org/pdf/spm/v52n4/v52n4a08.pdf>

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. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a09.pdf>

Rodríguez, F. (2012). *Factores de riesgo de malestar psicológico en población adolescente, valorado mediante el General Health Questionnaire (GHQ-12)*. España, Madrid. file:///C:/Users/RIPLEY/Downloads/61094_padron_monedero_alicia.pdf

Téllez, J., & Forero, J. (2006). Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Bogotá: Nuevo Milenio Editores, 152-64.

http://www.scielo.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000099&pid=S0121-7577201200020001000012&lng=es

- 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.
<https://www.redalyc.org/pdf/2031/203125431005.pdf>
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada* (pp. 17-39) Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.
<https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2013-02-18-8-SALUD%20MENTAL%20POSITIVA.pdf>
- Villa G, I., Zuluaga Arboleda, C., & Restrepo Roldán, L. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario. *Portal de Revistas UR*, 14(2) 113-134.
<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/citationstylelanguage/get/apa?submissionId=1656&publicationId=1710>
- 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.
<https://www.redalyc.org/pdf/1798/179817507008.pdf>
- Yanes, J. (2009). Procesos y constructos psicológicos implicados en la respuesta de estrés. *FOCAD*, 6(1), 1-29.
<https://www.redalyc.org/journal/3691/369155966018/html/>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted está siendo invitado(a) a participar en una investigación en la que se le aplicarán dos instrumentos, Cuestionario General de salud (GHQ-12) y Escala de riesgo suicida de Plutchik. La finalidad del presente documento es para poder obtener su consentimiento como participante de nuestra encuesta.

Este presente estudio es conducido por la estudiante Alexandra Principe Rios de la carrera profesional de psicología de la filial Chimbote, de la facultad de ciencias de la salud. Así mismo, está supervisado por el docente asesor Mgtr. Peralta Eugenio, Gutember Viligran.

La meta de dicho estudio es hallar la relación entre Salud Mental y Riesgo

Suicida en estudiantes del nivel secundario de Chimbote.

Si accede a participar, se le pedirá por favor completar el cuestionario que le tomará entre 10 a 15 minutos aproximadamente de su tiempo.

La participación del estudio es de forma voluntaria. La información que se recoja será totalmente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de esta actividad. Siendo las respuestas al cuestionario de manera anónima.

Si tienes alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Desde ya le agradecemos su participación.

Anexo 2. Permiso para la aplicación de los instrumentos



Chimbote, 07 de octubre del 2022

CARTA N°351- 22/D.Ps-UCV-CH

Zelada Chavez Carlos Alberto

Director

I.E. Inmaculada de la Merced

Presente. -

De mi especial consideración:

Es grato poder expresarle nuestros saludos a nombre de la Universidad César Vallejo de Chimbote y desearle todo tipo de éxitos en su gestión al frente de su representada.

La Escuela de Psicología ha previsto en su Plan de Estudios que en el XI ciclo se desarrolle la experiencia curricular denominada Desarrollo del Proyecto de Investigación que estará bajo la responsabilidad Dr. Hugo Martin Noe Grijalva (cuyo proceso involucra la aplicación de los instrumentos denominado **Cuestionarios: “Cuestionario General de salud (GHQ-12)” y “Escala de riesgo suicida de Plutchik”** que está dirigido a los estudiantes **del 1ero al 5to grado de secundaria** de la institución que usted dirige.

Por esta razón, es nuestro interés solicitarle se brinde las facilidades nuestra estudiante para que puedanlograr el desarrollo de la aplicación de la misma, con fines investigativos sobre el trabajo de investigación denominado: **“Salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote”**

Cabe destacar que la información será resguardada bajo confidencialidad y ética profesional.

Sin otro particular por el momento, le reitero las muestras de mi especial consideración.

Dra. Iveth Mariela Flores Flores
Coordinadora de la Escuela de Psicología
Campus Chimbote

Se adjunta data de estudiante:

Principe Rios, Alexandra Katherine

Anexo 3. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
SALUD MENTAL	David Goldberg lo define como la capacidad de realizar actividades diarias normales o adaptativas, sin la manifestación de eventos o fenómenos perturbadores o síntomas psicopatológicos (Villa, Zuluaga y Restrepo, 2013).	La salud mental es lo que pensamos, sentimos y actuamos, frente al día a día de nuestras vidas, lo cual manejará el estrés estableciendo las relaciones y la toma de decisiones. Se evaluará a través del "Cuestionario General de salud (GHQ-12)	<ul style="list-style-type: none"> • Superar las dificultades • Carencia de concentración • Perdida de sueño • Afrontar los problemas • Gozar cada actividad cotidiana • Desempeño de un papel útil en la vida • Sensación de depresión • Toma de decisiones • Sensación de agobio y tensión. 	Ordinal

RIESGO SUICIDA	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)	El riesgo suicida es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida. Evaluado mediante la "Escala de riesgo suicida de Plutchik" <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
-----------------------	--	---	--	---------

Anexo 4. Población

Tabla 1

Distribución de la población de estudiantes

Grados	Mujeres	Varones	Total
1ª	210	185	395
2ª	201	187	388
3ª	207	178	385
4ª	214	178	392
5ª	201	182	383
Total	1033	910	1943

Fuente: Inmaculada de la Merced (2022)

Anexo 4. Fórmula de muestra finita

$$n = \frac{N \times z^2 \times p(1-p)}{(N-1)e^2 + z^2 \times p(1-p)}$$
$$n = \frac{1943 \times (1,96)^2 \times 0,5(1-0,5)}{(1943-1)(0,05)^2 + (1,96)^2 \times 0,5(1-0,5)}$$
$$n = 320,9 \rightarrow n = 321$$

Anexo 5. Instrumentos de recolección de datos

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 autoadministrado 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

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?		



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, PERALTA EUGENIO GUTEMBER VILIGRAN, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - CHIMBOTE, asesor de Tesis Completa titulada: "Salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote, 2022", cuyo autor es PRINCIPE RIOS ALEXANDRA KATHERINE, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 18.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis Completa cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

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 vigentes de la Universidad César Vallejo.

CHIMBOTE, 18 de Enero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
PERALTA EUGENIO GUTEMBER VILIGRAN DNI: 44110570 ORCID: 0000-0002-1177-6088	Firmado electrónicamente por: GPERALTAE el 18- 01-2023 13:12:08

Código documento Trilce: TRI - 0523014