# UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

# FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

## ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**TESIS**

**"CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDA EN COLEGIOS PÚBLICOS DEL PERÚ, AÑO 2017"**

## PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO


**PRESENTADO POR LA BACHILLER:**

**LUZ BETZABÉ MACEDO SHUPINGAHUA**


**PUCALLPA, MARZO DEL 2019**

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

## FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR EL JURADO EVALUADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI:

.....

M.C. ARTURO RAFAEL HEREDIA
Presidente

.....

M.C.TOMÀS NOEL SANTANA TÈLLEZ
Miembro

.....

M.C. CAYO EDUARDO LEVEAU BARTRA
Miembro

.....

M.C. OSCAR MARCELINO CORNEJO CHÀVEZ
Asesor

.....

M.C. LUIS ENRIQUE CIUDAD FERNANDEZ
Co- Asesor

.....

Bach. LUZ BETZABÈ MACEDO SHUPINGAHUA
Tesista

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI**
VICERRECTORADO DE INESTIGACION
**DIRECCION GENERAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL**

# Constancia

**N° 066**

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

La Dirección General de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el PROYECTO DE INVESTIGACION titulado:

**"PERFÍL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE ADOLESCENTES DEL 3° - 5° GRADO CON IDEACIÓN SUICIDA EN 2 COLEGIOS PÚBLICOS DEL DISTRITO DE MANANTAY EN EL AÑO 2017"**

Cuyo autor es:

**Luz Betzabe, Macedo Shupingahua**

Asesor: **Dr. Oscar Marcelino, Cornejo Chávez**

Escuela: **Medicina**

Facultad: **Medicina Humana**

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio, dicho documento presenta un porcentaje de similitud de **05%.**

El tal que de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en la DIRECTIVA DE USO

DEL SISTEMA ANTIPLAGIO (10%), en el artículo 9: "Criterios de porcentaje de similitud". Se declara, que dicho trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de plagio, por lo que SI se aprueba su originalidad.

En señal de verificación se FIRMA Y SELLA la presente constancia.

**Fecha: 27/02/2019**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
DIRECCION GENERAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL
DRA. DINAPARI QUISPE
Direc. Gral Prod Intel

**Firma:** _____

**REPOSITORIO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI**
**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS**

Yo, Luz Betzabé Macedo Shuinga Huo
Autor de la TESIS titulada:
"Caracterización clínica y epidemiológica de adolescentes con ideación suicida en colegios públicos del Perú, año 2017"

Sustentada el año: 2019
Con la asesoría de: M.C. Oscar Marcelino Cornejo Chávez En la Facultad de: Medicina Humana
Escuela Profesional de: Medicina Humana

Autorizo la publicación de mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali, bajo los siguiente términos: Primero: otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en forma digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas. Tercero: autorizo la publicación,

- [x] Total (significa que todo el contenido de la tesis en PDF será compartido en el repositorio).
- [ ] Parcial (significa que solo la carátula, la dedicatoria y el resumen en PDF serán compartidos en el repositorio).

De mi TESIS de investigación en la página web del Repositorio Institucional de la UNU.

En señal de conformidad firma la presente autorización.

Fecha: 07 / 03 / 2019

Email: mluz9293@gmail.com. Firma:

Teléfono: 990 427 959 DNI: 70138945

# PORTADA

## 1.1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

**"CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDA EN COLEGIOS PÚBLICOS DEL PERÚ, AÑO 2017"**

**1.2. ÁREA DE LA INVESTIGACIÓN:** Ciencias de la Salud – Salud Mental

## 1.3. AUTOR

Luz Betzabè Macedo Shupingahua

Bachiller en Medicina de la Facultad de Medicina Humana de la UNU

## 1.4. ASESOR

M.C. Oscar Marcelino Cornejo Chávez

Docente Nombrado de la Facultad de Medina Humana de la UNU

## 1.5. COASESOR

M.C. Luis Enrique Ciudad Fernández

Docente Contratado de la Facultad de Medina Humana de la UNU

## 1.6. INSTITUCIONES Y PERSONAS COLABORADORAS

- Institución Educativa Martin Bisson – La Paz
- Institución Educativa San Fernando
- Estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional De Ucayali.

## DEDICATORIA

A mis padres Julio Macedo y Luz De Macedo y hermanos Abigail y Julio Macedo, por su amor, confianza, paciencia y esfuerzo depositados en mí. A mi hermanito pequeño Juan Carlos por su tierno amor que me brinda cada día.

A mis tíos Isabel y Cesar, y a mis queridos amigos, en especial a Juan Namay, Alcira Villar, Giovana Armas y Fernando Paredes; por su constante apoyo en mi formación profesional.

# AGRADECIMIENTO

A Dios por brindarme la vida y salud; y por mostrarme en todo momento su gracia sobre mí.

A mis padres (Julio Macedo y Luz De Macedo) y hermanos (Bella y Julio Macedo) por su apoyo constante en el trayecto de mi formación personal y profesional, por sus amor, paciencia y confianza en mí.

A Juan Namay, Alcira Villar, Giovana Armas y Fernando Paredes. Por sus preocupación y apoyo constante en mi formación, personal, profesional y en la elaboración de esta investigación.

A la Universidad Nacional de Ucayali por acogerme en sus aulas y formarme profesionalmente a través de laFacultad de Medicina Humana.

A los docentes y personal de salud que han contribuido con sus enseñanzas y experiencias durante mi formación profesional.

A los estudiantes de psicología de la Universidad Nacional de Ucayali, estudiantes y autoridades de las Instituciones Educativas que participaron en la elaboración y ejecución de la presente investigación.

A mis asesores, Dr. Oscar Cornejo Chávez y Dr. Luis Enrique Ciudad Fernández, por sus orientaciones como asesores durante la realización de la presente investigación.

El autor.

# CONTENIDO

PORTADA ..... v
DEDICATORIA ..... vi
AGRADECIMIENTO ..... vii
CONTENIDO ..... viii
ÍNDICE DE TABLAS ..... ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS ..... ix
ÍNDICE DE ANEXOS ..... xi
RESUMEN ..... xii
INTRODUCCIÓN ..... xiv
CAPÍTULO I: PROBLEMA ..... 1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA ..... 2
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN ..... 3
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN ..... 4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO ..... 1
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO. ..... 1
2.2. BASES TEÒRICAS. ..... 6
2.3. HIPÓTESIS ..... 14
2.4. VARIABLES DE ESTUDIO ..... 15
2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES ..... 16
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÒN ..... 19
3.1. ÀMBITO DE ESTUDIO ..... 19
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÒN ..... 19
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA ..... 20
3.4. TÈCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ..... 22
3.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ..... 26
3.6. TRATAMIENTOS DE DATOS ..... 26
CAPÍTULO IV: RESULTADOS ..... 27
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS ..... 27
4.2. DISCUSIÓN ..... 55
CONCLUSIONES ..... 56
RECOMENDACIONES ..... 57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 58
ANEXOS ..... 65

# ÍNDICE DE TABLAS


| | | Pág. |
|---|---|---|
| **Tabla N° 1:** | Distribución de población total…….. | 21 |
| **Tabla N° 2:** | Distribución de frecuencia y porcentaje de la muestra de escolares……. | 22 |
| **Tabla N° 3:** | Características evaluadas por la Escala de Ideación Suicida de Beck…… | 24 |
| **Tabla N° 4:** | Puntuación de la Escala de Ideación Suicida de Beck……... | 24 |
| **Tabla N° 5:** | Características evaluadas por la Escala de CDI……... | 25 |
| **Tabla N° 6:** | Escalas de Personalidad evaluadas en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon…….. | 26 |
| **Tabla N° 7:** | Distribución de frecuencia y porcentaje en relación al sexo y a la ideación suicida…… | 28 |
| **Tabla N° 8:** | Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a la edad y a la ideación suicida…… | 30 |
| **Tabla N° 9:** | Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a la depresión y a la ideación suicida…….. | 32 |
| **Tabla N° 10:** | Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a los patrones clínicos de personalidad y a la ideación suicida…….. | 34 |
| **Tabla N° 11:** | Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a la patología severa de personalidad y a la ideación suicida……. | 37 |
| **Tabla N° 12:** | Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a los síndromes clínicos de personalidad y a la ideación suicida……..…….. | 40 |
| **Tabla N° 13:** | Valores de la prueba de normalidad de la variable ideación suicida y sus dimensiones…… | 42 |
| **Tabla N° 14:** | Valores de la prueba de normalidad de la variable depresión y sus dimensiones……. | 43 |
| **Tabla N° 15:** | Valores de la prueba de normalidad de las escalas de personalidad…… | 44 |
| **Tabla N° 16:** | Prueba de hipótesis entre el sexo y la ideación suicida……. | 45 |
| **Tabla N° 17:** | Prueba de hipótesis entre la edad y la ideación suicida……... | 45 |
| **Tabla N° 18** | Prueba de hipótesis entre la depresión y la ideación suicida……. | 47 |
| **Tabla N° 19:** | Prueba de hipótesis entre los rasgos de la escala de patrones clínicos de personalidad y la ideación suicida…… | 47 |
| **Tabla N°20:** | Prueba de hipótesis entre los rasgos de la escala de patología severa de personalidad y la ideación suicida……..……. | 48 |
| **Tabla N° 21:** | Prueba de hipótesis entre los rasgos de la escala de síndromes clínicos de personalidad y la ideación suicida…… | 49 |
| **Tabla N° 22:** | Valores estadísticos de la variable ideación suicida y sus dimensiones…….. | 50 |
| **Tabla N° 23:** | Valores estadísticos de la variable depresión y sus dimensiones……. | 51 |
| **Tabla N° 24:** | Valores estadísticos de la escala fiabilidad y validez, y los rasgos asociados…… | 52 |
| **Tabla N° 25:** | Valores estadísticos de la escala patrones clínicos de personalidad y rasgos asociados……. | 53 |
| **Tabla N° 26:** | Valores estadísticos de la escala patología severa de personalidad y rasgos asociados…….. | 54 |
| **Tabla N° 27:** | Valores estadísticos de la escala síndromes clínicos de personalidad y los rasgos asociados……. | 55 |

# ÍNDICE DE GRÁFICOS


**Pág.**

**Gráfico N° 1:** Distribución de frecuencia y porcentaje en relación al sexo y a la ideación suicida……..... 29

**Gráfico N° 2:** Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a la edad y a la ideación suicida……..….. 30

**Gráfico N° 3:** Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a la depresión y a la ideación suicida…… 32

**Gráfico N° 4:** Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a los patrones clínicos de personalidad y a la ideación suicida……. 35

**Gráfico N° 5:** Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a la patología severa de personalidad y a la ideación suicida……. 38

**Gráfico N° 6:** Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a los síndromes clínicos de personalidad y a la ideación suicida…….. 41

# ÍNDICE DE ANEXOS


| | | Pág. |
|---|---|---|
| **Anexo 1.** | Matriz de consistencia | 67 |
| **Anexo 2.** | Consentimiento Informado para Participantes de Investigación | 68 |
| **Anexo 3.** | Ficha de recolección de datos | 69 |
| **Anexo 4.** | Ficha Técnica: SSI (BECK) | 70 |
| **Anexo 5.** | Ficha Técnica: CDI | 72 |
| **Anexo 6.** | Ficha Técnica: MCMI-II | 74 |
| **Anexo 7.** | Cuestionario: SSI (BECK) | 76 |
| **Anexo 8.** | Cuestionario: CDI | 77 |
| **Anexo 9.** | Cuestionario: MCMI-II | 78 |

# RESUMEN

***Antecedentes:*** El suicidio es un grave problema de salud pública, debido a su incremento continuo. En el año 2012, se registraron en el mundo aproximadamente 804.000 muertes por suicidio. El suicidio, asociado a diferentes cuadros, ocupa el cuarto lugar como causa de muerte violenta en Lima, constituyendo el 8% de éstas. En la Selva Peruana, se observó que el 25,4% de la población adolescente alguna vez en su vida presentó deseos suicidas. ***Objetivo:*** Caracterizar el Perfil Clínico y Epidemiológico de los adolescentes del 3º al 5º grado con Ideación Suicida en dos colegios públicos del distrito de Manantay en el año 2017. ***Materiales y Métodos:*** Se realizó un estudio observacional, descriptivo con nivel correlacional , transversal; realizado en el año 2017 en una muestra de 239 adolescentes escolares del 3º al 5º grado de secundaria en dos Colegios Públicos del distrito de Manantay, mediante la Escala de Ideación Suicida (SSI) de Beck modificada, así como el Inventario Clínico Multiaxial De Millon para evaluar el perfil clínico de personalidad .***Resultados:*** Se encontró que los estudiantes alcanzaron los valores que indican nivel nulo y nivel bajo en todos los rasgos de los patrones clínicos de personalidad, siendo el nivel bajo el resultado más frecuente en los rasgos "narcisista" ,"agresivo-sádico", y "pasivo-agresivo". Se encontró que dentro de los rasgos de personalidad, el rasgo distimia y autoderrotista influye significativamente en la ideación suicida de los estudiantes. Se encontró que los adolescentes alcanzaron desde el nivel bajo, el 32.59 % (73) a nivel medio, el 64.73 % (145) de riesgo de ideación suicida. No se encontró relación estadísticamente significativa entre el sexo, edad sobre la ideación suicida. Tampoco se encontró relación estadísticamente significativa de los rasgos de escala de síndromes clínicos sobre la ideación suicida. **Conclusión:** Se concluye que tanto la edad como el sexo no influyen sobre la ideación suicida, siendo independientes una de la otra variable. Así mismo se encontró que dentro de los rasgos de personalidad que influyen en la ideación suicida en adolescentes, son el rasgo autoderrotista y la distimia, debiendo ponerse atención en estas para intervenir oportunamente y así evitar suicidios consumados.

Palabras clave: Adolescencia, Ideación Suicida, Autoderrotismo, Distimia

# ABSTRACT

**Background:**Suicideis a seriouspublichealthproblem, duetoitscontinuousincrease. Suicide, associatedwithdifferent cadres, occupiesthefourth place as cause of violentdeath in Lima, constituting 8% of these. In thePeruvianJungle, itwasobservedthat 25.4% of theadolescentpopulationevehadsuicidalwishes. **Objective:** Characterize the Clinical and Epidemiological Profile of adolescents from 3rd to 5th grade with Suicidal Ideation in two public schools of the Manantay district in 2017. **Material and Methods:** An observational, descriptive study was carried out with a correlational, transversal level; carried out in 2017 in a sample of 239 school adolescents from the 3rd to 5th grade of secondary school in two Public Schools of the district of Manantay, through the Beck's Suicidal Ideation Scale (SSI) modified, as well as the De Millon Multiaxial Clinical Inventory for evaluate the clinical profile of personality **Results:** It was found that the students reached the values that indicate null level and low level in all the features of the clinical personality patterns, being the low level the most frequent result in the "narcissistic", "aggressive-sadistic", and "passive" traits -aggressive". It was found that within the personality traits, the dysthymia and autoderrotist trait significantly influences the suicidal ideation of the students. It was found that adolescents reached from the low level, 32.59% (73) at medium level, 64.73% (145) of risk of suicidal ideation. No statistically significant relationship was found between sex, age on suicidal ideation. There was also no statistically significant relationship of the scale features of clinical syndromes on suicidal ideation. **Conclusion:** It is concluded that both age and sex do not influence suicidal ideation, being independent of one another variable. It was also found that within the personality traits that influence suicidal ideation in adolescents, they are the autoderrotic trait and dysthymia, and attention must be paid to them to intervene timely and thus avoid consummated suicides.



**Keywords:** Adolescence, Suicide Ideation, Self-defeatist, Dysthymia

# INTRODUCCIÓN

El suicidio es un grave problema de salud pública, debido a su incremento continuo. En el año 2012, se registraron en el mundo aproximadamente 804.000 muertes por suicidio, lo cual representa una tasa anual mundial normalizada según la edad de 11,4 por 100.000 habitantes (15, entre hombres y 8, entre mujeres). (1)

Aproximadamente uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, lo que significa que 1200 millones de personas tienen entre 10 y 19 años, y entre las principales causas de mortalidad entre los adolescentes está el suicidio. (2)

En el Perú no se han realizado muchos estudios acerca del suicidio, y los pocos que existen han analizado sólo algunos de los factores considerados de riesgo. El suicidio, asociado a diferentes cuadros, ocupa el cuarto lugar como causa de muerte violenta en Lima, constituyendo el 8% de éstas (4). Los resultados de estudios epidemiológicos realizados por el INSM (Instituto Nacional de Salud Mental) en 23 regiones del país alertan sobre los indicadores de la conducta suicida como la ideación y el intento suicida (5).

En la Selva Peruana, se observó que el 25,4% de la población adolescente alguna vez en su vida presentó deseos suicidas.

El presente estudio tiene como objetivo la caracterización Clínica y Epidemiológica de los adolescentes del 3º al 5º grado de educación con Ideación Suicida en dos colegios públicos del distrito de Manantay en el año 2017.

# CAPÍTULO I

# PROBLEMA

## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio es un grave problema de salud pública, debido a su incremento continuo. En el año 2012, se registraron en el mundo aproximadamente 804.000 muertes por suicidio, lo cual representa una tasa anual mundial normalizada según la edad de 11,4 por 100.000 habitantes (15, entre hombres y 8, entre mujeres). (1)

En los EUA (Estados Unidos de América) los suicidios reflejan solo una parte del número de personas afectadas por conductas suicidas (ideación, planificación e intentos de suicidio).Según una muestra nacional representativa de estudiantes de escuela secundaria, en el año 2013, el 17% señaló haber considerado seriamente el suicidio en los 12 últimos meses, mientras que el 8% de estos estudiantes informaron haber realizado un intento de suicidio (12).

En el año 2014, alrededor de 65.000 personas mueren prematuramente por suicidio, cada año, más de 800 000 personas se quitan la vida, lo que representa aproximadamente un suicidio cada 40 segundos. Las tasas son más elevadas en los jóvenes, a nivel mundial es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años. (1)

A pesar del aumento de las investigaciones y los conocimientos sobre el suicidio y su prevención, el estigma que lo rodea persiste y las personas que necesitan ayuda no la buscan. (1)

Aproximadamente uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, lo que significa que 1200 millones de personas tienen entre 10 y 19 años, y entre las principales causas de mortalidad entre los adolescentes está el suicidio. (2)

Con alrededor de 65.000 defunciones anuales por suicidio y una tasa de mortalidad ajustada según la edad de 7,3 por 100.000 habitantes en el periodo 2005-2009, el suicidio constituye un problema de salud pública de extremada importancia en las Américas. (3)

El suicidio representaba el 12,4% de las causas externas de muerte en las Américas, pero ello variaba según la subregión, con 19,5% en América del Norte y 7,9% en América del Sur. (3)

En Chile, en una investigación sobre Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes, la prevalencia de vida de ideación suicida fue de 62%, valor que triplica la prevalencia de intento suicidio (19%). (14)

En el Perú no se han realizado muchos estudios acerca del suicidio, y los pocos que existen han analizado sólo algunos de los factores considerados de riesgo. El suicidio, asociado a diferentes cuadros, ocupa el cuarto lugar como causa de muerte violenta en Lima, constituyendo el 8% de éstas (4). Los resultados de estudios epidemiológicos

realizados por el INSM (Instituto Nacional de Salud Mental) en 23 regiones del país alertan sobre los indicadores de la conducta suicida como la ideación y el intento suicida [5].

En Lima Metropolitana, en una investigación realizada en el año 2013, la prevalencia de ideación suicida en escolares de 12 a 17 años fue de 20.1 %[18]

En la Selva Peruana, se observó que el 25,4% de la población adolescente alguna vez en su vida presentó deseos suicidas. En cuanto a la conducta suicida del adolescente, la cual denota una afectación más seria, el 1,7% de la población adolescente había intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 1,1% en el último año. Las cifras son significativamente más elevadas en el grupo de adolescentes de 15 a 17 años. [6]

## 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

### 1.2.1 PROBLEMA PRINCIPAL.

¿Cuáles son las características Clínicas y Epidemiológicas de los adolescentes del 3º- 5º grado de secundaria con ideación suicida en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017?

### 1.2.2. PROBLEMAS ESPECÌFICOS

1. ¿Cuál es la relación que existe entre los parámetros demográficos (edad y sexo) de los adolescentes del 3º- 5º grado de secundaria con ideación suicida en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017?

2. ¿Cuál es la relación entre los Patrones Clínicos de personalidad sobre la Ideación Suicida en los adolescentes del 3º- 5º grado de secundaria en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017?

3. ¿Cuál es la relación entre los Síndromes Clínicos de personalidad sobre la Ideación Suicida en los adolescentes del 3º- 5º grado de secundaria en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017?

## 1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.3.1. Objetivo General.

Caracterizar el Perfil Clínico y Epidemiológico de los adolescentes del 3º- 5º grado de secundaria con Ideación Suicida en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017.

### 1.3.2. Objetivos Específicos.

1. Identificar la relación que existe entre los parámetros demográficos (edad y sexo) y la Ideación Suicida en los adolescentes del 3º- 5º grado de secundaria en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017.

2. Identificar la influencia de los Patrones Clínicos de personalidad sobre la Ideación Suicida en los adolescentes del 3º- 5º grado de secundaria en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017.

3. Identificar la influencia los Síndromes Clínicos de personalidad sobre la Ideación Suicida en los adolescentes del 3º- 5º grado de secundaria en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017.

## 1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

### JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA.

Con esta investigación se pretende estudiar y demostrar en Pucallpa, cuál es el perfil de personalidad clínico y epidemiológico de los adolescentes con ideación suicida; teniendo en cuenta los pocos estudios anteriores sobre tema en nuestra región, escasos a nivel nacional y pocos a nivel Latinoamericano; es necesario conocer cómo la detección temprana de ideación suicida contribuiría a la prevención de suicidios consumados.

### JUSTIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA.

El suicidio constituye una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años. Se estima que a nivel mundial el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de enfermedad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas [7].

## JUSTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.

El suicidio es un grave problema de salud pública. Algunas previsiones indican que para 2020 los suicidios podrían aumentar considerablemente pasando a ser los intentos de suicidio entre 10 y 20 veces más frecuentes [8].

En relación a los más jóvenes, a nivel mundial, el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad, sin embargo en éstas últimas las autolesiones son más frecuentes y son la segunda causa de muerte según advertía en 2016 la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su estudio "Prevención del suicidio. Un imperativo global". [9].

Cabe señalar que diversos estudios han mostrado que por cada suicidio consumado ocurren de 10 a 20 - o más - intentos suicidas. [9].

En nuestro país, en el año 2013 se produjeron 564 muertes por suicidio lo que representa una tasa de 1,8 defunciones por 100 000 habitantes. A pesar de esto hubo departamentos con tasas muy elevadas comparado con la tasa nacional como Pasco (15,1 por 100 000), Moquegua (1,5 por 100 000) y Arequipa (7,5 por 100 000)[10].

# CAPÍTULO II

# MARCO TEÓRICO

## 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

### 2.1.1. INVESTIGACIONES EXTRANJERAS

**Según OMS** [11,1]**,** en su publicación sobre "Prevención de la conducta suicida"; en Estados Unidos de América (EUA), las tasas de suicidio aumentaron sistemáticamente entre 2005 y 2013(15,3%). Es la tercera causa principal de muerte en niños de 10 a 14 años de edad; la segunda, en personas de 15 a 24 años. En los EUA (Estados Unidos de América) los suicidios reflejan solo una parte del número de personas afectadas por conductas suicidas (ideación, planificación e intentos de suicidio).

Según una muestra nacional representativa de estudiantes de escuela secundaria, en el año 2013, el 17% señaló haber considerado seriamente el suicidio en los 12 últimos meses, mientras que el 8% de estos estudiantes informaron haber realizado un intento de suicidio [12].

**Ricardo Sánchez et al** [13](Colombia 2002), en su investigación "Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados",De 197 individuos entrevistados, 93 (47%) fueron de género femenino y 104 (53%) de género masculino. Su rango de edad estuvo entre 15 y17 años, con una edad

media de 16,6 años (DE=0,5 años). La mediana de la edad fue de 17años para la muestra total, igual para hombres y para mujeres. Nueve de los estudiantes (4,57%) tenían ideación suicida actual y 26 (13,2%) la habían tenido durante más de una semana en el último año. Cinco estudiantes realizaron un intento de suicido en el último año; seis (3%) vivían solos y tres (1,52%) aseguraron no tener red de apoyo.

Se encontró una prevalencia de ideación suicida en el momento de la entrevista del 4,45% y del 13% en el último año. Tanto la ideación como el antecedente de intento de suicidio fueron más frecuentes en mujeres.

**Raúl Ventura J. et al,**[14](Chile, 2010), es su investigación "prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile", la prevalencia de ideación suicida que se obtuvo fue de 62%, valor que triplica la prevalencia de intento de suicidio (19%).El 54,1% de los encuestados eran hombres y 45,9%, mujeres. Las edades fluctuaron entre los 14 y los 20 años, con un promedio de 16,2. Para simplificar la exposición de los resultados se agruparon las respuestas VNP (Vida no vale la pena), DEM (Deseado estar muerto) y PTV (Pensado en terminar con su vida) en el ítem "ideación suicida". De este modo, la prevalencia de vida de ideación suicida que se obtuvo fue de 62%, valor que triplica la prevalencia de intento suicidio (19%). En cuanto a las diferencias por sexo, se observó que las mujeres presentaban una prevalencia de vida de ideación suicida de 71%, mientras que los hombres 49%, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

En las mujeres se observó una prevalencia de vida de intento suicida de 26% y en los hombres de 12%, diferencia también estadísticamente significativa (p < 0,001).

**Guillermo A. Ceballos et al**, [15](Colombia, 2015),según su investigación "Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta", los resultados muestran que existe relación entre la ideación suicida y depresión, así como con la autoestima baja. Concluyen que los adolescentes con mejor autoestima y baja depresión poseen menor probabilidad de ideación suicida.

No se halló relación entre el género y la ideación suicida una significancia del 0.690. En cuanto a la edad, de los participantes adolescentes entre 13-15 años el 41% no manifiesta riesgo, el 12% riesgo medio, y el 1% riesgo alto. En los adolescentes entre 16-19 se halló en un 34%ausencia de riesgo, el 12% riesgo medio y ninguno de este rango de edad exhiben riesgo alto. No se halló relación entre la edad y la ideación suicida a una significancia de0.466.

**Alma Vallejo C. et al,** [16](México, 2016), en su investigación "Comparación y Caracterización de ideación e intentos suicidas en adolescentes mexicanos de tres regiones", En este estudio se hizo una comparación y caracterización de la ideación e intentos de suicidio en adolescentes mexicanos de nivel secundaria. Participaron 893 adolescentes de tres regiones de México: Ciudad de México, Poza Rica, Veracruz, y Culiacán, Sinaloa, en edades entre los 11 y 16 años. Se encontraron diferencias significativas en la ideación suicida de las mujeres y los hombres, siendo mayor en las mujeres. Los intentos se han realizado a edades

considerablemente tempranas, las cortaduras fueron los métodos más recurrentes en las tres regiones, la depresión y problemas familiares fueron los motivos principales de los intentos.

**Juan A. Rodríguez et al,** [17](Venezuela, 2015), en su investigación "Ideación suicida y grupo de iguales: análisis en una muestra de adolescentes venezolanos",La muestra estuvo conformada por 912 sujetos. Los resultados obtenidos mediante un *pathanalysis* indican que los adolescentes con síntomas de depresión optan por amigos con conductas suicidas y estos, además, aumentan directamente la probabilidad de ideación suicida.

### 2.1.2. INVESTIGACIONES NACIONALES

**Paul Cachay** [18](2011), en su investigación "Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to año de secundaria de instituciones educativas en Lima Metropolitana 2010",concluyó que, la sintomatología depresiva, la disfunción familiar, la conducta disocial son factores asociados a ideación suicida en escolares de secundaria de 12 a 17 años de Lima Metropolitana. Entre ellos, el principal factor asociado a ideación suicida en este grupo poblacional fue la depresión leve o moderada o distimia; la disfunción familiar se ha vistocomo un factor muy relacionado con este fenómeno. La prevalencia de ideación suicida en escolares de 12 a 17 años fue de 20.1 %con una ligera prevalencia del sexo femenino sobre el masculino.

**Santiago Prado et al** [19](2016)**,** en su investigación "Ideación suicida y clima familiar en estudiantes de una institución educativa estatal de Chiclayo", se obtuvo que el 19% de los estudiantes presenta un nivel "alto", el 30% un nivel "medio" y el 51% un nivel "bajo, siendo este último el porcentaje más elevado; también se afirma que a mayor nivel de clima social familiar, menor nivel de ideación suicida".

**Pérez Paola** [20](2016), en su investigación "Funcionamiento familiar e ideación suicida en alumnos de 5to año de educación secundaria del distrito de San Juan de Miraflores", los resultados revelaron que se encontró una relación significativa de (p< a 0.05), entre el Funcionamiento familiar y la ideación suicida, además esta relación es inversa, por lo que se concluye que a menor funcionamiento familiar, mayor ideación suicida y viceversa.

Respecto al funcionamiento familiar e ideación suicida existió prevalencia del sexo femenino sobre el masculino.

### 2.1.3. INVESTIGACIONES LOCALES

**Cano et al**[21](2009), en su investigación "Tendencia a la Violencia e Ideación Suicida En Adolescentes Escolares en Una Ciudad de la Amazonía Peruana" ,del total de la muestra, 33,6% presentó, por lo menos, un cuadro del espectro ideación suicida. El 31,3% ha deseado morir, 21,1% pensó en quitarse la vida y 18,1%de los encuestados ya intentó suicidarse en algún momento.

La prevalencia de vida de algún cuadro del espectro ideación suicida según sexo, muestra que46,6% de las mujeres refiere haber presentado algún cuadro del espectro en comparación con 26,3% de los varones. Con relación a los

grupos etarios, la prevalencia de algún cuadro del espectro ideación suicida fue mayor entre los de 15 a 19 años (48%) en comparación con el grupo de 12-14 años (30,5%).

**Roxana Vivar et al**[22](2011), según su investigación "Ideación suicida, pensamiento hetero agresivo y conducta violenta en adolescentes con fobia social en tres ciudades de la Selva Peruana", al analizar la asociación entre fobia social e ideación suicida en los adolescentes de ambos sexos de las tres ciudades estudiadas, no se halló asociación significativo; a pesar de que la prevalencia del deseo suicida entre los adolescentes que presentaron fobia social fue mayor que la observada en los adolescentes sin fobia social. (34,4% y 25%).

## 2.2. BASES TEÒRICAS.

### 2.1.1. DEFINICIÒN

Primeramente la Salud Mental y Salud en general, dependen de la forma como se define la salud. La Constitución de la OMS (Organización Mundial de la Salud) define; "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Salud Mental es un concepto amplio y cercano a la salud y podemos decir que "La salud mental es algo más que la ausencia de trastornos mentales, es parte integral de la salud; tanto es así que no hay salud sin salud mental." [2].

Una definición del suicidio ampliamente aceptada es la que considera que es una actuación con un resultado letal, que es iniciado y realizado por la persona, que

sabe y espera el resultado letal de su acto y a través del cual pretende tener los cambios que desea (OMS, 1986) [23].

Otra forma de entender el suicidio es la que considera que es el resultado final de ideaciones y conductas que realiza la persona. Por tanto, el concepto de conducta suicida hace referencia a un continuo de conductas que incluyen una serie de aspectos cognitivos, como ideas suicidas y su planificación, y aspectos conductuales como el intento de suicidio y el suicidio consumado [23].

El suicidio es un fenómeno complejo que incluye componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, filosóficos, morales.

El suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas particulares de la conducta suicida. Sin embargo, el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación suicida: amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado.

Por cada suicidio, hay muchas más tentativas de suicidio cada año. Entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante [24].

De todas formas, podríamos diferenciar en la conducta suicida tres niveles: ideación suicida, tentativa de suicidio y suicidio.

El proceso suicida se define como un conjunto de acciones con las que se asume que la persona busca quitarse la vida, pudiendo señalarse varias etapas: ideación

suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida, y el suicidio consumado. Dichas fases podrían ser secuenciales o no, pero cada una de ellas, solas o todas juntas, conllevan un gran riesgo hacia la consumación del suicidio. [25]

El espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado.[26]

La ideación suicida es un fenómeno complejo en donde intervienen factores tanto personales, como familiares y escolares. [27] [28]

La ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. [29]

- **Factores de riesgo asociados a Ideación Suicida**

La ideación suicida como etapa inicial del suicidio es un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado en donde intervienen factores psicológicos, sociales (contextuales) y biológicos. [28]

  - **Factores Psicológicos**

El factor personal o psicológico representa el grupo de variables con una mayor relación con la ideación suicida. La literatura especializada informa que problemas como la depresión, una baja autoestima, el consumo de drogas (legales e ilegales) e incluso los desórdenes alimenticios, así como otras formas de violencia son variables que comúnmente se asocian a esta problemática.[30]

Debe prestarse especial importancia a la posible aparición de conductas suicidas cuando, en semanas anteriores al cuadro depresivo, se presentan signos como retraimiento, cambios de humor, disminución en el rendimiento escolar, pérdida de la iniciativa y de la autoestima, llantos repentinos, alteraciones en el sueño, pérdida de apetito y actividad motriz disminuida. Además, cuando no hay un cuadro depresivo asociado pero sí historia de niños o adolescentes violentos, agresivos y/o impulsivos, el riesgo de suicidio se eleva ante conflictos familiares. (31)

- **Factores de Personalidad y del Desarrollo**

Con relación a las características de personalidad de estos adolescentes, tienen un nivel de ejecución personal alto y perfeccionista, se sienten humillados ante el fracaso y presentan disminución del rendimiento escolar. Esto nos llevan a identificar como factores precipitantes de conductas suicidas la pérdida de prestigio entre los compañeros, rupturas amorosas, problemas escolares, duelo, separación y rechazo.

Dentro de los trastornos de personalidad asociados al suicidio, el diagnosticado con más frecuencia es el Trastorno Límite de Personalidad (borderline). Otro grupo importante es el de pacientes con personalidad histriónica. (31)

- **Factores Sociales y Familiares**

Resulta innegable como la influencia de la familia es un factor fundamental para el buen desarrollo y ajuste de los hijos. Cuando las relaciones entre padres e hijos

adolescentes se caracterizan por un adecuado funcionamiento familiar es mucho más probable que los adolescentes sean futuros ciudadanos responsables. (27)

La frecuencia de suicidios, conductas agresivas y conductas autodestructivas es mayor en niños y adolescentes con familias estresantes. Es un factor de riesgo, además, para aquellos niños y jóvenes que están solos, sin familia o con poco apoyo social. (31)

Se asocian también como factores de riesgo la pobre comunicación entre padres e hijos, familias desintegradas y un escaso apoyo familiar. Finalmente, se considera un factor de riesgo en adolescentes la existencia de historia familiar de comportamiento suicida. (31)

En este periodo de vida del ser humano, el entorno social se transforma, las amistades y el grupo de iguales adquieren una mayor relevancia, por lo que resulta necesario analizar la relación existente entre el adolescente y sus contextos más significativos (familia, escuela) constituidos como los entornos donde éste pasa la mayor parte de su tiempo, ya que dependiendo del grado de adaptación del joven en este periodo de la vida, favorecerá o dificultará que el adolescente llegue a la adultez con un bagaje de experiencias personales y sociales saludables y positivas.*(30)*

Se investigó el efecto amortiguador de fuentes específicas de apoyo social (de los padres y pares) en la tensión de la vida (interpersonal y no interpersonal) en la predicción de síntomas suicidas durante la adolescencia. Los resultados ponen de manifiesto una vía de desarrollo distinta para el desarrollo de síntomas suicidas que implican el apoyo de los padres que difiere del desarrollo de la disforia, y

significa la importancia y especificidad del apoyo social en la protección contra el suicidio en adolescentes. (31)

- **Factores Epidemiológicos Asociados**

Los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres en relación de 3 : 1 mientras que el suicidio consumado en más frecuente en los varones, en general, en la misma relación.

En referencia a los suicidios consumados, cerca de la mitad están entre 18 a 33 años. Existe una tendencia a nivel mundial del aumento de las tasas de suicidio en niños y adolescentes.

En lo que respecta a Condiciones Socioeconómicas; es mayor en el estrato social bajo, relacionándose con la frustración y carencias. El hecho de vivir solo es otro elemento de importancia.

Dentro de estas características, también se asocian los conflictos familiares y/o pareja, antecedentes familiares de conducta suicida, enfermedades física y/o mentales, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, carencia de soporte socio-familiar. (25)

## CUADRO CLÍNICO

### Datos Clínicos

- Pensamiento: Presenta un compromiso de los valores existenciales. Desde cuestionamiento de la existencia hasta el pensamiento conviccional de autodestrucción.
- Afectividad: ánimo depresivo con sensación de vacío y desesperanza

- Lenguaje : Expresión verbal o no verbal del interrogante de la existencia
- Impulsividad : Carencia del control de los impulsos
- Los mensajes verbales o escritos efectuados a los familiares
- Las circunstancias, fechas u horas de ocurrencia tienen el respectivo significado.

**DIAGNÓSTICO**

**Criterio de Diagnóstico**

La conducta suicida es caracterizada por un espectro clínico que abarca desde ideas suicidas vagas hasta el suicidio consumado. Los pensamientos suicidas son más frecuentes que los intentos de suicidio o suicidios consumados. La conducta suicida debe ser explorada en todos los pacientes que presentan episodio depresivo, crisis de angustia, episodios psicóticos agudos, conducta impulsiva y consumo de sustancias psicoactivas o condiciones como el embarazo no deseado. (32)

**Instrumentos de Evaluación:** Para la evaluación de los aspectos clínicos, psicológicos y sociales, se dispone de las siguientes encuestas o escalas; entre ellas:

A. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (MCMI-II)

El MCMI-II es un cuestionario de personalidad cuyo objetivo es suministrar información al profesional clínico en tareas de evaluación y toma de decisiones de tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales

B. ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

Recogen una serie de características relativas a: actitud ante la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio y realización del intento proyectado. Estos dos ítems tienen un valor meramente descriptivo, ya que no contabilizan en la puntuación global de la escala

C. INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL – CDI (Children's Depression Inventory)

El CDI evalúa dos escalas: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) y proporciona una puntuación total de Depresión.

### 2.1.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

1) **Adolescencia:** Etapa de crecimiento y desarrollo humano dado a continuación de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.
2) **Ideación Suicida:** Aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto-infringida, desde las formas deseadas de morir, los objetos, situaciones y condiciones en que se planea morir.
3) **Conducta suicida:** Continuum de conductas, que reúne a las ideas de suicidio, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado.
4) **Intento de Suicidio:** Conducta potencial lesiva autoinflingida y sin un resultado fatal, para la que exista prueba implícita o explícita, de intención de ocasionarse la muerte.

5) **Suicidio:** Definida como la muerte producida con la intención clara de poner fin a la propia vida de manera voluntaria.
6) **Autoderrotista (Masoquista):** Actitud que evita o arruina las experiencias placenteras.
7) **Distimia:** Forma leve, pero crónica, de depresión

## 2.3. HIPÓTESIS

### 2.3.1. Hipótesis general.

**H1.** Existe relación entre el Perfil Clínico y Epidemiológico en los adolescentes del 3º- 5º grado con Ideación Suicida en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017.

**H0**: No existe relación entre el Perfil Clínico y Epidemiológico en los adolescentes del 3º- 5º grado con Ideación Suicida en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017.

### 2.3.2. Hipótesis específicas.

1. **H1:** Existe relación entre los parámetros demográficos (edad y sexo) y la Ideación Suicida en los adolescentes del 3º- 5º grado en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017.

   **H0:** No existe relación entre los parámetros demográficos (edad y sexo) y la Ideación Suicida en los adolescentes del 3º- 5º grado en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017.

2. **H1:**Existe influencia de los Patrones Clínicos de personalidad sobre la Ideación Suicida en los adolescentes del 3º- 5º grado en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017

   **H0:** No existe influencia de los Patrones Clínicos de personalidad sobre la Ideación Suicida en los adolescentes del 3º- 5º grado en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017.

3. **H1:** Existe influencia de los Síndromes Clínicos de personalidad sobre la Ideación Suicida en los adolescentes del 3º- 5º grado en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017.

   **HO:** No existe influencia de los Síndromes Clínicos de personalidad sobre la Ideación Suicida en los adolescentes del 3º- 5º grado en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017.

## 2.4. VARIABLES DE ESTUDIO

### 2.4.1. VARIABLE DEPENDIENTE.

- Perfil Clínico y Epidemiológico.

### 2.4.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

- Ideación Suicida

## 2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Problema de investigación:** ¿Cuáles son las características Clínicas y Epidemiológicas en los adolescentes del 3º- 5º grado con Ideación Suicida en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017?

| VARIABLES | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | DIMENSIONES | INDICADORES | INSTRUMENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDEACIÓN SUICIDA | Son ideas o pensamientos que tiene la persona acerca de la propia muerte. | La ideación suicida se medirá por medio de la Escala de Ideación suicida de Beck. | CUALITATIVA | NOMINAL | BAJA<br>MEDIA<br>ALTA | 18 – 24<br>25 – 30<br>31 - 36 | FICHA DE RECLECCIÓN DE DATOS |

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | DIMENSIONES | INDICADORES | INSTRUMENTO DE MEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **PERFIL CLÍNICO** | Conjunto de rasgos pec uliares que caracterizan a alguien o algo. | Características de personalidad y los Síndromes Clínicos de los adolescentes. Evaluada por patrones de personalidad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (*MCMI-II*) | Cualitativa Nominal Politómica | Patrón Clínico de Personalidad<br><br>Síndromes Clínicos | Esquizoide<br>-Evitativa<br>-Dependiente<br>-Histriónica<br>-Narcisista<br>-Antisocial<br>-Agresivo sádica<br>-Compulsiva<br>-Pasivo/agresiva<br>-Autodestructiva<br><br>-Pensamiento psicótico<br>-Depresión mayor<br>-Trastorno delirante | Indicador elevado (>84)<br><br>Indicador moderado (75-84)<br><br>Indicador sugestivo (60-74)<br><br>Indicador bajo (35-59)<br><br>Indicador nulo(0-34) | Ficha de recolección de datos |

| | VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | DIMENSIONES | INDICADORES | INSTRUMENTO DE MEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO** | Edad | Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació. | Número de años cumplidos del paciente desde su nacimiento, hasta el momento del estudio. | Cuantitativa | Politómica | Entre 14 – 17 | Determinar el grupo etario predominante en años. | Ficha de recolección de datos |
| | Sexo | Características Biológicas que identifican a la especie humana en varones y mujeres. | Diferencia entre varones y mujeres | Cualitativa | Dicotómica | Femenino<br>Masculino | Número de adolescentes del sexo femenino.<br>Número de adolescentes del sexo masculino. | |
| | Procedencia | Origen, principio de donde nace o deriva una cosa. | Distrito de Manantay o departamento de procedencia del sujeto de estudio | Cualitativa | Dicotómica | Distrito de procedencia o departamento | - Manantay<br>- Callería | |

# CAPÍTULO III

# METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÒN

## 3.1. ÀMBITO DE ESTUDIO

Región : Ucayali

Provincia : Coronel Portillo

Distrito : Manantay

Lugar : Instituciones Educativas Martin Bisson – La Paz y San Fernando

## 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÒN

El método que se empleará para este estudio es descriptivo con nivel correlacional, observacional, corte transversal.

**Descriptivo:** Porque tiene como objeto determinar qué características epidemiológicas están relacionadas con la ideación suicida en adolescentes escolares tal y cual se manifiesta las variables sin manipulación de las mismas.

**Corte transversal:** Se realiza el estudio en un tiempo determinado.

**Observacional:** Este tipo de estudios busca observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. No se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza.

## 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

### 3.3.1. POBLACION.

Corresponde al 100% de los adolescentes escolares del 3º al 5º grado de secundaria en dos Colegios Públicos del distrito de Manantay.: I.E. San Fernando e I.E. Martin Bisson – La Paz

**TABLA Nº 1**

**Distribución de población total**

| | |
|---|---|
| Nº Estudiantes 3º Grado | 301 |
| Nº Estudiantes 4º Grado | 264 |
| Nº Estudiantes 5º Grado | 229 |
| **Total** | 794 |

### 3.3.2. MUESTRA

Conformada por el 30.10 % de la población de estudio, es decir 239estudiantes de entre 14-17 años. La selección de la muestra se estableció mediante el método de muestreo no probabilístico de tipo intencional o de conveniencia, que no implica la aplicación de fórmula estadística.

**TABLA Nº 2**

**Distribución de frecuencia y porcentaje de la muestra de escolares**

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|---|---|---|---|
| Sexo | Femenino | 124 | 51.9 |
| | Masculino | 115 | 48.1 |
| Edad | 14 años | 44 | 18.4 |
| | 15 años | 76 | 31.8 |
| | 16 años | 76 | 31.8 |
| | 17 años | 43 | 18.0 |

### 3.3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

#### A) CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Aquellos estudiantes que se encuentran entre los rangos de edad de 14 y 17 años.

Estudiantes del 3er al 5to grado de secundaria.

Estar matriculados en el presente año lectivo.

Estudiantes de Instituciones Educativas Públicas.

#### B) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Cuestionarios que no estén resueltos correctamente.

Estudiantes ausentes en la fecha de aplicación de la prueba.

Estudiantes que no deseen participar en el estudio.

## 3.4. TÈCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.4.1. TÉCNICA

Las técnicas empleadas en la investigación fueron:

- La observación estructurada no participante para examinar y registrar mediante instrumentos de recopilación establecidos de antemano los datos o hechos visuales en una situación real.[34]
- La encuesta para obtener información que sobre opiniones, actitudes o valoraciones subjetivas de los sujetos en estudio. [35]

### 3.4.2. INSTRUMENTO

En la recolección de los datos se emplearon los siguientes instrumentos:

#### A- ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a: actitud ante la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado. Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de intencionalidad suicida [33]. (Anexo 7)

**TABLA Nº 3**

**Características evaluadas por la Escala de Ideación Suicida de Beck**

| | Factores | N° Ítems | Ítems |
|---|---|---|---|
| I. | Actitudes hacia la vida y la muerte | 5 | 1, 2, 3, 4, 5 |
| II. | Pensamientos y deseos de suicidarse | 4 | 6, 7, 8, 9 |
| III. | Intento suicida | 4 | 10, 11, 12, 13 |
| IV. | Desesperanza | 5 | 14, 15, 16, 17 18 |

**TABLA Nº 4**

**Puntuación de la Escala de Ideación Suicida de Beck**

| I | II | III | IV | Ideación suicida | Niveles |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 – 6 | 4 - 5 | 4 - 5 | 5 – 6 | 18 – 24 | Nivel bajo: Posee un bajo riesgo de ideación suicida |
| 7 – 8 | 6 | 6 | 7 – 8 | 25 – 30 | Nivel medio: Posee riesgo de ideación suicida |
| 9 - 10 | 7 - 8 | 7 - 8 | 9 - 10 | 31– 36 | Nivel alto: Posee un alto riesgo de ideación suicida |

## B. INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL – CDI (Children's Depression Inventory)

Consta de 27 ítems, cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente.

El CDI evalúa dos escalas: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) y proporciona una puntuación total de Depresión. (Anexo 8)

**TABLA Nº 5**

**Características evaluadas por la Escala de CDI**

| Factores | N° Ítems | Ítems |
|---|---|---|
| Disforia | 14 | 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27 |
| Autoestima negativa | 13 | 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24, 25 |

El punto de corte recomendado para su uso como instrumento de exploración de síntomas se sitúa en 19 puntos. Si el valor es menor a 19 indica que el individuo tiene síntomas depresivos normales, y mayor a 19 que indicaría sintomatología depresiva clara.

## C. INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (MCMI-II)

El MCMI-II es un cuestionario de personalidad cuyo objetivo es suministrar información al profesional clínico en tareas de evaluación y toma de decisiones de tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales (Anexo 9)

**TABLA Nº 6**

**Escalas de Personalidad evaluadas en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon**

| Escalas | | | Puntaje | |
|---|---|---|---|---|
| Fiabilidad y validez | V | Validez | 0 – Prueba válida<br>1 – Prueba cuestionable<br>>1 – Prueba inválida | |
| | X | Sinceridad | 145 > X < 590 Continuar con la calificación<br>145 < X > 590 Detener calificación | |
| | Y | Deseabilidad social | > 75 personalidad atrayente<br>< 75 encubre su personalidad | |
| | Z | Autodescalificación | > 75 inclinaciones a desvalorizarse<br>< 75 clama ayuda | |
| Patrones clínicos de personalidad | 1 | Esquizoide | | |
| | 2 | Evitativo | | |
| | 3 | Dependiente (Sumisa) | | |
| | 4 | Histriónico | | |
| | 5 | Narcisita | | |
| | 6 A | Antisocial | | |
| | 6 B | Agresivo-sádico | | |
| | 7 | Compulsivo (Rígido) | | |
| | 8 A | Pasivo-agresivo | **Indicador elevado** | **>84** |
| | 8 B | Autoderrotista (Masoquista) | **Indicador moderado** | **75-84** |
| Patología severa de personalidad | S | Esquizotípico | **Indicador sugestivo** | **60-74** |
| | C | Borderline | **Indicador bajo** | **35-59** |
| | P | Paranoide | **Indicador nulo** | **0-34** |
| | A | Ansiedad | | |
| | H | Somatoformo | | |
| | N | Bipolar | | |
| | D | Distimia | | |
| | B | Dependencia de alcohol | | |
| | T | Dependencia de drogas | | |
| Síndromes clínicos | SS | Desorden del pensamiento | | |
| | CC | Depresión mayor | | |
| | PP | Desorden delusional | | |

## 3.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Se implementó con libretas de apuntes, bolígrafos, lápices y borradores para empezar con la recolección de información.

2. Se acudió a las Instituciones Educativas seleccionadas y se solicitará el permiso respectivo para poder ejecutar nuestro proyecto de investigación.

3. Posteriormente se realizó la selección de los estudiantes que cumplen con los criterios de inclusión.

4. Dichos datos fueron anotados en una ficha de recolección de datos, donde se obtendrá información sobre el perfil epidemiológico, edad, sexo, grado de estudios.

5. Finalmente, se empleó los instrumentos respectivos: Escalade Ideación Suicida (SSI) de Beck modificada, así como el Inventario Clínico Multiaxial De Millon (MCMI-II) y el CDI.

## 3.6. TRATAMIENTOS DE DATOS

La unidad de análisis será cada estudiante seleccionados bajo los criterios de inclusión, Se realizará la búsqueda, empleo de escalas de valoración.

Posteriormente; los datos obtenidos serán incluidos y analizados en el software estadístico SPSS V.25.0. Se presentarán los datos mediante estadísticas descriptivas como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medias y desviación estándar para las numéricas.

# CAPÍTULO IV

# RESULTADOS

## 4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Se realizó la investigación "CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDA EN COLEGIOS PÚBLICOS DEL PERÚ, AÑO 2017", en donde se encontraron los siguientes resultados.

### 4.1.1. Análisis Inferencial

#### 4.1.1.1. Relación entre los parámetros demográficos (edad y sexo) y la ideación suicida

**TABLA Nº 7**

***Distribución de frecuencia y porcentaje en relación al sexo y a la ideación suicida en adolescentes del 3º - 5º grado de secundaria en dos colegios Públicos del Distrito de Manantay, año 2017***

| Sexo | Nivel de Ideación Suicida | | | | | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | | Medio | | Bajo | | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Femenino | 4 | 1.79 | 77 | 34.38 | 33 | 14.73 | 114 | 50.89 |
| Masculino | 2 | 0.89 | 68 | 30.36 | 40 | 17.86 | 110 | 49.11 |
| Total | 6 | 2.68 | 145 | 64.73 | 73 | 32.59 | 224 | 100.00 |

*Fuente: Fichas de recolección de datos. Nota:* Análisis estadístico SPSS (V25.0).

**Gráfico N° 1**

***Distribución de frecuencia y porcentaje en relación al sexo y a la ideación suicida en adolescentes del 3º - 5º grado de secundaria en dos colegios Públicos del Distrito de Manantay, año 2017***

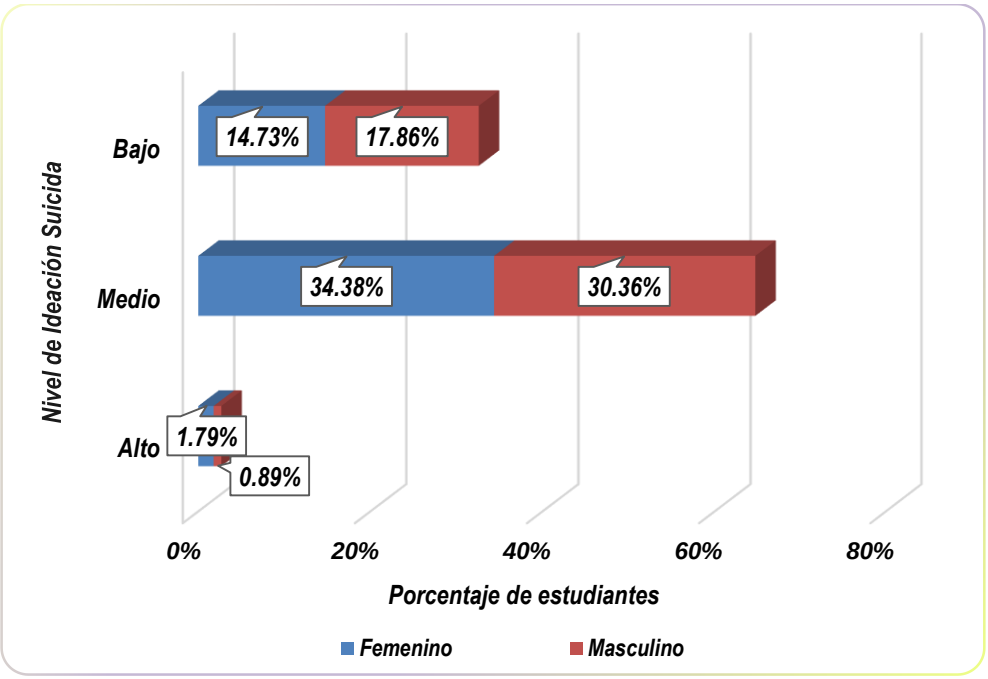



Gráfico N° 1. Sexo e ideación suicida
*Nota:* Datos extraídos de la Tabla N°7

**Interpretación:**

En el **Gráfico N° 1,** se observa que del 100 % de individuos, el 64.73 % (145) reflejaron nivel medio, 32.59 % (73) resultaron en el nivel bajo y el 2.68 % (6) resultaron en el nivel alto.

Referente al sexo, el 50.89 % (114) son del sexo femenino, de las cuales el 34.38 % (77) reflejaron el nivel medio que indica riesgo de ideación suicida. Mientras que, el 49.11 %(110) son del sexo masculino; de estos, el 30.36 % reflejaron el nivel medio.

**TABLA Nº 8**

***Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a la edad y a la ideación suicida en adolescentes del 3º - 5º grado de secundaria en dos colegios Públicos del Distrito de Manantay, año 2017***

| Edad | Nivel de Ideación Suicida | | | | | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | | Medio | | Bajo | | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| 14 años | 1 | 0.45 | 32 | 14.29 | 6 | 2.68 | 39 | 17.41 |
| 15 años | 2 | 0.89 | 45 | 20.09 | 23 | 10.27 | 70 | 31.25 |
| 16 años | 2 | 0.89 | 48 | 21.43 | 25 | 11.16 | 75 | 33.48 |
| 17 años | 1 | 0.45 | 20 | 8.93 | 19 | 8.48 | 40 | 17.86 |
| Total | 6 | 2.68 | 145 | 64.73 | 73 | 32.59 | 224 | 100.00 |

*Fuente: Fichas de recolección de datos Nota:* Análisis estadístico SPSS (V25.0).

**Gráfico N° 2**

***Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a la edad y a la ideación suicida en adolescentes del 3º - 5º grado de secundaria en dos colegios Públicos del Distrito de Manantay, año 2017***

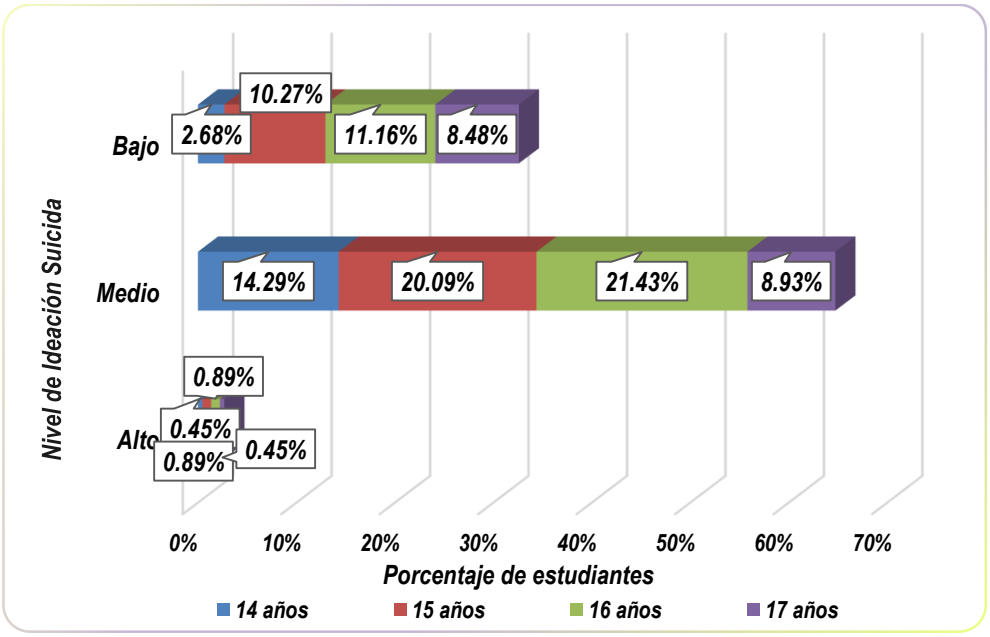



*Gráfico Nº 2.* Edad e ideación suicida
*Nota:* Datos extraídos de la tabla 8.

**Interpretación:**

En el **Gráfico Nº 2**, se observa que del 100 % de individuos, el 64.73 % (145) reflejaron nivel medio, 32.59 % (73) resultaron en el nivel bajo y el 2.68 % (6) resultaron en el nivel alto.

Del 33.48 % (75) de individuos de 16 años, el 21.43 % (48) reflejó nivel medio y el 11.16 % resultó con nivel bajo. Así mismo, del 31.25 % de individuos con 15 años, el 20.09 % (45) alcanzó el nivel medio y, el 10.27 % (23) alcanzó el nivel bajo.

### 4.1.1.2. Relación entre depresión e ideación suicida en los estudiantes

**TABLA Nº 9**

***Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a la depresión y a la ideación suicida en adolescentes del 3º - 5º grado de secundaria en dos colegios Públicos del Distrito de Manantay, año 2017***

| | Nivel de Ideación Suicida | | | | | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Alto | | Medio | | Bajo | | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Sintomatología depresiva clara | 3 | 1.73 | 23 | 13.29 | 7 | 4.05 | 33 | 19.08 |
| Síntomas depresivos normales | 3 | 1.73 | 97 | 56.07 | 40 | 17.86 | 140 | 75.66 |
| Total | 6 | 3.47 | 120 | 69.36 | 47 | 21.90 | 173 | 94.74 |

*Fuente: Fichas de recolección de datos* *Nota:* Análisis estadístico SPSS (V25.0).

**Gráfico N° 3**

***Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a la depresión y a la ideación suicida en adolescentes del 3º - 5º grado de secundaria en dos colegios Públicos del Distrito de Manantay, año 2017***

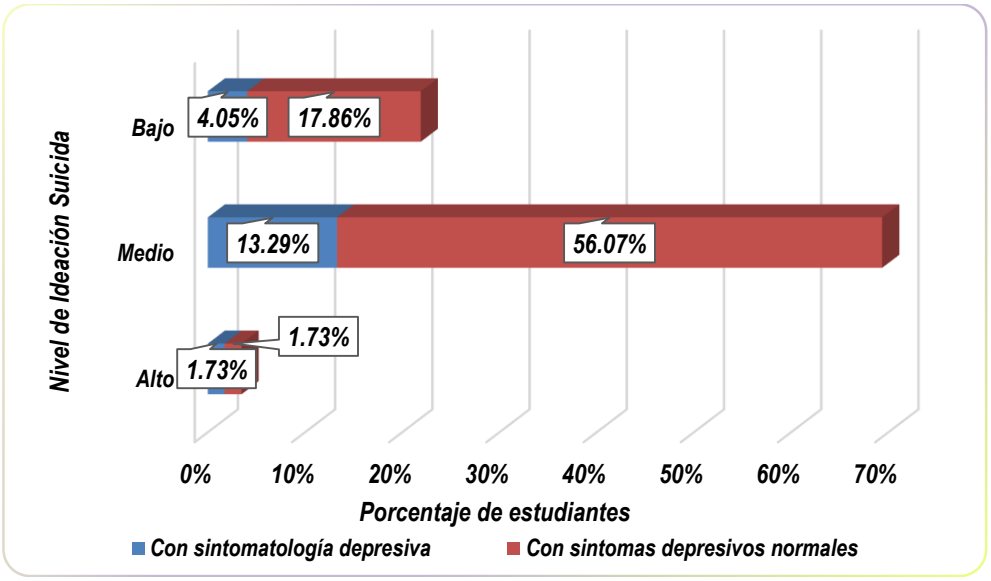



Gráfico *Nº 3.* Depresión e Ideación suicida. *Nota:* Datos extraídos de la tabla 9.

**Interpretación:**

En el **Gráfico Nº 3**, se observa que del 100 % (173) individuos, sólo el 19.08 % (33) reflejó sintomatología depresiva clara, de estos el mayor porcentaje de 13.29 % reflejó nivel medio de ideación suicida. En cuanto al resto de individuos, el 75.66 % (140) reflejó síntomas depresivos normales, sin embargo estos se encuentran distribuidos entre los 3 niveles de ideación suicida, concentrándose el mayor porcentaje en el nivel medio.

### 4.1.1.3. Patrones clínicos de personalidad en la ideación suicida

**TABLA Nº 10**

***Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a los patrones clínicos de personalidad y a la ideación suicida en adolescentes del 3º - 5º grado de secundaria en dos colegios Públicos del Distrito de Manantay, año 2017***

Recuento: 222

| Rasgos | Indicador | Nivel de Ideación Suicida | | | | | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Alto | | Medio | | Bajo | | | |
| | | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Esquizoide | Nulo | 5 | 2.48 | 85 | 42.08 | 49 | 24.26 | 139 | 68.81 |
| | Bajo | 0 | 0.00 | 44 | 21.78 | 19 | 9.41 | 63 | 31.19 |
| Evitativo | Nulo | 2 | 0.99 | 63 | 31.19 | 40 | 19.80 | 105 | 51.98 |
| | Bajo | 3 | 1.49 | 66 | 32.67 | 28 | 13.86 | 97 | 48.02 |
| Dependiente (Sumisa) | Nulo | 4 | 1.98 | 77 | 38.12 | 36 | 17.82 | 117 | 57.92 |
| | Bajo | 1 | 0.50 | 52 | 25.74 | 32 | 15.84 | 85 | 42.08 |
| Histriónico | Nulo | 4 | 1.98 | 66 | 32.67 | 40 | 19.80 | 110 | 54.46 |
| | Bajo | 1 | 0.50 | 63 | 31.19 | 28 | 13.86 | 92 | 45.54 |
| Narcisista | Nulo | 0 | 0.00 | 43 | 21.29 | 26 | 12.87 | 69 | 34.16 |
| | Bajo | 5 | 2.48 | 86 | 42.57 | 42 | 20.79 | 133 | 65.84 |
| Antisocial | Nulo | 4 | 1.98 | 74 | 36.63 | 42 | 20.79 | 120 | 59.41 |
| | Bajo | 1 | 0.50 | 55 | 27.23 | 26 | 12.87 | 82 | 40.59 |
| Agresivo-sádico | Nulo | 2 | 0.99 | 45 | 22.28 | 31 | 15.35 | 78 | 38.61 |
| | Bajo | 3 | 1.49 | 84 | 41.58 | 37 | 18.32 | 124 | 61.39 |
| Compulsivo (Rígido) | Nulo | 4 | 1.98 | 73 | 36.14 | 41 | 20.30 | 118 | 58.42 |
| | Bajo | 1 | 0.50 | 56 | 27.72 | 27 | 13.37 | 84 | 41.58 |
| Pasivo-agresivo | Nulo | 2 | 0.99 | 54 | 26.73 | 32 | 15.84 | 88 | 43.56 |
| | Bajo | 3 | 1.49 | 75 | 37.13 | 36 | 17.82 | 114 | 56.44 |
| Autoderrotista (Masoquista) | Nulo | 1 | 0.50 | 89 | 44.06 | 54 | 26.73 | 144 | 71.29 |
| | Bajo | 4 | 1.98 | 40 | 19.80 | 14 | 6.93 | 58 | 28.71 |

*Fuente: Fichas de recolección de datos* *Nota:* Análisis estadístico SPSS (V25.0).

**Gráfico N° 4**

***Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a los patrones clínicos de personalidad y a la ideación suicida en adolescentes del 3º - 5º grado de secundaria en dos colegios Públicos del Distrito de Manantay, año 2017***

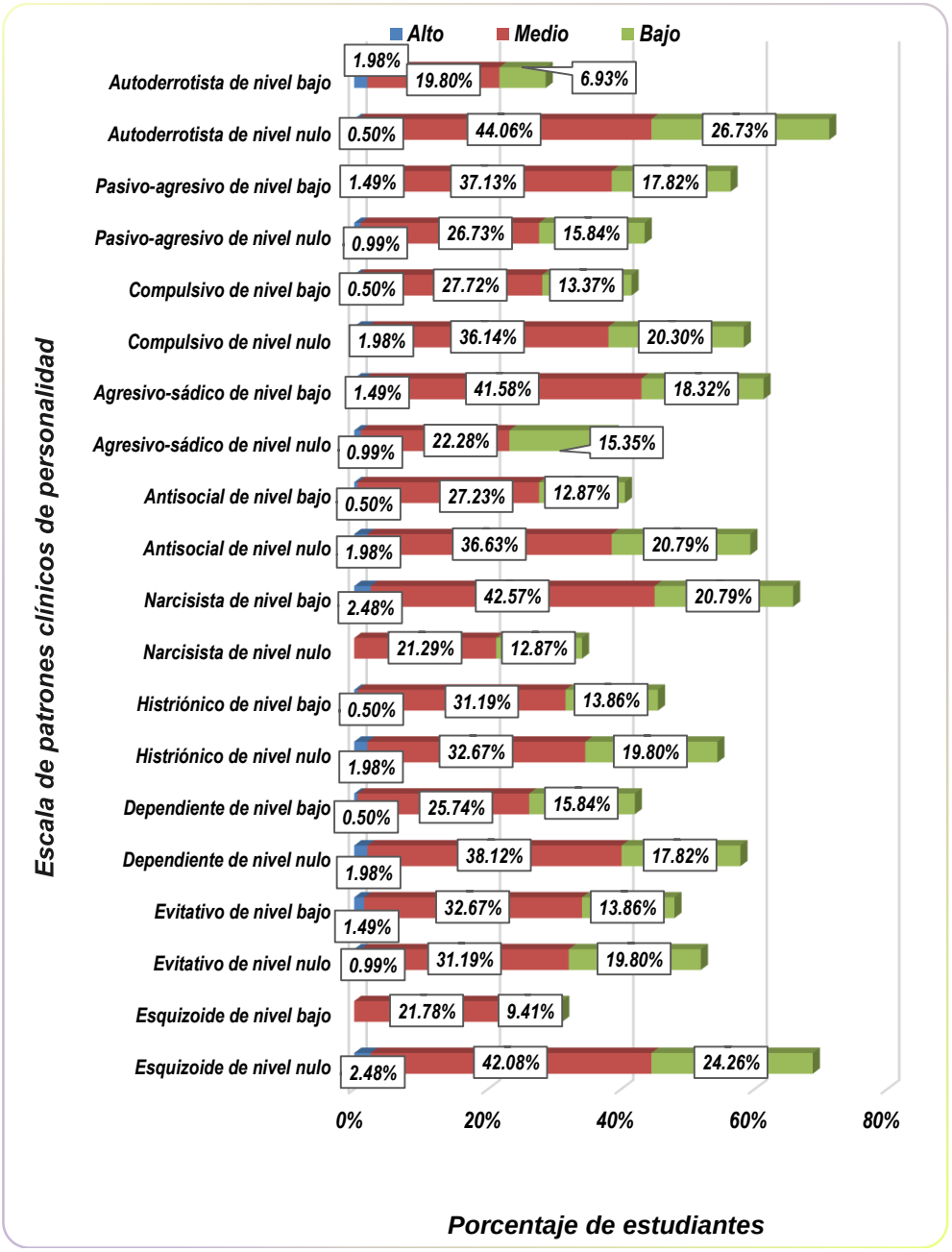



Gráfico Nº 4. Patrones clínicos de personalidad e ideación suicida
*Nota:* Datos extraídos de la tabla 10.

**Interpretación:**

En el **Gráfico Nº 4**, se observa que del 100 % (222) de individuos que desarrolló correctamente la evaluación la gran mayoría reflejo el nivel nulo en todos los rasgos de la escala de patrones clínicos de personalidad, siendo el nivel medio de ideación suicida la más frecuente en los individuos.

El 65.84 % (133) es el mayor número de individuos que reflejó nivel bajo en el rasgo "narcisista" seguido del 61.39 % (124) en el rasgo "agresivo sádico" y el 56.44 % (114) en el rasgo "pasivo - agresivo"; así mismo, los rasgos "autoderrotista" y "esquizoide", resultaron con menor frecuencia en el nivel bajo con el 28.71 % (58) y el 31.19 % (63).

Entre aquellos individuos que reflejaron nivel alto de ideación suicida, apenas un máximo del 2.48 % (5) de individuos resultaron con indicadores de nivel bajo en los rasgos de patrones clínicos de personalidad. El rasgo "esquizoide" no presenta individuos con indicadores en el nivel bajo.

### 4.1.1.4. Patología severa de personalidad en la ideación suicida

**TABLA Nº 11**

***Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a la patología severa de personalidad y a la ideación suicida en adolescentes del 3º - 5º grado de secundaria en dos colegios Públicos del Distrito de Manantay, año 2017***

Recuento: 222

| Rasgos | Indicador | Nivel de Ideación Suicida | | | | | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Alto | | Medio | | Bajo | | | |
| | | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Esquizotipico | Nulo | 4 | 1.98 | 98 | 48.51 | 56 | 27.72 | 158 | 78.22 |
| | Bajo | 1 | 0.50 | 31 | 15.35 | 12 | 5.94 | 44 | 21.78 |
| Borderline | Nulo | 3 | 1.49 | 103 | 50.99 | 58 | 28.71 | 164 | 81.19 |
| | Bajo | 2 | 0.99 | 26 | 12.87 | 10 | 4.95 | 38 | 18.81 |
| Paranoide | Nulo | 2 | 0.99 | 65 | 32.18 | 37 | 18.32 | 104 | 51.49 |
| | Bajo | 3 | 1.49 | 64 | 31.68 | 31 | 15.35 | 98 | 48.51 |
| Ansiedad | Nulo | 4 | 1.98 | 101 | 50.00 | 56 | 27.72 | 161 | 79.70 |
| | Bajo | 1 | 0.50 | 28 | 13.86 | 12 | 5.94 | 41 | 20.30 |
| Somatoformo | Nulo | 5 | 2.48 | 116 | 57.43 | 63 | 31.19 | 184 | 91.09 |
| | Bajo | 0 | 0.00 | 13 | 6.44 | 5 | 2.48 | 18 | 8.91 |
| Bipolar | Nulo | 5 | 2.48 | 114 | 56.44 | 61 | 30.20 | 180 | 89.11 |
| | Bajo | 0 | 0.00 | 15 | 7.43 | 7 | 3.47 | 22 | 10.89 |
| Distimia | Nulo | 2 | 0.99 | 100 | 49.50 | 58 | 28.71 | 160 | 79.21 |
| | Bajo | 3 | 1.49 | 29 | 14.36 | 10 | 4.95 | 42 | 20.79 |
| Dependencia de alcohol | Nulo | 5 | 2.48 | 119 | 58.91 | 63 | 31.19 | 187 | 92.57 |
| | Bajo | 0 | 0.00 | 10 | 4.95 | 5 | 2.48 | 15 | 7.43 |
| Dependencia de drogas | Nulo | 4 | 1.98 | 107 | 52.97 | 54 | 26.73 | 165 | 81.68 |
| | Bajo | 1 | 0.50 | 22 | 10.89 | 14 | 6.93 | 37 | 18.32 |

*Fuente: Fichas de recolección de datos Nota:* Análisis estadístico SPSS (V25.0).

## Gráfico N° 5

***Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a la patología severa de personalidad y a la ideación suicida en adolescentes del 3º - 5º grado de secundaria en dos colegios Públicos del Distrito de Manantay, año 2017***

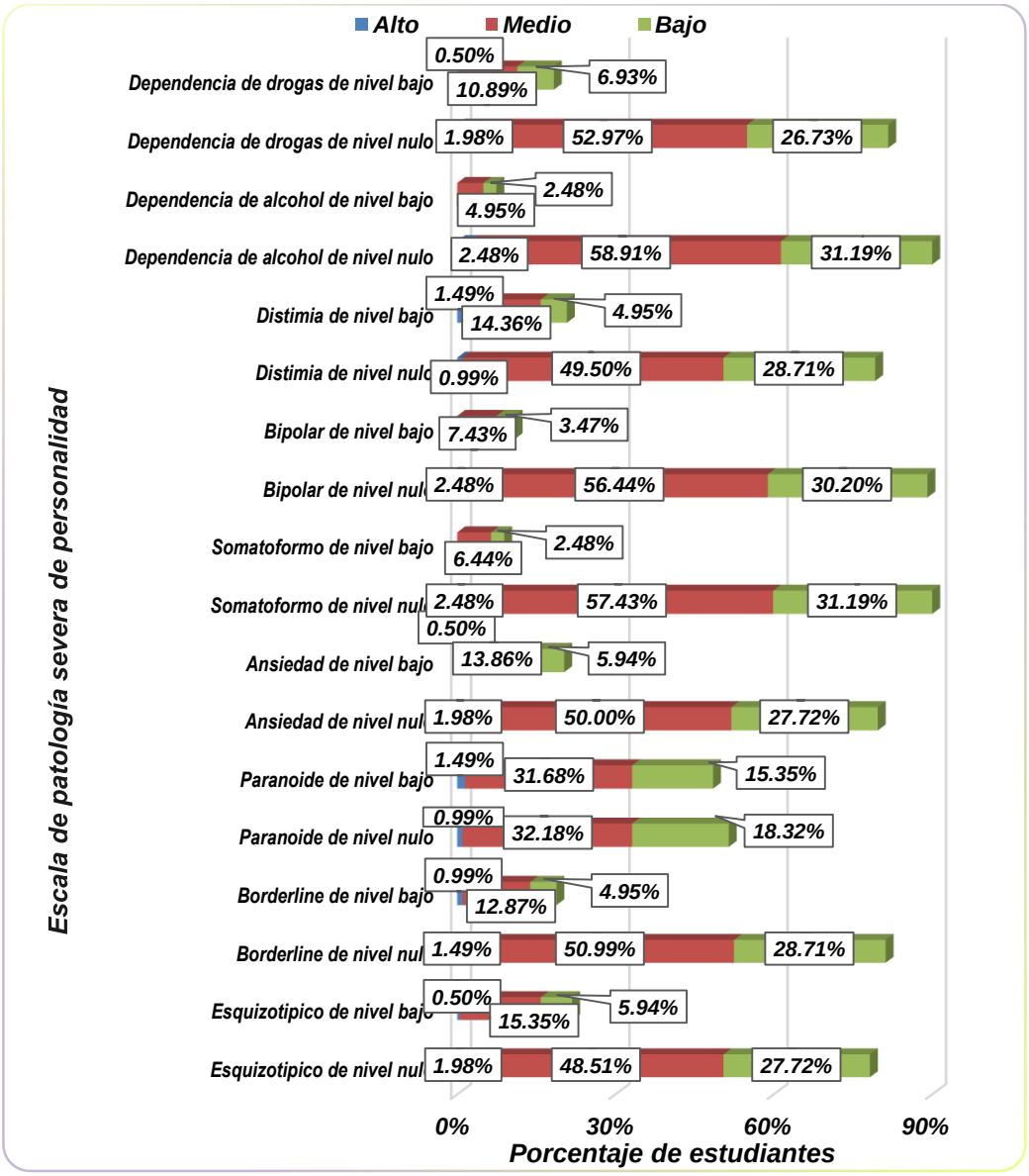



Gráfico Nº *5.* Patología severa de personalidad e ideación suicida *Nota:* Datos extraídos de la tabla 11.

**Interpretación:**

En el **Gráfico Nº 5** se observa que del 100 % (222) de individuos que desarrolló correctamente la evaluación la gran mayoría reflejo el nivel nulo en todos los rasgos de la escala de patología severa de personalidad, siendo el nivel medio de ideación suicida la más frecuente en los individuos.

El 48.51 % (98) es el mayor número de individuos que reflejó nivel bajo en el rasgo "paranoide" seguido del 21.78 % (44) en el rasgo "esquizotipico" y el 20.79 % (42) en el rasgo "distimia"; así mismo, los rasgos "dependencia de alcohol" y "somatoformo", resultaron con menor frecuencia en el nivel bajo con el 7.43 % (15) y el 8.91 % (18).

Entre aquellos individuos que reflejaron nivel alto de ideación suicida, apenas un máximo del 2.48 % (5) de individuos resultaron con indicadores de nivel bajo en los rasgos de patrones clínicos de personalidad. Los rasgos "somatomorfo", "bipolar" y "dependencia de alcohol" no presenta individuos con indicadores en el nivel bajo.

### 4.1.1.5. Síndromes clínicos de personalidad en la ideación suicida

**TABLA Nº 12**

***Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a los síndromes clínicos de personalidad y a la ideación suicida en adolescentes del 3º - 5º grado de secundaria en dos colegios Públicos del Distrito de Manantay, año 2017***

Recuento: 222

| Rasgos | Indicador | Nivel de Ideación Suicida | | | | | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Alto | | Medio | | Bajo | | | |
| | | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Desorden del pensamiento | Nulo | 3 | 1.49 | 100 | 49.50 | 58 | 28.71 | 161 | 79.70 |
| | Bajo | 2 | 0.99 | 29 | 14.36 | 10 | 4.95 | 41 | 20.30 |
| Depresión mayor | Nulo | 4 | 1.98 | 123 | 60.89 | 67 | 33.17 | 194 | 96.04 |
| | Bajo | 1 | 0.50 | 6 | 2.97 | 1 | 0.50 | 8 | 3.96 |
| Desorden delusional | Nulo | 4 | 1.98 | 83 | 41.09 | 48 | 23.76 | 135 | 66.83 |
| | Bajo | 1 | 0.50 | 46 | 22.77 | 20 | 9.90 | 67 | 33.17 |

*Fuente: Fichas de recolección de datos Nota:* Análisis estadístico SPSS (V25.0).

**Gráfico N° 6**

***Distribución de frecuencia y porcentaje en relación a los síndromes clínicos de personalidad y a la ideación suicida en adolescentes del 3º - 5º grado de secundaria en dos colegios Públicos del Distrito de Manantay, año 2017***

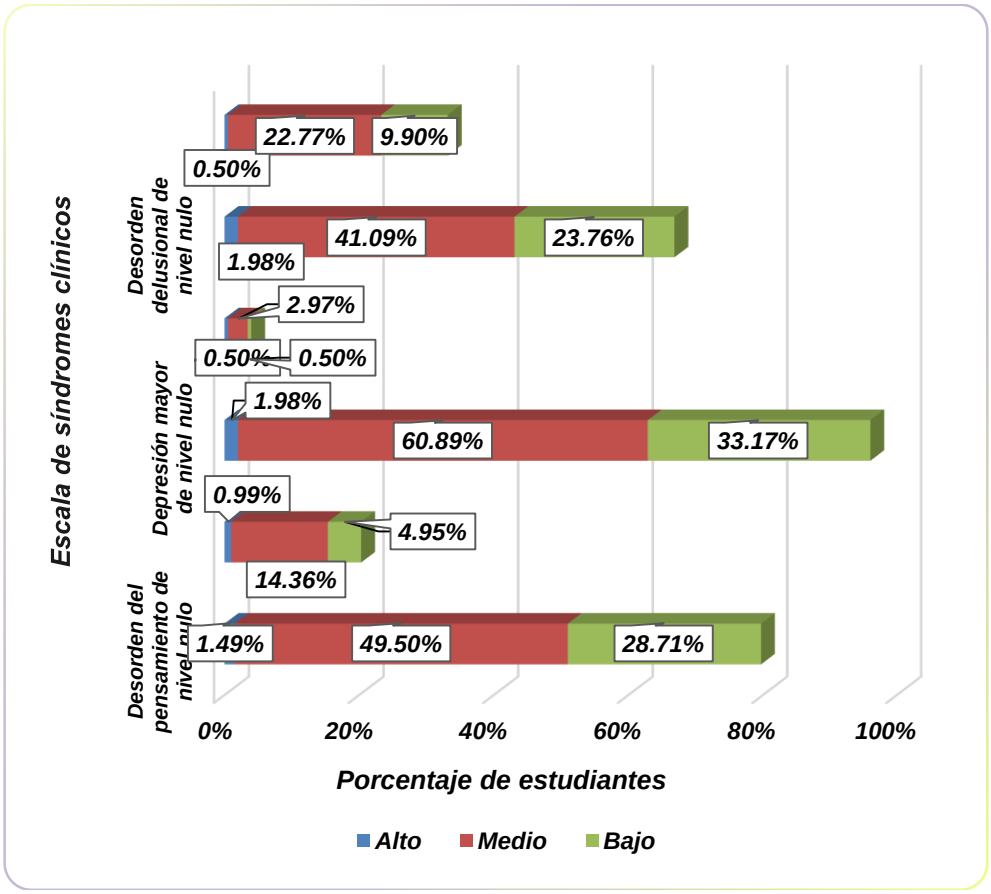



Gráfico Nº *6.* Patrones clínicos de personalidad e Ideación suicida
*Nota:* Datos extraídos de la tabla 12.

**Interpretación:**

En **el Gráfico Nº6**, se observa que del 100 % (222) de individuos que desarrolló correctamente la evaluación la gran mayoría reflejó el nivel nulo en todos los rasgos de la escala de síndromes clínicos de personalidad, siendo el nivel medio de ideación suicida la más frecuente en los individuos.

El 33.17 % (67) es el mayor número de individuos que reflejó nivel bajo en el rasgo "desorden delusional" seguido del 20.30 % (41) en el rasgo "desorden del pensamiento"; así mismo, el rasgo "depresión mayor" resultó con menor frecuencia en el nivel bajo con el 3.96 % (8).

Entre aquellos individuos que reflejaron nivel alto de ideación suicida, apenas un máximo del 0.99 % (2) de individuos resultaron con indicadores de nivel bajo en los rasgos de síndromes clínicos de personalidad.

### 4.1.2. Análisis de comprobación

#### 4.1.2.1. Prueba de normalidad

Para determinar si los datos provienen de una distribución normal se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov a nivel de 5% de significancia, el cual se aplica cuando la muestra esta constituía de más de 50 datos, bajo los siguientes criterios:

a) **P-valor ≥ α**→Aceptar $H_0$=Los datos derivan de una distribución normal.
b) **P-valor < α**→Aceptar $H_1$=Los datos no derivan de una distribución normal.

**TABLA Nº 13**

***Valores de la prueba de normalidad de la variable ideación suicida y sus dimensiones***

| | Estadístico | gl | Sig. |
|---|---|---|---|
| Variable: Ideación suicida | 0.394 | 224 | ,000 |
| Actitudes hacia la vida y la muerte | 0.425 | 224 | ,000 |
| Pensamientos y deseos de suicidarse | 0.306 | 224 | ,000 |
| Intento suicida | 0.363 | 224 | ,000 |
| Desesperanza | 0.440 | 224 | ,000 |
| Ideación suicida | 0.394 | 224 | ,000 |

*Fuente: Fichas de recolección de datos Nota:* Análisis estadístico SPSS (V25.0).

**Interpretación:**

En la **Tabla Nº 13** se observa que el p-valor < 0,05 para la variable Ideación Suicida y sus dimensiones por lo que se acepta la $H_1$, es decir los datos no derivan de una distribución normal.

**TABLA Nº 14**

***Valores de la prueba de normalidad de la variable depresión y sus dimensiones***

| | Estadístico | gl | Sig. |
|---|---|---|---|
| Variable: Depresión | ,134 | 178 | ,000 |
| Disforia | ,413 | 178 | ,000 |
| Autoestima negativa | ,347 | 178 | ,000 |

*Nota:* Análisis estadístico SPSS (V25.0).

**Interpretación:**

En la **Tabla Nº 14** se observa que el p-valor < 0,05 para la variable "Depresión" y sus dimensiones por lo que se acepta la $H_1$, es decir los datos no derivan de una distribución normal.

**TABLA Nº 15**

***Valores de la prueba de normalidad de las escalas de personalidad***

| | | Estadístico | gl | Sig. |
|---|---|---|---|---|
| Fiabilidad y validez | Deseabilidad social | 0.412 | 216 | 0.000 |
| | Autodescalificación | 0.502 | 216 | 0.000 |
| Patrones clínicos de personalidad | Esquizoide | 0.438 | 216 | 0.000 |
| | Evitativo | 0.343 | 216 | 0.000 |
| | Dependiente (Sumisa) | 0.374 | 216 | 0.000 |
| | Histriónico | 0.362 | 216 | 0.000 |
| | Narcisita | 0.419 | 216 | 0.000 |
| | Antisocial | 0.396 | 216 | 0.000 |
| | Agresivo-sádico | 0.386 | 216 | 0.000 |
| | Compulsivo (Rígido) | 0.391 | 216 | 0.000 |
| | Pasivo-agresivo | 0.374 | 216 | 0.000 |
| | Autoderrotista (Masoquista) | 0.447 | 216 | 0.000 |
| Patología severa de personalidad | Esquizotípico | 0.483 | 216 | 0.000 |
| | Borderline | 0.494 | 216 | 0.000 |
| | Paranoide | 0.353 | 216 | 0.000 |
| | Ansiedad | 0.491 | 216 | 0.000 |
| | Somatoformo | 0.535 | 216 | 0.000 |
| | Bipolar | 0.530 | 216 | 0.000 |
| | Distimia | 0.487 | 216 | 0.000 |
| | Dependencia de alcohol | 0.537 | 216 | 0.000 |
| | Dependencia de drogas | 0.500 | 216 | 0.000 |
| Síndromes clínicos de personalidad | Desorden del pensamiento | 0.494 | 216 | 0.000 |
| | Depresión mayor | 0.541 | 216 | 0.000 |
| | Desorden delusional | 0.426 | 216 | 0.000 |

*Fuente: Fichas de recolección de datos Nota:* Análisis estadístico SPSS (V25.0).

**Interpretación:**

En la **Tabla Nº 15** se observa que el p-valor < 0,05 para las escalas de personalidad por lo que se acepta la $H_1$, es decir los datos no derivan de una distribución normal.

### 4.1.3. Prueba de hipótesis

**TABLA Nº 16**

***Prueba de hipótesis entre el sexo y la ideación suicida***

| | Valor | df | Sig. asintótica (bilateral) |
|---|---|---|---|
| Chi-cuadrado de Pearson | 1.826[a] | 2 | 0.401 |
| Asociación lineal por lineal | 1.756 | 1 | 0.185 |
| N de casos válidos | 224 | | |

*Nota: Análisis* estadístico SPSS v25.0. Prueba de Chi Cuadrado.

**Interpretación:**

En la prueba de Chi Cuadrado, entre el sexo y la ideación suicida en estudiantes de instituciones educativas públicas el valor estadístico (p-valor 0.401)> 0.05,es decir que el resultado del valor estadístico es superior al valor crítico de 5 % de significancia evidenciando que existe 40.1 % de probabilidad de equivocarnos si aseveramos que existe relación, lo que indica que no existe evidencia estadísticamente significativa para rechazar la Ho, por lo tanto: No existe relación entre el sexo y la ideación suicida en estudiantes porque ambas variables son independientes una de la otra.

**TABLA Nº 17**

***Prueba de hipótesis entre la edad y la ideación suicida***

| | Valor | Df | Sig. asintótica (bilateral) |
|---|---|---|---|
| Chi-cuadrado de Pearson | 9.457[a] | 6 | 0.149 |
| Asociación lineal por lineal | 6.588 | 1 | 0.010 |
| N de casos válidos | 224 | | |

*Nota:* Análisis estadístico SPSS v25.0. Prueba de Chi Cuadrado.

**Interpretación:**

En la prueba de Chi Cuadrado, entre la edad y la ideación suicida en estudiantes de instituciones educativas públicas el valor estadístico (p-valor 0.149)> 0.05,es decir que el resultado del valor estadístico es superior al valor crítico de 5 % de significancia evidenciando que existe 14.9 % de probabilidad de equivocarnos si

aseveramos que existe relación, lo que indica que no existe evidencia estadísticamente significativa para rechazar la Ho, por lo tanto: No existe relación entre la edad y la ideación suicida en estudiantes porque ambas variables son independientes una de la otra.

**TABLA Nº 18**

***Prueba de hipótesis entre la depresión y la ideación suicida***

| | Valor | Df | Sig. asintótica (bilateral) |
|---|---|---|---|
| Chi-cuadrado de Pearson | 4,250 | 2 | 0.119 |
| Asociación lineal por lineal | 2,172 | 1 | 0.141 |
| N de casos válidos | 173 | | |

*Nota:* Análisis estadístico SPSS v25.0. Prueba de Chi Cuadrado.

**Interpretación:**

La prueba Chi Cuadrado entre la edad y la ideación suicida el valor estadístico (p-valor 0.119)> 0.05,es decir que el resultado del valor estadístico es superior al valor crítico de 5 % de significancia evidenciando que existe 11.9 % de probabilidad de equivocarnos si aseveramos que existe relación, lo que indica que no existe evidencia estadísticamente significativa para rechazar la Ho, por lo tanto: No existe relación entre la depresión y la ideación suicida en estudiantes porque ambas variables son independientes una de la otra.

**TABLA Nº 19**

***Prueba de hipótesis entre los rasgos de la escala de patrones clínicos de personalidad y la ideación suicida***

| Rasgos | Valor | df | Sig. asintótica (bilateral) |
|---|---|---|---|
| Esquizoide | 3.113 | 2 | 0.211 |
| Evitativo | 2.074 | 2 | 0.355 |
| Dependiente (Sumisa) | 1.858 | 2 | 0.395 |
| Histriónico | 2.403 | 2 | 0.301 |
| Narcisista | 3.136 | 2 | 0.209 |
| Antisocial | 1.259 | 2 | 0.533 |
| Agresivo-sádico | 2.157 | 2 | 0.340 |
| Compulsivo (Rígido) | 1.235 | 2 | 0.539 |
| Pasivo-agresivo | 0.516 | 2 | 0.773 |
| Autoderrotista (Masoquista) | 8.950 | 2 | 0.011 |
| N de casos válidos | 202 | | |

*Nota:* Análisis estadístico SPSS v25.0. Prueba de Chi Cuadrado.

**Interpretación:**

En la prueba de Chi Cuadrado, sólo el valor estadístico (p-valor 0.011) < 0.05 en el rasgo autoderrotista indica que existe evidencia estadística significativa para aceptar la hipótesis alterna ($H_a$) y por lo tanto asumir que el rasgo autoderrotista influye significativamente en la ideación suicida de los estudiantes.

**TABLA Nº 20**

***Prueba de hipótesis entre los rasgos de la escala de patología severa de personalidad y la ideación suicida***

| Rasgos | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|---|---|---|---|
| Esquizotípico | 1.075 | 2 | 0.584 |
| Borderline | 2.373 | 2 | 0.305 |
| Paranoide | 0.559 | 2 | 0.756 |
| Ansiedad | 0.454 | 2 | 0.797 |
| Somatoformo | 0.909 | 2 | 0.635 |
| Bipolar | 0.708 | 2 | 0.702 |
| Distimia | 6.420 | 2 | 0.040 |
| Dependencia de alcohol | 0.422 | 2 | 0.801 |
| Dependencia de drogas | 0.381 | 2 | 0.826 |
| N de casos válidos | 202 | | |

*Nota:* Análisis estadístico SPSS v25.0. Prueba de Chi Cuadrado.

**Interpretación:**

En la prueba de Chi Cuadrado, sólo el valor estadístico (p-valor 0.040) < 0.05 en el rasgo distimia indica que existe evidencia estadística significativa para aceptar la hipótesis alterna ($H_a$) y por lo tanto asumir que el rasgo distimia influye significativamente en la ideación suicida de los estudiantes.

**TABLA Nº 21**

***Prueba de hipótesis entre los rasgos de la escala de síndromes clínicos de personalidad y la ideación suicida***

| | Valor | df | Sig. asintótica (bilateral) |
|---|---|---|---|
| Desorden del pensamiento | 2.894 | 2 | 0.235 |
| Depresión mayor | 4.652 | 2 | 0.098 |
| Desorden delusional | 1.185 | 2 | 0.553 |
| N de casos válidos | 202 | | |

*Nota:* Análisis estadístico SPSS v25.0. Prueba de Chi Cuadrado.

**Interpretación:**

En la prueba de Chi Cuadrado, el valor estadístico (p-valor) < 0.05 en todos los rasgos de la escala de síndromes clínicos de personalidad, lo que indica que no existe evidencia estadística significativa para aceptar la hipótesis alterna ($H_a$) y por lo tanto los rasgos de escala de síndromes clínicos no influyen en la ideación suicida de los estudiantes.

### 4.1.1. Análisis Descriptivo

**TABLA Nº 22**

***Valores estadísticos de la variable ideación suicida y sus dimensiones***

| | | Ideación suicida | Dimensiones | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Actitudes hacia la vida y la muerte | Pensamientos y deseos de suicidarse | Intento suicida | Desesperanza |
| N | Válido | 224 | 224 | 224 | 224 | 224 |
| | Perdidos | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Media | | 1.7009 | 1,38 | 2,18 | 1,64 | 1,92 |
| Mediana | | 2.0000 | 1,0000 | 2,0000 | 1,0000 | 2,0000 |
| Moda | | 2.00 | 1,00 | 2,00 | 1,00 | 2,00 |
| Desv. estándar | | 0.514 | 0,624 | 0,634 | 0,824 | 0,431 |
| Varianza | | 0.264 | 0,389 | 0,401 | 0,679 | 0,186 |
| Rango | | 2.00 | 2,00 | 2,00 | 2,00 | 2,00 |
| Mínimo | | 1.00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Máximo | | 3.00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 |
| Suma | | 381.00 | 309,00 | 489,00 | 368,00 | 429,00 |

*Fuente: Ficha de recolección de datos Nota:* Análisis estadístico SPSS (V25.0).

**Interpretación:**

En la **Tabla Nº 22** se observa los valores estadísticos de la variable *"Ideación Suicida"* y sus dimensiones. Las medidas de tendencia central indican que 224 individuos de un total de 239 completaron correctamente la evaluación, los resultados muestran que los estudiantes alcanzaron desde el nivel bajo a nivel medio, predominando el nivel medio de riesgo de ideación suicida.

En las dimensiones "actitudes hacia la vida y la muerte" y "intento suicida" los valores indican que los individuos resultaron distribuidos entre los tres niveles de riesgo y, que el nivel bajo es el resultado más frecuentemente alcanzado en estas dimensiones. La variabilidad alcanzó el 38,9 % y el 67,9 % respectivamente.

En las dimensiones "pensamientos y deseos de suicidarse" y "desesperanza" predomina el nivel medio como resultado de la evaluación de los individuos; así mismo, el nivel medio

es resultado alcanzado más frecuente entre los individuos. La dimensión "pensamientos y deseos de suicidarse" La dimensión "desesperanza" presenta la varianza y desviación estándar con valores más homogéneos a diferencia de las otras dimensiones que superan la variabilidad del 20 %.

**TABLA Nº 23**

***Valores estadísticos de la variable depresión y sus dimensiones***

| | | Depresión | Dimensiones | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Disforia | Autoestima negativa |
| N | Válido | 178 | 178 | 178 |
| | Perdidos | 61 | 61 | 61 |
| Media | | 13,1742 | ,3596 | ,5337 |
| Mediana | | 11,5000 | ,0000 | 1,0000 |
| Moda | | 10,00 | ,00 | 1,00 |
| Desviación estándar | | 6,35557 | ,48122 | ,51144 |
| Varianza | | 40,393 | ,232 | ,262 |
| Rango | | 27,00 | 1,00 | 2,00 |
| Mínimo | | 2,00 | ,00 | ,00 |
| Máximo | | 29,00 | 1,00 | 2,00 |
| Suma | | 2345,00 | 64,00 | 95,00 |

*Fuente: Ficha de recolección de datos Nota:* Análisis estadístico SPSS (V25.0). 377

**Interpretación:**

En la **Tabla Nº 23** se observa los valores estadísticos de la variable *"Depresión"* y sus dimensiones. Las medidas de tendencia central indican que 178 individuos de un total de 239 completaron correctamente la evaluación, los resultados muestran que los estudiantes alcanzaron un mínimo de 2 puntos y un máximo de 29 puntos, siendo el puntaje de 10 el valor más frecuente en los resultados.

En las dimensiones "Disforia" los valores indican que los individuos resultaron distribuidos entre el valor 0 que indica un estado normalidad y, el valor 1 que indica cierta intensidad de sintomatología; siendo la escala de normalidad el resultado más frecuentemente

alcanzado en esta dimensión. En la dimensión "Autoestima negativa" los individuos alcanzaron el valor 2 de presencia inequívoca de síntoma depresivo, siendo la escala de cierta intensidad el resultado más frecuente. La variabilidad alcanzó el 23.2 % y el 26.2 % respectivamente.

**TABLA Nº 24**

***Valores estadísticos de la escala fiabilidad y validez, y los rasgos asociados***

| | | Deseabilidad social | Autodescalificación |
|---|---|---|---|
| N | Válido | 216 | 216 |
| | Perdidos | 23 | 23 |
| Media | | 1.3611 | 1.1759 |
| Mediana | | 1.0000 | 1.0000 |
| Moda | | 1.00 | 1.00 |
| Desv.Estándar | | 0.48144 | 0.38164 |
| Varianza | | 0.232 | 0.146 |
| Rango | | 1.00 | 1.00 |
| Mínimo | | 1.00 | 1.00 |
| Máximo | | 2.00 | 2.00 |
| Suma | | 294.00 | 254.00 |

*Fuente: Ficha de recolección de datos Nota:* Análisis estadístico SPSS (V25.0).

**Interpretación:**

En la **Tabla Nº 24** se observa los valores estadísticos de la escala fiabilidad y validez con sus rasgos asociados. Las medidas de tendencia central indican que 216 individuos de un total de 239 completaron correctamente la evaluación. En el rasgo "deseabilidad social" los valores indican que los individuos alcanzaron; siendo la escala de normalidad el resultado más frecuentemente alcanzado en esta dimensión. En la dimensión "Autoestima negativa" los individuos alcanzaron el valor 2 de presencia inequívoca de síntoma depresivo, siendo la escala de cierta intensidad el resultado más frecuente. La variabilidad alcanzó el 23.2 % y el 26.2 % respectivamente.

**TABLA Nº 25**

***Valores estadísticos de la escala patrones clínicos de personalidad y rasgos asociados***

| | | Esquizoide | Evitativo | Dependiente (Sumisa) | Histriónico | Narcisita | Antisocial | Agresivo-sádico | Compulsivo (Rígido) | Pasivo-agresivo | Autoderrotista (Masoquista) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N | Válido | 216 | 216 | 216 | 216 | 216 | 216 | 216 | 216 | 216 | 216 |
| | Perdidos | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 |
| Media | | 1.361 | 1,176 | 1,310 | 1,458 | 1,653 | 1,394 | 1,588 | 1,403 | 1,565 | 1,291 |
| Mediana | | 1.000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 2,000 | 1,000 | 2,000 | 1,000 | 2,000 | 1,000 |
| Moda | | 1.00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 1,00 | 2,00 | 1,00 | 2,00 | 1,00 |
| Desv. estándar | | 0.4636 | 0.5011 | 0.4969 | 0.4994 | 0.4772 | 0.4897 | 0.4934 | 0.4916 | 0.4969 | 0.4556 |
| Varianza | | 0.215 | 0.251 | 0.247 | 0.249 | 0.228 | 0.240 | 0.243 | 0.242 | 0.247 | 0.208 |
| Rango | | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Mínimo | | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Máximo | | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 2.00 |
| Suma | | 283.00 | 323.00 | 310.00 | 315.00 | 357.00 | 301.00 | 343.00 | 303.00 | 338.00 | 279.00 |

*Fuente: Ficha de recolección de datos Nota:* Análisis estadístico SPSS (V25.0).

**Interpretación:**

En la **Tabla Nº 25** se observa los valores estadísticos de la escala "patrones clínicos de personalidad" y sus rasgos asociados. Las medidas de tendencia central indican que 216 individuos de un total de 239 completaron correctamente la evaluación.

Los resultados de los individuos alcanzaron los valores que indican nivel nulo y nivel bajo en todos los rasgos de los patrones clínicos de personalidad, siendo el nivel bajo el resultado más frecuente en los rasgos "narcisista", "agresivo-sádico", y "pasivo-agresivo". En cuanto a las medidas de dispersión, la varianza oscila entre el 20.8 % y 25.1 %, siendo el rasgo "evitativo" el que presente los valores más homogéneos.

**TABLA Nº 26**

***Valores estadísticos de la escala patología severa de personalidad y rasgos asociados***

| | | Esquizotípico | Borderline | Paranoide | Ansiedad | Somatoformo | Bipolar | Distimia | Dependencia de alcohol | Dependencia de drogas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N | Válido | 216 | 216 | 216 | 216 | 216 | 216 | 216 | 216 | 216 |
| | Perdidos | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 | 23 |
| Media | | 1.218 | 1.194 | 1.477 | 1.199 | 1.083 | 1.102 | 1.208 | 1.074 | 1.181 |
| Mediana | | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 |
| Moda | | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Desv. estándar | | 0.4136 | 0.3967 | 0.5006 | 0.4002 | 0.2770 | 0.3032 | 0.4071 | 0.2625 | 0.3855 |
| Varianza | | 0.171 | 0.157 | 0.251 | 0.160 | 0.077 | 0.092 | 0.166 | 0.069 | 0.149 |
| Rango | | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Mínimo | | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Máximo | | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 2.00 | 2.00 |
| Suma | | 263.00 | 258.00 | 319.00 | 259.00 | 234.00 | 238.00 | 261.00 | 232.00 | 255.00 |

*Fuente: Ficha de recolección de datos Nota:* Análisis estadístico SPSS (V25.0).

**Interpretación:**

En la **Tabla Nº 26** se observa los valores estadísticos de la escala "patología severa de personalidad" y sus rasgos asociados. Las medidas de tendencia central indican que 216 individuos de un total de 239 completaron correctamente la evaluación.

Los resultados de los individuos alcanzaron los valores que indican nivel nulo y nivel bajo en todos los rasgos de la patología severa de personalidad, siendo el nivel nulo el resultado más frecuente en todos los rasgos. En cuanto a las medidas de dispersión, la varianza oscila entre el 6.9 % y 25.1 %, siendo el rasgo "somatoformo" el que presente los valores más homogéneos.

**TABLA Nº 27**

***Valores estadísticos de la escala síndromes clínicos de personalidad y los rasgos asociados***

| | | Desorden del pensamiento | Depresión mayor | Desorden delusional |
|---|---|---|---|---|
| N | Válido | 216 | 216 | 216 |
| | Perdidos | 23 | 23 | 23 |
| Media | | 1.1944 | 1.0417 | 1.3333 |
| Mediana | | 1.0000 | 1.0000 | 1.0000 |
| Moda | | 1,00 | 1.00 | 1.00 |
| Desv. estándar | | 0.39669 | 0.20029 | 0.47250 |
| Varianza | | 0.157 | 0.040 | 0.223 |
| Rango | | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Mínimo | | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Máximo | | 2.00 | 2.00 | 2.00 |
| Suma | | 258.00 | 225.00 | 288.00 |

*Fuente: Ficha de recolección de datos Nota:* Análisis estadístico SPSS (V25.0).

**Interpretación:**

En la **Tabla Nº 27** se observa los valores estadísticos de la escala "síndromes clínicos de personalidad" y sus rasgos asociados. Las medidas de tendencia central indican que 216 individuos de un total de 239 completaron correctamente la evaluación.

Los resultados de los individuos alcanzaron los valores que indican nivel nulo y nivel bajo en todos los rasgos de síndromes clínicos de personalidad, siendo el nivel nulo el resultado más frecuente en todos los rasgos. En cuanto a las medidas de dispersión, la varianza oscila entre el 4 % y 22.3 %, siendo el rasgo "depresión mayor" el que presente los valores más homogéneos.

## 4.2. DISCUSIÓN

En nuestra investigación, se encontró que el nivel de Ideación suicida más frecuente fue el nivel bajo y nivel medio siendo a predominio del nivel medio, siendo más frecuente en el sexo femenino, resultados que coinciden con la investigación realizada por Raúl Ventura J. y col. [14].

No se encontró relación entre el sexo y la ideación suicida, con un valor estadísticamente significativa (p-valor 0.401)> 0.05. Así también se encontró que no existe relación entre la edad y la ideación suicida, con un valor estadísticamente significativa (p-valor 0.149)> 0.05. Resultados que concuerdan con los encontrados en las investigaciones de Guillermo A. Ceballos y col.[15] Pérez Paola [20] y Cano y col. [21]

En nuestra investigación se encontró; dentro de los rasgos de personalidad que el rasgo distimia y autoderrotista influyen significativamente en la ideación suicida de los estudiantes.

No se encontró investigaciones similares nacionales ni locales en las que se describan específicamente factores asociados a ideación suicida en adolescentes.

# CONCLUSIONES

El presente estudio concluye con lo siguiente:

- Que los estudiantes alcanzaron los valores que indican nivel nulo y nivel bajo en todos los rasgos de los patrones clínicos de personalidad, siendo el nivel bajo el resultado más frecuente en los rasgos "narcisista".

- Así mismo; dentro de los rasgos de personalidad, el rasgo distimia y autoderrotista influyen significativamente en la ideación suicida de los estudiantes.

- Se encontró que los adolescentes alcanzaron desde el nivel bajo a nivel medio de ideación suicida, siendo el nivel medio el más frecuente de los cuales en su gran mayoría son del sexo femenino.

- No se encontró relación estadísticamente significativa entre las características epidemiológicas (edad y sexo) con ideación suicida.

- No se encontró relación estadísticamente significativa de los rasgos de escala de síndromes clínicos sobre la ideación suicida.

# RECOMENDACIONES

- Es importante realizar un cribaje a los adolescentes en los colegios secundarios para la detección temprana de depresión y encontrar indicadores suicidas.

- Realizar otros trabajos de investigación locales y nacionales que incluyan trastornos de ánimo en adolescentes, para que puedan recibir una intervención profesional oportuna y evitar suicidios consumados.

- Utilización de instrumentos que sean validados de acuerdo a nuestra realidad sociodemográfica.

- Es de suma importancia que los padres conozcan las señales de advertencia a través de los talleres de padres que brindan los colegios secundarios; de modo que los adolescentes con propensiones al suicidio puedan obtener la ayuda necesaria por parte de la familia, la sociedad y el estado.

- No subestimar las amenazas de suicidio de un hijo/adolescente, pensando que podría ser para llamar la atención; porque en esta etapa del ciclo vital el control de impulsos tiende a debilitarse tornándose peligroso que se exagere este gesto convirtiéndose en un hecho fatal.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida. Washington, DC: OPS, 2016.

2. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental: Adolescentes: Riesgos para la salud y soluciones. Nota descriptiva. Centro de Prensa. Mayo 2016. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/

3. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington, DC: OPS, 2014.

4. Dirección General de la Promoción de Salud. Lineamientos para la acción en Salud Mental. Ministerio de Salud Lima-Perú 2004 pp.29.

5. Boletín Epidemiológico del Perú. El Suicidio y el intento de Suicidio: Perspectivas en el mundo y en el Perú. Volumen 25 – Semana epidemiológica N° 38.

6. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXI. Año 2005, Número 1 y 2. Lima.

7. Boletín Epidemiológico del Perú. El Suicidio y el intento de Suicidio: Perspectivas en el mundo y en el Perú. Volumen 25 – Semana epidemiológica N° 38. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/38.pdf

8. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta. Nota descriptiva. Centro de Prensa. Abril 2016. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/

9. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida. Mortalidad Por Suicidio En Las Américas: Informe Regional De La Organización Panamericana De La Salud / Organización Mundial De La Salud. Washington, DC: OPS, 2016.

10. Boletín Epidemiológico del Perú. El Suicidio y el intento de Suicidio: Perspectivas en el mundo y en el Perú. Volumen 25 – Semana epidemiológica N° 38. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/38.pdf

11. Centers for

12. Disease Control and Prevention, National Center forInjuryPrevention and Control. Web basedInjuryStatisticsQuery and ReportingSystem (WISQARS); 2013. Leading Causes of Death Charts. Disponible en: https://www.cdc.gov/injury/wisqars/pdf/leading_causes_of_death_by_age_group_2013-a.pdf

13. Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, Flint KH, Hawkins J, Harris WA, Lowry R, O'MalleyOlsen E, McManus T, Chyen D, Whittle L, Taylor E, Demissie Z, Brener N, Thornton J, Moore J, Zaza S. Youthriskbehaviorsurveillance — UnitedStates, 2013. MMWR 2014; 63(SS 4):1-168. Citado por: Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida. Washingtong, DC: OPS, 2016.

14. Gómez, Dora, Sánchez, Ricardo, Cáceres, Heidy, Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados Biomédica [en línea] 2002, 22 (diciembre): [Fecha de consulta: 22 de febrero de 2017]. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84309609> ISSN 0120-4157.

15. Raúl Ventura-Juncá D, César Carvajal, Sebastián Undurraga, Pilar Vicuña, Josefina Egaña, María José Garib. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. RevMed Chile 2010; 138: 309-315.[Abstract]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262544579

16. Ceballos-Ospino G, Suarez-Colorado Y, Suescún-ArregocésJ,Gamarra-Vega L, Gonzalez K, Sotelo-Manjarres A. Ideación suicida, depresión y autoestima en Adolescentes escolares de Santa Marta. Duazary. 2015 jun; 12 (1): 15 – 22. [Abstract].

17. Alma Vallejo-Casarín, Herminia Beatriz Segura Celis Ochoa, Patricia Andrade-Palos, Diana Betancourt-Ocampo, Mercedes Méndez-Flores, Rosa María Rojas-Rivera. Comparación y

caracterización de ideación e intentos suicidas en adolescentes mexicanos de tres regiones. Revista de Educación y Desarrollo 2016, 39; pp.121-128. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anterioresdetalle.php?n=39

18. Rodríguez, J. A., &Oduber, J. A. (2015). Ideación suicida y grupo de iguales:análisis en una muestra de adolescentes venezolanos. *UniversitasPsychologica, 14*(3), 1129-1140. Disponible en:http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-3.isgi

19. Paul Aquiles Cachay López. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to año de secundaria de instituciones educativas en Lima Metropolitana 2010. Lima, Perú 2011. [Tesis]

20. Santiago Prado, Arnold Fernando. Ideación Suicida y Clima Social Familiar en Estudiantes de una Institución Educativa Estatal de Chiclayo en el 2011. [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Facultad de Medicina Humana.

21. Pérez, P. Funcionamiento familiar e ideación suicida en alumnos de 5to año de educación secundaria del distrito de San Juan de Miraflores. PsiqueMag, Vol. 4 Nº 1, 2016

22. Nizama, Martín, Cano, Pablo, Gutiérrez, César, TENDENCIA A LA VIOLENCIA E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ESCOLARES EN UNA CIUDAD DE LA AMAZONÍA PERUANA. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [en linea] 2009, 26 (Sin mes) :

[Fecha de consulta: 11 de marzo de 2017] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36311630007>

23. Roxana Vivar; Giannina Morón; Martín Padilla; Blanca Mahr. Ideación suicida, pensamiento heteroagresivo y conducta violenta en adolescentes con fobia social en tres ciudades de la Selva Peruana. Anales de Salud Mental. Vol 27, No 1 (2011). Disponible en: http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/78

24. Revistaa de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. Conducta Suicida en adolescentes: Una revisión crítica. Vol. 3. Nº. 1 - Enero 2016 - pp 9-18. Disponible en:http://www.revistapcna.com/es/buscador?title=conducta+suicida+en+la+adolescencia&field_autor_es__value=laura+mosquera&body_value=

25. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. Nota descriptiva. Centro de Prensa. Febrero 2017. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/

26. Cubillas Rodríguez, María José, Valdez, Elba Abril, Román Pérez, Rosario, Miranda de la Torre, Ixchel, Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. Salud Mental [en linea] 2009, 32 (Noviembre-Diciembre).

27. Sánchez-Sosa, Juan Carlos, Musitu, Gonzalo, Villarreal-González, María Elena, Martínez Ferrer, Belen, Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis PsicosocialPsychosocialIntervention 2010, 19).

28. Cheng, Y., Tao, M., Riley, L., Kann, L., Ye, L., Tian, X., Tian, B., Hu, J. y Che, D. (2009). Protectivefactorsrelatingtodecreasedrisks of adolescentsuicidalbehavior. Child: care, health and development, 35, 313-322.

29. Eguiluz L. (1995). Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes. *Memorias del XV Coloquio de Investigación, Iztacala, UNAM*; 121-130.)

30. Sánchez-Sosa, Juan Carlos, Musitu, Gonzalo, Villarreal-González, María Elena, Martínez Ferrer, Belen, Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis 2010, 19.

31. Protocolos cedidos por la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.1ª edición, 2008. p 125-133.

32. Mackin DM, Perlman G, Davila J, Kotov R, Klein DN. Social support buffers theeffect of interpersonal life stress on suicidalideation and self-injuryduringadolescence. PubMed.PsycholMed. 2016 Dec 20:1-13.

33. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica en Conducta Suicida. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Salud Mental.

34. Bobadilla, V. (2004). Adaptación de la Escala de Ideación Suicida. Estudio de validación de prueba de la facultad de humanidades de la escuela de Psicología de la Universidad Particular Señor de Sipán. Chiclayo.

35. Ander-Egg E. Métodos y técnicas de investigación social. 2001. Disponible en http://es.scribd.com/doc/26647172/Resumen-Ander-Egg-Metodos-y-Tecnic as-de-la-Investigacion-Social

36. García B y Quintanal J. Métodos de investigación y diagnóstico en la educación. Bloque II. La Investigación educativa. Disponible en http://brayebran.aprenderapensar.net/files/2010/10/TECNICAS-DE-INVEST.pdf

# ANEXOS

# ANEXO 1

## MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

**TÍTULO: "CARACTERIZACIÒN CLINICA Y EPIDEMIOLÒGICA DE ADOLESCENTES CON IDEACIÒN SUICIDA EN COLEGIOS PÙBLICOS DEL PERÙ, AÑO 2017"**

| FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÒTESIS | VARIABLES Y DIMENSIONES | DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | MÉTODOS Y TÉCNICAS |
|---|---|---|---|---|---|
| **Problema principal:**<br>¿Cuáles son las características Clínicas y Epidemiológicas de los adolescentes del 3º- 5º grado de secundaria con ideación suicida en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017?<br><br>**Objetivos específicos**<br><br>a) ¿Cuál es la relación que existe entre los parámetros demográficos (edad y sexo) y la Ideación Suicida en los adolescentes del 3º- 5º grado de secundaria con ideación suicida en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017?<br><br>b) ¿Cuál es la relación entre los Patrones Clínicos de personalidad sobre la Ideación Suicida en los adolescentes del 3º- 5º grado de secundaria con ideación suicida en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017?<br><br>c) ¿ Cuál es la relación entre los Síndromes Clínicos de personalidad sobre la Ideación Suicida en los adolescentes del 3º- 5º grado de secundaria con ideación suicida en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017? | **General:**<br>Caracterizar el Perfil Clínico y Epidemiológico de los adolescentes del 3º- 5º grado de secundaria con Ideación Suicida en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017.<br><br>**Objetivos específicos**<br><br>a) Identificar la relación que existe entre los parámetros demográficos (edad y sexo) y la Ideación Suicida en los adolescentes del 3º- 5º grado de secundaria en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017.<br><br>b) Identificar la influencia de los Patrones Clínicos de personalidad sobre la Ideación Suicida en los adolescentes del 3º- 5º grado de secundaria en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017.<br><br>c) Identificar la influencia los Síndromes Clínicos de personalidad sobre la Ideación Suicida en los adolescentes del 3º- 5º grado de secundaria en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017.. | Existe relación entre el Perfil Clínico y Epidemiológico en los adolescentes del 3º- 5º grado de secundaria con Ideación Suicida en 2 Colegios Públicos del distrito de Manantay en el año 2017. | ***Variable***<br><br>Perfil Clínico<br><br>**Dimensiones**<br><br>1. Patrones Clínicos de Personalidad<br><br>2. Patología Severa<br><br>3. Síndromes Clínicos<br><br>***Variable***<br><br>Perfil Epidemiológico<br><br>**Dimensiones**<br>1. Edad<br>2. Sexo<br><br>***Variable***<br><br>Ideación Suicida<br><br>**Dimensiones**<br><br>1. Pensamientos y deseos de suicidarse | Investigación de tipo descriptivo con nivel correlacional.<br><br>Diseño no experimental<br><br>Estudio transversal | **Muestra**<br>239 estudiantes de los Colegios Martin Bisson-La Paz y San Fernando<br><br>**Técnicas**<br>Observación<br><br>**Instrumento:**<br>- Ficha de recolección de datos<br><br>- Escala de Ideación Suicida de Beck<br><br>- Inventario de Depresión Infantil-CDI<br><br>- Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) |

## ANEXO 2

**Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.
La presente investigación es conducida por estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayali. La meta de este estudio es evaluar *el* ***"CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDA EN COLEGIOS PÚBLICOS DEL PERÚ, AÑO 2017"***. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación es 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.

Si tiene alguna duda sobre este trabajo, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.
Desde ya le agradecemos su participación.

| --- | --- | --- |
| Nombre del Participante | Firma del Participante | Fecha |

**ANEXO 3**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI**
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS PARA EL PROYECTO DE TESIS TITULADO: "CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDA EN COLEGIOS PÚBLICOS DEL PERÚ, AÑO 2017"**

**INSTRUCCIONES**

El presente documento presenta un instructivo de investigación que nos permite recolectar los datos que usted nos proporciona referente al presente trabajo; esta información es de carácter confidencial y solo servirá para los resultados de esta investigación. Gracias por la información brindada.

**Nombres y Apellidos:** ……
**Fecha:** ……/……/……
**Institución educativa:** ……
**Grado:** 3ro ( ) 4to ( ) 5to ( )
**Edad:** ……..años
**Sexo:** Femenino ( ) Masculino ( )
**VIVES CON**: Papá ( ) Mamá ( ) Hermanos ( ) Abuelos ( ) Otros ( )
Especifica……

## ANEXO 4

### FICHA TÉCNICA: SSI (BECK)

### I. DATOS GENERALES

**1.1. Nombre del test** : Escala de ideación suicida de Beck (SSI)

**1.2. Autor** : AarónBeck (1970). Adaptación de Bobadilla (2004)

**1.3. Autor de adaptación** : Vicente Bobadilla Tapia, Carla Cavero Godoy, Luzminda Estela Delgado y, Cinthya Vélez Romero.

**1.4. Lugar** : Chiclayo – Perú

**1.5. Particularidad** : Instrumento de exploración psicológica

**1.6. Objetivo** : Valorar la intensidad del deseo de suicidarse

**1.7. Estructuración** : La prueba tiene 4 factores

| | Factores | N° Ítems | Ítems |
|---|---|---|---|
| I. | Actitudes hacia la vida y la muerte | 5 | 1, 2, 3, 4, 5 |
| II. | Pensamientos y deseos de suicidarse | 4 | 6, 7, 8, 9 |
| III. | Intento suicida | 4 | 10, 11, 12, 13 |
| IV. | Desesperanza | 5 | 14, 15, 16, 17 18 |

### II. CARACTERÍSTICAS DEL INVENTARIO

**2.1. Tipo de escala** :Dicotomal

**2.2. Total de ítems** : 18

**2.3. Tipo de administración** : Individual y/o colectiva

**2.4. Tiempo de aplicación** : 10 a 15 minutos

**2.5. Utilidad** : Detectar oportunamente la idea o deseo de suicidio para evitarlo y proporcionar un tratamiento adecuado

**2.6. Edad de aplicación** : Escolares de 14 a 17 años

## III. CALIFICACIÓN

Los ítems se califican de acuerdo a la siguiente plantilla:

| N° Pregunta | Si | No |
|---|---|---|
| 01 | 2 | 1 |
| 02 | 2 | 1 |
| 03 | 2 | 1 |
| 04 | 2 | 1 |
| 05 | 2 | 1 |
| 06 | 2 | 1 |

| N° Pregunta | Si | No |
|---|---|---|
| 07 | 2 | 1 |
| 08 | 1 | 2 |
| 09 | 2 | 1 |
| 10 | 2 | 1 |
| 11 | 2 | 1 |
| 12 | 1 | 2 |

| N° Pregunta | Si | No |
|---|---|---|
| 13 | 2 | 1 |
| 14 | 2 | 1 |
| 15 | 2 | 1 |
| 16 | 1 | 2 |
| 17 | 1 | 2 |
| 18 | 2 | 1 |

La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 1 punto (No) – 2 puntos (Si), la suma total va a ser de acuerdo a la sumatoria de los valores:

| I | II | III | IV | Ideación suicida | Niveles |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 – 6 | 4 – 5 | 4 – 5 | 5 – 6 | 18 – 24 | Nivel bajo: Posee un bajo riesgo de ideación suicida |
| 7 – 8 | 6 | 6 | 7 – 8 | 25 – 30 | Nivel medio: Posee riesgo de ideación suicida |
| 9 – 10 | 7 – 8 | 7 – 8 | 9 – 10 | 31– 36 | Nivel alto: Posee un alto riesgo de ideación suicida |

Los individuos deben contestar todos los ítems, de no hacerlo se invalida el test. Los estudiantes que obtengan por debajo del puntaje mínimo se consideran sin riesgo de ideación suicida.

**ANEXO 5**

## FICHA TÉCNICA: CDI

### I. DATOS GENERALES

**3.1. Nombre del test** : Escala de depresión infantil (CDI)
**3.2. Autor** : **Kovacs (2004)**
**3.3. Lugar** : Pucallpa - Perú
**3.4. Particularidad** : Instrumento de exploración psicológica
**3.5. Objetivo** : Valorar la intensidad del deseo de suicidarse
**3.6. Estructuración** : La prueba tiene 2 factores

| Factores | N° Ítems | Ítems |
|---|---|---|
| Disforia | 14 | 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27 |
| Autoestima negativa | 13 | 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24, 25 |

### II. CARACTERÍSTICAS DEL INVENTARIO

**3.7. Tipo de escala** :Dicotomal
**3.8. Total de ítems** : 27
**3.9. Tipo de administración** : Individual y/o colectiva
**3.10. Tiempo de aplicación** : 20 minutos
**3.11. Utilidad** : Detectar oportunamente un síntoma depresivo.
**3.12. Edad de aplicación** : Escolares de 7 a 17 años

## IV. CALIFICACIÓN

Cada ítem responde a una escala tipo Likert donde 0 indica "normalidad", 1 indica "cierta intensidad" y 2 indica la "presencia inequívoca" de un síntoma depresivo. Cuanto mayor es la puntuación, también lo es la intensidad de sintomatología depresiva.

Los ítems de disforia se puntúan de 0, 1, 2. Los ítems correspondientes al factor Autoestima negativa se puntúan de 2, 1, 0.

El punto de corte recomendado para su uso como instrumento de exploración de síntomas se sitúa en 19 puntos. Si el valor es menor a 19 indica que el individuo tiene síntomas depresivos normales, y mayor a 19 que indicaría sintomatología depresiva clara.

**ANEXO 6**

## FICHA TÉCNICA: MCMI-II

## I. DATOS GENERALES

**1.1. Nombre del test** : Inventario Clínico Multiaxial de Millon

**1.2. Autor** : Theodore Millon

**1.3. Particularidad** : Instrumento de exploración psicológica

**1.4. Objetivo** : Valorar la intensidad del deseo de suicidarse

**1.5. Estructuración** : La prueba tiene 4 escalas

| Escalas | | | Puntaje | |
|---|---|---|---|---|
| Fiabilidad y validez | V | Validez | 0 – Prueba válida<br>1 – Prueba cuestionable<br>>1 – Prueba inválida | |
| | X | Sinceridad | 145 > X < 590 Continuar con la calificación<br>145 < X > 590 Detener calificación | |
| | Y | Deseabilidad social | > 75 personalidad atrayente<br>< 75 encubre su personalidad | |
| | Z | Autodescalificación | > 75 inclinaciones a desvalorizarse<br>< 75 clama ayuda | |
| Patrones clínicos de personalidad | 1 | Esquizoide | | |
| | 2 | Evitativo | | |
| | 3 | Dependiente (Sumisa) | | |
| | 4 | Histriónico | | |
| | 5 | Narcisita | | |
| | 6 A | Antisocial | | |
| | 6 B | Agresivo-sádico | | |
| | 7 | Compulsivo (Rígido) | | |
| | 8 A | Pasivo-agresivo | **Indicador elevado** | **>84** |
| | 8 B | Autoderrotista (Masoquista) | **Indicador moderado** | **75-84** |
| Patología severa de personalidad | S | Esquizotípico | **Indicador sugestivo** | **60-74** |
| | C | Borderline | **Indicador bajo** | **35-59** |
| | P | Paranoide | **Indicador nulo** | **0-34** |
| | A | Ansiedad | | |
| | H | Somatoformo | | |
| | N | Bipolar | | |
| | D | Distimia | | |
| | B | Dependencia de alcohol | | |
| | T | Dependencia de drogas | | |
| Síndromes clínicos | SS | Desorden del pensamiento | | |
| | CC | Depresión mayor | | |
| | PP | Desorden delusional | | |

## II. CARACTERÍSTICAS DEL INVENTARIO

**2.1. Tipo de escala :**Dicotomal
**2.2. Total de ítems :** 175
**2.3. Tipo de administración:** Individual y/o colectiva
**2.4. Tiempo de aplicación :** 45 minutos
**2.5. Utilidad :** Detectar patrones de personalidad y síndromes clínicos
**2.6. Edad de aplicación :** Escolares de 7 a 17 años

## III. CRITERIOS:

La prueba se invalida cuando hay omisiones, doble marca y/o cuando el valor V (validez) >1.Si el puntaje de X (Sinceridad) es fuera de rango 145 – 590 se suspende la evaluación.

**ANEXO 7**

## ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK.

**Marque con un aspa (x) la alternativa que creas conveniente: SI o NO.**

| | SI | NO |
|---|---|---|
| 1. ¿Tienes deseos de morir? | | |
| 2. ¿Tienes razones para querermorir? | | |
| 3. ¿Sientes que tu vida ha perdido sentido? | | |
| 4. ¿Te sientes útil en esta vida? | | |
| 5. ¿Crees que la muerte trae Alivio a los sufrimientos? | | |
| 6. ¿Has tenido pensamientos de terminar con tuvida? | | |
| 7. ¿Has tenido de deseos de acabar con tuvida? | | |
| 8. ¿Tienes pensamientos suicidas con frecuencia? | | |
| 9. ¿Logras resisitir a esos pensamientos? | | |
| 10. ¿Has pensado en algún método específico? | | |
| 11. ¿El método es accessible a ti? | | |
| 12. ¿Has comentado con alguien algún método de suicidio? | | |
| 13. ¿Has realizado algún intento de suicidio? | | |
| 14. ¿Pensarias en llevar a cabo algún intent de suicidio? | | |
| 15. ¿Tienes posibilidades para ser feliz en el futuro? | | |
| 16. ¿Sientes que tienes control sobre tuvida? | | |
| 17. ¿Pierdes las esperanzas cuando te pasa algo? | | |
| 18. ¿Piensas que su familia rara vez te toma en cuenta? | | |

# INVENTARIO C.D.I.

**NOMBRES Y APELLIDOS**.....**EDAD:**.....
**FECHA DE HOY:** ...../...../.....
**COLEGIO:**.....
**GRADO**..... **/SECCION**.....
**VIVES CON:** Papá ( ) Mamá ( ) Hermanos ( ) Abuelos ( ) Otros ( )
**Especifica**.....

**INSTRUCCIONES:** Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge, de cada grupo, una oración, la que mejor diga cómo te has portado, como te has sentido o que has sentido en las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**, luego coloca una marca como una "X "en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti. Aquí tienes unos ejemplos:

| 1 | | 2 | |
|---|---|---|---|
| A. Siempre leo libros | ☐ | A. Me divierten los recreos | ☒ |
| B. Algunas veces leo libros | ☒ | B. A veces me divierten los recreos | ○ |
| C. Nunca leo libros | ☐ | C. Me aburren los recreos | ○ |

| Nº | ÍTEMS | Nº | ÍTEMS |
|---|---|---|---|
| 1 | A. Estoy triste de vez en cuando ☐<br>B. Estoy triste muchas veces. ☐<br>C. Estoy triste siempre. ☐ | 2 | A. Nunca me saldrá nada bien ○<br>B. No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien. ○<br>C. Las cosas me saldrán bien ○ |
| 3 | A. Hago bien la mayoría de las cosas. ☐<br>B. Hago mal muchas cosas ☐<br>C. Todo lo hago mal ☐ | 4 | A. Me divierten muchas cosas. ○<br>B. Me divierten algunas cosas. ○<br>C. Nada me divierte ○ |
| 5 | A. Soy malo siempre. ☐<br>B. Soy malo muchas veces. ☐<br>C. Soy malo algunas veces. ☐ | 6 | A. A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas. ○<br>B. Me preocupa que me ocurran cosas malas. ○<br>C. Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles ○ |
| 7 | A. Me odio. ☐<br>B. No me gusta como soy. ☐<br>C. Me gusta como soy ☐ | 8 | A. Todas las cosas malas son culpa mía. ○<br>B. Muchas cosas malas son culpa mía. ○<br>C. Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas. ○ |
| 9 | A. No pienso en matarme. ☐<br>B. Pienso en matarme pero no lo haría. ☐<br>C. Quiero matarme. ☐ | 10 | A. Tengo ganas de llorar todos los días. ○<br>B. Tengo ganas de llorar muchos días. ○<br>C. Tengo ganas de llorar de vez en cuando. ○ |
| 11 | A. Las cosas me preocupan siempre. ☐<br>B. Las cosas me preocupan muchas veces. ☐<br>C. Las cosas me preocupan de cuando en cuando. ☐ | 12 | A. Me gusta estar con la gente.<br>B. Muy a menudo no me gusta estar con la gente. ○<br>C. No quiero en absoluto estar con la gente. ○ |
| 13 | A. No puedo decidirme ☐<br>B. Me cuesta decidirme. ☐<br>C. Me decido fácilmente. ☐ | 14 | A. Tengo buen aspecto. ○<br>B. Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan. ○<br>C. Soy feo ○ |
| 15 | A. Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes. ☐<br>B. Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes. ☐<br>C. No me cuesta ponerme a hacer los deberes ☐ | 16 | A. Todas las noches me cuesta dormirme. ○<br>B. Muchas noches me cuesta dormirme. ○<br>C. Duermo muy bien ○ |
| 17 | A. Estoy cansado de cuando en cuando ☐<br>B. Estoy cansado muchos días. ☐<br>C. Estoy cansado siempre ☐ | 18 | A. La mayoría de los días no tengo ganas de comer. ○<br>B. Muchos días no tengo ganas de comer. ○<br>C. Como muy bien ○ |
| 19 | A. No me preocupa el dolor ni la enfermedad. ☐<br>B. Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad. ☐<br>C. Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad ☐ | 20 | A. Nunca me siento solo. ○<br>B. Me siento solo muchas veces ○<br>C. Me siento solo siempre ○ |
| 21 | A. Nunca me divierto en el colegio ☐<br>B. Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando. ☐<br>C. Me divierto en el colegio muchas veces. ☐ | 22 | A. Tengo muchos amigos ○<br>B. Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más ○<br>C. No tengo amigos ○ |
| 23 | A. Mi trabajo en el colegio es bueno. ☐<br>B. Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes. ☐<br>C. Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien. ☐ | 24 | A. Nunca podré ser tan bueno como otros estudiantes. ○<br>B. Si quiero puedo ser tan bueno como otros estudiantes ○<br>C. Soy tan bueno como otros estudiantes ○ |
| 25 | A. Nadie me quiere ☐<br>B. No estoy seguro de que alguien me quiera ☐<br>C. Estoy seguro de que alguien me quiere. ☐ | 26 | A. Generalmente hago lo que me dicen. ○<br>B. Muchas veces no hago lo que me dicen. ○<br>C. Nunca hago lo que me dicen ○ |
| 27 | A. Me llevo bien con la gente. ☐<br>B. Me peleo muchas veces. ☐<br>C. Me peleo siempre. ☐ | | **GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!** |

## ANEXO 9

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIALDE MILLON (MCMI – II )
I N S T R U C C I O N E S

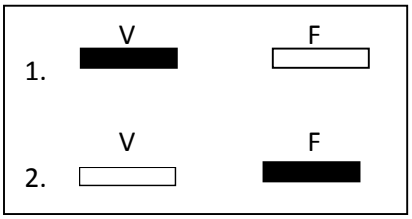
1. Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**
2. Para contestar en la hoja de respuestas utilice un **LÁPIZ** blando que escriba en color **NEGRO** y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
3. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle de describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE**.
4. No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas, están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
5. A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la Hoja de respuestas**. SI ESTÁ DE ACUERDO** con una frase o piensa que describe su forma de ser, **RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO** correspondiente a la letra "**V**" (verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, **RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO** de letra "**F**" (falso). Así:

"Soy un ser humano"

Como esta frase es verdadera para Ud. se ha rellenado

Completamente el espacio de la letra V (verdadero)

Hoja de Respuestas




1. "Mido más de tres metros"

Esta frase es falsa para Ud. por lo que se ha rellenado

Completamente el espacio de la letra F (falso)

6. Procure responder a todas las frases aunque no esté completamente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe rellenar el espacio de la letra F (falso).
7. Si se equivoca o quiere cambia alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
8. No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

**INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIALDE MILLON (MCMI – II )**

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por donde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en un segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme sólo y vacío.
28. Tengo habilidad para “dramatizar” las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco en seguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significan nada especial para mí.
41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.

43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".

44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.

45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.

46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfecta posible, muchas veces enlentece mi trabajo.

47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.

48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.

49. Soy una persona tranquila y temerosa.

50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.

51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.

52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo

53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.

54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.

55. No soporto a las personas "sabihondas" que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.

56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.

57. Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.

58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.

59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.

60. Siempre estoy buscando en hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.

61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.

62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.

63. Le gusto a muy poca gente.

64. Si alguien me criticase por cometer algún error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.

65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.

66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.

67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.

68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.

69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.

70. Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.

71. Me siento continuamente muy cansado.

72. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.

73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.

74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.

75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.

76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.

77. Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.

78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás incluso si ellos no me gustan.

79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.

80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.

81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.

82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.

83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.

84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.

85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.

86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.

87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.

88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.

89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.

90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.

91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.

92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.

93. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ningún motivo.

94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.

95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.

96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.

97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.

98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.

99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.

100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.

101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.

102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.

103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.

104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o que lo haga intencionalmente mal.

105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.

106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.

107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.

108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.

109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.

110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.

111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atracción de los demás.

112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.

113. Me siento desorientado, sin objetivos y no sé hacia donde voy en la vida.

114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.

115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.

116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.

117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.

118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.

119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.

120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.

121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.

122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.

123. Siempre pongo a prueba a la gente para ver hasta donde son de confianza.

124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.

125. Me resulta fácil hacer nuevos amigos.

126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.

127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molestan.

128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.

129. No culpo a quien que se aproveche de alguien que se lo permite.

130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.

131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.

132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.

133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.

134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.

135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.

136. En los últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.

137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.

138. La gente me dice que soy una persona íntegra y moral.

139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es muy amable conmigo.

140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.

141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.

142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.

143. No me importa que la gente no se interese por mí.

144. Francamente miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.

145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.

146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.

147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.

148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.

149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.

150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.

151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.

152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.

153. Estoy de acuerdo con el refrán "Al que madruga Dios le ayuda".

154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.

155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.

156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.

157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.

158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo casi siempre me siento tenso y controlado.

159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.

160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.

161. Rara vez me emociono mucho con algo.

162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de donde terminaría.

163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.

164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.

165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.

166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.

167. Últimamente me siento completamente destrozado.

168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.

169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.

170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.

171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.

172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.

173. Prefiero estar con gente que me protegerá.

174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.

175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.

**FIN DE LA PRUEBA.**

COMPRUEBE, POR FAVOR, QUE NO HA DEJADO NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.

# Inventario Clínico Multiaxial de MCMI – II MILLON
## Hoja de Respuestas

Nombre_____ Edad_____ Fecha de Aplicación_____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | V | F | 26 | V | F | 51 | V | F | 76 | V | F | 101 | V | F | 126 | V | F | 151 | V | F |
| 2 | V | F | 27 | V | F | 52 | V | F | 77 | V | F | 102 | V | F | 127 | V | F | 152 | V | F |
| 3 | V | F | 28 | V | F | 53 | V | F | 78 | V | F | 103 | V | F | 128 | V | F | 153 | V | F |
| 4 | V | F | 29 | V | F | 54 | V | F | 79 | V | F | 104 | V | F | 129 | V | F | 154 | V | F |
| 5 | V | F | 30 | V | F | 55 | V | F | 80 | V | F | 105 | V | F | 130 | V | F | 155 | V | F |
| 6 | V | F | 31 | V | F | 56 | V | F | 81 | V | F | 106 | V | F | 131 | V | F | 156 | V | F |
| 7 | V | F | 32 | V | F | 57 | V | F | 82 | V | F | 107 | V | F | 132 | V | F | 157 | V | F |
| 8 | V | F | 33 | V | F | 58 | V | F | 83 | V | F | 108 | V | F | 133 | V | F | 158 | V | F |
| 9 | V | F | 34 | V | F | 59 | V | F | 84 | V | F | 109 | V | F | 134 | V | F | 159 | V | F |
| 10 | V | F | 35 | V | F | 60 | V | F | 85 | V | F | 110 | V | F | 135 | V | F | 160 | V | F |
| 11 | V | F | 36 | V | F | 61 | V | F | 86 | V | F | 111 | V | F | 136 | V | F | 161 | V | F |
| 12 | V | F | 37 | V | F | 62 | V | F | 87 | V | F | 112 | V | F | 137 | V | F | 162 | V | F |
| 13 | V | F | 38 | V | F | 63 | V | F | 88 | V | F | 113 | V | F | 138 | V | F | 163 | V | F |
| 14 | V | F | 39 | V | F | 64 | V | F | 89 | V | F | 114 | V | F | 139 | V | F | 164 | V | F |
| 15 | V | F | 40 | V | F | 65 | V | F | 90 | V | F | 115 | V | F | 140 | V | F | 165 | V | F |
| 16 | V | F | 41 | V | F | 66 | V | F | 91 | V | F | 116 | V | F | 141 | V | F | 166 | V | F |
| 17 | V | F | 42 | V | F | 67 | V | F | 92 | V | F | 117 | V | F | 142 | V | F | 167 | V | F |
| 18 | V | F | 43 | V | F | 68 | V | F | 93 | V | F | 118 | V | F | 143 | V | F | 168 | V | F |
| 19 | V | F | 44 | V | F | 69 | V | F | 94 | V | F | 119 | V | F | 144 | V | F | 169 | V | F |
| 20 | V | F | 45 | V | F | 70 | V | F | 95 | V | F | 120 | V | F | 145 | V | F | 170 | V | F |
| 21 | V | F | 46 | V | F | 71 | V | F | 96 | V | F | 121 | V | F | 146 | V | F | 171 | V | F |
| 22 | V | F | 47 | V | F | 72 | V | F | 97 | V | F | 122 | V | F | 147 | V | F | 172 | V | F |
| 23 | V | F | 48 | V | F | 73 | V | F | 98 | V | F | 123 | V | F | 148 | V | F | 173 | V | F |
| 24 | V | F | 49 | V | F | 74 | V | F | 99 | V | F | 124 | V | F | 149 | V | F | 174 | V | F |
| 25 | V | F | 50 | V | F | 75 | V | F | 100 | V | F | 125 | V | F | 150 | V | F | 175 | V | F |