

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE HUMANIDADES
CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**“IDEACIÓN SUICIDA Y ALEXITIMIA EN ALUMNOS DE
QUINTO DE SECUNDARIA DE LAS INSTITUCIONES
EDUCATIVAS DE VIÑANI, TACNA 2016”**

TESIS

Presentada por:

BACH. CRISTINA BEATRIZ FLORES ROSADO

Tesis para optar el Título Profesional de

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE HUMANIDADES
CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**“IDEACIÓN SUICIDA Y ALEXITIMIA EN ALUMNOS DE
QUINTO DE SECUNDARIA DE LAS INSTITUCIONES
EDUCATIVAS DE VIÑANI, TACNA 2016”**

TESIS

Presentada por:

BACH. CRISTINA BEATRIZ FLORES ROSADO

Tesis para optar el Título Profesional de

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

TACNA - PERÚ

2016

Dedicatoria

A Dios, por brindarme el maravilloso regalo de la vida, por ser mi motivo de superación y constancia, permitiéndome gozar de esta hermosa carrera que es la psicología en favor de aquellas personas que necesitan bienestar a nivel emocional y psicológico.

A mis padres, Miguel y Beatriz, por sacrificar muchas cosas por mí, por enseñarme a ser perseverante y por estar ahí siempre para mí, brindándome la oportunidad de estudiar y ser mis mejores amigos.

A mi amigo y compañero, Iván, por apoyarme todo este tiempo de aprendizaje, por ser mi apoyo constante, simplemente gracias por todo.

A mis demás familiares y amistades que estuvieron brindándome su aliento y apoyo en este proceso tan enriquecedor de mi formación profesional.

Le agradezco mucho a Dios por colocarlos en mi vida, a ustedes les dedico este trabajo con toda mi estima.

Agradecimientos

A mi querida Universidad Privada de Tacna, por abrirme las puertas al conocimiento científico y humanista en cada una de sus magistrales clases dentro de la carrera de psicología, una hermosa carrera que viví por cinco años de continuo aprendizaje.

A Alex Valenzuela Romero, mi asesor, por la dedicación y tiempo que mostró hacia mi trabajo a lo largo de este tiempo. Su minuciosidad, así como su exigencia, fueron clave para dar lo mejor de mí al realizar esta investigación, siendo una experiencia muy positiva poder compartir este trabajo con tan excelente profesional y persona.

A mis queridos docentes de pre grado, gracias por compartir conmigo sus conocimientos de esta hermosa carrera, la psicología.

Son muchas las personas especiales a quienes me gustaría agradecer su amistad, apoyo y ánimo en las diferentes etapas de mi vida. La mayoría está conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, quiero darles infinitas gracias por ser parte de mí.

Índice de Contenidos

Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
Índice de Contenidos	iii
Índice de Tablas	v
Índice de Figuras	vi
Resumen	vii
Abstrac	viii
Introducción	ix
Capítulo 1: El problema	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Objetivos	7
1.4. Justificación y alcances	8
1.5. Viabilidad	13
Capítulo 2: Marco Teórico	15
2.1. Antecedentes del estudio	15
2.2. Fundamentos teóricos	22
2.2.1. Adolescencia: Periodo en búsqueda de la identidad personal	22
2.2.2. Ideación suicida: pensamientos súbitos de autodestrucción.....	37
2.2.3. Alexitimia: El analfabetismo emocional	51
3.2.4. El rol e importancia de la Psicología	60
2.3. Definiciones básicas	66
Capítulo 3: Metodología	67

3.1. Sistema de Hipótesis	67
3.2. Identificación y Operacionalización de Variables	68
3.3. Tipo y Diseño de Investigación	69
3.4. Ámbito del estudio	70
3.5. Población y Muestra	71
3.6. Técnicas e instrumentos	74
3.7. Procedimientos	77
Capítulo 4: Resultados y discusión	79
4.1. Resultados	80
4.1.1. Resultados de información general	80
4.1.2. Resultados sobre el nivel de riesgo de ideación suicida.	83
4.1.3. Resultados sobre el nivel de alexitimia.	87
4.1.4. Resultados sobre el nivel de relación entre ideación suicida y alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna – 2016.	91
4.2. Contrastación de Hipótesis	93
4.2.1. Prueba de Primera Hipótesis Específica	93
4.2.2. Prueba de Segunda Hipótesis Específica	95
4.2.3. Prueba de Tercera Hipótesis Específica	97
4.2.3. Prueba de Hipótesis General	99
4.3. Discusión	100
Conclusiones	108
Recomendaciones	109
Referencias	110
Anexos	126

Índice de Tablas

Tabla 1. Operacionalización de la variable: Ideación suicida	68
Tabla 2. Operacionalización de la variable: Alexitimia	69
Tabla 3. Distribución por sexo de los encuestados	80
Tabla 4. Edad de los encuestados	81
Tabla 5. Institución educativa de los encuestados	82
Tabla 6. Nivel de riesgo de ideación suicida	83
Tabla 7. Nivel de riesgo ideación suicida según sexo	84
Tabla 8. Nivel de riesgo de ideación suicida según edad	85
Tabla 9. Nivel de riesgo de ideación suicida según institución educativa	86
Tabla 10. Nivel de alexitimia	87
Tabla 11. Nivel de alexitimia según sexo	88
Tabla 12. Nivel de alexitimia según edad	89
Tabla 13. Nivel de alexitimia según institución educativa	89
Tabla 14. Tabla de contingencia Ideación Suicida *Alexitimia	91

Índice de Figuras

Figura 1. Ilustración del Paradigma del iceberg de Jeanneret.	41
Figura 2. Mitos sobre la persona y la conducta suicida	51
Figura 3. Distribución por sexo de los encuestados	80
Figura 4. Edad de los encuestados	81
Figura 5. Institución educativa de los encuestados	82
Figura 6. Nivel de riesgo de ideación suicida	83
Figura 7. Nivel de ideación suicida según sexo	84
Figura 8. Nivel de ideación suicida según edad	85
Figura 9. Nivel de ideación suicida según institución educativa	86
Figura 10. Nivel de alexitimia	87
Figura 11. Nivel de alexitimia según sexo	88
Figura 12. Nivel de alexitimia según edad	89
Figura 13. Nivel de alexitimia según institución educativa	90
Figura 14. Nivel de relación entre de ideación suicida y alexitimia	91

Resumen

El objetivo principal de la investigación es determinar si existe relación directa entre ideación suicida y alexitimia en alumnos de quinto año de secundaria de las Instituciones Educativas del sector Viñani, siendo de enfoque cuantitativo. Se empleó un tipo de investigación básica por su finalidad y correlacional por el nivel de conocimientos alcanzado. El diseño es no experimental de tipo descriptivo correlacional. La muestra es no probabilística de carácter intencional, con 206 participantes, entre 15 y 18 años de edad, ambos sexos, nivel de instrucción secundario. Los instrumentos utilizados fueron encuestas tipo test: Indicadores del Riesgo de Suicidio a través del Inventario BECK-HF y escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Como resultado, se encontró que si existe relación directa entre ideación suicida y alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, asimismo, se halló que el nivel de ideación suicida es de alto riesgo en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, con un nivel de confianza del 95%, con respecto a la variable alexitimia se encontró que existe un nivel alto en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, con un nivel de confianza del 95%. Finalmente, se obtuvo que el nivel de relación entre ideación suicida y alexitimia es alta y significativa en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, con un nivel de confianza del 95%.

Palabras clave: Ideación suicida, alexitimia, adolescentes, Viñani.

Abstrac

The main objective of this research is to determine if exist a direct link between suicidal ideation and alexithymia in fifth grade secondary school students of Viñani's Educational Institutions. In that sense this research have a quantitative approach. For its purpose is a basic research and for the level of knowledge achieved is a correlational one. Its design is non-experimental of type descriptive correlational. The sample is type non-probabilistic and of intentional character, having 206 participants between 15 and 18 years, of both genders, with a secondary level of education. The research instruments used were surveys type test: Indicators of Suicide Risk through the BECK-HF Inventory and Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). On the results was found that there is a direct link between suicidal ideation and alexithymia in fifth grade secondary school students of Viñani's Educational Institutions, as well, was found a high risk level of suicidal ideation with a confidence level of 95% in fifth grade secondary school students of Viñani's Educational Institutions and with regard to the alexithymia variable was found that there is a high level with a confidence level of 95% in fifth grade secondary school students of Viñani's Educational Institutions. Finally, it was obtained that there is a high and significant relationship level with a confidence level of 95% between suicidal ideation and alexithymia in fifth grade secondary school students of Viñani's Educational Institutions.

Keywords: Suicidal ideation, alexithymia, adolescents, Viñani.

Introducción

La adolescencia es una etapa donde emergen diversos aspectos a afrontar, los cuales implican una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, en donde la persona en ese rango de edad, debe salir victoriosa para llegar a ser posteriormente un adulto realizado; no obstante en mayoría de ocasiones, el adolescente encuentra diversas dificultades con respecto a cómo identificar y exteriorizar lo que siente; y en su frustración o encrucijada emocional al no poder resolver tales conflictos, opta como salida el desfogarse de manera inadecuada, mediante conductas que dañan y ponen en riesgo su integridad, como es el caso del suicidio.

La elección de la temática de este estudio se vio determinada por los altos índices de suicidio en la población adolescente a nivel mundial, nacional y local, poniendo así en riesgo su integridad física y psíquica, donde muchas veces no es abordada, y lamentablemente suceden desenlaces fatales, como el suicidio. Además, en el aprendizaje y experiencia como practicante pre-profesional, se detectó aspectos importantes en torno a la población adolescente de nuestra localidad, específicamente en las Instituciones Educativas del sector de Viñani, zona urbano marginal del Distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, en donde la población presenta dificultades a nivel emocional y psicológico, como la alexitimia, constructo que hace alusión a la incapacidad de poder identificar, describir o expresar emociones, lo que afecta al bienestar de la persona, trayendo consigo vías de desahogo inadecuadas, como el suicidio, hecho que produce preocupación, inquietud y malestar en grupos, familias e instituciones. Es por ello, que este estudio se enfoca en las ideaciones suicidas, ya que

la psicología busca ejecutar una intervención primaria, y por ende, se decidió abordar desde los pensamientos o ideas suicidas que puede presentar el adolescente en riesgo, hecho que constituye la primera etapa e indicio para detener o evitar el hecho en sí mismo, es decir el suicidio consumado.

La finalidad del presente estudio es determinar si existe relación entre las ideaciones suicidas y el estado alexitímico en alumnos del quinto año de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, para así poder obtener un panorama de cuál es la situación de esta población con respecto al ámbito emocional, buscando contribuir en la salud mental de los adolescentes de ésta zona a través de una intervención oportuna.

Esta investigación está dividida en cuatro capítulos, en el primero se detallan las características fundamentales entorno al problema de este estudio; los cuales lo conforman el planteamiento y formulación del problema, así como, los objetivos, general y específicos que delimitan el desarrollo de la investigación; además de la justificación y alcances, aspectos fundamentales sobre el por qué se decidió realizar y ejecutar este trabajo; y además se encuentra la viabilidad del estudio. En el capítulo dos se halla todo lo que concierne al marco teórico, como los antecedentes del estudio, los fundamentos teóricos con relación a las variables de la investigación, y a su vez, se encuentran las definiciones básicas. Por otra parte, en el capítulo tres, se encuentra la metodología del estudio, la cual comprende el sistema de hipótesis, la identificación y operacionalización de las variables, el tipo y diseño de investigación, el ámbito de estudio, la población y muestra en donde se realizó el trabajo, así como las técnicas e instrumentos utilizados, y qué procedimientos han sido ejecutados para su realización. Y por último, en el capítulo cuatro se encuentran los resultados y discusión, apartado donde se exponen los resultados hallados. Posteriormente se encuentran las

conclusiones de la investigación realizada y las recomendaciones respectivas, en donde se proponen alternativas de intervención.

Finalmente, este trabajo busca contribuir a la ciencia psicológica ya que este estudio es nuevo en nuestro medio, y por lo cual se espera que el contenido y resultados obtenidos sirvan para futuras investigaciones. Además es un aporte importante para todas las personas insertas en el campo de la psicología, salud, educación; personal vinculado con adolescentes y a todos aquellos que estén interesados en la temática, para realizar futuras intervenciones en las cuales se busque reducir el riesgo de comportamientos inadecuados y patológicos como el suicidio, aspecto que parte desde la ideación y la alexitimia (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004). Es necesario resaltar que el papel como psicólogos ante esta problemática es de vital importancia en nuestro medio social, por lo que se busca que este estudio además suscite el desarrollo de estrategias para promover la salud mental en poblaciones vulnerables y de riesgo, como son los adolescentes.

Capítulo 1: El problema

1.1. Planteamiento del problema

Según Krauskopof (1999), refiere a la “adolescencia como una etapa crucial del desarrollo humano” (p. 23). Esta idea hace pensar que más como una etapa o momento de transición, denominación por la cual también es conocida la adolescencia; ésta implica un momento importante y decisivo, donde el adolescente busca replantear su definición personal y social como ser humano, a través de procesos como la exploración, diferenciación del medio familiar, la búsqueda de pertenencia y sentido de vida.

Asimismo la etapa de la adolescencia comprende una gama de cambios y transformaciones no solo a nivel físico, sino también a un nivel psicológico, los cuales no constituyen aspectos fáciles de alcanzar, y por lo tanto, estos abarcan ciertas crisis, término que utilizó Eric Erickson en su “Teoría sobre las Fases Psicosociales”, en donde las crisis comprenden el paso de un estadio a otro, como un proceso progresivo de cambio de las estructuras operacionales, o un proceso de estancamiento en el mismo (Erikson, 1981) como se cita en (Bordignon, 2005).

Es en esta etapa llena de cambios, donde afloran emociones intensas, nuevas formas de relacionarse y una posterior explicación del mundo a partir de lo que uno conoce de sí. Se trata de un período de emociones fluctuantes, principalmente dirigidas hacia sí mismo (Carvajal, 1993), como se cita en (Vásquez, 2009), donde la población adolescente encuentra dificultades para expresarse a nivel emocional.

Es aquí, donde entra a tallar la alexitimia, neologismo de origen griego que significa “ausencia de palabras para expresar emociones o sentimientos” (Alonso-Fernández, 2011). Situación en donde muchos de los adolescentes de nuestra localidad, ciudad y país se encuentran; en una disyuntiva entre no saber cómo sacar lo que sienten, de cómo comunicar sus emociones externamente. Muchos de estos, al no encontrar el modo o voz para dar expresión a sus propias emociones, recurren a un medio inadecuado, el cual podría contemplar ideas súbitas de muerte como posible solución a esas crisis. Hecho que se está evidenciando en nuestro medio, con un incremento significativo.

Es importante señalar las cifras tan alarmantes que brinda la Organización Mundial de la Salud (OMS), entorno al suicidio, hecho que constituye una causa de mortalidad que va en crecimiento, afectando a varios grupos etarios y especialmente a la población adolescente de manera significativa. Según este organismo (2006), en el año 2000 se suicidaron aproximadamente un millón de personas, cifra alarmante que coloca al suicidio entre las diez principales causas de muerte en diversos países.

Asimismo la OMS (2016), recientemente publicó en su página web una nota descriptiva indicando que anualmente, más de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más personas intentan hacerlo. Cada suicidio, constituye una tragedia que afecta tanto a familias, comunidades y países, trayendo consigo efectos duraderos y de gran impacto para los familiares o allegados de la persona suicida. Cabe decir, que

el suicidio se puede producir a cualquier edad, e incluso, en el año 2012, fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo, hecho que causa desconcierto ya que se está hablando de cifras elevadas en una población joven. Es importante enfatizar además, que este hecho no sólo se produce en países de altos ingresos, sino que al contrario es un fenómeno global, el cual afecta a todas las regiones del mundo. Asimismo, en 2012, el 75% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.

Por otra parte, según el boletín estadístico 2015, elaborado por la Dirección Regional de Salud Tacna (2016), hay cifras importantes a considerar de nuestra localidad. En primera instancia, con relación a la mortalidad general por grupos de causas, sexo y grupo de edad en el año 2015, específicamente de lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), se presentaron los siguientes casos:

- Entre el grupo de 12 – 17 años, en el sexo femenino se encontró 1 caso de un total de 4 fallecimientos.
- Por otra parte, entre 18 – 29 años, se halló en cuanto al sexo femenino 1 caso, de un total de 10 y en el sexo masculino 3 casos, de un total de 34.
- En un rango de edad de 30 – 59 años, en cuanto al sexo femenino aconteció 1 caso de un total de 94, y con relación al sexo masculino 6 casos de un total de 159.
- Con relación al rango de 60 años a más, en el sexo femenino se halló 1 caso de un total de 340, y en cuanto al sexo masculino 2 casos de 354 fallecimientos.
- Finalmente, con respecto a cifras totales, se encontraron 4 casos en cuanto al sexo femenino y 11 en el sexo masculino; haciendo un total de 15 casos de suicidio en la ciudad de Tacna.

Ahora, con respecto a la mortalidad por provincias y distritos en la región Tacna por residencia habitual del fallecido en el año 2015, se hallaron las siguientes cifras:

En la provincia de Tacna se reportó un total de 12 casos, y con relación a distritos se tiene la siguiente información:

- En el distrito de Tacna, se registraron 5 casos de índole suicida.
- Asimismo, con relación al distrito de Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, se registraron un total de 4 casos, cifra que cabe decir indica la gran incidencia de actos de suicidas, y asimismo la gran necesidad de intervención en la zona, el cual comprende una zona rural como la que es Viñani, la que cuenta con una población de riesgo que urge de una ayuda y asistencia a nivel de salud mental.
- En los distritos de Ciudad Nueva, Alto del Alianza e Inclán, se reportó 1 caso respectivamente.
- Finalmente, en cuando a los distritos de Calana, Pachía, Palca, Pocollay y Sama no se encontraron casos registrados.
- En cuanto a la provincia de Candarave no se reportaron casos de suicidio en la población. Por otra parte, en la provincia de Jorge Basadre, se registró 1 caso de suicidio, específicamente en el distrito de Ilabaya. En la provincia de Tarata, se registró de igual manera 1 caso, en el distrito de Tarata. Finalmente en otras regiones se reportó la existencia de 1 caso de hecho suicida.

Así se evidencia la existencia de 15 casos reportados y registrados en la ciudad de Tacna en el año 2015. Con relación a las cifras mencionadas, éstas indican que hay mayores casos de suicidio con respecto al sexo masculino, y que es en la población adolescente donde empiezan a surgir casos de ésta índole, los cuales, se prolongan hasta la edad adulta y tercera edad. Cabe mencionar, que en el Distrito Coronel

Gregorio Albarracín Lanchipa, lugar donde se encuentra el sector de Viñani, contexto en donde se buscó realizar la presente investigación; se registraron un total de 4 casos, cifra alta que prosigue a los 5 casos del distrito de Tacna y que denota una alarma a nivel de salud mental.

Es importante analizar la realidad, en cuál es la situación de los adolescentes, y cuestionarse si su desarrollo es óptimo, y sobre todo si es favorable psicológicamente. Algunas veces, se comete el error de generalizar y así subestimar el estado de salud mental actual del adolescente, y en ocasiones solo se analizan ciertas realidades, como la de colegios del cercado o zona céntrica de la ciudad, así favoreciendo un abordaje permanente en estos, contribuyendo al bienestar de la población educativa.

No obstante, en reiteradas ocasiones se discrimina e ignora la zona urbano marginal de la ciudad de Tacna, población que necesita una intervención primaria de urgencia por sus características, donde se halla a una población adolescente que comprende diversos problemas de carácter emocional, donde éstos no saben cómo expresar lo que sienten, y mucho menos dar un significado a sus emociones, sumado a esto, factores que propician su malestar como los cambios tanto físicos como psíquicos propios de la etapa, así como problemas de índole familiar y social, donde resalta la existencia de la violencia familiar, factor que se puede decir, deriva de las costumbres propias de las ciudades de origen, donde se encuentra a las ciudades de Cusco y Puno, como las más resaltantes.

A su vez, presentan la dificultad para adaptarse y sobrellevar el cambio de entorno y contexto, dado que una gran mayoría de la población de este sector, son migrantes, y por ende surge un gran malestar de adaptación a un medio distinto y una gran dificultad para sobrellevar las frustraciones propias de los sueños y anhelos de

algún día progresar y mejorar su calidad de vida, motivo por el cual estas personas migraron a esta ciudad.

Todo esto, se evidencia y refleja a nivel comportamental en los adolescentes de la zona de Viñani, a través de problemas de rendimiento académico, apatía en la realización de sus actividades, consumo de sustancias, problemas con el alcohol, dificultades en la autoestima y autoconcepto, escasas habilidades sociales, rebeldía, inicio temprano de actividad sexual, promiscuidad, autolesiones; conductas que hacen alusión a problemas de índole emocional, en las cuales los adolescentes al no poseer la capacidad de poder expresar lo que sienten, lo cual encaja en un cuadro alexitímico, y se manifiestan a través de comportamientos desadaptativos.

Por esta razón se ha planteado que la ideación suicida podría estar relacionada a la alexitimia, ya que la población adolescente está recurriendo a este medio inadecuado de desfogue emocional; demostrando así, carencia en la habilidad de exteriorizar sus sentimientos o emociones, probablemente denotan un cuadro de alexitimia.

El objetivo de este estudio es analizar la situación en la que se encuentra un grupo de adolescentes pertenecientes a Instituciones Educativas del sector Viñani, con respecto a la relación entre ideación suicida y alexitimia. En esta línea, se espera que los adolescentes presenten una relación entre ambas variables.

1.2. Formulación del problema

Como pregunta general se tiene:

- ✓ ¿Existe relación directa entre ideación suicida y alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna-2016?

Como preguntas específicas se tienen:

- ✓ ¿Cuál es el nivel de riesgo de ideación suicida en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna - 2016?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna - 2016?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de relación entre ideación suicida y alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna - 2016?

1.3. Objetivos

Objetivo General:

Determinar si existe relación directa entre ideación suicida y alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna-2016.

Objetivos Específicos:

Identificar el nivel de riesgo de ideación suicida en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna 2016.

Analizar el nivel de alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna 2016.

Determinar el nivel de relación entre ideación suicida y alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna – 2016.

1.4. Justificación y alcances

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es la causa de la mitad de todos los fallecimientos violentos y se traduce en aproximadamente un millón de víctimas al año; la misma organización proyecta que para el año 2020 el número de víctimas podría ascender a 1.5 millones (Simón & Sanchis, 2010).

Aunado a lo anterior, más de 800.000 personas fallecen a causa del suicidio cada año en el mundo, aproximadamente una persona cada 40 segundos, según el primer informe sobre prevención del suicidio de la OMS. Además, aproximadamente del 75% de los suicidios se producen en países de ingresos bajos y medianos (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Ahora haciendo un enfoque en Perú; país que cabe decir cuenta con escasa información epidemiológica con respecto a temas de suicidio y mucho menos en datos de ciudades, pueblos o zonas alejadas, como por ejemplo Viñani, situación que motivó e incentivó a este estudio a para ser ejecutado y así contribuir a la investigación psicológica en la ciudad de Tacna; a continuación se presenta información que ayuda a visualizar el panorama peruano:

- El número total de actos suicidas se disminuyó en los últimos años, no obstante la tasa en cuanto a niños y adolescentes, pasó a ser del 10%, en el año 2009 al 12% en el 2010.
- La causa o motivo principal de suicidios en cuanto a menores de edad en nuestro país es el maltrato, en cualquiera de sus tipos.
- El 70% de las personas que cometen suicidio se encuentran en el rango de edad de 15 y 30 años.
- Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cifra total de suicidios en el Perú con relación al año 2007 fue de 407 casos, haciendo hincapié a que

estas cifras corresponden a casos de suicidio reportados y registrados en grandes ciudades (Valdivia, 2014); no obstante como se mencionó, es muy importante y necesario obtener datos procedentes de zonas urbano marginales, aspecto que esta investigación busca realizar y posteriormente brindar como aporte.

Sin ir más lejos en cuanto a espacio y tiempo, en el mes de mayo del año 2016, se dio a conocer un hecho que paralizó a todo el Perú, un suceso que afectó y originó un cuestionamiento interno en muchos de los peruanos, cómo una adolescente, de aproximadamente 17 años, con toda una vida por seguir, conocer y desarrollar; podría quitarse la vida de esa manera, lanzándose desde el último piso de un conocido hotel de la ciudad de Lima, el hotel Sheraton. Y cabe señalar, que ante hechos como este, quedan muchas incógnitas, como que estaría pasando por su mente en esos instantes, qué la motivó a lanzarse desde del último piso de tal hotel, y cómo pudo llegar a la conclusión tan limitante de sostener y afirmar que su vida no tenía sentido¹.

Análogamente, cabe mencionar, a dónde estamos yendo como sociedad; vemos cada vez una colectividad alexitímica, incapaz de expresarse emocionalmente, viendo opciones desadaptativas y perjudiciales como alternativas de solución. Asimismo, es lamentable ver lo afectada y enferma emocionalmente que está nuestra sociedad, donde muchos prefieren ser espectadores de los hechos, en lugar de asumir un rol empático y de ayuda hacia el otro.

De tal modo, se evidencia que la población, exclusivamente adolescente viene siendo afectada psicológicamente y muchas veces no es abordada, incluso de manera

¹ Diario La República, 30 de mayo de 2016 en <http://larepublica.pe/sociedad/772189-mujer-se-suicida-lanzandose-desde-el-ultimo-piso-del-hotel-sheraton>

preventiva y lamentablemente sucede este tipo de desenlaces. Mosquera (2008), ya decía que una persona puede tener dificultades para verbalizar su dolor, lo que con el tiempo se va acumulando hasta llegar a adquirir una gran intensidad, un peso que parece real, una sensación que agota y desmotiva. Y es que, al tocar la población adolescente, se puede analizar que la persona perteneciente a esta etapa, debe afrontar toda clase de cambios a nivel corporal y psicológico, la necesidad de pertenecer a un grupo y emprender la búsqueda de su identidad, hecho que despierta y origina un conflicto hacia sí mismo; en donde la persona mientras esté carente de los recursos o factores protectores necesarios para salir de ello, puede presentar ideaciones suicidas.

Según Sun et al., (2006) como se cita en (Carvajal & Caro, 2011), la conducta suicida en población general, y específicamente en adolescentes, representa en la actualidad una dificultad de salud pública que requiere atención de todos los sectores; ya que es un fenómeno de origen multicausal a partir de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales; y que acontece como respuesta a una realidad que la persona ve como angustiada, la cual enmarca una situación compleja.

En nuestra localidad, se ve la gran necesidad de una intervención psicológica en especial en las instituciones educativas del sector de Viñani, zona urbano marginal del Distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa de la ciudad de Tacna, la cual denota a una población migrante en riesgo, que comprende a familias de escasos medios y recursos para buscar una ayuda profesional, y ejercer prevención en salud física y mental; donde mayormente se cae en la subestimación de la problemática, dejando pasar la intervención adecuada; sumado a esto las creencias y costumbres de la población, enmarcadas del lugar de origen, el cual abarca las zonas de Puno y Cusco. Como es sabido, en la zona alto andina de nuestra patria, se encuentra de manera muy

arraigada la cultura de la violencia, la cual es transmitida a través de generaciones propiciando que en la actualidad, exista de manera muy enraizada el machismo.

Al respecto conviene decir que, la violencia contra la mujer está relacionada estrechamente con este sistema patriarcal o sistema machista. El cual, es un modo de comportamiento exagerado del hombre, que perdura en nuestro contexto y reproduce y/o tolera un conjunto de acciones o prácticas entre hombres y mujeres, que van desde la desigualdad y discriminación de géneros, hasta perturbar y aquejar la vida familiar (Oblitas. B, 2009).

La violencia contra la mujer, así como su magnitud revela que éste es un problema social que responde a la permanencia de una cultura con estructuras jerárquicas patriarcales, donde la mujer es vista como un objeto desechable y maltratable. Lo que limita y arremete contra el ejercicio pleno de las libertades y derechos de la mujer (Macassi, 2005, pp.12).

Asimismo, ésta población de las zonas alto andinas, sufren los efectos de la discriminación en ciudades, y con mucho más énfasis son los hijos de los adultos migrantes, los cuales, poseen el rol de estudiantes y que al encontrarse en un contexto distinto y nuevo; sus pares ejercen actos discriminatorios a través de comentarios de supremacía, haciendo alarde por su propia condición de ser del lugar, de la ciudad, es por ello que se afirma que si un estudiante llega a un colegio donde los demás tienen costumbres distintas, la discriminación es más acentuada, hechos que generan que la persona que se sienta excluido entre sus compañeros, creando así una especie de complejo de minusvalía por la secuela de desadaptación que se origina (Portugal, 1988).

Como se puede analizar, es necesario ejercer y promover una intervención primaria, en las instituciones educativas del sector, las cuales, cabe decir, constituyen

un lugar idóneo, ya que son el principal contexto en el cual, los adolescentes desarrollan gran parte de su actividad diaria.

Los beneficios que aporta el presente trabajo a las instituciones educativas y los profesionales de la salud mental, es ampliar sus conocimientos en cuanto a la atención y abordaje desde un punto de vista psicológico de la población adolescente con respecto a los casos crecientes de riesgo suicida, actos que surgen como consecuencia de la falta de afecto, dificultad para expresar emociones y ser empático, es decir a causa de la alexitimia.

Este proyecto además, busca brindar herramientas que apoyen a la intervención en aquella población de adolescentes que necesitan ser escuchados y ayudados a dar voz a su dolor, ansiedad, miedo, rabia, odio, rencor, tristeza y desesperación; emociones que se necesitan expresar y no callar; no buscando desfogarlas de una manera inadecuada dañando su propio cuerpo e integridad.

A los investigadores y estudiantes de educación superior, los beneficia mostrándoles a través de la presente investigación, la realidad de un grupo de adolescentes que pasan por los constructos planteados, como la ideación suicida y alexitimia, para que así posteriormente, este estudio pueda servir como incentivo para otros investigadores en este campo, y así se pueda contribuir con su labor al conocimiento. Y de esta manera, se busque diseñar, desarrollar e implementar medidas preventivas y de acción social a través de programas de intervención, especialmente desde las áreas educativas y de salud, para dar respuesta a las situaciones que plantea el desarrollo de problemas de ajuste en la adolescencia, los cuales generen cambios positivos desde el ámbito psicológico.

En este contexto, es muy importante el desempeño del papel del psicólogo; el cual, se ve en la responsabilidad primaria de enfrentar y encontrar una solución de

intervención de estos casos, los cuales se están presentando de manera creciente en los adolescentes de nuestra localidad, con el propósito de generar e instaurar progresivamente una cultura de salud mental, y así finalmente dejen de ser una población vulnerable o de riesgo.

Por ende, la presente investigación tendrá un impacto teórico, ya que brindará un fundamento y adaptaciones teóricas a nuevos contextos o realidades, como es la nuestra; y asimismo, proporcionará un impacto práctico, el cual será beneficioso para los profesionales de la salud mental, como es el caso de los psicólogos, ya que otorgará y contribuirá con datos reales que permitan al profesional de la salud mental elaborar pautas de orientación, y nuevas herramientas de intervención en la población adolescente.

1.5. Viabilidad

- Existió dificultad para acceder a la muestra fijada en la investigación, ya que se debió esperar la aprobación de la dirección de las instituciones educativas del sector Viñani, para la ejecución del proyecto de investigación, por lo que se realizaron las coordinaciones respectivas ante las instancias pertinentes de manera programada, a fin de contar con las autorizaciones que permitieron acceder a las diversas instituciones educativas.
- Escasa información de marco teórico en nuestro medio, por lo que se recurrió a información vía internet y de otras localidades las cuales vayan acorde a las variables de estudio.
- Escasos antecedentes de investigaciones relacionadas en el ámbito regional y local, siendo este el pionero en nuestro medio, por lo que el presente estudio servirá como punto de referencia para las próximas generaciones de

estudiantes que se encuentren interesados en abordar este tema tan interesante, el cual requiere de la intervención de una serie de profesionales tanto del ámbito psicológico como educativo.

Capítulo 2: Marco Teórico

2.1. Antecedentes del estudio

Se tienen las siguientes antecedentes:

A nivel internacional:

En el año 2004, en la ciudad de Santiago, Chile, Ruíz y Sepúlveda, pertenecientes a la Carrera de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, realizaron un estudio denominado: *Organización del sí mismo en adolescentes estudiantes de enseñanza media con ideación suicida*. Esta investigación abordó la magnitud de la ideación suicida presente en jóvenes que cursan actualmente enseñanza media. Los resultados indicaron que un 47% de la muestra estudiada refiere poseer ideación suicida. En la comparación de grupos, se evidenció que los adolescentes que refieren presentar dicha variable, poseen un balance evolutivo en mayor desequilibrio, son en su mayoría mujeres, se ubican en una misma etapa de desarrollo del sí mismo, e incluyen en su totalidad a quienes refirieron presentar intentos suicidas.

En el año 2010, en ciudad de Madrid, España, Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu, y Martínez, realizaron un estudio denominado: *Ideación Suicida en*

Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. En este estudio se especificó y contrastó un modelo explicativo psicosocial de ideación suicida en adolescentes. Se utilizó una muestra probabilística estratificada de 1285 estudiantes mexicanos de escolaridad media y media superior. Se concluyó que el Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida (MEPIS) se ajustaba bien a los datos y era compatible con el modelo teórico propuesto, al integrar una estructura contextual que presentaba una relación indirecta y significativa del funcionamiento familiar y los problemas de integración escolar con la variable dependiente. Además, también se observó, una relación directa y significativa de la victimización escolar, sintomatología depresiva y conducta alimentaria de riesgo con la ideación suicida.

En el año 2010, en Santiago de Chile, Chile, Ventura-Juncá, Carvajal, Undurraga, Vicuña, Egaña y Garib, pertenecientes a la Escuela de Psicología, Facultad de Medicina, de la Universidad de los Andes., realizaron un estudio denominado: *Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile.* Con relación a los resultados, la encuesta fue respondida por 1567 adolescentes de edades comprendidas entre los 14 y los 20 años (54% varones). Sesenta y dos por ciento reconoció ideación suicida y el 19%, los intentos de suicidio. Estas cifras fueron significativamente mayores entre las mujeres y los asistentes a las escuelas públicas. Los adolescentes de dieciséis años tenían las tasas más altas de ideas e intentos suicidas. Se estableció como conclusión que existe una alta tasa de ideación suicida y los intentos entre los adolescentes que viven en el área metropolitana de Santiago.

En el año 2011, en Estocolmo, Suecia, Valdivia realizó un estudio denominado: *Suicidal processes and existential expectations about the afterlife in Perú. A comparison of findings from suicidal individuals, psychiatric patients and*

the general population. Tal estudio tuvo como objetivo general identificar el impacto de las expectativas existenciales respecto a las creencias sobre la vida después de la muerte en procesos suicidas en tres grupos de peruanos psicológicamente diferenciados. La muestra contó con 39 participantes. Con respecto a los resultados, los participantes presentaron mecanismos de defensa psicológicos contra la frustración existencial y tendieron a excluir cuestionamientos existenciales en procesos suicidas. Asimismo, identificaron diversas consecuencias de la muerte por suicidio, mencionaron áreas como la percepción energética, tangible, emocional y cognitiva. Los tres grupos mostraron diferencias al momento de expresar sus creencias sobre las consecuencias de la muerte por suicidio. Por último, se refirieron a temas relacionados con la investigación como la percepción de la vida y el rol de la familia.

En el año 2011, en Barcelona, España, Kirchner et al., pertenecientes a la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona, realizaron una investigación denominada: *Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento.* Para este estudio participaron 1.171 estudiantes de entre 12 y 16 años. En cuanto a los resultados, obtuvo que la prevalencia de conducta autolesiva es del 11,4% y la del pensamiento suicida del 12,5%, porcentajes acordes con los encontrados en otros países no se hallaron diferencias de sexo, pero sí un incremento con la edad. Además, se encontró una importante asociación entre comportamiento autolesivo e ideación suicida; la probabilidad de autolesión en adolescentes con ideación suicida es más de diez veces superior que en adolescentes que no reportan dicho tipo de ideación. El uso de estrategias de afrontamiento específicas diferencia entre población con ausencia/presencia de dichas conductas, especialmente en las chicas.

En el año 2013, en Murcia, España, Cruz-Saez, Pascual, Etxebarria y Echeburua, ejecutaron un estudio titulado: *Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes*, encontrado que la prevalencia de mujeres adolescentes en una muestra de 767 mujeres de 16 a 20 años en un alto riesgo fue de 15%. Según los resultados obtenidos, el peso, el índice de masa corporal, la percepción de la imagen corporal y la sobrevaloración de la delgadez eran factores relevantes en las adolescentes con alto riesgo de trastorno alimentario. Asimismo un mayor porcentaje de adolescentes de alto riesgo fumaban, habían probado drogas de síntesis y habían empezado antes a consumir alcohol. También se obtuvieron mayores niveles de alexitimia y ansiedad en estas adolescentes de alto riesgo.

En el año 2015, en el estado de Guanajuato, México, Chávez-Hernández, González-Forteza, Juárez, Vázquez, y Jiménez, realizaron una investigación llamada: *Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio del estado de Guanajuato, México*. Participaron 3249 estudiantes, de una edad promedio de 13 años. Los resultados evidencian que la ocurrencia de ideación suicida actual fue de 8.4%, con una proporción significativamente mayor de mujeres; la frecuencia de tentativas suicidas alguna vez en la vida fue de 12.4%. Los métodos que se emplearon con mayor frecuencia fueron la intoxicación con drogas y no comer, con el fin de morir. Los principales motivos mencionados fueron problemas familiares, sentirse enojado, sentirse triste, solo, deprimido e incomprendido por la familia. Se presentaron diferencias estadísticas entre hombres y mujeres, donde el sexo femenino reportó un número significativamente mayor de tentativas suicidas en la vida que los hombres.

A nivel nacional:

En el año 2007, Torres, perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, ejecutó una investigación denominada: *Relación entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida*, hallando correlaciones estadísticamente significativas entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia, tales como esquizoide, evitativo, histriónico, autoderrotista y esquizotípico. Los estilos de personalidad con mayor frecuencia en cuanto al acto suicida son quienes combinan rasgos evitativos, negativistas, antisociales y dependientes, y rasgos límites o una combinación de rasgos límites y esquizotípicos. Los resultados obtenidos confirman la relación entre diversos estilos de personalidad patológica y la alexitimia en una muestra de pacientes suicidas.

En el año 2009, en Lima, Perú, Cano, Gutiérrez y Nizama, realizaron una investigación llamada: *Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana*, con el objetivo de determinar la prevalencia de la ideación suicida y su asociación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros, en adolescentes escolares. La muestra fue seleccionada sistemáticamente, fueron 530 adolescentes de 12 a 19 años en los tres más grandes colegios de la ciudad. Se encontró que el 31,3% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 21,1% pensó en quitarse la vida y el 18,1% intentó suicidarse alguna vez, con mayoría en mujeres y en el grupo de 15 a 19 años. Concluyendo que existe una alta prevalencia de ideación suicida y, haber pensado en quitarse la vida se asoció con haber presentado conducta violenta dirigida hacia otro.

En el año 2009, en Lima, Perú, Vásquez, perteneciente a la Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú, realizó su investigación titulada: *Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima*

Metropolitana. Tal investigación tuvo como objetivo describir las características de la alexitimia y las autolesiones en un grupo de escolares de cuarto y quinto de secundaria de un colegio público de Lima Metropolitana. Esta investigación es de tipo descriptivo correlacional. La muestra fue de adolescentes hombres y mujeres que fluctuaban entre los 15 y los 19 años de edad. Los resultados demuestran que la alexitimia si se encuentra relacionada a las autolesiones, pero que existen otras variables que influyen en esa relación.

En el año 2010, en Lima, Perú, Huapaya, perteneciente a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, realizó un estudio denominado: *Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima, 2009*. En dicho estudio se tuvo como objetivo establecer si la sintomatología depresiva, disfunción familiar, abuso de alcohol, conducta antisocial y problemas de pareja son factores asociados a la ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to año de secundaria de instituciones educativas públicas del Cono Este de Lima. Se aplicó a 321 escolares una encuesta estructurada tipo cuestionario. Se obtuvo como resultado que el 83,1% presentó bajo nivel de ideación suicida, 14,3% nivel medio y 2,6% nivel alto. Se concluyó que los resultados del presente estudio demuestran que existe asociación significativa entre la ideación suicida con la sintomatología depresiva y el rango de edad de 16 a 19 años.

En el año 2012, en Chiclayo, Perú, Santiago, perteneciente a la carrera profesional de psicología de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; realizó una investigación denominada: *Ideación suicida y clima social familiar en estudiantes de una institución educativa estatal de Chiclayo en el 2011*. La población estuvo conformada por 281 estudiantes adolescentes mujeres de cuarto y quinto grado

de educación secundaria del turno de la mañana de una Institución Educativa Estatal en la provincia de Chiclayo departamento de Lambayeque, las cuales tenían edades comprendidas entre 14 y 17 años. Se obtuvo como resultados que sí existe relación entre dichas variables.

En el año 2013, en Lima, Perú, Minetto, ejecutó una investigación titulada: *Violencia familiar e ideación suicida en adolescentes del Hospital San Juan Bautista de Huaral*. Dicho estudio determinó la relación entre violencia familiar e ideación suicida en los adolescentes, estableciendo correlaciones entre tipos de maltratos e ideación suicida. La muestra de 100 adolescentes de ambos sexos se obtuvo mediante el muestreo no probabilístico, sus edades fluctuaron entre los 12 y 17 años de edad. Esta población fue atendida en el servicio de psicología del hospital San Juan Bautista de Huaral durante agosto-octubre de 2012. Los resultados revelaron que en su mayoría, los adolescentes presentaron un nivel de violencia familiar promedio y un nivel de ideación suicida alto.

En el año 2013, en Lima, Perú, Carlos, perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, realizó un estudio llamado: *Prevalencia de alexitimia en estudiantes de una universidad nacional*. La muestra estuvo comprendida por 223 estudiantes de psicología, de ambos sexos, con un rango de edad entre los 17 y 28 años, de 1ro a 6to año de estudio. De acuerdo a la prevalencia total, se encontró que el 26% de la muestra son considerados como casos de alexitimia. Respecto a la variable sexo, son las mujeres quienes obtuvieron un porcentaje mayor de casos de alexitimia con el 60%. En cuanto al grupo de edad, porcentajes altos se hallaron en el segundo grupo (de 20 a 22 años) con un 51.7%; del mismo modo, de acuerdo a la variable año de estudio, los de segundo año arrojaron un porcentaje de 25% superando a los otros años y, según la especialidad, son los del área clínica

quienes obtuvieron un porcentaje mayor de alexitimia con un 48%. No se hallaron diferencias significativas entre las medias de las variables.

En el año 2015, en Arequipa, Perú, Herrera y Oré, pertenecientes a la Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades de la Universidad Católica de Santa María, realizaron un estudio denominado: *Dimensiones de la personalidad y tipos de alexitimia en adolescentes*, hallando que existe una relación inversa significativa entre la personalidad y la alexitimia en adolescentes de UGEL – Sur Arequipa; asimismo, se encontró que la personalidad introvertida se relaciona con una alta alexitimia, donde predomina en varones y mujeres la personalidad extrovertida, y específicamente las mujeres tienden a tener mayor alexitimia que los varones.

En el año 2015, en Trujillo, Perú, Chunga ejecutó una investigación denominada: *Trastornos de la conducta alimentaria y alexitimia en adolescentes femeninas escolares*, la cual dio como resultado una correlación positiva entre los trastornos de la conducta alimentaria y alexitimia en una muestra de 300 adolescentes femeninas escolares de la ciudad de Trujillo, evidenciándose una relación altamente significativa para diez de las once escalas que mide el inventario con alexitimia.

2.2. Fundamentos teóricos

2.2.1. Adolescencia: Periodo en búsqueda de la identidad personal

La adolescencia es una fase que genera preocupación tanto a padres, profesores, educadores sociales e incluso con aquellos adultos que personal o profesionalmente interactúan con adolescentes. En cualquier librería se puede encontrar diversos títulos de libros referentes a esta etapa y que de alguna manera procuran, ya sea con gran o poco éxito, orientar a los adultos a afrontar los cambios de esta población. Aparecen,

inclusive, programas de televisión que alertan sobre la complejidad del trato con adolescentes y de qué manera se debe abordarlos. Cabe decir que, si hay una etapa del desarrollo con “mala prensa”, esa es la adolescente (Casco y Oliva, 2005) como se cita en (Sánchez, 2009). No obstante, en lugar de crear un mundo complejo con respecto a esta etapa, es aquí donde se debe buscar e incentivar el abordaje de esta población.

Los adolescentes, sus cualidades, actitudes, formas de expresarse, de relacionarse, entre otras características particulares de esa edad, se han convertido en un foco de estudio para muchos investigadores, tanto de la psicología, sociología y la educación; y no es para menos, ya que esta etapa encierra diversos factores con respecto a las cogniciones, pensamientos y comportamientos del adolescente que son atractivos para el área de la investigación. El concepto de adolescencia ha sido utilizado especialmente por el área de la Psicología para hacer alusión a una etapa del desarrollo humano acoplada al impacto psicosocial de la pubertad biológica. (González, 2011).

Según la OMS, la adolescencia es un periodo de crecimiento y desarrollo humano, el cual se origina posteriormente de la niñez y previamente de la edad adulta, entre el rango de edad de los 10 y 19 años. Se trata de uno de los períodos de transición más significativos en la vida de la persona, ya que se determina por un ritmo acelerado de desarrollo y cambios. Dentro de este marco, ha de considerarse que es un periodo preparativo para la edad adulta, durante el cual, se originan varias experiencias de gran importancia de desarrollo. Tales experiencias, incluyen la transición hacia lo que es la independencia económica y social, el proceso de la búsqueda de la identidad, la adquisición de capacidades para poder entablar relaciones y apropiarse de funciones

de índole adulto, y así como también, poseer la capacidad de un raciocinio abstracto (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La etapa de la adolescencia se caracteriza por acontecimientos universales entre los cuales se tienen los siguientes (Pérez, s.f.):

- Crecimiento corporal notable en cuanto a peso, talla y asimismo en cambios en forma y dimensión corporal.
- Acrecentamiento de la masa y fuerza muscular, más acentuada en el sexo masculino, acompañado de un incremento de la capacidad de transportación de oxígeno, de los mecanismos amortiguadores de la sangre.
- Aumento y maduración de los órganos de los pulmones y el corazón, denotando un mayor rendimiento y desempeño frente a ejercicios físicos.
- Incremento de la rapidez de crecimiento, se evidencian cambios en cuanto a la forma y dimensión corporal, el proceso endocrino metabólico y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de forma ecuánime, lo que produce cierta torpeza motora, fatiga, trastornos del sueño, los que pueden desencadenar trastornos de índole emocional y conductual transitorios.
- Desarrollo y maduración sexual, con la aparición de rasgos y características sexuales secundarias propias de cada sexo, y además se origina el inicio de la capacidad reproductora.
- En cuanto a los aspectos psicosociales, estos serán abordados de manera más desarrollada en el siguiente apartado.

La adolescencia y el desarrollo psicosocial

Erik Erikson (1963) como se cita en (Robles, 2008), planteó que la identidad de los seres humanos se desenvuelve en base a su relacionamiento o interacción con el ambiente; la hipótesis de su teoría se fundamenta en que las personas son seres

activos buscando adecuarse al contexto en el cual viven, y en base a este concepto desarrolló su teoría acerca del desarrollo de la personalidad, la que denominó “Teoría Psicosocial”. Por ello antes de profundizar el aspecto de la identidad, vamos a tocar la teoría planteada por Erik Erikson sobre el desarrollo psicosocial.

Cada fase del desarrollo tiene su crisis particular, o punto de quiebre, que requiere algún cambio de conducta y de personalidad. Podemos responder a la crisis de dos maneras: con inadaptación (negativa) o con adaptación (positiva). Mientras no hayamos resuelto el conflicto, la personalidad no podrá proseguir con la secuencia normal del desarrollo ni adquirir la fuerza necesaria para encarar la crisis de la etapa siguiente. Si no se resuelve el conflicto de una etapa cualquiera, es menos probable que podamos adaptarnos a problemas posteriores. No obstante, sigue siendo posible tener un resultado exitoso, pero será más difícil de lograr. Sin embargo, Erikson pensaba que el yo incorpora las dos maneras de manejar el conflicto, o sea, la inadaptación y la adaptación (Schultz. D. & Schultz. E, 2010, pp. 211-212).

Cabe decir, que de las ocho etapas de la vida que comprende en su teoría, en las cuatro primeras analiza las particularidades psicosociales que afrontan los niños y que son la base para el desarrollo gradual de su identidad en etapas posteriores que se expresará en cada sujeto con el sentimiento de estar bien, de ser él mismo y de llegar a ser lo que otras personas esperan que él logre alcanzar, después de enfrentarse a los conflictos e interacciones psicosociales a lo largo de su vida (Robles, 2008). Éstas etapas psicosociales son:

- En primera instancia se encuentra la etapa oral-sensorial, la cual abarca desde el nacimiento hasta el primer año de vida, aquí las formas adaptadas o inadaptadas de manejar la crisis se llaman: confianza frente a desconfianza.

- Seguidamente se tiene a la etapa denominada muscular-anal, la cual comprende desde el primer año de vida hasta los tres años, las formas adaptadas o inadaptadas de afrontar la crisis se nombran: autonomía frente a duda y vergüenza.
- Luego, está la etapa locomotora-genital, que va desde los tres hasta los cinco años, y la forma adaptada o inadaptada de manejar la crisis se designa como: iniciativa frente a culpa.
- Inmediatamente se encuentra la etapa de latencia, que comprende desde los seis años hasta los once años de edad y la forma adaptada o inadaptada de afrontar la crisis se denomina: laboriosidad frente a inferioridad.
- Seguido a ello, se halla la etapa de adolescencia, la que abarca desde los 12 a 18 años, donde la forma adaptada o inadaptada de manejar la crisis se denomina: cohesión de identidad frente a confusión de roles. Cabe decir que esta etapa es de vital importancia en este estudio, por constituir la población objetivo. Por lo que se pasara a explicar más detalladamente en los siguientes apartados.
- Además, se encuentra la adultez temprana que va desde los 18 años a 35 años de edad, la forma adaptada o inadaptada de manejar la crisis se llama: intimidad frente a aislamiento.
- Después, está la etapa de la adultez, que incluye las edades de 35 hasta los 55 años, y la forma adaptada o inadaptada de afrontar la crisis se nombra como: generatividad frente a estancamiento.
- Y finalmente, se halla la etapa de madurez-senectud, la cual comprende las edades de 55 en adelante, y la forma adaptada o inadaptada de manejar la crisis se nombra: Integridad del yo frente a desesperación.

Como se puede analizar, Erikson propone el desarrollo de la persona en ocho etapas secuenciadas, donde cada una acontece el afrontamiento de una crisis. En el caso de que ésta sea superada, el Yo saldrá fortalecido y añadirá una nueva cualidad. Seguidamente, se desarrollará el tema de la de identidad y el estadio que de acuerdo a la etapa de la adolescencia es de gran importancia, la cual es: “cohesión de identidad frente a confusión de roles”.

El adolescente, su identidad y su definición personal

Ya se decía que “la tarea más importante de un adolescente es la búsqueda de su identidad, resolver a la cuestión quién soy en realidad” (Papalia & Wendkos, 2010, p. 474). Y es que, durante los años de la adolescencia, aparece en escena la identidad, definida por Erik Erikson como una concepción coherente del yo, compuesta por metas, valores y creencias con las que la persona establece un compromiso sólido (Papalia, Duskin & Martorell, 2012).

Aquí, el desarrollo humano involucra una serie de conflictos a nivel personal. El potencial para estos conflictos existe de nacimiento en forma de predisposiciones innatas, y éstas obtendrán preeminencia en diferentes etapas, cuando el entorno exija ciertas adaptaciones. Cada confrontación con nuestro entorno es una crisis. Ésta implica un cambio de perspectiva que nos obliga a redirigir la energía de los instintos en razón de las necesidades de cada etapa del ciclo vital. A continuación, se profundizará la etapa de desarrollo psicosocial propia de adolescencia, según Erik Erikson (Schultz, D & Schultz, E, 2010).

Cohesión de identidad frente a confusión de roles: La crisis de identidad.

La adolescencia, entre los 12 y 18 años, es la etapa en la que tenemos que encarar y resolver la crisis básica de la identidad del yo. Es cuando se forma nuestra autoimagen, o sea, que integramos lo que pensamos de nosotros mismos y lo que la

gente piensa de nosotros. Si este proceso se resuelve de forma satisfactoria, el resultado será una imagen congruente y constante. La tarea de moldear y aceptar una identidad no es fácil, y a menudo constituye un periodo lleno de ansiedad. El adolescente ensaya diversos roles e ideologías tratando de seleccionar el más adecuado para él. Erikson sugirió que la adolescencia es una especie de paréntesis entre la niñez y la edad adulta, una pausa psicológica necesaria que proporciona tiempo y energía suficientes para desempeñar varios roles y encarnar diversas autoimágenes. Las personas que pasan esta etapa con un sólido sentido de identidad personal están preparadas para iniciar la edad adulta con certeza y confianza. Las que no consiguen una identidad congruente –que sufren una crisis de identidad– mostrarán confusión de roles. Al parecer, no saben quiénes son o qué son, a dónde pertenecen ni dónde quieren ir. Se alejan de la secuencia de una vida normal (educación, empleo y matrimonio), como le sucedió a Erikson por algún tiempo, o buscan una identidad negativa en el crimen o las drogas (Schultz. D. & Schultz. E, 2010, pp. 215- 216).

Duelos de la adolescencia

Aberastury (1985) como se cita en (Obiols & Di Segni, 1995), propone diversos tipos de duelos como procesos inherentes al pasaje por la adolescencia, entre los cuales están:

- El duelo por el cuerpo infantil. Aquí el adolescente pasa por una serie de cambios rápidos y significativos en su cuerpo que en ocasiones llega a concebir como foráneos, externos, los cuales lo ubican en un rol de más de observador que de actor de los mismos.
- El duelo por el rol infantil y la identidad infantiles. El hecho de perder su rol infantil, exige al adolescente a renunciar a la dependencia de los adultos y a aceptar responsabilidades. La pérdida de la identidad infantil, debe

sustituirse por una identidad adulta, y en ese proceso surgirá inquietud, ansiedad y angustia a causa de la inexistencia de una identidad clara y constituida.

- El duelo por los padres de la infancia. Al renunciar a la protección, a las ideas de figuras idealizadas e ilusiones acerca de sus padres, hay un proceso de aceptación de las debilidades y aspectos “reales” de éstos.

Como se puede analizar, esta etapa supone una serie de crisis, duelos, cambios y pérdidas, hechos que constituyen un abanico de situaciones a afrontar y dejar, como son los aspectos de la infancia, para así poder pasar a adquirir aquellos rasgos de la adultez venidera.

Afrontamiento y crisis

Como se ha visto, la adolescencia es un periodo intenso literalmente, de cambios a todo nivel, ya sean corporales, psicológicos, afectivos, familiares y sociales. Donde la persona pasa a abandonar la infancia, para ocupar un lugar en el mundo adulto. El adolescente, desea ser una persona independiente, aunque aún dependa de sus padres u otros adultos. Asimismo, experimenta un gran cambio en la percepción de sí mismo y de los que lo rodean; empezando por cambios físicos, donde su cuerpo no le proporciona seguridad, se siente desordenado, torpe, enérgico, poco atractivo o muy encantador. En el ámbito sexual, debe definir su identificación como tal, con el fin de poder instaurar y construir una relación con el otro. En la esfera social, está entre un vaivén entre aspectos y factores de la etapa de la infancia y la edad adulta, en ocasiones se le demanda comportarse como una persona adulta, y en otras se le trata como a un niño. El adolescente al mismo tiempo, está siendo mirado de manera constante, el mundo adulto lo evalúa, lo califica, lo critica y lo prueba permanentemente. Su maduración a nivel intelectual le accede reflexionar y

preguntarse sobre su lugar en el mundo y el sentido de su vida. Con relación al nivel psicológico del adolescente, éste es, inquieto, impulsivo susceptible, emotivo, entusiasta. Se puede afirmar que está continuamente en un desequilibrio y en un período de conflicto, lo que es corriente, debido a los variados e intensos cambios que está pasando. Y asimismo, todos estos cambios crean un nivel de inquietud y angustia, que varía en cada adolescente (Barón, 2000).

Como se ha podido analizar, esta etapa es un periodo de grandes cambios, alteraciones, modificaciones que generan inestabilidad en la persona, la cual muchas veces se inclina hacia dos polos, por una parte el adolescente puede hacer frente a estos de manera enérgica y vital, dejando atrás las dudas del que dirán, forjando su independencia en sus decisiones y buscando incluirse sin temor al rechazo a un grupo entre sus pares; o por el contrario, enfrentarlos de manera sumisa, dubitativa, con miedo, en muchos casos reprimiendo su sentir ante la idea de no aceptarse físicamente, no encontrando respuestas con respecto a sí mismos y su identidad, no poder solucionar problemas familiares, de no saber cómo acercarse a sus pares, ser rechazados por un grupo social, , etc. Es en los segundos casos donde el adolescente al encerrar y reprimir tales emociones y al no saber cómo expresar y afrontar, puede caer en pensamientos de desesperanza, tristeza, frustración, hasta incluso de muerte.

La adolescencia no es un periodo o etapa de vida fácil, para mi opinión es el más decisivo y complicado de afrontar por toda la serie de factores que involucra, y donde se debe buscar brindar la ayuda necesaria a esta población, para poder enfrentar estos cambios intensos de manera adecuada.

Es evidente también que tales cambios son tan inevitables como continuos, y que tienen lugar con especial frecuencia por causa del desarrollo. Cada paso adelante

en el crecimiento y la maduración trae consigo no solamente nuevas conquistas sino también nuevos problemas (Freud, A., 1973, p.11).

Cuando el adolescente está en riesgo

La infancia, la adolescencia y la tercera edad, son los grupos etáreos más vulnerables, y se encuentran inmersos en un sistema de salud marcado por el avance de la ciencia y sus aportes asombrosos, pero, paradójicamente, con el riesgo de excluir al sujeto mismo, a quien van dirigidas sus acciones. Un sistema que en su búsqueda de excelencia, eficacia y eficiencia, a menudo queda acotado a sólo lograr mayores beneficios y menores costos económicos (Gómez, 2000, p. 2).

Esta etapa, además de ser sinónimo de desarrollo excepcional y gran potencial, instaure también una etapa de riesgos considerables, donde el ámbito social puede tener una gran influencia (Organización Mundial de la Salud, 2016). Asimismo, la concepción de la adolescencia como una etapa conflictiva, problemática e incluso dramática ha estado presente en la literatura, la filosofía y la psicología (Olivia, 2009).

Según la OMS (2016), un factor de riesgo hace referencia a cualquier manifestación, rasgo o exposición de una persona que acreciente su posibilidad de padecer alguna enfermedad, malestar o lesión. De esta manera, la situación de riesgo se relaciona no solo con morbilidad y mortalidad sino también con secuelas a nivel psicológico y social potencialmente negativas y perjudiciales para sí (Saldarriaga, 2011).

Entre los grandes riesgos en la etapa adolescente encontramos la alimentación y ejercicios inadecuados, actividad sexual que pueda llevar a un embarazo no deseado o incluso infecciones de transmisión sexual, el consumo de sustancias, y asimismo, conductas que propicien a lesiones no intencionales y actos de violencia entre los

cuales están los homicidios y el incremento significativo del suicidio (Rosabal, Romero, Gaquín, & Hernández, 2015).

Cabe señalar que, las conductas de riesgo poseen como rasgo principal la interrelación marcada entre ellas, lo que quiere decir que en la situación de un adolescente pueden coincidir dos, tres o todas las conductas de riesgo conocidas, como por ejemplo el acto de fumar, consumo de sustancias, tener o provocar un accidente, adquirir o propagar una enfermedad de transmisión sexual, delinquir, sufrir de violencia o ejercer maltrato, o incluso suicidarse (Cruz, Bandera & Gutiérrez, 2002).

Resulta paradójico que en un momento en el que aumentan la fuerza muscular, la resistencia física, la fortaleza del sistema inmunológico y las habilidades para razonar, la morbilidad y mortalidad aumenten entre un 200 % y un 300% con el paso de la infancia a la adolescencia. Una gran parte de la responsabilidad de este incremento tiene que ver con problemas relacionados con el control de las emociones y la conducta, tales como accidentes de tráfico, suicidios, homicidios, depresión, consumo de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. Este desajuste en los años que siguen a la pubertad puede entenderse si tenemos en cuenta que durante este período de transición tienen lugar muchos cambios físicos, psicológicos y sociales, que exigen a chicos y chicas muchos recursos y una gran capacidad adaptativa. Así, por ejemplo, los cambios hormonales pueden acentuar las tendencias depresivas o agresivas de algunos adolescentes. Las modificaciones de la apariencia física son también acusadas y pueden exacerbar la timidez o la susceptibilidad a la anorexia de ciertos jóvenes. Por otra parte, estos cambios suelen tener lugar en un momento en el que tiene lugar un relativo alejamiento de los padres, por lo que pueden ser menores el apoyo y la supervisión parental que habían estado presentes durante la infancia, y, por tanto, mayor la vulnerabilidad del adolescente. Cuando los cambios son muy

acentuados y escasos los recursos disponibles para hacerles frente, es probable que surjan algunas dificultades (Olivia, 2009).

Durante la adolescencia, se presentan cambios difíciles y complejos para la persona, los cuales producen gran malestar como ansiedad y depresión; y que en ocasiones, pueden llegar a desatar el suicidio. La idea de la muerte en el adolescente, suele ser frecuente y puede representar una llamada de auxilio, una manera de comunicar su descontento, de desesperanza. El adolescente comienza a cometer suicidio, mucho antes de llegar al acto suicida y mucho antes de vivir las causas detonantes, aspecto que se pasará a explicar con la teoría del Iceberg de Jeanneret. Los suicidios, los intentos e ideaciones suicidas, hablan de una crisis emocional, de una perturbación, de un desacuerdo social en la persona (Garduño, Gómez, & Peña, 2011).

Adolescencia y suicidio

La etapa evolutiva designada como "adolescencia" supone, desde una perspectiva cognitiva, que el sujeto está en posesión de habilidades que lo capacitan para las operaciones formales de pensamiento: el adolescente puede analizar posibilidades, no sólo realidades concretas, y por ello, elaborar complejos sistemas de razonamiento, reconstruyendo el universo de su infancia. En el reconocimiento de la posibilidad de "no ser" la realidad psíquica incorpora tanto lo permanente como lo transitorio, las variancias e invariancias. Morirse es, en esta etapa del ciclo vital, una metáfora potente en situaciones transicionales; el lenguaje cotidiano alude a ello tanto para referirse a sensaciones afectivas intensas como de soledad y frustración (Casullo, 2005, pp. 174).

La adolescencia se ha convertido en un tema de urgencia, en comparación, más que cualquier otra etapa de desarrollo, el adolescente está en transición, de cambios,

donde psicológicamente va a enfrentarse a toda clase de desafíos en el complejo proceso de pasar de la dependencia de niño a autonomía de adulto.

Como se señaló, el gran punto de dificultad de la adolescencia es la búsqueda de identidad. El entonces adolescente, desea saber quién es y a donde va, ya que algunas veces se le exige obediencia e independencia de un adulto, sumando a esto el ritmo de los cambios sociales los cuales afectan a la comprensión del mundo, a los valores éticos, a las creencias políticas y religiosas (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004).

Asimismo, han de enfrentarse a numerosos problemas o situaciones perturbadores. Generalmente se presentan un extremado interés y preocupación por la imagen corporal que se provoca a través del bombardeo diario de algunos medios en relación con la imagen ideal. Al mismo tiempo han de hacer frente al rendimiento académico, de sacar buenas calificaciones en secundaria y la necesidad de establecer nuevas amistades.

Las conductas suicidas, son aquellos actos mediante los que un sujeto persigue el objetivo de procurarse la muerte. No obstante, en bastantes ocasiones el adolescente no busca realmente morir, y el intento de suicidio es un acto de desesperación, ira, o búsqueda desesperada de ayuda (Olivia, 2009).

El suicidio es consecuencia de una serie de factores sociales, demográficos, ambientales, económicos, psicológicos, históricos e incluso filosóficos, que se manifiestan y agrupan tanto en el colectivo de una sociedad como en las expresiones individuales de cada uno de sus integrantes; como todas las conductas humanas el suicidio es un acto complejo, por lo que no se puede dejar de considerarlo bajo distintos ángulos (Quintanar, 2007).

Asimismo, el acto suicida es todo comportamiento que busca y constituye una “solución” para alguna problemática de índole existencial. Se toma como vía o salida, cuando no se encuentra alguna otra posible con respecto a lo que está pasando la persona. El adolescente, con o sin problemas, recurre como mecanismo la actuación: ya que, el acto es una de las formas de expresión, cuando no se sabe descargar lo que se siente y afecta, y de hecho el suicidio es un acto (Barón, 2000).

Sumando a lo anterior, suicidio es toda conducta consciente que íntegramente está encausada a la autodestrucción de la propia persona ya sea por omisión o por acción. La palabra suicidio se deriva del latín *sui* (a sí mismo) y de *caedere* (matar). Es una realidad humana, un escándalo, un tabú. Es una muerte violenta por lo inesperado, súbito, brutal, agresivo, corrosivo, que afecta no solo a la persona que lo lleva a cabo, sino a todo su entorno (Garduño, Gómez, & Peña, 2011, pp. 12).

Schneiderman como se cita en (Consuegra, 2010, pp.258-259), clasifica la conducta suicida en cuatro tipos: 1) Conducta suicida impulsiva, que generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo; 2) Sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Aquí, la persona considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán; 3) Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que “no hay otra salida”; y 4) El intento suicida como medio de comunicación, en donde la persona no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio y así, cambiar la forma en que es tratada por las personas que la rodean. También puede ser un intento por atraer el interés de los demás o un medio para expresar sus sentimientos de enojo.

Por su parte (Pedreira & Martín, 2000, pp. 189), sostienen que tres son las características básicas entorno a la conducta suicida en la etapa de la adolescencia: 1.

No es un proceso psicopatológico, sino una conducta. 2. Es una conducta voluntaria y con plena conciencia. 3. La conducta suicida es un continuo originado en la ideación, la amenaza, las posibles tentativas y puede finalizar con el suicidio consumado.

El comportamiento humano muchas veces es sorprendente y, en alguna situación trágica especialmente, cuando la persona resuelve poner fin a su vida. Cuando se hace referencia a la etapa de la adolescencia, existen constructos, como el de ideación suicida, que aparecen muy ajenos a esta franja de edad. No obstante, actualmente existen escasas interrogantes acerca de la existencia de esta variable en la población adolescente, quienes experimentan circunstancias personales difíciles de superar (Simón & Sanchis, 2010).

Habría que decir también que es un hecho bastante inusual en la niñez, no obstante, con la llegada de la adolescencia la incidencia del suicidio sube de forma llamativa, hasta el punto de convertirse en la segunda o tercera causa de mortalidad entre adolescentes y jóvenes, muy por detrás de los accidentes de tráfico, y casi igualada con los tumores. Sin embargo, su incidencia sigue aumentando durante la adultez, y el suicidio es una causa de muerte más frecuente entre adultos y ancianos que entre jóvenes, aunque las tentativas sí son más usuales entre adolescentes, especialmente con relación al sexo femenino (Olivia, 2009).

Asimismo, el incremento del suicidio en la adolescencia y el conocimiento sobre las realidades sociales, características personales y condiciones en general que preceden o precipitan el suicidio, ha logrado obtener un gran interés en el área de investigación, incluso cuando el suicidio ha alcanzado a convertirse en la segunda causa de muerte entre el grupo de edad entre 15 a 24 años (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004).

La incógnita entorno a la conducta suicida se enfoca en comprender por qué las personas orientadas hacia la vida, se entregan a conductas autolesivas, perjudiciales para la vida. Como se observa, los adolescentes se comportan de manera impulsiva después de un hecho complejo o contrario para sí, y experimentan a nivel emocional, una angustia insoportable y busca refugiarse por medio del suicidio, solicitar algún soporte o apoyo e incluso castigar a sus progenitores. Probablemente existen otros factores vinculados con las crisis suicidas, como es el consumo de bebidas alcohólicas, drogas o inclusive el ciclo menstrual (Rodríguez, 2002). No obstante, antes del acto o hecho suicida se encuentra la idea o el pensamiento, aspecto que se abordará a continuación: la ideación suicida.

2.2.2. Ideación suicida: pensamientos súbitos de autodestrucción

Las conductas suicidas en adolescentes son uno de los principales problemas de salud mental y un motivo frecuente por el que se alerta a los servicios de emergencias. El suicidio figura entre las primeras causas de mortalidad en casi todos los países del mundo. Se ha convertido, junto a las conductas relacionadas con él, en una de las principales causas de demanda a los servicios de urgencias: sanitarios y no sanitarios. Cada año se suicida un millón de personas en el mundo y más de 20 millones lo intentan (Acinas & Muñoz, 2008).

Al hablar de ideación suicida se hace referencia a una variable que puede determinar niveles patológicos con relación a los deseos o pensamientos más profundos en el adolescente sobre la propia muerte. Cabe decir, que para algunos, esta etapa en lugar de constituir un periodo tranquilo, se torna intenso, de grandes vivencias donde surgen emociones y actitudes discordantes en las diversas esferas de su vida.

Las cuales comprenden, desde la búsqueda de su identidad hasta aspectos externos como la relación con sus pares y la sociedad (Simón & Sanchis, 2010).

Generalidades y aproximación conceptual a la ideación suicida

Para empezar a comprender en que consiste el término de ideación suicida, se tiene que partir de la definición de éste y conocer también con que aspectos se ve vinculado. Se considera al término de ideación suicida como un conjunto de cogniciones implícitas o explícitas, que consideran la autoeliminación como solución (Valdivia, 2014). Por otra parte Bouchard (2000) como se cita en (Barón, 2000), lo concibe como una imagen súbita, y transitoria de muerte que surge como posible recurso, ya que las salidas de solución que encuentra la persona son ineficaces para reducir la magnitud de la crisis, y por lo ello son refutadas. Asimismo, Rocamora (2013), propone a las ideas suicidas como aquellas concepciones de autodestrucción, donde se observa al suicidio como una solución a su problemática. Aquí no existe daño físico a sí mismo. Son pensamientos repetidos sobre la intencionalidad de provocarse la muerte pero todavía alejada del hecho de suicidarse, ya que no hay una planificación del acto suicida, ni tampoco el procedimiento a utilizar.

De acuerdo con Valdivia, (2014), pueden existir dos tipos de ideación suicida: ideaciones suicidas concretas, donde el suicidio es considerado como un objetivo específico y preciso. En este caso la persona puede manifestar expresiones como “quiero matarme”, “me voy a suicidar”.

Por otra parte, se encuentran las ideaciones suicidas ambiguas, donde por el contrario, el acto suicida no se contempla de forma específica. Aquí por ejemplo las expresiones de este tipo podrían ser “mi vida no tiene sentido”, “quisiera dormir y no despertar”, entre otras.

Diferenciación de conceptos relacionados a ideación suicida

Existen conceptos elaborados por distintos autores que caben mencionar, debido a su importancia.

- *Suicidio*. Incluye todos los fallecimientos que son resultado directo o indirecto de actos realizados por la propia víctima, la cual es consciente de la meta a lograr (Casullo, 2005).
- *Conducta suicida*. Es un continuo que va desde la ideación suicida, pasando por las amenazas e intentos hasta el suicidio consumado (Mardomingo, 1994, pp.499).
- *Comunicación suicida*. Constituye todo acto interpersonal, mediante el cual se comparte o divulga pensamientos, deseos o intentos de carácter suicida; para los cuales existen pruebas o evidencias, implícitas o explícitas, de que el acto de comunicación en sí mismo, no es un comportamiento autoagresivo. Esta comunicación forma parte de un estadio intermedio entre ideas o cogniciones suicidas y la conducta suicida propiamente dicha. Cabe decir que puede incluir dos tipos de expresiones: una amenaza suicida, la cual es una acción interpersonal, ya sea verbal o no verbal, que carece de acciones autoagresivas directas, pero que sin embargo, pueden ser interpretadas como un indicador de alerta de que alguna conducta suicida puede aflorar en el futuro. Y asimismo tenemos la expresión de plan suicida, el cual es un método para desplegar un conjunto de acciones que dirigirán a la persona a una consecuencia perjudicial. O' Carroll y otros (1996); Silverman y otros (2007); citados por Valdivia (2014).

- *Riesgo suicida.* Término utilizado para referirse a los sujetos en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o a quienes pudieran cometer durante sus vidas (Pérez & García, 2008, pp.46)
- *Intento de suicidio.* También llamado parasuicidio, se ha definido como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo de forma deliberada se inflige un daño a si mismo (Mardomingo, 1994, pp.499).
- *Sobreviviente del suicidio.* Hace referencia a aquella persona que posee un vínculo emocional significativo que la relaciona con una persona que muera por suicidio, usualmente familiares, amigos o conocidos O' Carroll y otros (1996); Silverman y otros (2007); citados por Valdivia (2014).
- *Suicidio asistido.* Suicidio en que han intervenido otro u otros individuos, que aconsejan la manera de llevarlo a cabo, y ponen los medios a disposición del suicida, por ejemplo, alguna máquina que introduzca una sustancia venenosa en una vena y cuyo manejo lo puede realizar el sujeto suicida (Pérez & García, 2008, pp.47).
- *Autoagresión.* Conducta voluntaria altamente dañina, donde la muerte no es el objetivo perseguido. Forma parte de una estrategia de afrontamiento deficiente que la persona ejecuta para reestablecer momentáneamente el desbalance entre estresores y recursos. O' Carroll y otros (1996); Silverman y otros (2007); citados por Valdivia (2014).

Paradigma del iceberg de Jeanneret

Según Jeanneret (1985, 1992) como se cita en (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004), presenta el paradigma del iceberg, sosteniendo que la ocurrencia de la ideación suicida es mayor. Según este autor, los pensamientos de índole suicida ocupan la parte más recóndita del iceberg, porción desconocida y extensa de la suicidología, donde la

persona lleva de manera oculta y concibe solo mentalmente, haciendo que personas cercanas quizá no noten algún indicio, jugando esto en contra de una posible prevención del suicidio. Por un nivel medio, se hallan las tentativas de suicidio, es decir que constituyen aquellos indicios o pruebas que denotan que la persona tiene las intenciones de morir. Finalmente en la cima o punta que sobresale del iceberg, corresponden a los actos de suicidio consumados. Para ilustrar mejor veamos la siguiente figura que representa lo anteriormente mencionado.

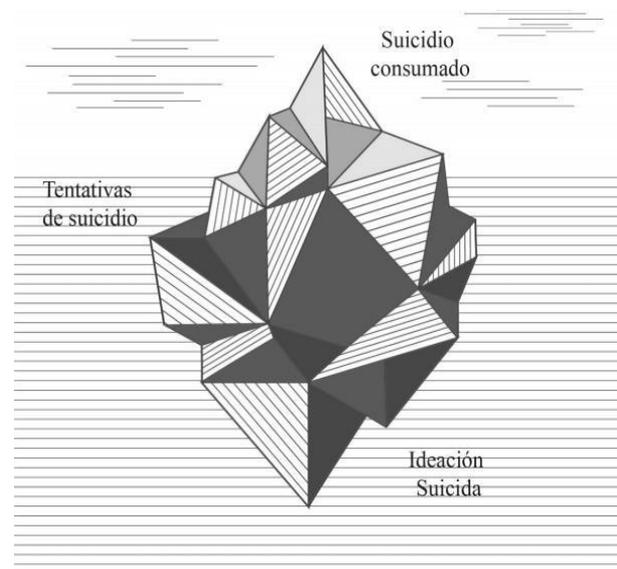


Figura 1. Ilustración del Paradigma del iceberg de Jeanneret.

Adaptación propia, diseño original de Corporación Vector Open Stock.

Como se puede ver, este modelo nos ayuda a comprender la importancia que tiene la ideación suicida en la ahora llamada Suicidología. Es así como la ideación suicida viene a ser un constructo o foco de importancia y atención mucho mayor, antes que las otras dos etapas, ya que si partimos a intervenir en ésta etapa podemos evitar las desencadenantes más graves, las cuales son las tentativas de suicidio y ya el

suicidio propiamente dicho. Por ello, el interés de estudiar dicha variable en la población adolescente.

El proceso suicida

Según Bouchard (2000) como se cita en (Barón, 2000), plantea que existe un proceso suicida, el cual abarca desde el momento en que se produce la crisis y hasta el paso al acto. Cabe decir, que en el caso de la población adolescente, este proceso puede ser muy corto, inclusive puede constituir solo horas, y es más corto aun en los segundos intentos de suicidio. Este proceso se puede dividir en cinco momentos:

- Primer momento: búsqueda de soluciones. Etapa normal en cualquier crisis, donde la persona se plantea una relación de posibles soluciones a sus problemas, evaluando la posibilidad de que se produzca un cambio y, por lo tanto, se disminuya el estado de malestar y dolor. Algunas personas podrán tener quizá varias soluciones y así podrán identificar estrategias para resolver la crisis o dificultad; no obstante otras, por el contrario, no encontrarán soluciones que puedan responder a sus necesidades presentes. En este momento, la idea de suicidio no se toma como una posible solución.
- Segundo momento: ideación suicida. En proceso de búsqueda de soluciones, una imagen súbita, y pasajera de muerte surge como una posible solución para la persona. En su análisis, las soluciones que encuentra son ineficaces para reducir la intensidad de la crisis o malestar, y por lo tanto son refutadas. La idea del suicidio, para ésta, comienza a aparecer más frecuentemente, muchas veces encubierta por la idea de que algo pasará para morir, como, por ejemplo, una enfermedad grave o un

accidente, pero cada vez más se piensa en el suicidio y se empieza a elaborar o buscar escenarios posibles.

- Tercer momento: rumiación. El estado de inconformidad en la persona es cada vez mayor y más difícil de soportar, el deseo de escapar de la angustia es cada vez más apremiante. La imposibilidad de solucionar la crisis y el sentimiento de haber agotado todas las posibilidades provoca una acentuación de la angustia. La idea del suicidio se vuelve frecuente, lo que genera aún más angustia e intensifica el sufrimiento y el dolor.
- Cuarto momento: cristalización. En donde la persona se encuentra totalmente desesperanzada. El suicidio es concebido ya como la solución a todos los sufrimientos. Es el momento en el que se confecciona un plan preciso: el día, la hora, el medio, el lugar. El adolescente puede sentirse aliviado y dar signos de mejoría, ya que el suicidio simboliza la solución definitiva, y él posee el medio para poner fin a su sufrimiento. Frecuentemente, es en este momento donde existe un rompimiento emotivo entre el adolescente y los que lo rodean, consolidando así un sentimiento de aislamiento presente. Sólo hará falta el evento que lleve el paso al acto.
- El último momento: el elemento desencadenante. Después de la etapa de cristalización, el paso al acto se vuelve inminente. Un evento desencadenante o detonante, está ligado al acto suicida, sin importar muchas veces la intensidad o trascendencia manifiesta del evento, pero es un evento que para el adolescente se agrega a la serie de pérdidas significativas que ha sentido en su vida.

Lo importante de este proceso, es tener en cuenta que se puede realizar una intervención en cualquier momento; hay que recordar que la ambivalencia y el miedo de pasar al acto siempre van a estar presentes, inclusive hasta el último momento, y que una intervención adecuada puede interrumpir el proceso.

Principales factores de riesgo

La ideación suicida como etapa inicial del proceso suicida, es un fenómeno multifactorial, complejo e interconectado, en el cual, intervienen factores psicológicos, sociales y biológicos, (Cheng, et al. 2009), como se cita en (Sánchez, Villarreal, & Musitu, s.f.). Además, es preciso considerar que estos factores de riesgo de suicidio se influyen entre sí de manera recíproca, por lo que la identificación de dichos factores y su relación con el comportamiento suicida son elementos esenciales en el proceso de prevención (Sánchez, Villarreal, & Musitu, s.f.). El establecimiento de los factores capaces de determinar una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas, son importantes mencionar.

Factores culturales y sociodemográficos.

Los problemas de índole socioeconómica, así como el bajo nivel educacional y el desempleo constituyen indicadores de riesgo con respecto a la conducta suicida ya que restringen una activa participación social del adolescente, y a su vez limitan la satisfacción de las necesidades más básicas y reducen la autonomía de quienes los padecen. Sumando a lo anterior, los factores coligados a la cultura obtienen una importancia esencial en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso de coloniaje cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres y también se manifiesta entre los inmigrantes, situación que cabe decir, sucede en la zona de Viñani (Pérez, s.f.).

Cabe señalar aquí el aporte de Kalervo Oberg (1954), como se cita en (Alves & De la Peña, 2011), quien acuñó el término *culture shock* o también llamado choque cultural, el cual es definido como “la ansiedad que se deriva de la pérdida de todos los signos que nos son familiares en un intercambio social”. Según este autor, una persona no nace con una cultura establecida, sino sólo cuenta con la capacidad de aprenderla y hacer uso de ella. Mientras que el ser humano está en crecimiento, desarrollándose en un medio cultural específico y aprende a desenvolverse socialmente en este, esta cultura se convierte en el modo de vida y forma segura, de conseguir lo que quiere, no obstante cuando la persona abandona el entorno social que conoce y en el cual se siente cómodo y seguro, por uno nuevo y diferente, deberá ajustarse y adaptarse al nuevo entorno y cultura nueva. Por todo esto, el individuo estará propenso a estímulos que no sabrá cómo interpretar de forma adecuada ya que pretenderá emplear esquemas de interpretación que usaba en su anterior entorno cultural. Está comprobado que cualquier individuo que entre en un entorno cultural nuevo se verá expuesto a sufrir este choque cultural.

Un proceso de este tipo, aunque con menos diferencias, puede desencadenarse en el curso de migraciones internas, cuando se trasladan las familias, en busca de oportunidades, desde las zonas rurales a las urbanas o de las provincias o departamentos a las capitales. La mudanza o migración interna, puede ser un factor de riesgo de suicidio de importancia en la adolescencia, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno. Además, entre los factores que pueden contribuir al acto suicida en la población adolescente se encuentran anhelar la tierra de origen y sus costumbres, problemas a nivel de pareja, bajo número de amigos o familiares, aislamiento social y escaso nivel comunicativo (Pérez, s.f.).

A su vez, la exposición o efecto “contagio” a casos de suicidio cercanos o a determinado tipo de informaciones sobre el suicidio en los medios de comunicación, se ha asociado también a la conducta suicida. Un tipo particular son los suicidios en “racimo”, por comunidades, más frecuentes entre jóvenes (Hawton & Van Heeringen, 2009), como se cita en (Ferrer, 2012).

Situación familiar y eventos vitales adversos.

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, entre los rasgos más resaltantes se tienen (Pérez, s.f.):

- Presencia de algún desorden mental en los progenitores.
- Consumo de alcohol, drogas u otras conductas disociales en la familia.
- Antecedentes de suicidio o intentos de suicidio.
- Violencia familiar.
- Escasa comunicación entre los integrantes de la familia.
- Manifestaciones continuas de agresividad, lo que genera un ambiente de tensión.
- Apartamiento de los progenitores por divorcio, separación o fallecimiento.
- Frecuentes cambios de residencia a diferentes lugares.
- Pensamiento rígido en la familia, lo cual dificulta el relacionamiento con las generaciones más jóvenes.
- Convivencia de varias generaciones en un solo espacio, lo cual imposibilita la intimidad de los miembros.
- Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.

- Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los padres, lo que permite conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- Inhabilidad de los progenitores para atender a las inquietudes del adolescente.
- Imposibilidad de dar un apoyo adecuado a sus miembros en situaciones estresantes.
- Requerimientos desmedidos o total falta de exigencia con los adolescentes.
- Llamadas de atención con un carácter humillante hacia el adolescente.

Psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio.

Una proporción muy elevada de personas suicidas muestran patología de índole mental, y la población adolescente no es ajena a esto. Los estados depresivos, los trastornos de ansiedad, el abuso de alcohol y de otras drogas, trastornos alimenticios, trastornos de la personalidad y los trastornos psicóticos, son todos ellos estados psicopatológicos que comportan un riesgo de conductas suicidas (Moya, 2007).

Depresión. Se considera que más de un 50% de los adolescentes, que se suicidan, sufren depresión mayor, de estos un 25% hace un intento de suicidio en algún momento de su vida y un 15% finalmente se suicida (Cañón, 2011).

Trastornos de Ansiedad. Varios estudios han confirmado la correlación entre ansiedad y el intento de suicidio en adolescentes varones. Este trastorno constituye un estado emocional en el que se percibe una sensación desagradable de gran riesgo para la integridad tanto física como psicológica de la persona, quien ante ello puede temer perder la razón o morir de un ataque cardíaco. Si no es diagnosticado y tratado

pertinentemente este trastorno, puede afectar la cotidianidad de la persona para desempeñarse (Pérez, s.f.).

Consumo alcohol y otras sustancias. Ejerce un papel muy significativo ya que uno de cada cuatro suicidas presenta abuso de alcohol o de otras sustancias. No es sólo un factor de riesgo sino también un factor precipitante, existiendo una asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida (Yoshimasu, Kiyohara, Miyashita, 2008), como se cita en (Cañón, 2011).

Desesperanza. La desesperanza ha adquirido un rol protagónico en las investigaciones contemporáneas. Aun cuando se trata de un estado psicológico complejo, existe el consenso que incluye una importante disminución de la motivación. Percepción pesimista, falta de esperanza y proyecto a futuro, e incluso anhedonia y depresión (Valdivia, 2014, pp.38). Es por ello, que la desesperanza es también un factor de riesgo vinculado con la conducta suicida y se utiliza asiduamente en la práctica clínica por su fácil detección (Vargas & Saavedra, 2012).

Beck define la desesperanza como un deseo de escape de algo que uno considera que es un problema insoluble, y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro. La desesperanza tiene que ver en este sentido con un sistema de esquemas cognitivos que parte del elemento común de las expectativas negativas, hasta que lleva a un sentimiento general de desesperación y de falta de intención de vivir (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974) como se cita en (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004).

Trastornos alimenticios. Los diagnósticos de anorexia y bulimia también se han visto asociados a intentos de suicidio, además de los trastornos de personalidad, ansiedad y otros. Cabe decir, que cuando existe comorbilidad entre los trastornos alimenticios y los de personalidad, como el trastorno límite de la personalidad o

borderline, existe un riesgo bastante elevado, y hay mayores niveles de los síntomas como por ejemplo ansiedad, descontrol impulsos, autoagresiones y sobretodo los intentos de suicidio (Valdivia, 2014,).

Trastornos de personalidad. Los que se asocian con más frecuencia son el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de personalidad. El riesgo de suicidio para las personas con trastornos de personalidad límite es un 4-8% superior al de la población general (Beautrais, Collings & Ehrhardt, 2005), como se cita en (Cañón, 2011).

Trastorno esquizofrénico. Enfermedad devastadora que puede en su debut, tener como primer y único síntoma evidente el suicidio del adolescente. Se piensa que la asistencia al derrumbe psicológico, a las diversas sensaciones y percepciones anómalas, el cambio del mundo circundante y del propio Yo, cuando aún se conserva algún lazo con el mundo no esquizofrénico, explicaría este desenlace en un adolescente 'aparentemente normal' (Pérez, s.f.).

Perfil del adolescente suicida

Según Pérez (1999), se puede estructurar un perfil de futuros adolescentes con conducta suicida en tres períodos:

- Infancia problemática, la cual abarca factores desencadenantes.
- Intensificación de problemas previos, con la incorporación de los propios de la edad (cambios orgánicos, preocupaciones de índole sexual, nuevos retos en las relaciones sociales y en el rendimiento escolar, entre otros). Comprende aspectos que refuerzan la conducta.
- Etapa previa al intento de suicidio, el cual se caracteriza por la ruptura inesperada de relaciones interpersonales. Incluye factores que precipitan el acto.

Asimismo, existen hallazgos que son producto de investigaciones realizadas en adolescentes, los cuales indican los siguientes rasgos (Simón & Sanchis, 2010):

- Existen rasgos significativos, en donde la ideación suicida se interrelaciona con la introversión, el pesimismo y la inhibición.
- Expresan preocupaciones, en las cuales, quedan reflejadas la magnitud de los sentimientos y los aspectos que más perturban a los adolescentes, como es la autodesvalorización, el desprecio por el propio cuerpo, abusos en la infancia, entre otros.
- Entre los síndromes clínicos más próximos a la ideación suicida, figuran la tendencia al consumo de sustancias, la impulsividad y la depresión.
- Presentan una tendencia a la introversión y denotan dificultades a la hora de expresar sentimientos y hacer amistades, porque no confían en la amistad de los demás. A su vez, son frágiles, vulnerables y emocionalmente lábiles ante situaciones complejas, llegando en ocasiones, a situaciones de negación del placer e intensificando aspectos negativos de su vida.
- Sienten inseguridad consigo mismos, desalentados, confundidos con respecto a su identidad y no se gustan. Han padecido situaciones de violencia, de abusos y/o de estrés familiar, falta de comunicación y afecto, lo cual les ha inducido a la no aceptación de sí mismo y del contexto en el que se desarrollan.
- Consumen alcohol, drogas, o fuman en exceso. También denotan rasgos de impulsividad y tensión, se muestran indecisos. Presentan humor deprimido y piensan en la propia muerte o en lesionarse como salida a sus situaciones de dolor.

Mitos sobre la persona y la conducta suicida

Existen diversos mitos en torno a la persona y la conducta suicida. Revisemos los más importantes en este apartado (OMS, 2006):

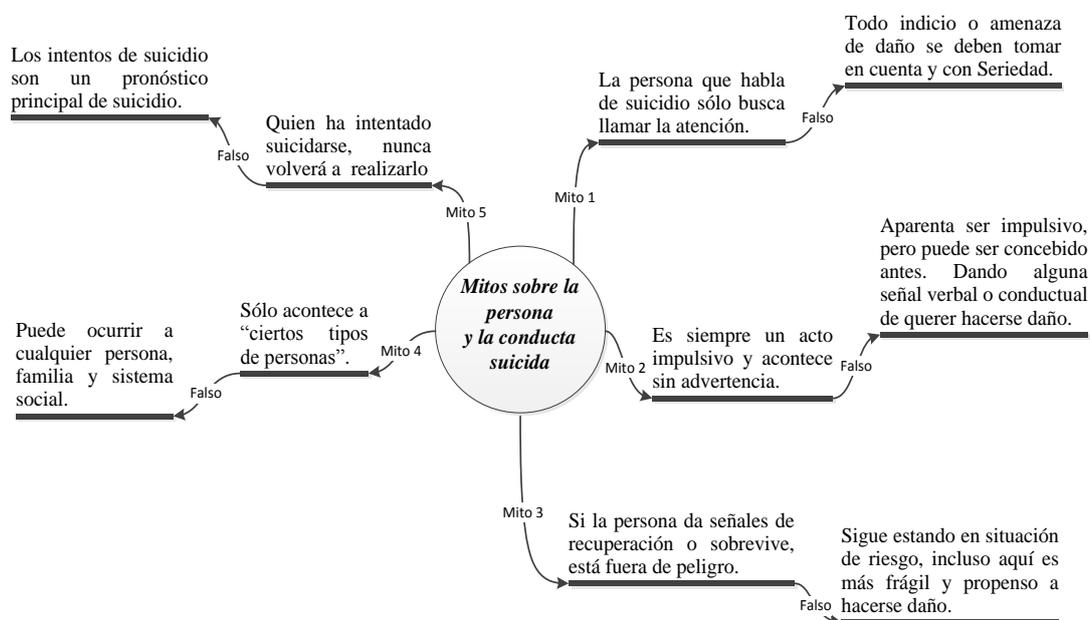


Figura 2. *Mitos sobre la persona y la conducta suicida*

2.2.3. Alexitimia: El analfabetismo emocional

Según Alonso-Fernández (2011, p.481) “el neologismo alexitimia es un vocablo de origen griego que significa etimológicamente ausencia de palabras para expresar las emociones o los sentimientos”. A su vez, “el término alexitimia etimológicamente significa (a = carencia de; lexis = palabra; thymos = emoción), y hace referencia a aquella condición determinada por la dificultad para poder expresar lo que sentimos, aquello que constituyen las emociones” (Consuegra, 2010, pp.12).

También, “la alexitimia designa la incapacidad de hacer corresponder las palabras con las emociones, así como también otras características sintomáticas que se asocian a ella, definidas por la clínica médica” (García, 2004, pp. 404). Por otra

parte (Cosacov, 2007, p.27), sostiene que “la alexitimia es un término que denota la incapacidad por parte de un sujeto para expresar sus estados emocionales internos”. Bagby, Parker, y Taylor (1994), como se cita en (Rueda, Pérez-García, Sanjuán & Rulz, 2006), indican que la alexitimia hace referencia a un factor cognitivo-afectivo que se determina por tres dimensiones: primero, la dificultad para identificar emociones y distinguir éstas de las sensaciones corpóreas que acompañan al estado emocional; seguido de una carencia para describir e interpretar los sentimientos de los demás; y por último, el uso de un estilo cognoscitivo enormemente operativo y encaminado al exterior.

Asimismo, Goleman (1996), sostiene que los psicoanalistas fueron quienes primero advirtieron la existencia de este tipo de personas refractarias al tratamiento porque no proporcionaban sentimientos, fantasías ni sueños de ningún tipo, porque no aportaban, en suma, ninguna vida emocional interna acerca de la cual hablar.

Este término fue interpuesto en el año 1972 en terminología médica por Sifneos; para el cual, “alexitimia” hace alusión a la dificultad que tenían muchos enfermos psicósomáticos para expresar verbalmente sus emociones o sus sentimientos (Alonso-Fernández, 2011). Cabe decir que el desarrollo del constructo fue el resultado de sus investigaciones y análisis de los pacientes con enfermedades psicósomáticas (Veríssimo, 2011).

Aquí conviene detenerse un momento a fin de aclarar que, no es que los alexitímicos no sientan, sino que son incapaces de saber y especialmente incapaces de poner en palabras lo que sienten. Se trata de personas que carecen de la habilidad fundamental de la inteligencia emocional, la conciencia de uno mismo, el conocimiento de lo que están sintiendo en el mismo momento en que las emociones bullen en su interior. Los alexitímicos ni siquiera tienen una idea de lo que están

sintiendo y, en este sentido, son un ejemplo que refuta claramente la creencia de que todos sabemos cuáles son nuestros sentimientos (Goleman, 1996, pp.37).

Por ello se puede concluir que las manifestaciones alexitímicas nucleares son cuatro, según explica Pedinielli (1992) como se cita en (García, 2004, pp. 404), en una de las primeras obras aparecidas en francés sobre la cuestión: 1) la incapacidad para expresar verbalmente las emociones o los sentimientos; 2) la limitación de la vida imaginaria; 3) la tendencia a recurrir a la acción para evitar y solucionar los conflictos, y 4) la descripción detallada de los hechos, de los síntomas físicos, actividad del pensamiento orientada hacia preocupaciones concretas.

Por otra parte, Krystal (1979), citado por (Espina, 1998, pp. 265-266), afirma que se pueden identificar tres áreas de patología con respecto a la alexitimia:

- Un trastorno cognitivo, en el que los símbolos se usan como un mero signo, sin integrarlos en un contexto personal, lo cual forma parte del "pensamiento operatorio", Marty y M' Uzan (1963), como se cita en (Espina, 1998).
- Un trastorno afectivo caracterizado por la dificultad de diferenciar las sensaciones corporales de las emociones y para expresar con palabras estas últimas; relacionado con esto destaca la ausencia de expresividad emocional y actuaciones impulsivas inesperadas.
- Un trastorno de las relaciones interpersonales en el que la dificultad de empatizar ocupa un lugar predominante.

Para Krystal (1979) citado por (Espina, 1998, pp. 265-266), los rasgos característicos de la alexitimia se dividen en esenciales y accesorios.

Rasgos esenciales.

- Pensamiento simbólico reducido o ausente. Es utilitario, minucioso, centrado en el exterior, no expresando sus motivaciones, deseos, tensiones o sentimientos.
- Limitada capacidad para fantasear. Existe una inhibición de la capacidad de la fantasía como realizadora de deseos, lo cual les impide la representación de los impulsos y la simbolización de las tensiones como un paso previo a la acción.
- Dificultad para expresar los sentimientos con palabras. Al tener dificultades en contactar con su realidad psíquica no pueden diferenciar estados emocionales y localizar sensaciones y experiencias corporales, recurriendo a expresar sus demandas con el cuerpo.

Rasgos accesorios.

- "Pseudoadaptación social". Su comportamiento es rígido y excesivamente dependiente de las convenciones sociales.
- Relaciones sociales estereotipadas, muy dependientes o evitativas, con gran dificultad para empatizar.
- Impulsividad como expresión de conflictos. Se descontrolan con facilidad al no poder elaborar previamente los conflictos.
- Personalidad inmadura (Ruesch, 1948), citado por (Espina, 1998). No desarrollan una adecuada individuación, lo cual está asociado a su deficiente expresión simbólica. Los tipos de personalidad más frecuentes son: Introversos, pasivo - agresivos, pasivo - dependientes.
- Resistencia a la psicoterapia tradicional. Al no discriminar sentimientos de sensaciones corporales y tener deficitaria la capacidad de simbolizar, no

poseen la capacidad de introspección necesaria para las psicoterapias dinámicas.

Etiología y tipología de la alexitimia

Sifneos (1991) como se cita en (Victor & Pizão, 2009), propone que las varias etiologías fueron clasificados de acuerdo a dos tipos: las causas biológicas y psicosociales (o desarrollo), identificándolos así como alexitimia primaria del primer tipo, y como alexitimia secundaria aquellos con causa psicosocial. Veamos más a fondo cada una.

Alexitimia primaria. De origen netamente biológico, producto de un defecto estructural neuroanatómico o una deficiencia neurobiológica en la persona, debido a factores hereditarios, lo cual la diferencia de la alexitimia secundaria (De la Cruz, s.f). Cabe decir que varios estudios comprobaron esto, presentando así alexitimia en pacientes con disfunción cerebral evidente. Esta tipología es también es a menudo considerada como un rasgo de la personalidad, debido a su carácter más duradero (Pedinielli y Rouan, 1998) como se cita en (Victor & Pizão, 2009). Los hemisferios cerebrales y la especialización hemisférica juegan un papel importante en este tipo de alexitimia, ya que implica una incapacidad para asociar fantasías y pensamientos con emociones, además del uso apropiado del lenguaje para expresar sentimientos, en una persona diestra, el hemisferio cerebral izquierdo que implica el uso de las palabras y su articulación, se encuentra íntimamente asociado a este proceso (Lusiardo & Rodrigo, 2011).

Alexitimia secundaria. Hace referencia a una reacción a efectos de algún trauma o enfermedad grave, estos hechos de índole traumático pueden ser experimentados en los períodos críticos del desarrollo infantil o trauma intenso en la edad adulta. Estas experiencias traumáticas, pueden ser de tan intensos que traen

consigo cambios en el funcionamiento psíquico, los cuales afectan el componente afectivo de las emociones, con implicaciones significativas para la vida de la persona. Se cree que cuando se producen eventos traumáticos antes del desarrollo del lenguaje, hay más deterioro de la capacidad para usar las palabras para expresar los sentimientos. Sifneos explica que, como consecuencia, las emociones se expresan en términos de sensaciones somáticas o reacciones de comportamiento, más que relacionado con pensamientos (Sifneos, 1991; Taylor, 1984), como se cita en (Victor & Pizão, 2009).

Trascendencia e implicancia social de la alexitimia

Desde hace bastante tiempo, los educadores han estado preocupados por las bajas calificaciones de los estudiantes en materias básicas como matemáticas y lenguaje, no obstante progresivamente están comenzando a darse cuenta de que hay una carencia mucho más apremiante y de urgencia en esta población que está en formación, el analfabetismo emocional. Sin embargo, aunque se siguen realizando notables esfuerzos para mejorar el rendimiento académico de los escolares, aun no se evidencian las acciones pertinentes para solventar esta nueva y alarmante deficiencia (Goleman, 1996).

La alexitimia opera como una variable perturbadora de la interacción social. La trascendencia social de la alexitimia consiste en actuar como fuente de problemas en las relaciones interpersonales por razón del trastorno comunicacional y la penuria emocional o la falta de empatía, a lo que se agrega con frecuencia la descarga de emociones negativas o una acción impulsiva. Todo lo cual denuncia al sujeto alexitímico como responsable del sufrimiento de los demás y poco dotado para el éxito en la vida social (Alonso-Fernández, 2011).

Desde el punto de vista del aspecto verbal de las emociones, existen algunas culturas que son muy expresivas, mientras que otras lo son mucho menos. Así, el individualismo, la baja distancia de poder, la femineidad cultural y a nivel interpersonal la subcultura del género femenino, se han asociado con una mayor expresión verbal de las emociones. También se ha planteado que, los hombres socializados en la subcultura masculina, muestran un mayor déficit de expresión verbal de las emociones y un mayor pensamiento orientado hacia lo externo (Páez, Fernández, & Mayordomo, 2000, pp.6).

Además, cabe decir que otras patologías y trastornos en las cuales aparece también la alexitimia son trastornos de estrés postraumático, anorexia y bulimia, dolor crónico, trastornos de pánico, cáncer de mama, dolor lumbar crónico, enfermedad inflamatoria intestinal o asma crónico. No obstante, en otros trastornos se ha encontrado que la alexitimia es un factor de vulnerabilidad y riesgo como en el caso de trastornos en los que el sujeto debe manejar situaciones emocionales desarrollándose acciones impulsivas como en las adicciones, en la bulimia o el juego patológico (Espina, 2000), como se cita en (Alvarado, 2013).

Asimismo, los sujetos con alexitimia no sólo presentan dificultades para hacer uso de las emociones, sino que además se ve perturbada la red de apoyo de éste, al poseer escasos recursos con relación a las relaciones interpersonales siendo esta red pequeña o mínima, incluso teniendo la percepción de que es escasa o que no reciben el apoyo emocional y social que necesitan, lo cual a su vez retroalimenta a la alexitimia (De la Fuente, Salvador & Franco, 2010).

Es por ello que en la actualidad, la alexitimia es un cuadro psicológico con una especial trascendencia social y clínica, y es de vital importancia tener en cuenta este constructo para poder trabajar con la expresión del mundo emocional del adolescente,

así como en su aprendizaje, para que puedan diferenciar, identificar, discriminar y expresar las diferentes emociones y las sensaciones corporales que las provocan, ya que de lo contrario, continuaría en esta población la confusión y reacciones desmedidas en nuestro ámbito social, desencadenando a su vez actos desajustados (Ochoa de Alda, 2009).

Perfil de la persona alexitímica

Aquí se abordará a la alexitimia en un sentido más integral, haciendo alusión a un perfil de personalidad, el cual incluye aspectos afectivos, cognitivos, psicomotores y orgánicos.

El núcleo de importancia de este perfil lo ocupa el tema de la afectividad, en la incapacidad de la persona para identificar, examinar, reconocer, y expresar sus sentimientos o emociones y la dificultad para asimilar y captar los estados emocionales de otros, es decir, se habla una conciencia emocional frágil y precaria. Por ello, los alexitímicos han sido también denominados «afásicos de sentimientos», «afásicos afectivos» o «analfabetos emocionales». Asimismo, posee un pensamiento concreto, detallista, carente de ideas, de fantasía, de abstracciones, predispuesto a actuar con rapidez, por lo que se le denomina como un pensamiento operativo. En su expresión, resalta la escasez en la acción mímica, gestos y palabras, denotando un lenguaje lento, aprosódico, minucioso y reiterado, lo que se enmarca en una pobreza comunicacional (Alonso-Fernández, 2011).

Las características clínicas que definen a una persona alexitímica incluyen la dificultad para describir los sentimientos –los propios y los de los demás- y un vocabulario emocional sumamente limitado. Más aún, tienen problemas para distinguir entre una emoción y otra, así como entre emoción y sensación física, de modo que, por ejemplo, pueden decir que tienen mariposas en el estómago y

palpitaciones, pero no se dan cuenta que se sienten ansiosos. No se trata entonces, como algunos creen, que los alexitímicos nunca sienten nada, sino que son incapaces de saber –y especialmente incapaces de expresar en palabras- cuáles son exactamente sus sentimientos. Otras características de la alexitimia son: ausencia de fantasía y descripción elaborada de detalles triviales; el llanto es raro, a veces es abundante pero sin relación con el afecto apropiado; los sueños son escasos; tendencia a actuar impulsivamente; relaciones interpersonales habitualmente pobres, con tendencia a depender o a vivir aislado; perfil de personalidad narcisista, retraído, pasivo-agresivo o pasivo-dependiente, o psicopático (Consuegra, 2010).

Alexitimia en el adolescente

Como se ha visto, la alexitimia se deja ver como una noción importante en el reconocimiento de las falencias en la relación con los afectos (Lunazzi, 2000).

Es preciso decir que los índices elevados de reprobación y deserción escolar en la educación, nos hace pensar y analizar las diferentes situaciones que atraviesa el estudiante adolescente, desde aspectos familiares hasta socioculturales, donde parece el constructo de la alexitimia como probable origen de esos datos estadísticos elevados y alarmantes. La alexitimia se identifica como un modo de comportamiento donde la persona es incapaz de poder expresar sus emociones, no obstante, esto no quiere decir que éste no sienta, en otras palabras, no puede saber y especialmente expresar al exterior en forma de palabras lo que siente, por ende no sabe si está enojada, decepcionada, triste, entre otros (Colín, 2014).

Es por ello que en este estudio se busca indagar más acerca de la alexitimia, específicamente en la población adolescente, la cual es una etapa compleja tanto a nivel físico y psicológico.

3.2.4. El rol e importancia de la Psicología

La psicología y la necesidad de un abordaje en la población adolescente

Anualmente, el suicidio es causa de más muertes que todos los conflictos mundiales combinados. La asistencia de los profesionales de la orientación en la prevención del suicidio a escala mundial es fundamental y claramente necesaria (OMS, 2006).

Que se suiciden adolescentes, una población tan joven, es en realidad inquietante, y produce preocupación y malestar en grupos, familias enteras e instituciones, ya que esto cuestiona el desarrollo y futuro de la población adulta. En realidad, el periodo en el cual está viviendo nuestra sociedad está en crisis y es necesario enfatizar que el intento de suicidio o el mismo acto de suicidio no es el resultado de un impulso repentino e impredecible, por el contrario, es el eslabón final de una larga cadena o sucesión de hechos psicológicos internos (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004).

A nivel mundial, la prevención del suicidio constituye una gran necesidad que no se ha abordado de manera adecuada, a causa de la falta de sensibilización en la población sobre la importancia de este problema y al tabú que lo rodea. Cabe resaltar, que solo unos cuantos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades. A su vez, es indiscutible que la prevención del suicidio requiere también la intervención del sector de la salud así como también el de otras áreas, como el de la educación, el mundo laboral, la policía, la justicia, la religión, el derecho, la política y los medios de comunicación (OMS, 2012).

Por otra parte, al hablar de alexitimia en los adolescentes, se hace referencia al hecho de que estos, fruto de la situación conflictiva y difícil en la que se encuentran tanto a nivel biológico, psicológico, social y familiar, desencadena en ellos un estado

de frustración y malestar internos, los cuales, alteran su homeostasis emocional, donde el adolescente en un estado de alexitimia, se ve incapaz de poder expresar lo que siente, y en la desesperación de no saber cómo dar voz a su sentir ve a su vez imposible identificar claramente que emoción posee tanto él y sus semejantes.

Asimismo se puede afirmar que nuestra sociedad, se ha tornado alexitímica, hay un estado de frialdad y sequedad emocional, donde ya se es común las cortas palabras, el escaso compartir afectivo, e incluso con más énfasis en el ámbito educativo, en el cual no se le enseña al niño a expresarse emocionalmente, y se da una importancia integral netamente al desarrollo del intelecto, lo que genera que en su desarrollo, ya como adolescente, este encuentra una muralla de dificultades con respecto a cómo identificar y sacar lo que siente; y en la mayoría de casos, en su frustración y encrucijada emocional, toma esto de manera negativa, desfogándose con conductas inadecuadas, como es el caso de conductas de índole suicida, consumo de sustancias, como es el caso de alcohol y drogas, bajo rendimiento académico, deserción escolar, iniciación sexual temprana, embarazo adolescente, etc.

Es por ello, que aquellos profesionales que poseen a su cargo adolescentes, como es el caso de los educadores, psicólogos, médicos, entre otros; deberían prestar una mayor atención a los signos inadaptación de esta población con relación a las exigencias a nivel social, educacional u ocupacional, para así brindarles mayor sostén y apoyo, como también supervisión y vigilancia constantes, cuando se percibe alguna exacerbación de los síntomas de tensión de índole suicida (Caplan & Lebovici, 1973).

Es necesario recalcar que la ayuda psicológica es de vital importancia para poder entablar un primer contacto, mediante el cual se proyecte aceptación hacia la persona, lo que ayudará a conocer la magnitud del problema o conflicto, y evaluar a su vez, el peligro suicida para poder ejercer una conducta responsable y oportuna ante

el hecho. Asimismo, acorde a la intensidad de los síntomas, la gravedad y planificación de la ideación suicida, el adolescente debe ser derivado para una atención especializada (Rodríguez, 2002).

Si gracias a la actividad investigativa, se dispone de información para poder conocer y encontrar factores causantes o desencadenantes, se puede disponer tales datos para estructurar y realizar intervención, donde se busque reducir el riesgo de comportamientos inadecuados y patológicos como el suicidio, el cual parte desde la ideación y la alexitimia (Buendía, Riquelme, & Ruiz, 2004).

Cabe decir que el desarrollo de estrategias para promover la salud mental en estas poblaciones, es de vital importancia para su posterior desarrollo individual y social. Es preciso decir que no existe salud sin salud mental, ni tampoco puede esperarse salud mental en un adulto si no la ha habido en la niñez. La salud mental no se debe ceñir solamente a las patologías o trastornos mentales, sino que además, debe ser concebida como un elemento fundamental para la vida de la persona y el cual se moldea con las vivencias de ésta. Por eso, hay que proporcionar especial atención a las experiencias en las primeras etapas de vida, ya que hay un gran impacto que éstas dan sobre la salud mental en la adultez. (Hidalgo, 2009).

Propuestas básicas de prevención del suicidio adolescente

Mediante este estudio se busca desarrollar una prevención primaria a nivel de la población adolescente, grupo de edad vulnerable, que constituye diversos factores de riesgo de gran incidencia en nuestra localidad.

Basile (s.f.), plantea las siguientes distinciones de prevención con respecto al suicidio adolescente. Para ubicar el nivel de intervención de esta investigación veamos los distintos niveles de acción a nivel de prevención:

- Intervención primordial: La cual va dirigida a promover los factores de protección.
- Intervención primaria: Va enfocada a localizar e identificar los grupos de riesgo, los cuales presentan factores de gran vulnerabilidad ya sea psicopatológica, por drogodependencia, factores familiares y/o sociales.
- Intervención secundaria: Esta va dirigida al grupo de riesgo más alto y el desarrollo de la intervención va direccionada en plena enfermedad o patología, con el objetivo de eliminar o reducir las consecuencias del desarrollo de la misma.
- Intervención terciaria: Se enfoca en los familiares, convivientes y allegados a la persona con intentos de suicidio y/o suicida, y además a la propia comunidad.

El mejoramiento de la detección por parte de la comunidad, la remisión y el control del comportamiento suicida, son pasos importantes para su prevención. El desafío fundamental de dicha prevención es identificar a las personas vulnerables y en situación de riesgo; entender las circunstancias que influyen en su comportamiento autodestructivo y estructurar intervenciones eficazmente. En relación con esto, la prevención del suicidio implica una amplia variedad de actividades entre las cuales se encuentran la crianza eficaz de los niños, la orientación familiar, el tratamiento de los trastornos mentales, el control ambiental de los factores de riesgo y la educación de la comunidad. La educación efectiva de la comunidad, intervención esencial y fundamental, implica un entendimiento de las causas, la prevención y el tratamiento del suicidio (OMS, 2006).

Como un gran problema de salud pública, el suicidio requiere nuestra atención. Las diversas investigaciones realizadas indican que el hecho de la prevención del

suicidio, involucra una sucesión de acciones que van desde la disposición de las mejores circunstancias posibles para la educación de niños y adolescentes, hasta incluso el control de los factores de riesgo pasando por un tratamiento de patologías de índole mental. Además, la difusión adecuada de información y la concientización sobre el suicidio son muy importantes para el éxito de programas de prevención (OMS, 2006).

Aspectos importantes a explorar en la población adolescente

Una evaluación que puede realizarse ante un adolescente potencialmente suicida, involucra la indagación de los siguientes aspectos (Pérez, 1999, pp. 205):

Comportamiento suicida. Debe investigarse hasta la saciedad los deseos de morir, la idea suicida, los gestos, las amenazas y el plan de autodestrucción, el método que va a emplear, circunstancias en que lo realizaría, etcétera.

Ámbito familiar. Relaciones disarmónicas con padres, hogar roto, violencia familiar, padres enfermos mentales, familiares con conducta suicida. Deben explorarse las expresiones familiares que manejen la autodestrucción como una posibilidad de poner fin a la vida y la presencia de amistades con este comportamiento.

Cuadro clínico. Explorar signos de enfermedad mental, especialmente depresión, esquizofrenia y conducta suicida previa del adolescente.

Estado psicológico. Precisar la presencia de desesperanza, sentimientos de soledad, angustia, culpabilidad, abuso de alcohol, depresión, rabia, agresividad.

Motivos. Pérdida de una relación valiosa, conflictos escolares, humillaciones, problemas familiares, deseos de matarse, etcétera.

Como se puede analizar, al tratar a personas con este problema de índole mental, se tiene que ejecutar una indagación profunda, abarcando los ámbitos mencionados. Es necesario recordar que la ideación suicida es investigada en el

primer punto, por ende, se debe tener gran dedicación en este ítem ya que como se ha visto, la ideación o pensamiento suicida es el primer y gran indicio del inicio del proceso suicida, y es de vital importancia detectarlo a tiempo para realizar una intervención favorable para el adolescente en riesgo.

En el siguiente apartado, se darán alcances sobre la intervención o abordaje ante casos de manifestaciones suicidas, según el punto de vista de algunos autores expertos en este tema.

Protocolo de intervención en personas que manifiestan ideación suicida

Rocamora (2013), plantea los siguientes pasos a seguir ante una persona con pensamientos suicidas, la cual requiera una atención de urgencia:

Acoger. En este primer punto se pasará a favorecer e incentivar la verbalización en la persona, evitando hacer alusiones o sugerencias en el momento, ya que se puede caer en el error de inducir a la persona al suicidio, recordemos que su estado en esos momentos es alterado e inestable. Asimismo, se debe propiciar la transferencia positiva, es decir, brindar palabras de soporte emocional.

Focalizar el problema. Aquí se pasará a trabajar los sentimientos suicidas en la persona, resaltando siempre los rasgos positivos de su personalidad, con el fin de propiciar en la persona seguridad en sí misma. Además, se debe indagar en la persona, aquellas formas sanas y adaptativas de esta, para solucionar problemas pasados.

Valorar la gravedad. El primer paso en esta parte es examinar las posibilidades reales de llegar al suicidio, seguidamente estimar los soportes familiares y sociales que rodean a la persona, los cuales cabe mencionar, conforman una gran ayuda en este tipo de casos. Finalmente debemos valorar las formas de afrontamiento en la persona en situaciones de crisis similares, las cuales, hayan sucedido con anterioridad.

Actuar. En este último paso se debe señalar las posibles vías de solución, y de esta manera orientar a la persona y ayudarla a salir de estado ensimismado en el cual se encontraba, donde la única solución viable que tenía era el suicidio. A su vez, se evalúa aquí si la persona constituye un caso con la necesidad o no, de seguir un tratamiento psicoterapéutico. Finalmente se realiza posteriormente una consulta de seguimiento.

Estos pasos orientan a acciones rápidas y de urgencia que nos pueden ayudar a auxiliar al individuo que presenta alguna manifestación de índole suicida, buscando propiciar su bienestar.

2.3. Definiciones básicas

Adolescencia: Transición del desarrollo entre la infancia y la adultez que implica cambios físicos, cognitivos y psicosociales importantes (Papalia, Olds, Duskin, 2009).

Alexitimia: La alexitimia implica un trastorno específico en el funcionamiento psíquico, el que se manifiesta principalmente por un estilo de comunicación caracterizado por una marcada reducción o ausencia de pensamiento simbólico, de forma que los sentimientos y actitudes no son revelados (Lusiardo & Rodrigo, 2011).

Ideación suicida: pensamientos frecuentes y recurrentes acerca de la inutilidad de la vida, y del suicidio como una forma de huir de una situación de sufrimiento considerada insoportable (Delgado, 2009).

Capítulo 3: Metodología

3.1. Sistema de Hipótesis

Hipótesis general:

- Existe relación directa entre ideación suicida y alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna – 2016.

Hipótesis específicas:

- El nivel de riesgo de ideación suicida es alto en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna 2016.
- El nivel de alexitimia es alto en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani.
- El nivel de relación entre ideación suicida y alexitimia es alta y significativa en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani.

3.2. Identificación y Operacionalización de Variables

– Variable 1: “*Ideación suicida*”

Definición operacional: Abarca un amplio campo de pensamientos que pueden adquirir las siguientes formas de presentación: a) El deseo de morir, primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir y es puerta de entrada a la ideación suicida. Es común la expresión “la vida no merece la pena vivirla” o “para vivir así es preferible estar muerto”, b) La representación suicida consistente en fantasías pasivas de suicidio (imaginarse ahorcado), c) La idea suicida sin un método determinado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, no lo sabe. d) La idea suicida con un método indeterminado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de quitarse la vida responde que de cualquier forma: ahorcándose, pegándose un tiro, precipitándose, tomar pastillas, sin mostrar preferencia por uno de esos modos, e) La idea suicida con un método determinado sin planificación, en la cual el sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico, pero sin haber elaborado una adecuada planificación. Y f) La idea suicida planificada o plan suicida en que el individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida, y toma, por lo general, las debidas precauciones para no ser descubierto (Pérez & García, 2008, pp.41).

Tabla 1. *Operacionalización de la variable: Ideación suicida*

VARIABLE	DIMENSIONES	CATEGORIA	ESCALA
<i>Ideación suicida</i>	Actitud hacia la vida / muerte	12 A 20 = Alto Riesgo	Ordinal
	Pensamientos o deseos suicidas	Suicida	
	Proyecto de intento de suicidio	6 A 11 = Riesgo Moderado	
	Realización del intento proyectado	0 A 5 = Riesgo Leve	

Fuente: Elaboración propia

– Variable 2: “*Alexitimia*”

Definición operacional: El constructo de la alexitimia hace referencia a la incapacidad para poder expresar verbalmente los afectos. Constituye además, un factor multifacético, el cual involucra un conjunto de características, como la dificultad para identificar y describir emociones; inconvenientes para distinguir los estados emocionales de las sensaciones a nivel corporal; comprende limitaciones con relación al pensamiento simbólico, y asimismo, presenta un pensamiento operatorio distinguido por la tendencia a centrar la atención en los aspectos externos de los sucesos dejando de lado a los aspectos internos (Carlos, 2013).

Tabla 2. *Operacionalización de la variable: Alexitimia*

VARIABLE	DIMENSIONES	CATEGORIA	ESCALA
<i>Alexitimia</i>	Dificultad para la discriminación verbal de las emociones	➤ De 75 a 100 = Alto ➤ De 48 a 74 = Moderado ➤ De 20 a 47 = Bajo	Ordinal
	Dificultad en la expresión verbal de las emociones		
	Pensamiento orientado hacia los detalles externos		

Fuente: Elaboración propia

3.3. Tipo y Diseño de Investigación

La investigación según la finalidad es de tipo básica, ya que tiene como finalidad el mejor conocimiento y comprensión de los fenómenos por investigar, así mismo, tiene como propósito enriquecer el conocimiento teórico-científico. Es el apoyo esencial de toda investigación y conduce a nuevos conocimientos. Según el nivel de conocimiento, es de tipo correlacional, cuyo propósito es evaluar la relación

que existe entre los dos conceptos, categorías o variables en un contexto particular. Indica cómo se comporta una o más variables y su orientación respecto de otra u otras variables.

En cuanto al tipo de diseño, la presente investigación es no experimental, ya que en este caso, la hipótesis no se corrobora mediante experimentos, sino mediante el registro de las variables tal como ocurren, sin manipular ni modificar los hechos. Asimismo, es una investigación de tipo descriptivo correlacional, ya que, busca determinar el grado de relación existente entre dos o más variables de una misma muestra o el grado de relación existente entre dos fenómenos o eventos observados. Siendo el esquema el siguiente:

$$\begin{array}{c} \text{Ox} \\ r \\ \text{P} \quad \text{Oy} \end{array}$$

Dónde:

P = Población

Ox, Oy = Observaciones obtenidas de cada una de las variables

r = relación, asociación

3.4. **Ámbito del estudio**

Las Instituciones Educativas pertenecientes al sector de Viñani del Distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa lo conforman: “Dr. Luis Alberto Sánchez”, “Dr. José Antonio Encinas Franco”, y “Santa Cruz”.

La Institución Educativa “Dr. Luis Alberto Sánchez”, queda actualmente ubicada en la Asociación Los Molles s/n. El director de dicha institución es el profesor Mauricio Flores Chile. Cuenta con una gestión pública, y cuenta con tres niveles

educativos, los cuales son inicial, primario y secundario. La población estudiantil es mixta.

Por otra parte está la Institución Educativa “Dr. José Antonio Encinas Franco”, la cual queda ubicada en Promuvi II etapa Pampas de Viñani s/n. El director de la institución es profesor Ricardo Mamani Tola. Este centro educativo es de gestión pública y cuenta con niveles de primaria y secundaria. Cabe decir que la población es mixta.

Finalmente se encuentra la Institución Educativa “Santa Cruz”, la cual queda ubicada en la Avenida La Cultura s/n. El director de dicha institución es el profesor Juan Carrasco Caspía. Cabe decir que es de gestión pública y cuenta con niveles de primaria y secundaria; la población estudiantil es mixta.

3.5. Población y Muestra

El Sector de Pampas de Viñani, se encuentra al suroeste del departamento de Tacna en el distrito de Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, el cual abarca una superficie de 1877 km² a una altitud de 552 msnm aproximadamente. Este distrito fue creado mediante Ley 27415, el 3 de febrero del año 2001 siendo uno de los distritos más jóvenes en Tacna (Espinoza, 2008). Cabe decir, que la denominación de “Cono Sur” parte precisamente de la constante migración del centro hacia lo que es Gregorio Albarracín no obstante la carencia de servicios más apremiantes donde sus primeros colonos apostaron por mejores posibilidades de desarrollo (Municipalidad Distrital Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, 2016).

La palabra “Viñani”, expresa o significa “para siempre” y tal denominación proviene de los viñedos que se cultivaron anteriormente en la zona correspondiente. Comienza a poblarse el 15 de julio del año 2001 con la asociación pionera Ciudad de

Paz, a partir de aquí Viñani ha ido creciendo, albergando numerosas asociaciones que hasta en la actualidad suman un total de 80. Considerada como extremo o polo del desarrollo de la ciudad de Tacna, por ser una zona de gran situación migratoria de los sectores más predispuestos de este fenómeno como son: los distritos de Ciudad Nueva, Alto de la Alianza y departamentos del oriente, centro y sur del Perú. La población de Viñani se incrementa día a día a causa de la necesidad de la población de contar con un terreno propio, realidad que provoca que se acrecienten nuevas asociaciones de vivienda, además de la redistribución de las mismas, compuesta por un poblado en estado de escasez y pobreza de recursos, además de encontrarse en una situación de riesgo con demandas de salud vigentes (CLAS Puesto de Salud Viñani, 2007).

Según Espinoza (2008), de acuerdo al censo del 2005 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el Distrito de Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa cuenta con una población de 69.261 habitantes, y asimismo, la población señalada al año 2006, en la Zona Pampas de Viñani fue de 45.761 habitantes, cifras que indican el incremento poblacional constante en esta zona. Con respecto al aspecto educacional, de acuerdo a la información dada por el Puesto de Salud Viñani, sólo el 1,44% de la población de la zona posee una educación superior completa; en tanto que el 7,51% ha iniciado ésta pero aún no la han culminado. La proporción más significativa la conforman la población con educación secundaria completa la que representa el 31,72% de la población total, en tanto que los que observan el desarrollo de estudios primarios completos alcanzan el 13,11%, e incompleta un 19,15%. Además, los índices de analfabetismo son aproximadamente de 6,83%. Por otra parte, las viviendas predominantes en la zona combinan sencillez, economía y precariedad, lo cual, plantea la idea del nivel de pobreza y carencias imperante en la zona.

Como se analiza, la población constituyente de esta zona son aquellos

migrantes provenientes en gran parte del sector andino, como las ciudades de Cuzco y Puno, trayendo consigo deseos de superación y desarrollo, los cuales buscan alcanzar en la ciudad de Tacna.

No obstante, resalta ante esto las bajas condiciones de oportunidad de desarrollo de la población del sector de Pampas de Viñani, siendo hasta en algunos casos, excluidos de posibilidades tanto a nivel económico, laboral o educacional, siendo comparados constantemente con el poblador tacneño residente al cual se le da más cabida por su condición. Es este estado de escasez y pobreza de recursos los que hacen que esta población sea vulnerable a factores de índole psicológico y social.

El presente estudio, fue desarrollado en las instituciones educativas que comprende este sector, las cuales lo conforman: la institución educativa “Luis Alberto Sánchez”, la institución educativa “José Antonio Encinas Franco”, y la institución educativa “Santa Cruz de Viñani”.

La población constituyente fueron los niveles secundarios de primero hasta quinto grado de cada institución educativa, los cuales hacen total de 1, 100 estudiantes. Con respecto al muestreo, este fue no probabilístico de carácter intencional, el cual lo conformaron los alumnos del quinto grado de secundaria de cada institución educativa, los que hacen un total de 206 estudiantes, y fueron distribuidos de la siguiente manera: en la Institución Educativa “Dr. Luis Alberto Sánchez” un total de 123 estudiantes, en la Institución Educativa “Dr. José Antonio Encinas Franco” un total de 51 estudiantes y finalmente en la Institución Educativa “Santa Cruz” un total de 32 estudiantes.

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión considerados para la delimitación poblacional son los siguientes:

Criterios de Inclusión.

- Estudiantes pertenecientes a las Instituciones Educativas de Viñani.
- Estudiantes cuyas edades oscilen entre los 15 y 18 años.
- Estudiantes que pertenezcan al quinto grado de secundaria.

Criterios de Exclusión

- Estudiantes pertenecientes a otras Instituciones Educativas que no pertenezcan al sector Viñani.
- Estudiantes cuyas edades no oscilen entre los 15 y 18 años.
- Estudiantes que no pertenezcan al quinto grado de secundaria.

Considerando estos criterios, se trabajará con la población de estudiantes del quinto grado de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani.

3.6. Técnicas e instrumentos*Ideación suicida*

Técnica: Encuesta tipo test

Instrumento: Indicadores del Riesgo de Suicidio a través del Inventario BECK-HF

Para medir el constructo de ideación suicida, se utilizó el cuestionario denominado “Indicadores del Riesgo de Suicidio a través del Inventario Beck-HF”, fue desarrollado por Aristóteles S. Huamaní J., médico psiquiatra del Hospital de Huancayo IPSS-Docente asociado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Centro del Perú , y Carmen E. Fuentes M., licenciada en Psicología del Hospital Daniel Alcides Carrión, docente auxiliar de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Centro del Perú (1996). En su elaboración se ha considerado emplear una traducción literal de los indicadores de

Beck et al. (1979), al quechua, para poder obtener una información más fina y precisa tanto en personas de lengua española como quechua hablantes.

Este instrumento es un catálogo de 16 preguntas redactadas de manera bilingüe (español-quechua), que permite apreciar el potencial suicida. Los autores señalan que el sentido de aplicación del inventario es fundamentalmente como medida preventiva, asimismo que una vez determinado el diagnóstico de tipo de depresión o sospecha de suicidio es imperativo determinar el grado de severidad del intento y potencial suicida. El tiempo aproximado en el llenado del instrumento es entre 8 a 10 minutos. Es una prueba de lápiz y papel, cuya aplicación puede ser individual o colectiva.

Para la calificación del instrumento se otorgan los puntajes de 1 o 2, de acuerdo a la parrilla de respuestas, y seguidamente, se suman los puntajes de cada ítem para obtener un resultado global. El resultado global se ubica en la tabla de calificación, y se determina la probabilidad de ocurrencia de conducta suicida. Para la puntuación se considera lo siguiente: Los ítems: 3, 4,8, y 12 cuyas respuestas son “sí”, valen dos puntos. Los demás ítems, cuyas respuestas son “sí” valen 1 punto. Con el puntaje global se determina si existe o no riesgo de suicidio, de acuerdo a: 0 a 5 que equivale a riesgo leve, 6 a 11 que hace referencia a riesgo moderado, y finalmente 12 a 20 que equivale a un alto riesgo suicida (potencial suicida). Cabe decir que los baremos del instrumento original son procedentes de Estados Unidos, no obstante eso no desmerece su aplicación, ya que posee simpleza en la terminología, y hacen que sea de una fácil aplicación. Los baremos utilizados en este estudio son peruanos, los cuales han sido elaborados por los autores Huamaní y Fuentes (1996), quienes adaptaron el instrumento a la realidad peruana.

Conforme a la investigación del mismo Beck (1979), y en relación a la confiabilidad de la escala, se tiene que su consistencia interna ha sido analizada

mediante dos métodos, el primero por análisis de ítems, el cual mostró que cada ítem tuvo una correlación positiva con el total del puntaje global, y el segundo método, fue mediante la determinación del coeficiente alfa (Alfa de Cronbach), obteniéndose un coeficiente de confiabilidad elevado (0,89), asimismo, en cuanto a la confiabilidad inter observador (*Interrater Reliability*) se observa de igual manera un coeficiente de confiabilidad alto (0,83). Por otro lado, en relación a la validez en análisis factorial o de factores, se calcularon los coeficientes de correlación y se sometió la matriz de correlación resultante a un análisis de componentes principales con rotación varimax; poniendo de manifiesto la existencia de tres factores principales (Beck et al, 1979) en el desarrollo de la escala: deseo activo suicida, preparación, deseo pasivo suicida.

Alexitimia

Técnica: Encuesta tipo test

Instrumento: Toronto Alexithymia Scale de 20 ítems (TAS-20)

Para medir el constructo de alexitimia se utilizó la Escala de Alexitimia de 20 elementos (TAS-20), creada por Bagby, Parker y Taylor, en 1994. La escala consta de 20 preguntas con cinco alternativas de respuesta, según el modelo Likert, la cual es de 1 a 5, dando lugar a una puntuación total que oscila de 20 a 100 para determinar la presencia de rasgos alexitímicos en la persona (Kendall & Rodríguez, 2003), como se cita en (Carlos, 2013). Donde los ítems 4, 5, 10, 18 y 19 son negativos.

El tiempo aproximado en el llenado de la escala es entre 10 a 15 minutos. Es una prueba de lápiz y papel, cuya aplicación puede ser individual o colectiva.

La TAS-20 consta de tres factores. El primer factor (conformado por los ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14) mide la dificultad para reconocer sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas, que acompañan la activación de las emociones. El

segundo factor (conformado por los ítems 2, 4, 11, 12 y 17) mide la dificultad para poder describir los propios sentimientos a otras personas. Por último, el tercer factor (conformado por los ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20) capta el estilo de pensamiento orientado hacia lo externo, es decir un pensamiento enfocado a los aspectos superficiales, que implica, por ejemplo, prestar menor atención a aspectos profundos como las emociones. Cabe decir que los baremos utilizados en éste estudio son peruanos.

Originalmente, esta escala presenta una consistencia interna de $\alpha=0.81$, además de una confiabilidad test-retest en un lapso de tres meses de $r=0,77$ y $p<0,01$. Asimismo, una vez validado el instrumento, se determinó el grado de confiabilidad; por medio de la Prueba Alfa de Cronbach, obteniendo un alfa de 0,78; indicando una alta confiabilidad (Martínez y Ortiz, 2000).

3.7. Procedimientos

Para la realización de la presente investigación, se coordinó primero con los directores de las Instituciones Educativas del sector Viñani, los cuales lo conforman: las Instituciones Educativas “Dr. Luis Alberto Sánchez”, “Dr. José Antonio Encinas”, y “Santa Cruz”, para la elaboración de una solicitud, la cual, dirigida a los directores respectivos, a fin de obtener la autorización respectiva para la ejecución del estudio. Posteriormente se realizó la coordinación pertinente con los sub directores, coordinadores o tutores del nivel secundario para así poder dar a conocer los fines de la investigación que se pretende realizar e iniciar la recolección de datos. Obtenida la aprobación, se pasó a realizar la recolección de datos, la cual se llevó a cabo durante el mes de julio del año 2016.

Luego de concluida la recolección de datos, se les agradeció por su participación y colaboración en el estudio. Después se pasó a procesar la información, mediante el uso de tablas de tabulación. Luego se analizaron los datos de acuerdo a la técnica de análisis estadístico de: Chi Cuadrado; y se procesaron todos los datos haciendo uso del software estadístico SPSS versión 23.

Capítulo 4: Resultados y discusión

A continuación se tratarán los resultados de la investigación, los cuales serán presentados en el presente orden:

En primer lugar, se expondrán los hallazgos encontrados en la muestra total según sexo, edad e institución educativa. En segundo y tercer lugar, la prevalencia e incidencia por variable, finalmente la contrastación de hipótesis.

4.1. Resultados

4.1.1. Resultados de información general

Tabla 3.

Distribución por sexo de los encuestados

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	124	60,19%
Masculino	82	39,81%
Total	206	100,00%

Fuente: Encuesta tipo test alexitimia e ideación suicida

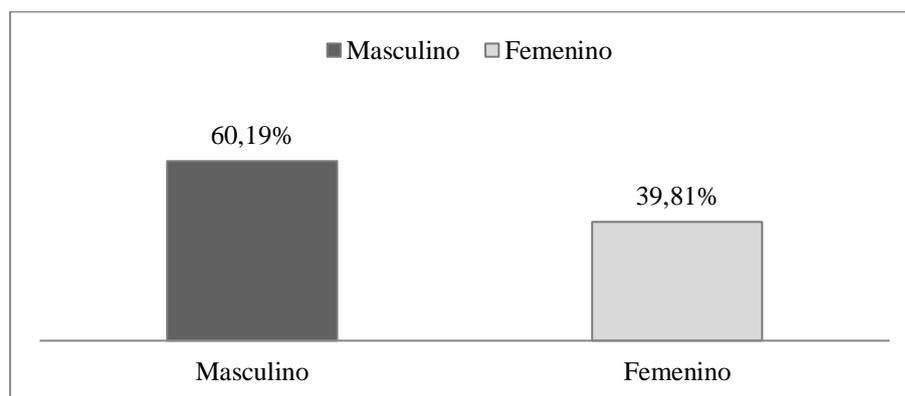


Figura 3. *Distribución por sexo de los encuestados*

Fuente: Tabla 3

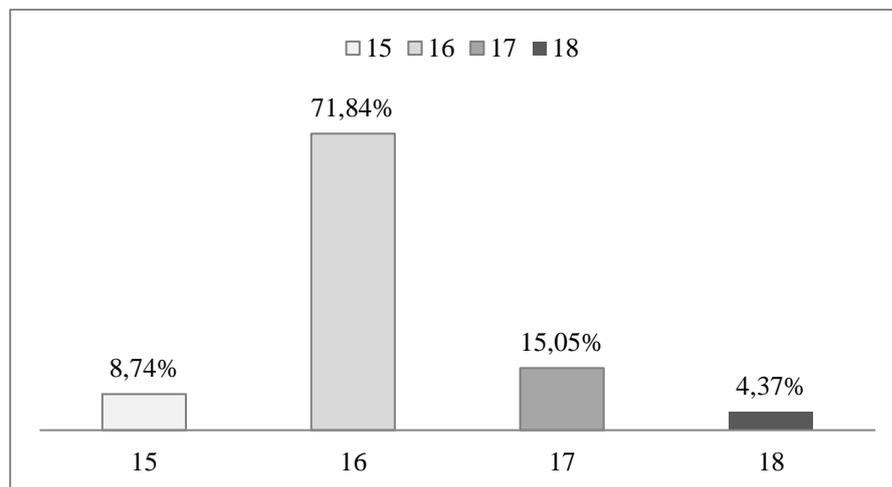
En la Figura 3, se aprecia que el sexo masculino corresponde a un 60,19%, mientras que el femenino 39,81%, teniendo una diferencia entre ambos de 20,38%, lo que indica que la población femenina predomina en las instituciones educativas del sector de Viñani.

Tabla 4.

Edad de los encuestados

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15	18	8,74%
16	148	71,84%
17	31	15,05%
18	9	4,37%
Total	206	100,0%

Fuente: Encuesta tipo test alexitimia e ideación suicida

Figura 4. *Edad de los encuestados*

Fuente: Tabla 4

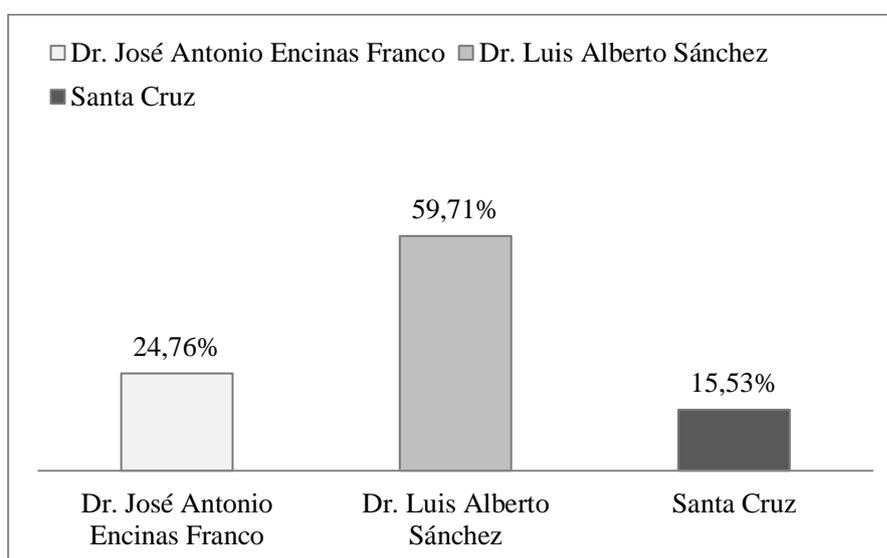
Se observa en la Tabla 4, que los encuestados que poseen 16 años de edad, corresponden al 71,84% del total, lo cual es un dato relevante ya que conforman más de la mitad de la muestra total, que en comparación a las otras edades consideradas, las cuales suman 28,16%.

Tabla 5.

Institución educativa de los encuestados

Institución educativa	Frecuencia	Porcentaje
Dr. José Antonio Encinas Franco	51	24,76%
Dr. Luis Alberto Sánchez	123	59,71%
Santa Cruz	32	15,53%
Total	206	100,0%

Fuente: Encuesta tipo test alexitimia e ideación suicida

Figura 5. *Institución educativa de los encuestados*

Fuente: Tabla 5

En la Tabla 5, se muestra que la Institución Educativa “Dr. Luis Alberto Sánchez” representa el 59,71%, seguido de las Instituciones Educativas “Dr. José Antonio Encinas Franco” con 24,76% y “Santa Cruz” con 15,53% del total. Cabe mencionar que la Institución Educativa “Dr. Luis Alberto Sánchez” posee más de la mitad de la población encuestada, por lo que alberga un alumnado más numeroso.

4.1.2. Resultados sobre el nivel de riesgo de ideación suicida.

Tabla 6.

Nivel de riesgo de ideación suicida en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones educativas de Viñani, Tacna – 2016.

Nivel	N	%
Leve	118	57,28%
Moderado	68	33,01%
Alto	20	9,71%
Total	206	100,00%

Fuente: Inventario BECK-HF

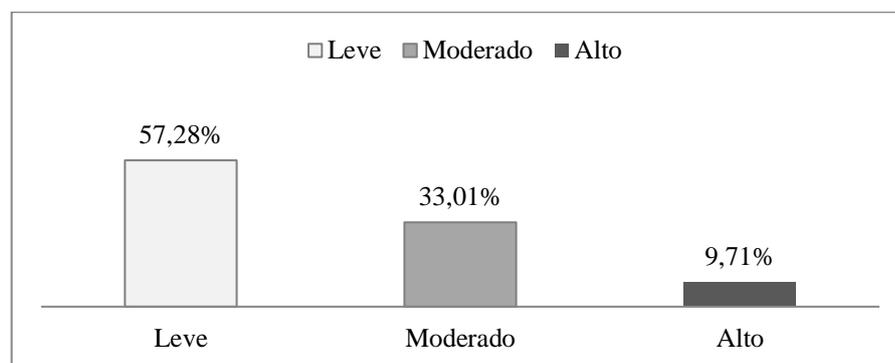


Figura 6. *Nivel de riesgo de ideación suicida en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones educativas de Viñani, Tacna – 2016.*

Fuente: Tabla 6

En la Tabla 6, se visualiza el nivel de riesgo leve de ideación suicida, representa un 57,28% del total de individuos evaluados, lo que es cercano a los niveles de riesgo moderado y alto, los cuales suman 42,72%.

Tabla 7.

Nivel de riesgo de ideación suicida según sexo en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones educativas de Viñani, Tacna – 2016.

Sexo/Nivel	Leve		Moderado		Alto		Total
	n	%	N	%	n	%	N
Masculino	48	58,54%	26	31,71%	8	9,76%	82
Femenino	70	56,45%	42	33,87%	12	9,68%	124
Total	118		68		20		206

Fuente: Inventario BECK-HF

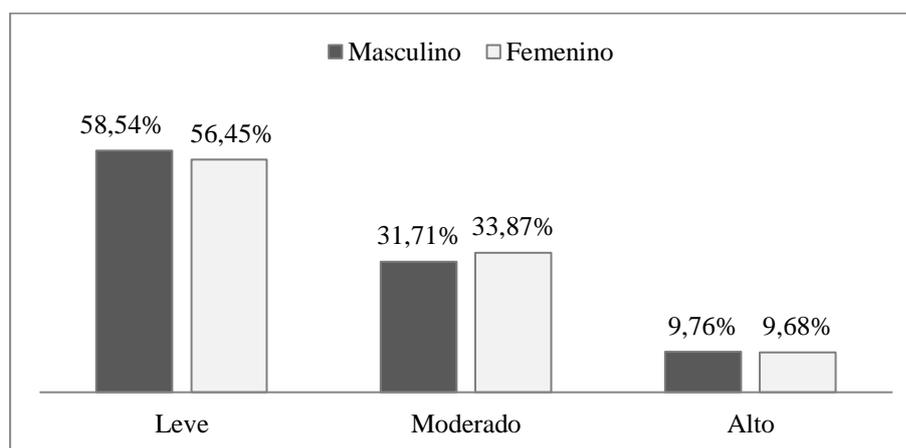


Figura 7. *Nivel de riesgo de ideación suicida según sexo en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones educativas de Viñani, Tacna – 2016.*

Fuente: Tabla 7

En la Tabla 7, se puede observar que resalta el nivel leve, teniendo así en el sexo masculino 58,54% y el sexo femenino 56,45%. Asimismo con relación a niveles moderados y altos se tiene 41,47% para el sexo masculino y 43,55% para el femenino.

Tabla 8.

Nivel de riesgo de ideación suicida según edad en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones educativas de Viñani, Tacna – 2016.

Edad/Nivel	Leve		Moderado		Alto		Total N
	n	%	n	%	n	%	
15	8	44,44%	8	44,44%	2	11,11%	18
16	91	61,49%	47	31,76%	10	6,76%	148
17	13	41,94%	12	38,71%	6	19,35%	31
18	6	66,67%	1	11,11%	2	22,22%	9
Total	118		68		20		206

Fuente: Inventario BECK-HF

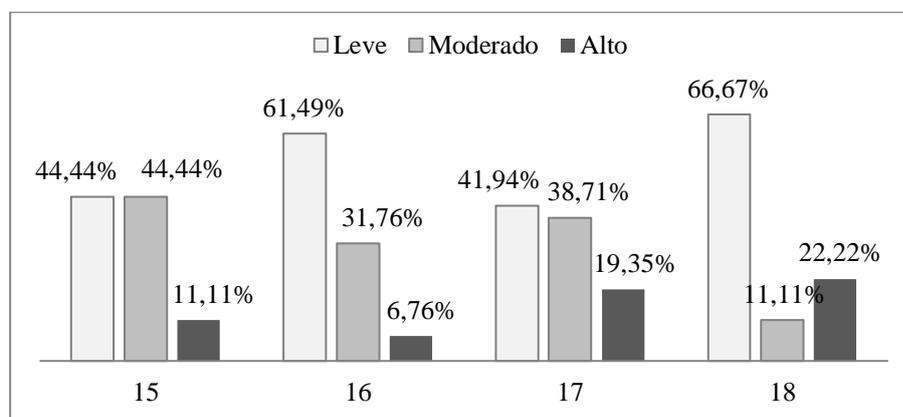


Figura 8. *Nivel de riesgo de Ideación suicida según edad en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones educativas de Viñani, Tacna – 2016.*

Fuente: Tabla 8

En la Tabla 8, los resultados señalan que la edad de más riesgo y preocupación es la de 17 años de edad, la cual presenta 41,94% en un nivel leve de ideación suicida, y un 58,06% en un nivel moderado y alto de ideación suicida.

Tabla 9.

Nivel de riesgo de ideación suicida según institución educativa en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones educativas de Viñani, Tacna – 2016.

IE/Nivel	Leve		Moderado		Alto		Total N
	n	%	n	%	n	%	
I.E. “Dr. Luis Alberto Sánchez”	75	60,98%	40	32,52%	8	6,50%	123
I.E. “Dr. Encinas Franco”	27	52,94%	16	31,37%	8	15,69%	51
I.E. “Santa Cruz”	16	50,00%	12	37,50%	4	12,50%	32
Total	118		68		20		206

Fuente: Inventario BECK-HF

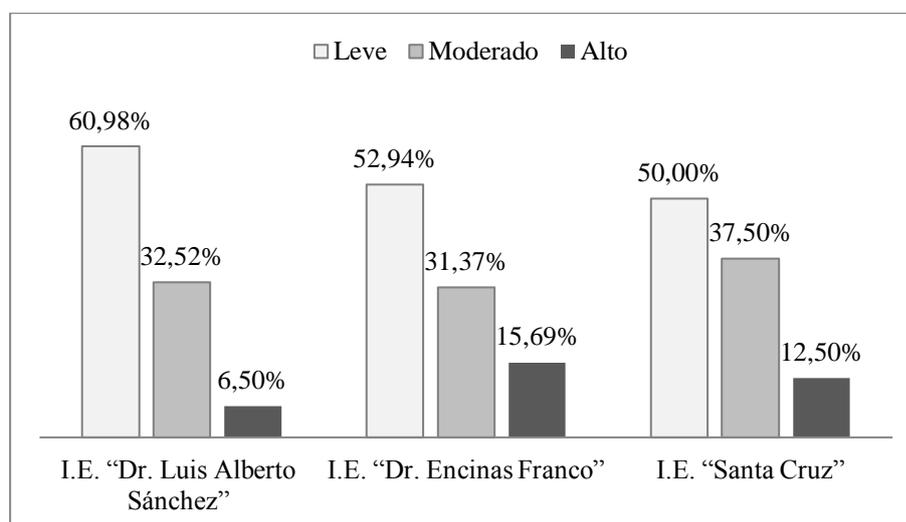


Figura 9. *Nivel de riesgo de ideación suicida según institución educativa en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones educativas de Viñani, Tacna – 2016.*

Fuente: Tabla 9

Asimismo en la Tabla 9, se observa que la Institución Educativa “Santa Cruz”, tiene 50,00% entre niveles altos y moderados de riesgo de ideación suicida, seguido de la Institución Educativa “Dr. Encinas Franco” con 47,06%, y la Institución Educativa “Dr. Luis Alberto Sánchez” con 39,02%.

4.1.3. Resultados sobre el nivel de alexitimia.

Tabla 10.

Nivel de alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones educativas de Viñani, Tacna – 2016.

Nivel	N	%
Leve	26	12,62%
Moderado	158	76,70%
Alto	22	10,68%
Total	206	100,00%

Fuente: Escala de valoración de Alexitimia

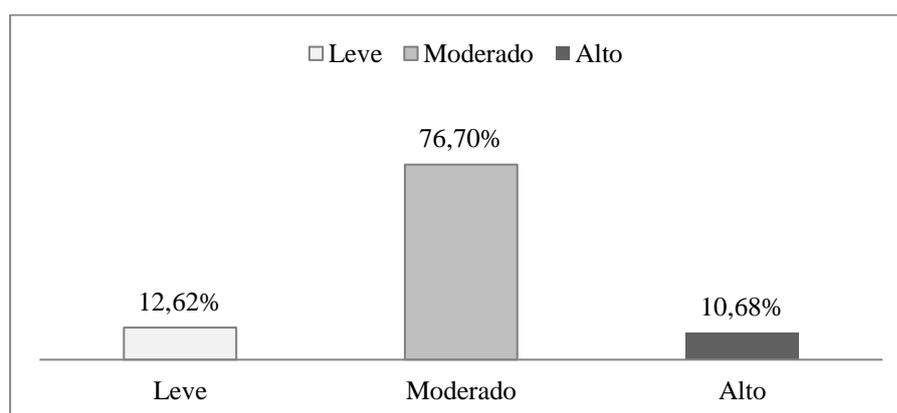


Figura 10. *Nivel de alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones educativas de Viñani, Tacna – 2016.*

Fuente: Tabla 10

En la Tabla 10, en primera instancia se visualiza el nivel moderado de alexitimia en los estudiantes de quinto de secundaria de Viñani, el cual ocupa 76,70% y supera más de la mitad del total de individuos evaluados. Seguido del nivel leve con 12,62% y alto con 10,68%.

Tabla 11.

Nivel de alexitimia según sexo en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones educativas de Viñani, Tacna – 2016.

Sexo/Nivel	Leve		Moderado		Alto		Total
	n	%	n	%	n	%	N
Masculino	12	14,63%	59	71,95%	11	13,41%	82
Femenino	14	11,29%	99	79,84%	11	8,87%	124
Total	26		158		22		206

Fuente: Escala de valoración de Alexitimia

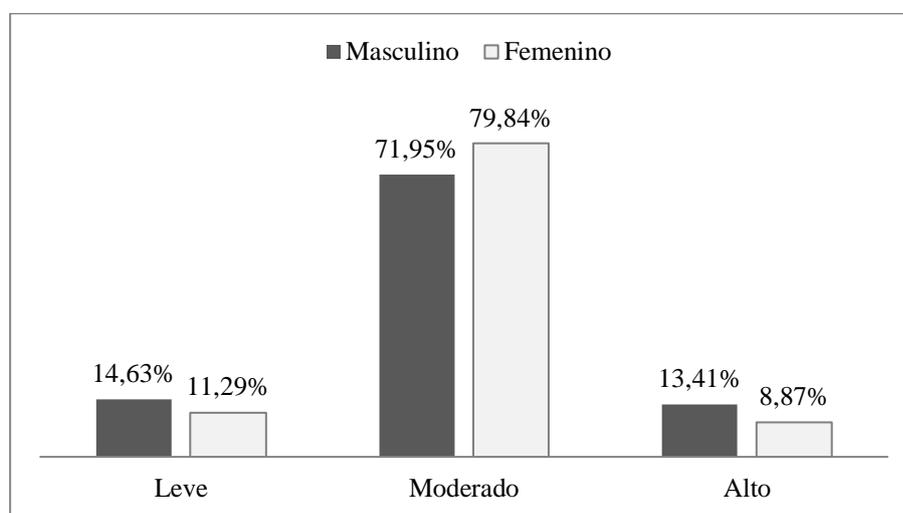


Figura 11. *Nivel de alexitimia según sexo en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones educativas de Viñani, Tacna – 2016.*

Fuente: Tabla 11

En la Tabla 11 se observa que el nivel moderado y alto de alexitimia suman 85,36% en masculino y 88,71% en femenino, seguido en un nivel leve de 14,63% para el sexo masculino y 11,29% para el femenino.

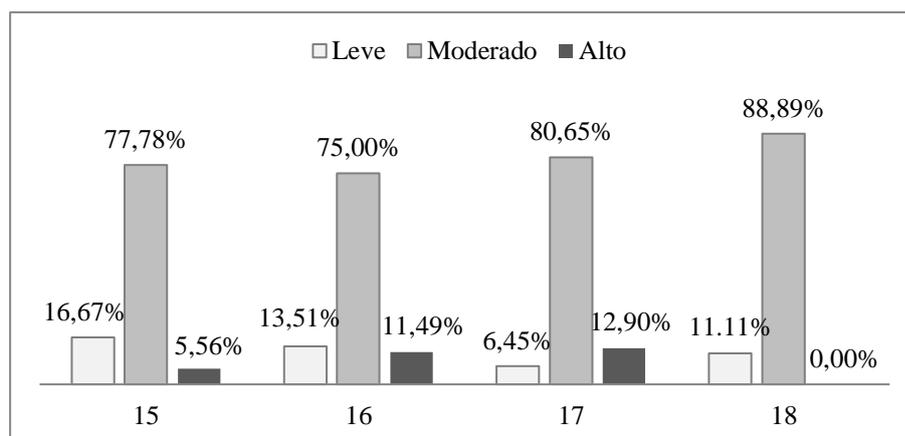
Tabla 12.

Nivel de alexitimia según edad en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones educativas de Viñani, Tacna – 2016.

Edad/Nivel	Leve		Moderado		Alto		Total N
	n	%	n	%	n	%	
15	3	16,67%	14	77,78%	1	5,56%	18
16	20	13,51%	111	75,00%	17	11,49%	148
17	2	6,45%	25	80,65%	4	12,90%	31
18	1	11,11%	8	88,89%	0	0,00%	9
Total	26		158		22		206

Fuente: Escala de valoración de Alexitimia

Figura 12. Nivel de alexitimia según edad en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones educativas de Viñani, Tacna – 2016.



Fuente: Tabla 12

En la Tabla 12, los resultados señalan que la edad de más riesgo y preocupación es la de 17 años de edad, la cual presenta 93,55% en niveles moderados y altos de alexitimia, seguido de un 6,45% en un nivel leve.

Tabla 13.

Nivel de alexitimia según institución educativa en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones educativas de Viñani, Tacna – 2016.

IE/Nivel	Leve		Moderado		Alto		Total N
	N	%	n	%	n	%	
I.E. “Dr. Luis Alberto Sánchez”	11	8,94%	96	78,05%	16	13,01%	123
I.E. “Dr. Encinas Franco”	10	19,61%	37	72,55%	4	7,84%	51
I.E. “Santa Cruz”	5	15,63%	25	78,13%	2	6,25%	32
Total	26		158		22		206

Fuente: Escala de valoración de Alexitimia

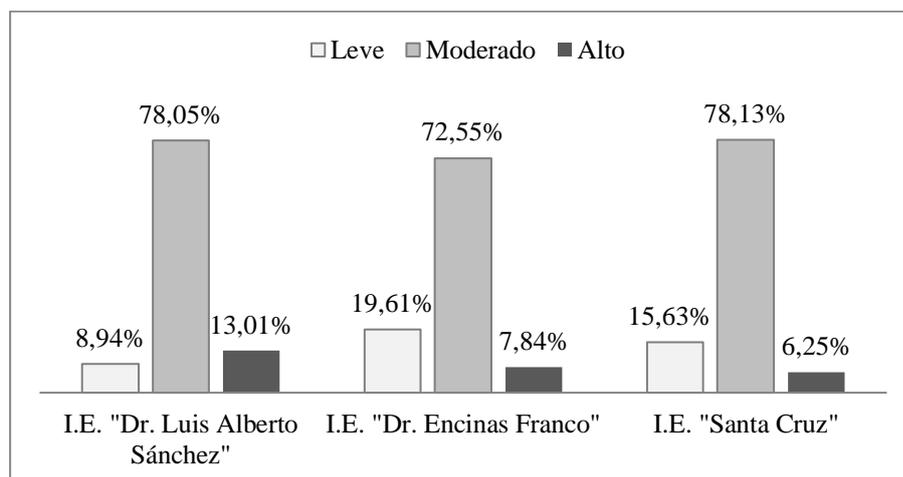


Figura 13. *Nivel de alexitimia según institución educativa en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones educativas de Viñani, Tacna – 2016.*

Fuente: Tabla 13

Se observa en la Tabla 13, la Institución Educativa “Dr. Luis Alberto Sánchez” con 91.06% de niveles moderados y altos de alexitimia, seguido de la Institución Educativa “Santa Cruz” con 84,38% y “Dr. Encinas Franco” con 80,39%.

4.1.4. Resultados sobre el nivel de relación entre ideación suicida y alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna – 2016.

Tabla 14.

*Tabla de contingencia Nivel de riesgo de ideación suicida *Nivel de Alexitimia*

		Alexitimia			Total	
		Nivel Leve	Nivel Moderado	Nivel Alto		
Ideación suicida	Riesgo leve	Recuento	24	90	2	116
		% dentro de Ideación suicida	20,70%	77,60%	1,70%	100,00%
	Riesgo moderado	Recuento	5	57	7	69
		% dentro de Ideación suicida	7,20%	82,60%	10,10%	100,00%
	Riesgo alto	Recuento	0	14	7	21
		% dentro de Ideación suicida	0,00%	66,70%	33,30%	100,00%
	Total	Recuento	29	161	16	206
		% dentro de Ideación suicida	14,10%	78,20%	7,80%	100,00%

Fuente: Tablas N° 6 y 10

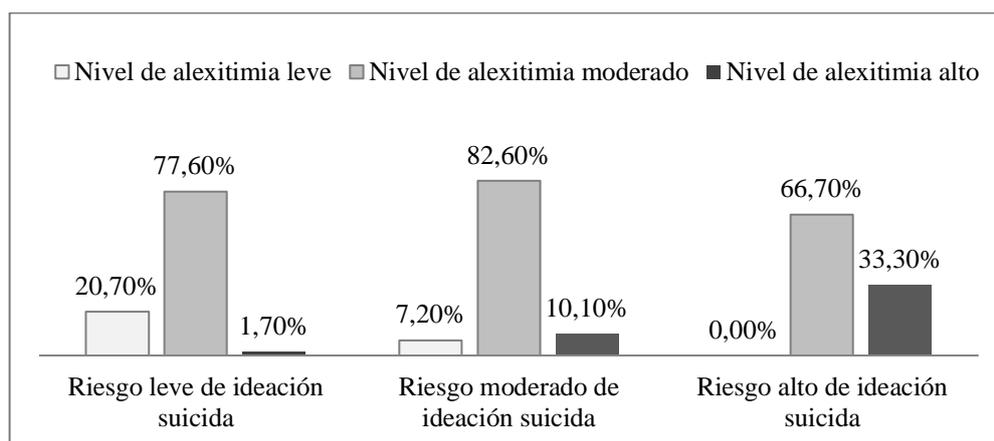


Figura 14. Nivel de relación entre la prevalencia de ideación suicida y alexitimia

Fuente Tabla 14

En la Tabla 14, cada casilla muestra la frecuencia observada y el porcentaje que ésta representa sobre el total de la fila. Las proporciones muestrales según los datos generados a partir de las variables ideación suicida y alexitimia, se tiene en un nivel de riesgo leve de ideación suicida y en un nivel moderado de alexitimia un total de 90 sujetos siendo (77,60%); por otro lado en un riesgo moderado de ideación suicida y en un nivel moderado de alexitimia se encuentran un total de 57 siendo (82,60%). Asimismo, se encontró que los niveles altos de ideación suicida y alexitimia hay 7 sujetos (33,30%), resultados que indican que en un porcentaje significativo de alumnos la relación entre ideación suicida está muy relacionada con la alexitimia, evidenciándose que se encuentran en condición de riesgo.

4.2. Contrastación de Hipótesis

A continuación se procederá a comprobar las hipótesis planteadas.

4.2.1. Prueba de Primera Hipótesis Específica

El nivel de ideación suicida es de alto riesgo en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna 2016.

Para demostrar, se recurre a los resultados de la (Tabla 6).

1. Planteamiento de hipótesis

Hipótesis nula

H₀: El nivel de riesgo de ideación suicida no es de alto riesgo en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna 2016.

Hipótesis alterna

H_a: El nivel de riesgo de ideación suicida es de alto riesgo en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna 2016.

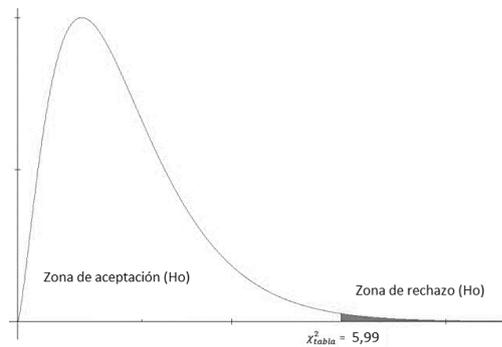
2. Nivel de significancia asumido: $\alpha = 0,05$ (5%)

3. Estadístico de prueba: Chi cuadrado de homogeneidad.

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Grados de libertad= 2

Alfa= 5%



Estadísticos de contraste

Chi-cuadrado	64,942
gl	2
Sig. asintót.	0,000

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i} = 64,94$$

4. Decisión

Como Chi cuadrado 64,94 es mayor a 5,99; se decide rechazar la hipótesis nula y en consecuencia debe aceptarse la hipótesis alterna.

5. Conclusión

Con un nivel de confianza del 95%, se concluye que, el nivel de riesgo de ideación suicida es alto en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna 2016.

4.2.2. Prueba de Segunda Hipótesis Específica

El nivel de alexitimia es de nivel alto en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna 2016.

Para demostrar, se recurre a los resultados de la (Tabla 10).

1. Planteamiento de hipótesis

Hipótesis nula

H₀: El nivel de alexitimia no es alto en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna 2016.

Hipótesis alterna

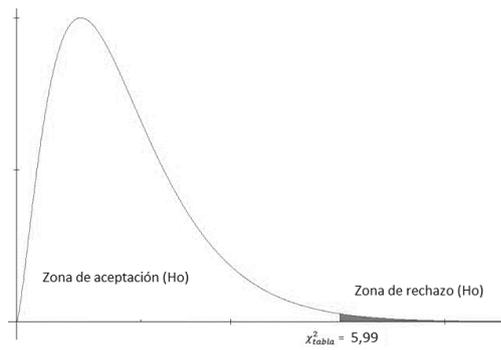
H_a: El nivel de alexitimia es alto en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna 2016.

2. Nivel de significancia asumido: $\alpha = 0,05$ (5%)
3. Estadístico de prueba: Chi cuadrado de homogeneidad.

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Grados de libertad= 2

Alfa= 5%



Estadísticos de contraste

Chi-cuadrado	174,447
gl	2
Sig. asintót.	0,000

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i} = 174,447$$

4. Decisión

Como Chi cuadrado 174,447 es mayor a 5,99; se decide rechazar la hipótesis nula y en consecuencia debe aceptarse la hipótesis alterna.

5. Conclusión

Con un nivel de confianza del 95%, se concluye que, el nivel de alexitimia es alto en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna 2016.

4.2.3. Prueba de Tercera Hipótesis Específica

El nivel de relación entre de ideación y alexitimia es alta y significativa en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani.

Para demostrar, se recurre a los resultados de la (Tabla 14).

1. Planteamiento de hipótesis

Hipótesis nula

H₀: El nivel de relación entre ideación suicida y alexitimia no es alta y significativa en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani.

Hipótesis alterna

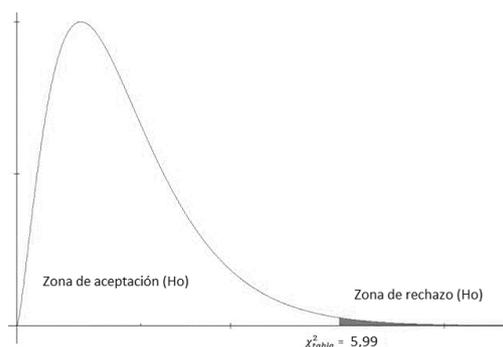
H_a: El nivel de relación entre ideación suicida y alexitimia es alta y significativa en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani.

2. Nivel de significancia asumido: $\alpha = 0,05$ (5%)
3. Estadístico de prueba: Chi cuadrado de independencia.

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Grados de libertad= 4

Alfa= 5%



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,009 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	30,503	4	,000
Asociación lineal por lineal	26,351	1	,000
N de casos válidos	206		

a. 2 casillas (22.2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.63.

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i} = 33,009$$

4. Decisión

Como Chi cuadrado 33,009 es mayor a 5,99; se decide rechazar la hipótesis nula y en consecuencia debe aceptarse la hipótesis alterna.

5. Conclusión

Con un nivel de confianza del 95%, se concluye que, el nivel de relación entre ideación suicida y alexitimia es alta y significativa en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani.

4.2.3. Prueba de Hipótesis General

De lo comprobado en las hipótesis específicas, queda plenamente comprobada la hipótesis general, por lo que se puede afirmar que existe relación directa entre ideación suicida y alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna – 2016.

4.3. Discusión

El objetivo general de esta investigación fue identificar si existe relación directa entre ideación suicida y alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, en tal sentido se analizó cada variable por su nivel acorde a sexo, edad e institución educativa.

En cuanto a la variable ideación suicida (Figura 6), los hallazgos revelan que el nivel leve, ocupa un 57,28% del total de individuos evaluados, lo que es cercano a su vez a los niveles moderados y altos, los cuales suman un total de 42,72%, datos que van acorde a la realidad y situación por la que atraviesan los adolescentes del sector de Viñani, quienes se encuentran en un estado de riesgo continuo, lo que provoca en estos una intrusión de pensamientos o deseos suicidas, aunado con una baja tolerancia a la frustración, una actitud negativa de ver la vida, hasta incluso llegar a elaborar un proyecto de intento de suicidio; tal como sostiene Carvajal (1993), como por Vásquez (2009), se trata de un período de emociones fluctuantes, principalmente dirigidas hacia sí mismo donde la población adolescente encuentra dificultades para expresarse a nivel emocional.

Es interesante que, estudios realizados con anterioridad en una muestra de alumnos adolescentes en la ciudad de Chile, como el de Ruíz y Sepúlveda (2004), obtuvieron que el 47% de los adolescentes presentaban ideación suicida; asimismo Ventura-Juncá, Carvajal, Undurraga, Vicuña, Egaña y Garib (2010), en Chile hallaron que el 62% de la muestra reconoció poseer ideaciones suicidas e incluso un 19% ya constituían intentos de suicidio.

Además en estudios a nivel nacional, Cano, Gutiérrez y Nizama (2009), ejecutaron un estudio en la ciudad amazónica de Pucallpa, Perú, en donde encontraron que el 31,3% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, mientras que el

21,1% pensó en quitarse la vida y el 18,1% intentó suicidarse alguna vez. Concluyendo que existe un alto nivel de riesgo de ideación suicida en los adolescentes; datos que se aproximan con lo encontrado en esta investigación, donde la muestra fijada presenta ideaciones suicidas en un 33.01% en un nivel de riesgo moderado y 9.71% en un nivel de riesgo alto, que representan un total de 42.72%, encontrando así que el nivel de ideación suicida es de alto riesgo en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, con un nivel de confianza del 95%, dato que es necesario considerar, ya que los adolescentes de este sector presentan el riesgo de que pasen a cometer un acto suicida y asimismo puede que las cifras consideradas incrementen por ser una población vulnerable.

Asimismo, cabe señalar el estudio de Huapaya (2010), en la ciudad de Lima, donde indagó sobre factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de tercer, cuarto y quinto años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima, obteniendo por niveles que el 83,1% de adolescentes presentaron un nivel bajo de ideación suicida, además de un 14,3% de nivel medio y un 2,6% de nivel alto, aspectos que se acercan con lo encontrado en este estudio, no obstante los porcentajes obtenidos en esta muestra son menores que en comparación a lo encontrado en la presente investigación, lo que hace que los datos mostrados sean de mayor relevancia a nivel poblacional, y asimismo a nivel de riesgo por lo que, en comparación a la ciudad de Lima, se puede decir que los adolescentes de Viñani se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad y riesgo.

En la (Figura 7), resalta el nivel leve de ideación suicida, siendo en el sexo masculino 58.54% y el femenino 56.45%. Con relación a niveles moderados y altos se tiene 41.47% para el sexo masculino y 43.55% para el femenino; aspectos que indican una alta prevalencia de pensamientos suicidas en los adolescentes de ambos

sexos del sector de Viñani, sin embargo se encuentra una ligera predominancia del sexo femenino aspecto que se ve más demarcado en otros estudios como de Ruíz y Sepúlveda (2004); y la investigación Ventura-Juncá, Carvajal, Undurraga, Vicuña, Egaña y Garib (2010), ambos realizados en Chile; Chávez-Hernández, González-Forteza, Juárez, Vázquez, y Jiménez (2015), en México; y Cano, Gutiérrez y Nizama (2009) en Pucallpa, Perú, encontraron una proporción significativamente mayor de ideación suicida en mujeres, sin embargo hay estudios como el de Kirchner et al. (2011), realizado en Barcelona, España, quienes no hallaron diferencias significativas de sexo.

Asimismo, en la (Figura 8), se encontró que la edad de más riesgo es la de 17 años, la cual presenta 41.94% en un nivel leve de ideación suicida, y un 58.06% en un nivel moderado y alto de ideación suicida, aspectos que se evidencian en otras investigaciones como la de Huapaya (2010), quien halló en la ciudad de Lima, que existe asociación significativa entre la ideación suicida con el rango de edad de 16 a 19 años. Por su parte Kirchner et al. (2011), quien realizó un estudio en España, constituye un antecedente muy interesante al indicar en sus resultados que la ideación suicida va relacionada con un incremento con la edad en adolescentes. Como se sabe, la adolescencia según la OMS, se ubica en el rango de edad de 10 y 19 años, y se trata pues de uno de los períodos de transición más significativos en la vida de una persona, y al ser considerado como tal, involucra fuertes presiones en el adolescente como el hecho de culminar sus estudios secundarios de manera satisfactoria, ya presentar elecciones de estudios superiores, saber encajar o pertenecer a grupos sociales, sobrellevar las dificultades familiares y afrontar los diversos cambios a nivel físico y psicológico, aspectos que conforme avanza la edad se vuelven más complejos de sobrellevar, y es en donde la edad de 17 afloran estas características de dificultad para

el adolescente como es el acabar los estudios secundarios y decidir por una formación de nivel superior o tener que laborar lo que origina mayores presiones, y en el caso éste no sepa abordar o afrontar de manera adecuada, traerá consigo consecuencias a nivel psicológico y emocional como es el presentar pensamientos o deseos suicidas como una salida ante la fuerte imposición externa.

Con relación a la (Figura 9), se encontró que a nivel de instituciones educativas del sector de Viñani, la Institución Educativa “Santa Cruz” presenta el 50.00% entre niveles altos y moderados de prevalencia de ideación suicida, seguido de la Institución Educativa “Dr. Encinas Franco” con 47.06%, y la Institución Educativa “Dr. Luis Alberto Sánchez” con 39.02%, cifras que indican que la población adolescente de Viñani se encuentra en un riesgo latente y necesita suplir esta necesidad con un abordaje psicológico, ya que las cifras halladas constituyen una alerta de posibles suicidios que pueden ser desencadenados o ejecutados en cualquier momento ante alguna crisis aunada a la complejidad propia de la edad de estos adolescentes.

Con respecto a la variable alexitimia, en la (Figura 10), se obtuvo que el nivel moderado, el cual ocupa 76.70% y supera más de la mitad del total de individuos evaluados, asimismo en un nivel alto se encuentra el 10.68%, encontrado así que el nivel de alexitimia es alto en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, con un nivel de confianza del 95%, cifra significativa que abarca la dificultad de no poder expresarse emocionalmente, lo cual indica y corrobora a su vez la situación de riesgo en la que se encuentran los adolescentes de Viñani, población caracterizada por la dificultad de poder expresar sus emociones.

Estudios realizados como el de Cruz-Saez, Pascual, Etxebarria y Echeburua (2013), en España, encontraron mayores niveles de alexitimia en adolescentes de alto riesgo, lo que corrobora con lo planteado en esta investigación. Además cabe

mencionar los estudios de Herrera y Oré (2015), en la ciudad de Arequipa, hallaron una relación inversa significativa entre personalidad y alexitimia en adolescentes; asimismo, encontró que la personalidad introvertida se relaciona con una alta alexitimia, aspecto que es interesante enfatizar ya que la alexitimia estaría presentando rasgos de personalidad que contribuirían a la aparición de este constructo psicológico, además sabiendo que en este rango de edad predomina la introversión en los adolescentes tal como lo menciona la teoría de Alonso-Fernández (2011) que menciona el perfil de la persona alexitímica, el cual posee como núcleo principal el tema de la afectividad, en la incapacidad de la persona para identificar, examinar, reconocer, y expresar sus sentimientos o emociones y la dificultad para asimilar y captar los estados emocionales de otros, es decir, se habla una conciencia emocional frágil y precaria.

Es preciso señalar que las características clínicas que definen a una persona alexitímica incluyen la dificultad para describir los sentimientos –los propios y los de los demás- y un vocabulario emocional sumamente limitado. Otras características son la ausencia de fantasía y descripción elaborada de detalles triviales; el llanto abundante pero sin relación con el afecto apropiado, tendencia a actuar impulsivamente; relaciones interpersonales habitualmente pobres, con tendencia a depender o a vivir aislado; perfil de personalidad narcisista, retraído, pasivo-agresivo o pasivo-dependiente, o psicopático (Consuegra, 2010); aspectos que se evidencian con lo encontrado en los estudios.

También, en la (Figura 11) se encontró que el nivel moderado y alto de alexitimia suman 85.36% en masculino y 88.71% en femenino. Hallazgos coincidentes con los de Carlos (2013), quien realizó un estudio sobre la prevalencia de alexitimia en la ciudad de Lima, hallando con respecto a la variable sexo, que son

las mujeres quienes obtuvieron un porcentaje mayor de casos de alexitimia con el 60%. Asimismo, Cruz-Saez, Pascual, Etxebarria y Echeburua en España (2013), encontraron que el sexo femenino tiende a tener mayor alexitimia que el masculino. Es interesante como los datos encontrados en aquel estudio y asimismo en la presente investigación concuerdan con lo planteado a nivel teórico, lo cual se evidencia en estas cifras, donde se demuestra la situación de riesgo y vulnerabilidad en la que se ve expuesta el sexo femenino ante diversos factores, como los cambios propios de la etapa de la adolescencia, aspectos biológicos como son los cambios a nivel hormonal, factores psicológicos como el proceso de la búsqueda de la identidad y autoconcepto, la baja tolerancia a la frustración, rasgos de carácter o personalidad que incluyen tendencia a la inhibición o introversión o reserva de sentimientos.

Igualmente, en la (Figura 12), los resultados señalan que la edad de más riesgo y preocupación es la de 17 años de edad, la cual presenta 93.55% en un nivel moderado y alto de alexitimia, aspecto que concuerda con lo hallado con la variable de ideación suicida. Es interesante señalar que ambas variables al coincidir en la edad, suponen y reafirman su relación con respecto a lo que acontece en esta edad, al ser aspectos propios del final de la adolescencia, situación compleja llena de presiones como son las exigencias del entorno, entre ellas los conflictos a nivel personal, familiar, educacional y social, contexto que produce una serie de crisis en el individuo impidiendo su bienestar emocional y psicológico.

Al analizar las instituciones educativas, en la (Figura 13), se obtuvo que la institución educativa “Dr. Luis Alberto Sánchez” con 91.06% de incidencia de alexitimia, seguido de la institución educativa “Santa Cruz” con 84.38% y “Dr. Encinas Franco” con 80.39% los cuales conforman niveles moderados y altos,

constituyen datos que reafirman el nivel alto de alexitimia en la población adolescente de Viñani, lo que establece a los adolescentes de este sector en una situación de riesgo.

Con respecto a los resultados sobre el nivel de relación entre ideación suicida y alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna – 2016, en la (Tabla 14), los resultados indican que existe una relación alta y significativa entre ideación suicida alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, lo que concuerda con otros estudios como el de Torres (2007) en Lima, Perú, quien encontró correlaciones estadísticamente significativas entre la relación entre diversos estilos de personalidad patológica y la alexitimia en una muestra de pacientes suicidas.

En cuanto a la hipótesis planteadas en la investigación, los resultados confirman la relación es alta y significativa entre ideación suicida y alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, lo que se evidencia y refleja a nivel comportamental en los adolescentes de la zona de Viñani, a través de problemas de rendimiento académico, apatía en la realización de sus actividades, consumo de sustancias, problemas con el alcohol, dificultades en autoestima y autoconcepto, escasas habilidades sociales, rebeldía, inicio temprano de actividad sexual, promiscuidad, y autolesiones. Conductas que hacen alusión a problemas de índole emocional, donde los adolescentes al no poseer la capacidad de expresar lo que sienten, lo cual califica en un cuadro alexitímico, se manifiestan a través de comportamientos desadaptativos, lo cual puede al ser aunado al factor social y cultural y provenir de hogares disfuncionales con un núcleo familiar no sólido, de condición migrante, y encontrándose en una situación de informalidad en nuestra población, esto hace que estén en un estado de descuido desde temprana de edad, lo cual afecta y produce que se desarrolle una personalidad que comprende características

de ideación suicida y alexitimia, donde emocionalmente se ven afectados e impedidos de expresarse adecuadamente frente a situaciones de la vida diaria, viéndose abordados por pensamientos de índole suicida.

Es preciso agregar que a nivel sociocultural a través de los diversos estudios se hallan niveles considerables de los constructos contemplados en esta investigación, a nivel de América, en países como Chile, México y Perú, se tiene a adolescentes con dificultades a nivel emocional denotando ideaciones suicidas e incapacidad de poderse expresar a nivel emocional, es decir denotando alexitimia.

Además, cabe decir que en nuestro país, se han realizado estudios en diferentes regiones y sectores, entre los cuales se tiene a ciudades del norte como Trujillo, de la amazonia como Pucallpa, del centro como Lima y del sur como las ciudades de Arequipa y Tacna, realidades que al ser comparadas con respecto a los resultados obtenidos se halla que a nivel nacional existen niveles de riesgo que deben ser considerados en el ámbito de la salud mental, recordando que en el Distrito de Tacna, se registraron 5 casos de índole suicida en el año 2015, y específicamente con relación al Distrito de Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, se registraron un total de 4 casos, lo cual indica la gran necesidad de intervención en la zona, en donde se encuentra el sector de Viñani.

Asimismo es necesario enfatizar que a nivel mundial el 70% de las personas que cometen suicidio se encuentran entre las edades de 15 y 30 años, rango de edad que comprende a los adolescentes y constituye una cifra que a nivel porcentual es alta. A través, de los estudios analizados se puede asegurar que existe un riesgo latente en la población adolescente que no discrimina región de nuestro país, y viene incrementándose progresivamente, siendo necesario ejecutar intervenciones a nivel psicológico que respondan a la necesidad de esta población vulnerable.

Conclusiones

- Primera: Se encontró que existe relación directa entre ideación suicida y alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna – 2016, lo cual evidencia la situación de riesgo en la que se encuentran los adolescentes del sector de Viñani, quienes presentan características de conflicto en estos constructos, los cuales los afectan a nivel emocional provocando que no puedan expresarse emocionalmente y tiendan a presentar un pensamiento de índole suicida que dañe su integridad.
- Segunda: Se halló que el nivel de riesgo de ideación suicida es alto en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna 2016, con un nivel de confianza del 95%, dato que es necesario considerar, ya que los adolescentes de este sector presentan el riesgo de que pasen a cometer un acto suicida y asimismo puede que las cifras consideradas incrementen por ser una población vulnerable.
- Tercera: Se encontró que el nivel de alexitimia es alto en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, con un nivel de confianza del 95%, cifra significativa que abarca la dificultad de no poder expresarse emocionalmente, lo que constituye una situación de riesgo en los adolescentes de Viñani.
- Cuarta: Finalmente, se obtuvo que el nivel de relación entre ideación suicida y alexitimia es alta y significativa en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Con un nivel de confianza del 95%.

Recomendaciones

- Primera: Motivar y ejecutar más investigaciones sobre esta temática, ya que como profesionales de la salud, debemos buscar el bienestar de las personas, exclusivamente de aquellas poblaciones que están en riesgo, como son los adolescentes.
- Segunda: Brindar un abordaje psicológico integral y especializado buscando reestablecer y aportar a la salud de la población adolescente para así contribuir a la salud general, la educación y las condiciones sociales de las presentes y futuras generaciones.
- Tercera: Plantear y desarrollar programas de intervención terapéutica sobre educación emocional, habilidades, comunicativas e inteligencia emocional para los estudiantes que se encuentran en el último año en las Instituciones Educativas de Viñani y están inmersos en varias dificultades y presiones propias de la etapa de desarrollo, exigencias sociales, familiares y entre otras; para propiciar en estos herramientas psicológicas con las que puedan hacer frente estos conflictos.
- Cuarta: Generar espacios de encuentro e interrelación entre adolescentes-familiares, así como también adolescentes-docentes, ya que el rol que juega la familia y la institución educativa es de vital importancia como soporte ante dificultades o situaciones de riesgo.
- Quinta: Propiciar espacios de conversación mediante acciones de prevención y promoción sobre la importancia del desarrollo emocional en los adolescentes de instituciones tanto públicas como privadas.

Referencias

Acinas, M. & Muñoz, F. (2008). Gestión de emergencias por intento de suicidio. E, Parada. (Ed.), *Psicología y emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia* (pp. 321 – 365). Sevilla, España: Editorial Desclee De Brouwer.

Alonso-Fernández, F. (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Revista Salud mental*. Vol. 34(6), pp. 481-490. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000600002&lng=es&tlng=es.

Alvarado, R. (2013). Duelo y alexitimia. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, Vol. 3(2), (pp. 1- 13). Recuperado de: http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Duelo_y_alexitima.pdf.

Alves, R., & De la Peña, A. (2011). Culture shock: estrategias para la adaptación. C, Hernández, A, Carrasco & E, Álvarez. (Ed.), *La red y sus aplicaciones en la enseñanza-aprendizaje del español como lengua extranjera* (pp. 105 - 115), Valladolid, España: ASELE (Asociación para la Enseñanza del Español como Lengua Extranjera). Recuperado de: http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/asele/pdf/22/22_0010.pdf.

Barón, O; (2000). Adolescencia y suicidio. *Revista Psicología desde el Caribe*, núm. (6), agosto-diciembre, pp. 48-69. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300605>.

Basile, H. (s.f.). *El suicidio de los adolescentes en Argentina*. Recuperado de: http://www.marietan.com/material_depresion/41_suicidio_adolescentes.htm.

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicidal ideation. *Revista Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 47, p. 343-352. Recuperado de: <https://msrc.fsu.edu/system/files/Beck%20et%20al%201979%20Assessment%20of%20suicidal%20intention--%20the%20Scale%20for%20Suicide%20Ideation.pdf>.

Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*. Vol. Julio-Diciembre, p. 50-63. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>.

Buendía, J., Riquelme, A., & Ruiz, J. (2004). *El suicidio en adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida*. Murcia, España: Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=PLVv4WJEUyKc&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

Cano, P., Gutiérrez, C., & Nizama, M. (2009). 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*. Vol. 26(2), pp. 175-181. Recuperado de: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2009.v26.n2.a7.pdf>.

Cañón, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, Vol. 11(1), pp. 62 – 67. Recuperado de: http://umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/Arch_Med_11-1/8_factores.pdf.

Caplan, G., & Lebovici, S. (1973). *Psicología social de la adolescencia. Desarrollo, familia, escuela enfermedad y salud mentales*. (1era ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Casullo, M. (2005). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de investigaciones*, Vol.12, pp. 173-182. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100017&lng=es&tlng=es.

Carlos, F. (2013). *Prevalencia de alexitimia en estudiantes de una universidad nacional* (Tesis). Universidad Nacional Federico Villarreal. Facultad de Psicología. Lima, Perú. Recuperado de: https://www.academia.edu/10223280/Tesis_de_Alexitimia.

Carvajal. G., & Caro. C. (2011). Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009. *Revista Colombia Médica*. Vol. 42(2), pp. 45-56, Recuperado de: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc11039>.

Chávez-Hernández. A., González-Forteza. C., Juárez., Vázquez. D, & Jiménez. A. (2015). Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio del estado de Guanajuato, México. *Revista Acta Universitaria*, vol. 25(6), Noviembre-Diciembre, pp. Doi: 10.15174/au.2015.786. Recuperado de: http://www.actauniversitaria.ugto.mx/index.php/acta/article/viewFile/786/pdf_114.

Chunga, L. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria y alexitimia en adolescentes femeninas escolares. *Revista de Psicología*, vol. 17(2), 116-127. Doi: 10.18050/revpsi.v17n2a6.2015.

CLAS Puesto de Salud Viñani (2007). Informe de gestión. Recuperado de: http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/red_salud/2010/RESENA%20CLAS%20VINANI.pdf.

Colín, N. (2014). La presencia de la alexitimia en el espacio escolar. *Revista Internacional PEI: Por la Psicología y Educación Integral*. Vol. IV (7). Recuperado de: <http://www.peiac.org/Revista/Numeros/No7/alexitimia.html>.

Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología*. 2a. ed. Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones.

Cosacov, E. (2007). *Diccionario de términos técnicos de la Psicología*. 3a ed. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.

Cruz, F., Bandera, A., Gutiérrez, E. (2002). Conductas y factores de riesgo en la adolescencia. Cruz, F. et al. (Ed.). *Manual de prácticas clínicas para la atención integral de la salud en la adolescencia*. (pp. 120 – 144). Ciudad de La Habana, Cuba: MINSAP. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_vi_conductas_y_factores_de_riesgo_en_la_adolescencia.pdf.

Cruz-Saez, M., Pascual, A., Etxebarria, I. & Echeburua, E. (2013). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes. *Anal. Psicol*, vol. 29 (3), 724-733. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.151041>.

De la Cruz, R. (s.f.). Relación entre historia de maltrato infantil y el desarrollo de alexitimia. (Tesis). Universidad de Aconcagua. Recuperado de: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/337/tesis-944-relacion.pdf.

De la Fuente, M., Salvador, M., & Franco, C. (2010). Efectos de un programa de meditación (mindfulness) en la medida de la alexitimia y las habilidades sociales. *Psicothema*, Vol 22(3), pp. 369-375. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714400003>.

Delgado, B. (2009). *Psicología del desarrollo. Desde la infancia a la vejez*.

Vol.2. Madrid, España: Editorial McGraw-Hill.

Díaz de Neira, M. (2014). *Los Discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento. Acciones autolesivas corporales en jóvenes*. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología. Madrid, España. Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/661735/diaz_de_neira_monica.pdf?sequence=1.

Dirección Regional de Salud Tacna. (2016). *Boletín Estadístico 2015*. Oficina de informática, telecomunicaciones y estadística. Recuperado de: http://www.tacna.minsa.gob.pe/portal/wp-content/uploads/2015/04/Boletin_Estadistico_2015.pdf.

Espina, A. (1998). El constructo alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas. García, J., Garrido, M., & Rodríguez, L. (Ed.) *Personalidad, Procesos cognitivos y psicoterapia. Un enfoque constructivista*. (pp. 261-284). Madrid, España: Editorial Fundamentos.

Espinoza, J. (2008). *Resumen ejecutivo. Estudio de impacto ambiental*. Recuperado de: http://www.vivienda.gob.pe/direcciones/RESUMENES_EJECUTIVOS/042-2008.pdf.

Ferrer, E. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf.

Freud, A. (1973). La adolescencia en cuanto perturbación del desarrollo. Caplan, G., & Lebovici, S. (Ed.). *Psicología social de la adolescencia. Desarrollo,*

familia, escuela enfermedad y salud mentales. (pp. 11-14). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

García, R. (2004). La alexitimia: entre la angustia y el goce. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2), pp. 403-414. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29290213>.

Garduño, R., Gómez, K., & Peña, A. (2011). *Suicidio en adolescentes.* (Tesis). Asociación Mexicana de Tanatología, A.C, México, D.F. Recuperado de: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/27%20Suicidio%20en%20adolescentes.pdf>.

Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional.* Barcelona, España: Editorial Kairós.

Gómez, M. (2000). Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia. *Revista Psicología y Psicopedagogía.* Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL. Año I N° 4. Recuperado de: <http://psico.usal.edu.ar/psico/adolescencia-prevencion-conducta-riesgo-resiliencia>.

González, M. (2011). Identidad: un proceso constante, dinámico y fluido. *Revista Universitaria de Investigación y Diálogo Académico CONHISREMI*, Vol. 7(3). Recuperado de: <http://conhisremi.iuttol.edu.ve/pdf/ARTI000131.pdf>.

Herrera, J., & Oré, María. (2015). “*Dimensiones de la personalidad y tipos de alexitimia en adolescentes*” (Tesis). Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Perú. Recuperado de: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5048/76.0282.PS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Huapaya, D. (2010) *Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima, 2009* (Tesis). Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3040/1/Huapaya_cd.pdf.

Jacoby, V. (2008). *Autopercepción en un grupo de adolescentes institucionalizadas que se autolesionan* (Tesis). Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú. Recuperado de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/404/JACOBY_SCHNEIDER_VIVIAN_AUTOPERCEPCION_GRUPO_ADOLESCENTES_AUTOLESIONAN.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Kendall, R. & Rodríguez, E. (2003). *Validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en una población de estudiantes universitarios*. Tesis de Especialidad en Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Marcos, Lima, Perú.

Kirchner et al. (2011). *Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento*. (Tesis). Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona. Barcelona, España. Recuperado de: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/72/ESP/13-72-ESP-226-235-920269.pdf>

Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Revista Adolescencia y Salud*. Vol 1(2), pp. 23-31. Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en&tlng=es.

Lunazzi, H. (2000). Investigación de variables en al constructo Alexitimia en 550 casos. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, Vol. 10(2), pp. 101 – 119. Recuperado de: http://www.aidep.org/03_ridep/R10/R108.pdf.

Lusiardo, M. & Rodrigo, M. (2011). Alexitimia como Constructor de la Personalidad: Concepto, Clínica, Etiología y Enfoque Terapéutico. *Salud Militar*, Vol. 30(1), pp. 48-52. Recuperado de: <http://www.revistasaludmilitar.com.uy/Volumenes/Vol%2030/volumen%2030.html>.

Macassi, I. (2005). *La Violencia contra la mujer: Femicidio en el Perú*. Lima, Perú: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Recuperado de: <http://www.flora.org.pe/pdfs/Femicidio.pdf>.

Mardomingo, M. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos S.A.

Martínez, F. & Ortiz, B. (2000). La evaluación de la alexitimia. En: D. Páez & M. Casullo. *Cultura y alexitimia*. Buenos Aires: Paidós.

Minetto, A. (2013). Violencia familiar e ideación suicida en adolescentes del Hospital San Juan Bautista de Huaral. *Revista PsiqueMag*, vol. 2(1), pp. 63 - 75. Recuperado de <http://www.ucvlima.edu.pe/psiquemag/index.html>.

Mosquera, D. (2008). *La autolesión: El lenguaje del dolor*. Ediciones Pléyades.

Moya, J. (2007). *La conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil*. Recuperado de: <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Articles/ConductaSuicida.pdf>.

Municipalidad Distrital Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa. (2016). *Historia del distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa*. Recuperado de: <http://www.munialbarracin.gob.pe/pagina/distrito/historia>.

Obiols, G., & Di Segni, S. (1995). *Adolescencia, Posmodernidad y Escuela Secundaria*. (Primera edición). Buenos Aires, Argentina: Editorial Kapeluz.

Oblitas, B. (2009). Machismo y violencia contra la mujer. *Revista Investigaciones Sociales*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vol.13 (23), pp.301-322. Recuperado de: <http://www.acuedi.org/ddata/3285.pdf>.

Oblitas, L., et al. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage Learning Editores. Tercera edición.

Olivia, A. (2009). Problemas psicosociales durante la adolescencia. En Delgado, B., *Psicología del desarrollo. Desde la infancia a la vejez*. Vol. 2. pp. 137 – 163) Madrid, España: McGraw Hill.

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Prevención del suicidio. Recurso para consejeros*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra, Suiza. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Prevención del suicidio (SUPRE)*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Factores de riesgo*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Suicidio*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>.

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Más de 800.000 personas mueren por suicidio cada año en el mundo, según un nuevo informe de la OMS.*

Recuperado de:

[http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2751:mas-de-800000-personas-mueren-por-suicidio-cada-ano-en-el-mundo-segun-un-nuevo-informe-de-la-oms&Itemid=900.](http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2751:mas-de-800000-personas-mueren-por-suicidio-cada-ano-en-el-mundo-segun-un-nuevo-informe-de-la-oms&Itemid=900)

Páez, D., Fernández, I., & Mayordomo, S. (2000). *Alexitimia y cultura.* Recuperado de: <http://www2.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/Itziar/DarioCLPaidos.pdf>.

Papalia, D., Duskin, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano.* Duodécima edición. México: McGraw Hill.

Papalia, D., & Wendkos, S. (2010). *Psicología.* Primera edición. México: McGraw Hill.

Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia.* Undécima Edición. México: McGraw Hill.

Pedreira, J. & Martín, L. (2000). Los límites de lo normal y lo patológico en la adolescencia: principios para una intervención integrada y comprensiva. *Documentación Social*, N°120, pp. 171-206. Recuperado de: <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/570/08%20PRINCIPIOS%20PARA%20UNA%20INTERVENCION%20INTEGRADA%20Y%20COMPENSIVA%20DS0120.pdf>.

Pérez, A. (s.f.). *¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? Factores de riesgo suicida en la adolescencia.* Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/adoles.shtml>.

Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol.15 (2), (pp. 196-217). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000200013&script=sci_arttext&tlng=pt.

Pérez, S, & García, J. (2008). *El Suicidio: Manual para la familia y glosario de términos suicidológicos*. Querétaro, México

Ochoa de Alda, I. (2009). La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con Trastorno de Conducta Alimentaria. Pérez, S., Rojo, N, & Hidalgo, Á. *La salud mental de las personas jóvenes en España. Revista de Estudios de Juventud*, N° 84. (pp. 106 – 124). Recuperado de: <https://issuu.com/injuve/docs/revista84?backgroundColor=>.

Hidalgo, Á. (2009). La asistencia sanitaria en salud mental juvenil en España. Pérez, S., Rojo, N, & Hidalgo, Á. (2009). La salud mental de las personas jóvenes en España. *Revista de Estudios de Juventud*, N° 84. (pp. 179 – 194). Recuperado de: <https://issuu.com/injuve/docs/revista84?backgroundColor=>.

Portugal, J. (1988). *El niño indígena*. Primera ed. Lima, Perú: Artex Editores.

Puerta, G., & Lozano, L. (2013). Contexto social, estilos psicológicos y psicopatología en un grupo de adolescentes colombianos que se autoagreden. *Memorias XIX Congreso Institucional de Investigaciones* (págs. 17-24). Bogotá, Colombia: Editorial Universidad El Bosque. Recuperado de: <http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/editorial/xix-congreso-investigaciones.pdf>.

Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. Primera ed. México: Editorial Pax México.

Robles. B. (2008). La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Comentarios en torno a las etapas de la vida de Erik Erikson. *Revista Mexicana de Pediatría*. Vol. 75(1), pp. 29-34. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2008/sp081g.pdf>.

Rocamora. A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Bilbao, España: Editorial Desclée De Brouwer.

Rodríguez, O. (2002). Suicidio. Cruz. F. et al. (Ed.). *Manual de prácticas clínicas para la atención integral de la salud en la adolescencia*. (pp. 140 – 144). Ciudad de La Habana, Cuba: MINSAP. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_vi_conductas_y_factores_de_riesgo_en_la_adolescencia.pdf.

Rosabal, E., Romero, N., Gaquín, K., Hernández, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina*. Vol 44(2). La Habana, Cuba. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol44_2_15/mil10215.htm.

Rospigliosi. S. (2010). *Auto-Lesiones y factores asociados en un grupo de escolares de Lima Metropolitana* (Tesis). Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/678>.

Rueda, B., Pérez-García, A., Sanjuán, P & Rulz, M. (2006). Relación entre alexitimia y hostilidad: ¿Una asociación influida por el malestar psicológico?. Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología-UNED. *Revista Análisis y Modificación de Conducta*. Vol. 32(143) pp. 263 - 401. Recuperado de: <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/viewFile/1926/1914>.

Ruíz, Y., & Sepúlveda, C. (2004). *Organización del sí mismo en adolescentes estudiantes de enseñanza media con ideación suicida* (Tesis). Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Carrera de Psicología. Santiago, Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/113288/cs39-ruizy80.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Saldarriaga, V., Cueto, S., Muñoz, I. (2011). Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos: un enfoque longitudinal. Alcázar, L., et al. (Ed.). *Salud, interculturalidad y comportamiento de riesgo*. (pp. 119 – 158). Lima, Perú: GRADE Editorial. Recuperado de: http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/LIBROGRADE_SALUDINTERCULTURALIDADRIESGO.pdf.

Sánchez, A., Crespo, A, & Fernández-Rivas. S. (2003). Alexitimia. Aproximaciones teóricas e influencias familiares y socioculturales. Universidad Pontificia de Salamanca: Instituto Superior de Ciencias de la Familia. *Revista de ciencias y orientación familiar*. Vol. N° 27, págs. 11-28. Recuperado de: <http://summa.upsa.es/pdf.vm?id=0000028396&page=1&search=&lang=es>.

Sánchez, I. (2009). El desarrollo socio-emocional del adolescente. En Delgado, B., *Psicología del desarrollo. Desde la infancia a la vejez*. Vol. 2. pp. 137 – 163) Madrid, España: McGraw Hill.

Sánchez, J., Villarreal, M., Musitu, G., & Martínez. B. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Revista Intervención Psicosocial*. Vol. 19(3), pp. 279-287. Doi: 10.5093/in2010v19n3a8. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v19n3/v19n3a08.pdf>.

Sánchez, J., Villarreal, M, & Musitu, G. (s.f.) *Ideación suicida*. Recuperado de: <https://www.uv.es/lisis/sosa/cap13/cap12-ideacion-suic-trillas-13.pdf>.

Santiago. A. (2012). *Ideación suicida y clima social familiar en estudiantes de una institución educativa estatal de Chiclayo en el 2011* (Tesis). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Facultad de Medicina. Carrera Profesional de Psicología. Chiclayo, Perú. Recuperado de: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/313/1/TL_Santiago_Prado_Arnold.pdf.

Schultz. D. & Schultz. E. S. (2010). *Teorías de la personalidad*. Novena ed. Santa Fe, México: Editorial Cengage Learning.

Silva. I. (s.f). *La adolescencia y su interrelación con el entorno*. Instituto de la Juventud (Injuve). Recuperado de: https://hqcera.by3302.livefilestore.com/y3m0u_vxYKssaO_WFR9YwaG4NrwfKbhKZko8BnKW04PoaG6YoxWtRhJITd9vt1BHjpvx97TT9vuvAJBunZSc4yQvEjM29fCbNI9ZI57YAaU_Qy99zqvVuoMhCtHR6NzkZyO-xL8VaEIXnLcW4uNKIqMPQXjneUi2aZsSel2eO-3t8/La%20Adolescencia%20y%20su%20Interrelaci%C3%B3n%20con%20el%20Entorno%20-%20Irene%20Silva%20Diverio.pdf?psid=1.

Simón. A. & Sanchis. F. (2010). Perfil personal de adolescentes con ideación suicida patológica. *Revista Apuntes de Psicología*. Vol. 28(3) pp. 443-455. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/231/233>.

Torres, J. (2007). *Relación entre los estilos de personalidad patológica y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida* (Tesis). Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3135/1/Torres_mj.pdf.

Ulloa Flores, R., Paniagua, N., Victoria, G., & Contreras, C. (2013). Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Revista Salud Mental*. Vol 36(5), septiembre-octubre, pp. 417-420. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58228970010>.

Valdivia, Á. (2011). *Suicidal processes and existential expectations about the afterlife in Perú. A comparison of findings from suicidal individuals, psychiatric patients and the general population* (Tesis). Karolinska Institutet, Estocolmo, Suecia.

Valdivia, Á. (2014). *Suicidología: Prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*. Lima, Perú: Universidad Privada de Ciencias Aplicadas (UPC).

Vargas, H., & Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuropsiquiatría*, Vol. 75(1). Recuperado de: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1539/1567>.

Vásquez, C. (2009). *Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana* (Tesis). Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú. Recuperado de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/411/VASQUEZ_CONTRERAS_CARLOS_ALEXITIMIA_ESCOLARES.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Ventura-Juncá, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J. & Garib, M. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Revista médica de Chile*, vol.138 (3), 309-315.

Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300008&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872010000300008.

Veríssimo, R. (2011). *Alexitimia. Da regulação afectiva na saúde e na doença*. Segunda edición. Lisboa, Portugal: RV Productions. Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/60817/2/77647.pdf>.

Victor, B. & Pizão, E. (2009). Alexitimia: Uma Revisão do Conceito. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, Vol. 25(1), pp. 103-108. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000100012>.

Anexos

- ❖ *Anexo A: Ficha técnica del instrumento “Indicadores del riesgo de suicidio a través del Inventario Beck-HF”*

FICHA TÉCNICA:

Nombre : Indicadores del riesgo de suicidio a través del inventario Beck-HF
Autores : Dr. Aristóteles Huamaní y la Lic. Carmen Fuentes
Dirigido : Adolescentes y adultos
Alcances : Sujetos bilingües quechua hablantes
Tiempo : 8 – 10 minutos

PRESENTACIÓN:

En nuestro medio, el Dr. Aristóteles Huamaní y la Lic. Carmen Fuentes han elaborado un cuestionario denominado “Indicadores del Riesgo de Suicidio a través del Inventario Beck-HF”, que permite tipificar el intento y potencial suicida de manera abreviada objetiviza y pone al alcance del clínico los indicadores que se presentan con mayor frecuencia en el potencial suicida, sirviendo el instrumento como indicador preventivo en el afrontamiento de conductas autodestructivas como el suicidio.

DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA:

El cuestionario denominado Indicadores del Riesgo de Suicidio a través del Inventario Beck-HF, es un catálogo de 16 preguntas redactadas de manera bilingüe (español-quechua), que permite apreciar el potencial suicida. Los autores señalan que el sentido de aplicación del inventario es fundamentalmente como medida preventiva. Cabe decir que una vez determinado el diagnóstico de tipo de depresión o sospecha de

suicidio es imperativo determinar el grado de severidad del intento y potencial suicida. Si hay presencia de indicadores significativos, es de urgencia tomar medidas pertinentes como:

- a. Indicar hospitalización inmediata.
- b. Tratamiento psicofarmacológico.
- c. Observación y vigilancia permanente.
- d. Afronete psicoterapéutico de equipo

Este cuestionario de Indicadores del Riesgo de Suicidio a través del Inventario Beck-HF fue desarrollada por Aristóteles S. Huamaní J. Médico Psiquiatra del Hospital de Huancayo IPSS-Docente asociado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Centro del Perú , y Carmen E. Fuentes M. Licenciada en Psicología del Hospital Daniel A. Carrión Docente Auxiliar de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Centro del Perú (Huancayo, 1996).

En su elaboración se consideró emplear una traducción literal de los indicadores de Beck al quechua, para poder obtener una información más fina y precisa en pacientes quechua hablantes.

ADMINISTRACIÓN:

El cuestionario de Indicadores del Riesgo de Suicidio Beck-HF puede aplicarse en un tiempo aproximado entre 10 a 15 minutos. Es una prueba de lápiz y papel, cuya aplicación puede ser individual o colectiva. En la escala se anota la respuesta en el cuadro correspondiente a SI o NO. La característica del cuestionario, su presentación

bilingüe, permite utilizarlo en sujetos que no hablan castellano o son quechua hablantes y provienen de la región central del Perú.

CALIFICACIÓN:

Para la calificación del instrumento se procede de la siguiente manera:

- Se coloca la parrilla encima de los recuadros de respuestas marcadas.
- Se otorgan los puntajes de 1 ó 2, de acuerdo a la parrilla de respuestas.
- Se suman los puntajes de cada ítem obteniendo un resultado global.
- El resultado global se ubica en la Tabla de Calificación, y se determina la probabilidad de ocurrencia de conducta suicida.

PUNTUACIÓN:

Para la puntuación se considera lo siguiente:

- Los ítems: 3,4,8, y 12 cuyas respuestas son SI valen dos puntos.
- Los demás ítems, cuyas respuestas son SI valen 1 punto.
- Con el puntaje global determinar si existe o no riesgo de suicidio, de acuerdo a la siguiente tabla:

Puntaje total	Categoría
0 a 5	Riego Leve
6 a 11	Riesgo Moderado
12 a 20	Alto Riesgo Suicida (Potencial Suicida)

❖ *Anexo B: Indicadores del Riesgo de Suicidio a través del Inventario BECK-HF*

INDICADORES BECK-HF PARA EVALUAR POTENCIAL SUICIDA

Nombre: _____ Sexo (M) (F)
 Edad: _____ Grado de Instrucción: _____ Fecha: _____

Instrucciones

Marque en el casillero SI o NO la respuesta que más se adecúe
a sus sentimientos y emociones, actualmente.

SITUACION ACTUAL	SI	NO
1 No me encuentro viviendo bien	SI	NO
2 Quisiera morirme	SI	NO
3 Ya he intentado morir otras veces	SI	NO
4 He hecho cosas para morirme	SI	NO
5 Quisiera que me ayuden a morir	SI	NO
6 En mi casa no tengo quien me ayude	SI	NO
7 No quiero vivir	SI	NO
8 A veces pienso ¿cuándo muera, que pasara?	SI	NO
9 No siento nada cuando quiero morir	SI	NO
10 Quisiera morir pronto	SI	NO
11 Me gustaría hablar como quieres morir	SI	NO
12 He hecho varias cosas, para morir	SI	NO
13 A veces pienso en cómo voy a morir	SI	NO
14 A veces pienso en dónde voy a morir	SI	NO
15 A veces pienso en cuándo voy a morir	SI	NO
16 Estoy escribiendo una carta	SI	NO

ALTO RIESGO SUICIDA	DE 12 A 20
RIESGO MODERADO	DE 6 A 11
RIESGO LEVE	DE 0 A 5

❖ *Anexo C: Ficha técnica del instrumento “Toronto Alexithymia Scale (TAS 20)”*

FICHA TÉCNICA

DATOS GENERALES:

Autores : Michael Bagby, James Parker & Graeme Taylor

Adaptado por : Martínez & Sánchez

Año : 1996

Dirigido : Adolescentes y adultos

Tiempo : 10 – 15 minutos

ASPECTOS TEÓRICOS:

La Alexitimia se refiere a un trastorno cognitivo-afectivo caracterizado por la dificultad en identificar y describir sentimientos y en elaborar fantasías. El concepto de alexitimia se derivó de observaciones clínicas de pacientes con enfermedades psicosomáticas clásicas. Se ha asociado a varios trastornos, incluyendo conductas compulsivas, trastornos de ansiedad y enfermedad somática con o sin síntomas.

Algunas investigaciones señalan que los individuos alexitímicos mantienen pobres relaciones interpersonales; además de ello, hallazgos recientes señalan que tienen dificultad para expresar emociones.

Taylor (1984, 1994), como se cita en Carlos (2013) plantea que el término alexitimia describe un trastorno específico en el procesamiento emocional que se manifiesta principalmente mediante: 1) Dificultad para identificar y describir sentimientos y emociones verbalmente; 2) Dificultad para distinguir entre sentimientos y los componentes somáticos que acompañan a la activación emocional;

y, 3) Un patrón de pensamiento orientado a lo externo, así como a una marcada constricción en los procesos simbólicos (Citado por Martínez-Sánchez, 1998).

DESCRIPCIÓN GENERAL:

Es un cuestionario auto administrado que consta de 20 reactivos tipo Likert, con 5 posibilidades de respuesta que se puntúan de 1 a 5 dando lugar a una puntuación total que oscila de 20 a 100, mostrando así el grado de conformidad y/o disconformidad con cada enunciado. Los tres factores que se presentan en la Escala de Alexitimia son:

- F1: Dificultad para la discriminación verbal de las emociones

Ítems: 1, 3, 6, 7, 9, 12 y 14

- F2: Dificultad en la expresión verbal de las emociones

Ítems: 2, 4, 11, 12 y 17

- F3: Pensamiento orientado hacia los detalles externos

Ítems: 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20

Se debe tener en cuenta que los ítems 4, 5, 10, 18 y 19 son de calificación inversa o negativa.

El tiempo aproximado en el llenado de la escala es entre 10 a 15 minutos. Es una prueba de lápiz y papel, cuya aplicación puede ser individual o colectiva.

CALIFICACIÓN Y PUNTUACIÓN:

Puntaje total	Categoría
De 75 a 100	Nivel alto
De 48 a 74	Nivel Moderado
De 20 a 47	Nivel bajo

- ❖ *Anexo D: Toronto Alexithymia Scale (TAS 20), versión en español (Martínez-Sánchez, 1996)*

ESCALA DE ALEXITIMIA DE 20 ELEMENTOS (TAS 20)

Nombre: _____ Sexo (M) (F)

Edad: _____ Grado de Instrucción: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

Señala con una "X" el grado en que estas características se ajustan a tu modo de ser habitual. En caso de equivocarte tacha y coloca una "X" en la opción correcta. No hay respuestas buenas ni malas; contesta lo más sinceramente posible.

TD	Totalmente en Desacuerdo
MD	Moderadamente en Desacuerdo
NN	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo
MA	Moderadamente de Acuerdo
TA	Totalmente de Acuerdo

	TD	MD	NN	MA	TA
1) A menudo me encuentro confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo.					
2) Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos.					
3) Tengo sensaciones físicas que ni los médicos las entienden.					
4) Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.					
5) Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos.					
6) Cuando estoy mal, no sé si estoy triste, asustado o enojado.					
7) A menudo estoy confundido con las sensaciones que noto en mi cuerpo.					
8) Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, en vez de preguntarme por qué suceden.					
9) Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.					
10) Estar en contacto con las emociones es esencial.					

TD	Totalmente en Desacuerdo
MD	Moderadamente en Desacuerdo
NN	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo
MA	Moderadamente de Acuerdo
TA	Totalmente de Acuerdo

	TD	MD	NN	MA	TA
11) Me es difícil describir lo que siento acerca de las personas.					
12) La gente me dice que describa mis sentimientos.					
13) No sé qué pasa dentro de mí.					
14) A menudo no sé por qué estoy enojado.					
15) Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias más que de sus sentimientos.					
16) Prefiero ver programas ligeros de entretenimiento, en vez de dramas psicológicos.					
17) Me es difícil mostrar mis sentimientos más profundos, incluso a mis amigos más íntimos.					
18) Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.					
19) Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.					
20) Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos.					