

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Nivel de estrés, nivel de autoestima e intento de suicidio en
adolescentes escolares atendidos en un Hospital Público, 2016.

Tesis para optar el título de profesional de Licenciada en enfermería

Autora:

Chapoñan Tumes, Edy

Asesora:

Mg. Pimentel Guadamos, María Dolores

Chimbote – Perú

2018

DEDICATORIA

Para triunfar no es importante llegar primero, para triunfar simplemente hay que llegar
Al culminar uno de mis objetivos dedico la presente tesis a:

DIOS, por ser el creador de mi vida, por guiarme por el buen camino, por darme fuerza para seguir adelante ante las adversidades, por permitirme acabar mi carrera y por mostrarme que la perseverancia lo puede todo.

A mis padres Julio y Olga, por ser el pilar de mi formación. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores y principios, mi carácter, mi empeño y perseverancia y mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos y demás familiares en general por el apoyo que siempre me brindaron día a día en el transcurso de cada año de mi carrera universitaria.

Hoy retribuyo parte de su esfuerzo con este logro que no es mío sino de ustedes, por lo cual viviré eternamente agradecida.

A mis hijas Nohely, Maryelva y Stephanny María por esta lucha incansable y por ser mi motivo y razón de seguir adelante en el día a día.

AGRADECIMIENTO

Mi especial y sincero agradecimiento a mis docentes y administrativos de la Escuela de Enfermería por su colaboración en mi formación personal y profesional.

Un agradecimiento muy especial a la Mg. María Dolores Pimentel Guaríamos por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también por su compromiso y apoyo durante el desarrollo de la presente tesis.

Mi agradecimiento también a todas las personas que con sus palabras sinceras contribuyeron en el desarrollo de la presente tesis.

Finalmente agradecer el apoyo y participación de cada uno de los pacientes del área de Emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo que hicieron posible la realización y el desarrollo de esta tesis.

La Autora

Palabras Claves: intento de suicidio, nivel de estrés y nivel de autoestima.

Keywords: Attempted suicide, level of stress and self-esteem.

Línea de investigación: Cuidado de enfermería en la prevención de la enfermedad.

**NIVEL DE ESTRÉS, NIVEL DE AUTOESTIMA E INTENTO DE SUICIDIO
EN ADOLESCENTES ESCOLARES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL
PÚBLICO.**

RESUMEN

Estudio de investigación de tipo descriptivo, cuantitativo, correlacional de corte transversal; realizado con adolescentes escolares con intento de suicidio atendidos en un Hospital público de Trujillo 2016. Con la finalidad de determinar la relación entre el nivel de estrés y nivel de autoestima con intento de suicidio en adolescentes escolares. La población muestral estuvo constituida por 90 adolescentes con diagnóstico de intento de suicidio. La recolección de la información fue a través de la aplicación de dos instrumentos: Escala a de Magallanes de Estrés (EMEST) y Escala de Autoestima de Rosemberg. La información obtenida fue procesada en la base de datos SPSS versión 22 y presentados en tablas encontrando los siguientes resultados: El 46.7% de adolescentes presentan nivel de autoestima alta, un 35.6% nivel medio y el 17.8 % nivel de autoestima baja. El 82.2% presentan nivel moderado de estrés, y el 11.1% nivel bajo de estrés. En el 84.4% de los escolares adolescentes el intento de suicidio fue súbito mientras que en el 15.6% fue planificado. Concluyendo que existe relación significativa ($p=0.010$) al relacionar la variable nivel de autoestima con el intento de suicidio, sucediendo lo contrario con la variable nivel de estrés y el intento de suicidio.

Palabras Claves: Intento de suicidio, nivel autoestima y nivel de estrés.

ABSTRACT

Research study of descriptive, quantitative, correlational cross-sectional type; carried out with school adolescents with attempted suicide attended at the Trujillo Public Teaching Hospital 2016. In order to determine the relationship between stress level and self-esteem level with attempted suicide in school adolescents. The sample population consisted of 90 adolescents with a diagnosis of attempted suicide. The collection of information was through the application of two instruments: the Magellan Stress Scale (EMEST) and the Rosenberg Self-Esteem Scale. The information obtained was processed in the SPSS version 22 database and presented in tables with the following results: 46.7% of adolescents had high self-esteem, 35.6% mean and 17.8% low self-esteem. 82.2% presented moderate level of stress, and 11.1% had a low level of stress. In 84.4% of the adolescent students the suicide attempt was sudden while in 15.6% it was planned. We conclude that there is a significant relationship ($p = 0.010$) when we relate the variable self-esteem level to the suicide attempt, the opposite occurring with the variable level of stress and suicide attempt.

Keywords: Attempted suicide, self-esteem and level of stress.

INDICE

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Palabras Clave	iv
Título de la Investigación.....	v
Resumen.....	vi
Asbtract	vii
Indice.....	viii
Introducción.....	1
Metodología.....	18
Resultados.....	26
Análisis y Discusión	32
Conclusiones.....	41
Recomendaciones.....	42
Referencias Bibliográficas.....	43
Anexos	50

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el suicidio y sus intentos constituyen un gran problema de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte. Los jóvenes se encuentran entre los más afectados; el suicidio es ahora a nivel mundial la segunda causa principal de muerte entre las personas de 15 a 29 años de edad. Los números difieren según los países, pero los de ingresos bajos y medianos sobrellevan la mayor parte de la carga mundial de suicidio, ya que en ellos se registra un 75% del total de esos casos (OMS, 2016).

Los datos de suicidio entre los jóvenes son muy preocupantes, entre los 15 y 24 años se establece entre la segunda y tercera causa de muerte, igual para ambos sexos. Las tasas de suicidio, aunque varían considerablemente entre países, han aumentado aproximadamente en un 60% en los últimos 50 años. El problema es de mayor magnitud si se tiene en cuenta que por cada suicidio consumado existen al menos 20 intentos (De la Torre, 2013).

Este grave problema de salud pública no solo afecta a países desarrollados; la mayoría de los suicidios se cometen en países de ingresos bajos y medianos donde los recursos y servicios, suelen ser escasos y limitados para la identificación temprana, el tratamiento y el apoyo a las personas necesitadas. Estos hechos notables y la falta de intervenciones oportunas hacen del suicidio un problema de salud que debe abordarse imperativamente (OMS, 2014).

Además la población adolescente ha aumentado considerablemente y si a esto se asocia al creciente número de situaciones adversas por las que atraviesa la población, como el vivir violencia física dentro y fuera de casa, la muerte de un familiar o amigo cercano, ser víctima de abuso sexual o de secuestro; siendo estos acontecimientos altamente estresantes y con graves consecuencias para la salud de los adolescentes sumado a ello que es una etapa en la que se producen una serie de cambios y situaciones de mayor estrés (Morrejo, 2011).

Los intentos de suicidio en adolescentes se han convertido en un problema grave de salud pública a nivel mundial, nacional y local ya que se encuentra entre las tres primeras causas de morbi-mortalidad en este grupo etáreo, no obstante, poder determinar el número exacto de personas afectadas es difícil por las dificultades metodológicas que existen. Además, hay una variación considerable en las tasas de suicidio o de intentos de suicidio entre los distintos países. Se puede decir que, en países de Europa del Este, tienen tasas de suicidio elevadas, por encima de 25/100.000 habitantes y España, Italia o Egipto, tasas por debajo de 5/100.000 habitantes. (Morrejo, 2011; Universidad Técnica del Norte, 2015).

Estados Unidos está en una situación intermedia. Sin embargo, estas cifras sólo reflejan una parte del problema, porque, según la OMS, aproximadamente 10,2 millones de personas en todo el mundo realizan algún tipo de conducta autolítica que requiere atención médica, y cerca de 30 millones estarían en riesgo de tener este tipo de conductas, aunque no reclamen atención médica” (Morrejo, 2011; Universidad Técnica del Norte, 2015).

Estos constituyen una gran carga social y económica para las comunidades debido a la utilización de los servicios de salud para tratar las lesiones, al impacto psicológico y social del comportamiento en las personas y sus asociados y, ocasionalmente, a una discapacidad a largo plazo debida a la lesión. Lo más significativo es que un intento previo de suicidio es la principal variable predictiva individual de muerte por suicidio en la población general: quienes ya hayan intentado el suicidio corren un riesgo mucho mayor de morir por suicidio que quienes no lo hayan intentado antes (OMS, 2016).

El número de muertes por suicidio en el mundo alcanza una cifra cercana a un millón de casos por año. Hay aproximadamente 32.000 suicidios al año en EE.UU., y los estudios clínicos indican que aproximadamente el 80 % de estos pacientes padecen trastornos del estado de ánimo. En España, según los últimos datos oficiales, existen 4,5 suicidios por cada 100.000 habitantes, aumentando la incidencia con la edad. Es notoria la influencia de los tóxicos en los jóvenes, siendo la adolescencia, drogodependencia y la patología asociada, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, una de las causas principales del suicidio en los jóvenes (Morrejo, 2011; Leal, 2011).

La tasa de suicidio en los países en desarrollo va en aumento, pero además existen diferencias en las tasas de suicidio entre los países latinoamericanos debido a factores religiosos o culturales, así como desempleo, acceso a potenciales métodos letales, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas. En algunos países latinoamericanos se describen altas frecuencias de ideación e intento suicida en personas entre los 10 y 24 años (Vera, 2011).

Esto ha propiciado que el suicidio sea considerado como uno de los más importantes problemas de la salud mental. Por otro lado, no obstante, las cifras de suicidio de nuestro país son bajas (varones = 0,6 y mujeres = 0,4 x 100 000), al igual que la mayoría de países latinoamericanos, es decir, inferior al promedio mundial; el suicidio como problema de salud pública en nuestra realidad se justifica por constituirse como generador potencial de conmoción social, cuyos efectos se extenderían a todos los niveles sociales del suicida o potencial suicida (Leal, 2011).

La causa principal que motiva a los adolescentes a intentar suicidarse son “problemas en casa”, principalmente con sus padres. En segundo lugar, mencionan aspectos relacionados con el estado de ánimo como: la tristeza, la depresión y la soledad. En menor proporción aparece el enojo, los problemas con amigos o con el novio o novia, falta de aceptación de su cuerpo, el saber que la vida “apesta” o que es injusta, el desear morir y la falta de apoyo. Muchas personas no logran expresar qué les motivó a hacerlo y pueden llegar incluso a no saber qué fue lo que les pasó o por qué lo hicieron (Rivera, 2010).

Además, existen otros factores de riesgo, como son la edad, el sexo, los hombres de raza blanca, los no creyentes y las personas residentes en un medio urbano. Una patología psiquiátrica previa acentúa el riesgo de suicidio, incrementándose el diagnóstico de alteraciones psiquiátricas en los pacientes suicidas, los abusos sexuales en la infancia se relacionan con una tasa mayor de pensamientos suicidas, la orientación sexual alternativa y la homosexualidad. Las parejas estables suelen ejercer un efecto balsámico. Los desempleados y las clases sociales más desfavorecidas también están incluidas. Un estudio japonés reciente muestra que el riesgo más elevado de suicidio es el de los pacientes diagnosticados de cáncer que acaban de ser dados de alta de un centro hospitalario, recomendando un estudio psicológico previo al alta para la detección de ideas autolíticas (Morrejo, 2011).

En nuestro país el suicidio, ocupa el cuarto lugar como causa de muerte violenta en Lima, constituyendo el 8% de las mismas (Instituto de Medicina Legal). Se observa, además, que por cada mujer que se suicida se suicidan dos varones. En un estudio anterior realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) Honorio Delgado – HideyoNoguchi, se mencionan los motivos más frecuentes asociados al suicidio: conflictos conyugales (29.6%), conflictos familiares (27.6%), conflictos sentimentales (22.1%), entre otros. Los diagnósticos clínicos más frecuentes asociados al suicidio fueron: trastorno depresivo mayor (39.4%) y trastorno reactivo con síntomas depresivos (35.5%); un 23% está asociado también con el abuso de alcohol y sustancias (Leal, 2011).

En Perú el antecedente de intento suicida fluctúa entre 2.9% en la sierra y 22.3% en la costa norte, por lo que sería importante estudiar cuáles son los factores que lo propician, pues la evidencia de estudios realizados en este grupo etario, lo proyecta como la principal comorbilidad y causa de mortalidad asociada con los trastornos mentales para 2020 (Vera, 2011).

Una explicación del aumento creciente del suicidio en adolescentes es la falta de habilidades para manejar el dolor psíquico o emocional, el cual es intolerable, además de que tienen dificultad para lograr tranquilizarse a sí mismos. Muchas veces en los adolescentes, el suicidio puede ser una forma de pedir ayuda, generalmente a los padres. También puede ser una forma de buscar solución a sus problemas, una manera para “dejar de pensar” o de “darse cuenta de lo que pasa”, para así “dejar de sufrir”. Las personas que intentan suicidarse han perdido la esperanza y sienten que no cuentan con ayuda a su alrededor, lo cual les genera un profundo sentimiento de tristeza y de ánimo depresivo (Rivera, 2010).

En una revisión sistemática se encontró que los adolescentes con conducta suicida previa en comparación con controles sanos o pacientes psiquiátricos, presentan un mayor déficit de habilidades de resolución de problemas, aunque estas diferencias desaparecen al controlar variables como la depresión y la desesperanza (Rivera, 2010).

La presencia de sintomatología depresiva aumenta el riesgo en ambos sexos, y se observa que los trastornos depresivos están presentes en el 49%-64% de los adolescentes que se suicidan y que es la patología más prevalente. Algunos estudios ponen de manifiesto que aproximadamente el 50 % de los adolescentes que llevan a cabo un intento de suicidio serio han cometido al menos un intento previo (Guiasalud, 2015).

Por otra parte, aquellos adolescentes con trastornos de la identidad sexual tienen un riesgo elevado, debido a que presentan múltiples factores de riesgo, tales como depresión, intentos suicidas previos, abuso de sustancias, victimización sexual, conflictos familiares y ostracismo en la escuela. A este grupo de adolescentes de alto riesgo se suman también aquellos niños o adolescentes víctimas de abuso sexual o físico (MINSAs, 2014).

El 18% de los suicidas peruanos fueron niños y adolescentes. La depresión es protagonista de esta cifra, y aun siendo el trastorno mental más común en la actualidad, no siempre es atendida, debido a un mal diagnóstico y tratamiento, o ante la ignorancia de los padres para detectarla (MINSAs, 2014).

En el año 2015 se registró un total de 334 suicidios, estimando los especialistas que dicha cifra podría aumentar en un 50% si se toman en cuenta los casos no registrados. Del total de suicidios señalados, 30 corresponden a menores de edad (10%), y la gran mayoría de estos involucran adolescentes entre los 14 y los 17 años de edad (Vásquez y Alcantar, 2010).

En Perú se reportaron 1 121 intentos de suicidio, de enero a julio del año 2016, en los establecimientos de salud de todo el país, según indica el HIS (HealthInformationSystem) del Ministerio de Salud (MINSA), en el 2015, se registraron 2 045 casos (MINSA, 2016).

En la ciudad de Trujillo las situaciones por la que atraviesan los adolescentes no son distinta y en la gran mayoría de casos nuestros adolescentes tienen que hacer frente a una diversidad de situaciones que han sido mencionadas anteriormente y en muchos casos no están preparados y menos cuentan con el apoyo de su familia para afrontar adecuada y satisfactoriamente, llegando a tomar decisiones que atentan contra su vida, es por ello que esta investigación se plantea el siguiente problema:

Formulación del Problema.

¿Existe relación entre el nivel de estrés y el nivel de autoestima con el intento de suicidio en adolescentes escolares atendidos en un Hospital público de Trujillo, 2016?

Objetivos.

- General:

- Determinarla relación entre el nivel de estrés y nivel de autoestima con intento de suicidio en adolescentes escolares atendidos en un Hospital público de Trujillo, 2016.

- **Específicos:**

- Identificar el nivel de estrés en adolescentes escolares atendidos por intento de suicidio en un Hospital público de Trujillo, 2016
- Identificar el nivel de autoestima en adolescentes escolares atendidos por intento de suicidio en un Hospital público de Trujillo, 2016.
- Identificar el intento de suicidio en adolescentes escolares atendidos en un Hospital público de Trujillo, 2016.

Marco Teórico Referencial:

La adolescencia, implica un proceso de cambio, de transición, entre lo que Freud llama latencia y adultez, en donde el aparato psíquico cobra un papel fundamental. Es una época de profundos cambios en todos los órdenes, que marca el final de la niñez y el comienzo de la adultez. Los adolescentes deben negociar los límites en su casa, en la escuela, con la familia, los compañeros y en el entorno social, para tratar de lograr una mejor convivencia en todos los ámbitos y afrontar de manera exitosa este período considerado por muchos autores como una época de gran emocionalidad y estrés. Pero a la vez, una época de encuentros amistosos, de búsqueda de verdades, de apoyo emocional, de aflojamiento de ligaduras familiares, de sueños del futuro y de nuevos valores, que favorecen la formación de la identidad (Garduño y cols., 2011).

La adolescencia es un periodo de múltiples cambios, las transformaciones físicas y la aparición de un mayor sentido de la realidad hace de esta etapa un periodo crítico. La contradicción de querer ser adulto, pero sin dejar de ser niño sigue alimentando la idea de una época convulsa, y lo es en muchos casos, pero de ese examen, con la ayuda de los padres y del mejor conocimiento de su desarrollo y sus problemas por parte de los profesionales que los tratamos, el adolescente madura y se convierte, en la mayoría de los casos, en un adulto competente (Iglesias, 2013).

Es un período del desarrollo de mucho estrés y cambios importantes en el cuerpo, en las ideas y en los sentimientos. El estrés, la confusión, el miedo e incertidumbre, así como la presión por el éxito, la capacidad de pensar acerca de las cosas desde un nuevo punto de vista, influyen en las capacidades del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones. Es considerada como una etapa dolorosa en la que la joven pasa por cambios difíciles que le producen ansiedad y depresión. La tentativa de suicidio es una conducta significativa en esta etapa y plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis (Cortez, 2010; Garduño, 2011).

El intento de suicidio es el acto contra la integridad de una persona, iniciado por ella misma, que no termina en la muerte. Diremos que cualquier intento de suicidio, por leve que parezca reviste suma gravedad (Vargas y Vásquez, 2015), conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método (Guiasalud, 2017).

La mayoría de los adolescentes intenta suicidarse a causa de un hecho detonante que, por lo general, ocurre en casa: un conflicto con los padres, acompañado de la sensación de no ser suficientemente apreciado y querido por quienes le rodean. Sin embargo, no se trata de una causa única, sino de una decisión que se va construyendo a lo largo del tiempo, y que está acompañada de factores individuales, familiares y sociales (Rivera, 2010).

La adolescencia por ser un periodo de transición en la que el ser humano pasa de ser dependiente a independiente, constituye una etapa difícil de afrontar en la que el adolescente tiene que superar una serie de situaciones que pueden ser físicas, psicológicas y sociales, las mismas que por ser nuevas e implicar toma de decisiones se vuelven estresantes. Se sabe que las cosas nuevas o desconocidas en el ser humano son causantes de intriga que conllevan a aumentar el nivel de estrés si no se cuenta con el apoyo adecuado para afrontarlo. El adolescente para superar todo ello desarrolla una serie de estrategias buscando desarrollar habilidades de afrontamiento que le permitan superar de manera exitosa estas nuevas experiencias. (Martínez y Díaz, 2010).

Pero en algunas situaciones esto no es favorable lo que puede conllevar a tomar decisiones que alteran o repercutan de manera negativa en su estado de salud poniendo muchas veces en riesgo su vida. El término estrés se ha utilizado históricamente para denominar realidades muy diferentes. Es un concepto complejo, vigente e interesante. A partir de la publicación del libro de Selye en 1960, el estrés se definió como “la suma de todos los efectos inespecíficos de factores (actividades cotidianas, agentes productores de enfermedades, drogas, hábitos de vida inadecuados, cambios abruptos en los entornos laboral y familiar), que pueden actuar sobre la persona” (Martínez y Díaz, 2010).

El fenómeno del estrés se lo suele interpretar en referencia a una amplia gama de experiencias, entre las que figuran el nerviosismo, la tensión, el cansancio, el agobio, la inquietud y otras sensaciones similares, como la desmesurada presión escolar, laboral o de otra índole. Igualmente, se le atribuye a situaciones de miedo, temor, angustia, pánico, afán por cumplir, vacío existencial, celeridad por cumplir metas y propósitos, incapacidad de afrontamiento o incompetencia interrelacional en la socialización (Martínez y Díaz, 2010).

El estrés constituye una condición natural que los seres humanos experimentamos en algún momento de nuestras vidas, cuando estamos expuesto a una serie de factores desencadenantes como la adolescencia; puede causar diferentes tipos de respuestas que pueden ser de beneficio o no y se pueden manifestar de forma fisiológica o psicológica. En la adolescencia los sentimientos pueden ser de felicidad o disconformidad, pero es muy difícil encontrar adolescentes que se adapten rápidamente a los cambios físicos, su manera de pensar y del entorno social, ello toma cierto periodo de tiempo los mismos que además de estrés pueden repercutir de manera negativa en su nivel de autoestima.

Los adolescentes que no cuentan con las habilidades adecuadas para el afrontamiento de situaciones estresantes y además presentan un nivel de autoestima bajo son emocionalmente más inestables y vulnerables que muchas veces creen encontrar la salida más adecuada y rápida tomando decisiones que no contribuyen de manera favorable para su salud llegando a veces a desenlaces en las que el adolescente atenta contra su vida.

En este sentido podemos deducir que la Autoestima es la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de la vida que específicamente consiste en: confianza en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos básicos de la vida, nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos de merecer de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y de gozar de los frutos de nuestros esfuerzos (Branden, 2011).

El presente trabajo de investigación considera como fundamento teórico la teoría de autocuidado propuesta por Dorotea Orem, quien enfoca su teoría en la persona, en su necesidad de acciones de autocuidado e identifica como autocuidado universal a las acciones que satisfacen las necesidades básicas humanas, y como autocuidado en situaciones de alteración de la salud aquellas que se requieren en la eventualidad de sufrir una enfermedad o lesión. Para ella, el autocuidado comprende aquellas acciones que los individuos realizan para hacer frente a sus necesidades básicas humanas o requerimientos a las cuales llama requisitos universales de autocuidado, y son: aire, agua, alimento, eliminación, actividad, descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos para la salud y normalidad que hace relación al concepto de sí mismo y al mecanismo de adaptación (Marriner, 2014).

Para Orem, la habilidad para hacer frente a las necesidades básicas humanas recibe influencia de los factores básicos condicionantes como edad, sexo, estado de salud, etc. Cuando un individuo es incapaz de satisfacer sus propias demandas de autocuidado o cuando no posee la habilidad necesaria para ello, existe un déficit de autocuidado o problema y el paciente estará en cuidado dependiente. Orem enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción deliberada e intencionada y calculada que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo y se basa en la premisa que los individuos saben cuándo necesitan ayuda (Marriner, 2014).

Además, también toma como referente el modelo planteado por Calixta Roy quien propone un modelo conceptual para enfermería basada en dos pilares teóricos; la adaptación y los sistemas humanos. El concepto de adaptación construido por Roy se refiere al “proceso y al resultado por los que las personas que tienen la capacidad de pensar y sentir como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser

humano con su ambiente”. Por otra parte, su propio concepto de sistema está definido como el “conjunto de las partes conectado a la función como un todo y que sigue un determinado propósito, actuando en virtud de la interdependencia de las partes” (Marriner, 2014).

Los sistemas humanos dan cuenta del holismo y la integridad de la persona, adicionalmente la interacción del sistema humano con su ambiente tanto interno como externo, Roy define estímulo como todo aquello que provoca una respuesta, es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente. Al afrontar un mundo cambiante, la persona utiliza mecanismos innatos y adquiridos cuyo origen es de la naturaleza humana. La adaptación está en función de la habilidad personal para adaptarse, según el grado en que las personas están expuestas a las fuerzas ambientales (Marriner, 2014).

Roy identifica cuatro modos de adaptación: fisiológico y físico, del auto concepto, del desempeño del rol y de la interdependencia, que son las formas en que las respuestas a los estímulos del medio ambiente se expresan en el comportamiento de las personas. El modo fisiológico de adaptación incluye comportamientos de los individuos biológicos, como los signos vitales y un estado de armonía entre sus necesidades de circulación, temperatura, oxigenación, nutrición, eliminación y protección. El modo de adaptación física centra el grupo de recursos básicos necesarios para su funcionamiento. El modo de auto-concepto de adaptación incorpora los sentimientos de los individuos sobre su cuerpo y su yo personal. El modo de la identidad se centra en la visión de ellos mismos. El modo de funcionamiento del rol se refiere al papel en la sociedad (Marriner, 2014).

El aporte de la teoría de autocuidado planteada por Orem en esta investigación es que nos permite entender que el adolescente para mantener un adecuado estado de salud es necesario que desarrolle una serie de habilidades en algunas oportunidades simples y en otros casos más complejas

que el ser humano lo adquiere de manera progresiva e intencionada las que van a permitir un adecuado funcionamiento de su organismo ante una serie de cambios a los que el adolescente tiene que hacer frente en algunos casos de manera independiente y en otros con el apoyo de familiares y seres cercanos a su entorno y de esta manera pueda continuar con su proceso de desarrollo.

El aporte de la teoría de adaptación de Roy a esta investigación es que nos va a permitir entender que los seres humanos durante nuestra vida, en especial en la adolescencia debemos hacer frente a diferentes situaciones y que si se cuenta con las condiciones favorables tenemos la capacidad de adaptarse y sobre ponerse a los cambios que en ella ocurren y que el abordaje más adecuado para hacer frente a situaciones que repercuten o deterioran su salud debe ser de manera holística considerando al ser humano en su integridad y para ello es necesario la participación activa de diversos actores como la familia, el personal de salud según sea necesario.

El nivel de adaptación de los adolescentes a los diferentes cambios depende de una serie de estímulos con los que éstos tienen que reaccionar a través de respuestas normales de adaptación; cada ser humano tenemos un rol en nuestra sociedad y a través de la adaptación cada uno cumple un determinado papel como persona de ésta.

Además, el adolescente en este periodo de transición tiene que ir entendiendo que para tener un buen estado de salud hay que asumir una serie de responsabilidades tomar decisiones y desarrollar actividades que van a tener repercusiones sobre su estado de salud todo ello como plantea Orem contribuye a su autocuidado siendo necesario para lograr esto el apoyo oportuno y adecuado principalmente de la familia.

Respecto a estudios se encontró investigaciones similares a la nuestra desarrolladas a nivel internacional.

Ávila (2014), desarrolló una investigación titulada “Nivel de prevalencia de ideas de intento suicidas en los estudiantes del sexto semestre de seis preparatorias de Monte Morelos”. México encontrando los siguientes resultados. La prevalencia de ideación suicida en los adolescentes de esta investigación fue de 10.5%. Del total de adolescentes que presentaron ideación suicida, 40% fueron hombres y 60% mujeres (n=30). La prevalencia de intento suicida en los adolescentes de esta investigación fue de 10.5%. El 5.5% de los adolescentes han intentado suicidarse en una ocasión, el 2.9% lo ha intentado 2 veces y el 2.1% lo ha intentado tres veces. Esto quiere decir que aproximadamente uno de cada 10 estudiantes ha intentado suicidarse al menos en una ocasión. También puedo verse que del total de los adolescentes que presentaron intentos suicidas el 36% son hombres y el 64% son mujeres.

Sánchez (2014), realizaron la investigación titulada “Intento de suicidio en adolescentes mexicanos: perspectiva desde el consenso cultural”. Universidad de Guadalajara. Jalisco. México. Los resultados muestran para cada pregunta un único modelo semántico en el dominio cultural. En lo estructural se identifican los problemas familiares como la causa del intento suicida; la depresión y la tristeza son síntomas previos al intento suicida. La tristeza y la soledad, salir del problema y suicidarse es lo que considera que siente, piensa y hace un adolescente previo al intento de suicidio.

Andrade (2011), realizó un estudio titulado “Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes” Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt para determinar un acercamiento a las condiciones psicopatológicas asociadas al comportamiento suicida en Adolescentes. Se realizó un análisis documental de artículos, libros y estudios publicados en diversas fuentes de documentación. El estudio evidencia que las motivaciones ligadas al acto suicida en adolescentes guardan relación con problemas psicopatológicos como: la depresión, ansiedad, ideas obsesivo-compulsivas, negativismo, así también dificultad para resolver conflictos, escasa

comunicación afectiva de padres e hijos, pocas habilidades pro sociales y de introspección, frustraciones personales, insatisfacción socioeconómica y diversos estados alterados de conciencia que incluyen la auto flagelación.

Vásquez y Alcantar (2010), en su investigación titulada Factores asociados al intento de suicidio en adolescentes en el Hospital Infantil del Estado de Sonora encontraron los siguientes resultados. Fueron mujeres 90.5% y hombres 9.4%, antecedentes familiares, alcoholismo 9.4%. Antecedentes personales depresión 69.4%, intento de suicidio previo 54.1%, falta de comunicación con los padres 68.2%, desorganización familiar 63.5% La causa desencadenante fue discusión familiar 27.6%.

A nivel nacional se encontró investigaciones como las que se menciona:

Vargas y Saavedra (2012), desarrollaron una investigación titulada “Prevalencia y los factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao”. Perú. Encontrando los siguientes resultados: En cuanto al intento suicida, la prevalencia de vida, en el último año y actual fue: 3.6%, 2.4% y 0.4% respectivamente, observándose según el modelo de regresión logística múltiple final, asociaciones estadísticamente significativas con: sentir que nada o poco lo respetan en la familia (OR: 4.8, IC95%: 1.9-12.0), tener enamorado(a) (OR: 2.7, IC95%: 1.2-6.0) y episodio depresivo (OR: 8.5, IC95%: 3.7-19.4). Conclusiones: La presencia de depresión y fobia social, así como los aspectos de la dinámica familiar aparecen como factores importantes a considerar en la prevención de la conducta suicida en adolescentes.

Pacheco (2010), realizó un estudio titulado “Algunos factores de riesgo del intento de suicida en adolescentes Hospital Guillermo Almenara”. Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Nacional Guillermo

Almenara – Es Salud encontrando que el intento de suicidio es más frecuente en el sexo femenino en relación de 6.5 a 1 en el sexo masculino, el 85% de intentadores está entre los 15 y 17 años de edad, el 24% han tenido intento de suicidio previo y entre los factores desencadenantes se encuentran los problemas familiares (71%), escolares (10%) y sentimentales (10%).

A nivel local, se menciona la investigación reciente desarrollada por.

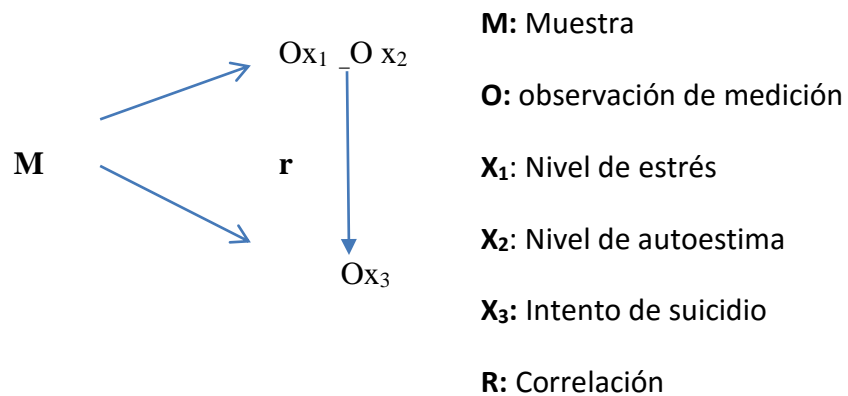
Avalos (2013), realizó una investigación titulada “Factores más frecuentes en el intento de suicidio en niños y adolescentes en el Hospital Regional Docente de Trujillo” cuya finalidad fue determinar los factores más frecuentes en el intento de suicidio en niños y adolescentes atendidos. Encontrando los siguientes resultados: entre los principales factores de intento de suicidio se encontró la disfunción familiar con 53,19%, trastornos mentales y de comportamiento 50.40% y la violencia familiar con el 40.40%, Las mujeres presentan mayor porcentaje de intento de sucedido 79% en comparación con el 21% de los hombres.

Uribe (2012), desarrollo una investigación para determinar “Relación que existe entre el nivel de autoestima y el tipo de dinámica familiar de adolescentes del Centro Educativo Leoncio Prado, San Juan de Miraflores, 2011”. Encontrando los siguientes resultados: El 62% de los adolescentes encuestados presentan autoestima alta y 90% poseen dinámica familiar funcional. Con respecto a la relación del nivel de autoestima y dinámica familiar se demostró estadísticamente mediante la fórmula del CHI cuadrado que existe una asociación entre las variables. ($p=0,01$). Por lo tanto, se concluye que existe relación entre el nivel de autoestima y el tipo de dinámica familiar.

METODOLOGÍA

1.1 Método, Diseño y tipo de Investigación:

El estudio de investigación utilizara el método lógico deductivo y su diseño no experimental correlacional de corte transversal de tipo básica cuantitativa, (Hernández y Baptista, 2010)



1.2 Población y Muestra

Población:

Estuvo constituida por 90 adolescentes con diagnóstico de intento de suicidio atendidos en un Hospital público de Trujillo, 2016.

Unidad de análisis:

La unidad de análisis del presente estudio de investigación lo constituye cada una de los pacientes atendidos por el diagnóstico de intento de suicidio.

Unidad muestral: Cada paciente adolescente atendido.

Muestra.

Se trabajará con el total de la población usando el muestreo no probabilístico

1.3 Instrumentos de Recolección de Información.

a. **Escala a de Magallanes de Estrés (EMEST).** (Anexo 1) Elaborado por García, Magaz.García. y modificado por la investigadora en la presente investigación. Está constituida por una escala tipo Likert y consta de 15 ítems con opción de respuesta de Siempre (S) A veces (AV) y Nunca (N) y tiene una calificación de 1 a 3 según la respuesta proporcionadas. Así en EMEST la puntuación se asigna de la siguiente manera:

Siempre (S)03 puntos
A veces (AV)02 puntos
Nunca (N)01 puntos

La calificación del instrumento permitió obtener un puntaje mínimo de 15 puntos y hasta un máximo de 45 puntos.

Teniendo todo ello se trabajará los siguientes niveles:

- Nivel Alto : 35 - 45 puntos.
- Nivel Moderado :25 – 34 puntos
- Nivel Bajo :15 - 25 puntos

b. **Escala de Autoestima de Rosemberg.** (Anexo 2) Elaborada por Rosemberg en el año 1965 y tiene por finalidad evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma y consta de 10 ítems con 04 opciones de respuesta, y tiene calificación de 1 a 4. Para la asignación del puntaje se debe tener en cuenta que:

Para los ítems 1, 2, 3, 4, 5 la puntuación es:

A.....04 puntos
B.....03 puntos
C.....02 puntos
D.....01 puntos

Para los ítems 6, 7, 8, 9,10 la puntuación es:

A.....01 puntos

B.....02 puntos

C.....03 puntos

D.....04 puntos

La calificación del instrumento permitió obtener un puntaje mínimo de 10 puntos y hasta un máximo de 40 puntos.

Teniendo todo ello se trabajará los siguientes niveles:

- Autoestima Alta : 30 a 40 puntos
- Autoestima Media :26 a 29 puntos
- Autoestima Baja : 10 a 25 puntos

Validez. Para la validación del instrumento Escala a de Magallanes de Estrés (EMEST) este fue revisado por profesionales del área quienes con sus observaciones y sugerencias permitieron constar con un instrumento entendible y valido. Respecto a la Escala de Rosembergeste instrumento no fue modificado y su autor reporta una consistencia interna de 0.76 a 0.87.

Confiabilidad. Respecto a la Escala a de Magallanes de Estrés (EMEST) se aplicó una prueba piloto a 10 adolescentes, que no serán incluidos en la muestra. La información obtenida será procesada estadísticamente para determinar la recolección de datos a través de la prueba de confiabilidad, usando el coeficiente Alfa de Cronbach y se obtuvo un valor de 0.78. Para la Escala de Rosembergel autor refiere una fiabilidad de 0.80.

1.4 Procedimientos o tácticas de recolección de la información y protección de los derechos de los sujetos en estudio.

Recolección de la Información. Para iniciar el proceso de recolección de datos se realizará lo siguiente:

Una vez autorizado la ejecución de la investigación por parte de la Universidad, se realizará las coordinaciones para obtener la autorización a través de la Unidad de Capacitación e instancias pertinentes a fin de tener accesibilidad y las facilidades pertinentes para la ejecución de la presente investigación.

Posteriormente para la recolección de datos se aplicará dos cuestionarios, para determinar el nivel estrés y otro para medir el nivel de autoestima a cada uno de los pacientes adolescentes que ingresan al servicio de emergencia y son atendidos por intento de suicidio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión; la aplicación del instrumento para la obtención de la información del presente estudio, tendrá una duración promedio de 15 - 20 minutos.

1.5 Consideraciones Éticas. En la presente investigación, se considerará en todo momento principios éticos para asegurar de esta forma la transparencia y confiabilidad de este estudio y no perjudicar a quienes participan en ella, así mismo obtenida la información requerida se tendrá especial cuidado al momento de analizarlos, es decir no se manipulará la información, sino más bien se respetará los datos proporcionados.

Además, se menciona principios éticos primordiales sobre los cuales se basan las normas de conducta ética en investigación:

Principio de Autonomía, por el que cada uno de los pacientes luego de la información sobre el contenido del proyecto decidirá voluntariamente su participación en el estudio (Monzati, 2005).

Principio de Justicia, todos los participantes recibirán un trato justo, equitativo con respeto y amabilidad, además de la confidencialidad de la información brindada (Monzati, 2005).

Principio de No Maleficencia, Los participantes en la presente investigación no sufrirán daños. Se respetó su integridad física y psicológica. Así como la información que puedan proporcionar para el estudio (Monzati, 2005).

Principio de Beneficencia, El objetivo principal de la investigación es que sirva de base para plantear acciones en beneficio de los escolares adolescente (Monzati, 2005).

1.6 Plan de tabulación y tratamiento estadístico de los datos

Los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos serán tabulados de manera automatizada siendo ingresados en una base de datos de Microsoft Excel SPSS versión 20, luego la información será analizada y los resultados se presentarán en tablas de distribución de frecuencias de una y doble entrada con valores absolutos y relativos, además de gráficos descriptivos para una observación más objetiva.

1.7 Definición Operacional de las Variables.

Nivel de Estrés: Es la reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada. Tensión o presión que

sucede cuando la persona ve una situación como una exigencia que podría estar por arriba de sus capacidades o recursos exigiendo un cambio o adaptación (Slipak, 2006).

- **Alto Nivel de Estrés:** Situación se torna más violenta. En el individuo comienzan a manifestarse una serie de síntomas de estrés negativo que pueden ser tan simples como cefaleas, palpitaciones, dolores abdominales para llegar hasta la fatiga, ansiedad, depresión entre otros que afectan su salud (Fonseca, 2008).

Cuando el adolescente atendido por intento de suicidio presenta una puntuación de 35 a 40 puntos.

- **Moderado Nivel de Estrés:** Comienzan a aparecer algunos síntomas provocándole algo de malestar que le avisan que hay que estar alerta en caso de que ocurra un desequilibrio (Fonseca, 2008).

Cuando el adolescente atendido por intento de suicidio presenta una puntuación de 25 a 34 puntos.

- **Bajo Nivel de Estrés:** En este nivel no se advierten signos de estrés, el individuo no presenta síntomas y en caso de presentar alguno no lo relaciona con la supuesta aparición de estrés (Fonseca, 2008).

Cuando el adolescente atendido por intento de suicidio presenta una puntuación de 15 a 25 puntos.

Nivel de Autoestima: Es un sentimiento valorativo de nuestro ser, de quiénes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y se puede mejorar (Acosta y Hernández, 2004)

- **Autoestima Alta:** Las personas tienen una sensación permanente de valía y de capacidad positiva que les conduce a enfrentarse mejor a las pruebas y a los retos de la vida, en vez de tender a una postura defensiva. Se sienten más capaces y disponen de una serie de recursos internos e interpersonales (Aminah y cols., 2000).

Cuando el adolescente atendido por intento de suicidio presenta una puntuación de 30 a 40 puntos.

- **Autoestima Media:** Son personas que intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás, aunque en el interior están sufriendo (Aminah y cols., 2000).

Cuando el adolescente atendido por intento de suicidio presenta una puntuación de 26 a 29 puntos.

- **Autoestima Baja:** La persona tiende a hacerse la víctima ante sí misma y ante los demás. El sentirse no merecedora puede llevar a este tipo de persona a mantener relaciones perjudiciales que además de reforzarla negativamente dificultan la búsqueda de fuentes de merecimiento tales como el hecho de ser valorado por los demás o saber defender los propios derechos (Aminah y cols., 2000).

Cuando el adolescente atendido por intento de suicidio presenta una puntuación de 10 a 25 puntos.

Intento de Suicidio:

Definición Conceptual: La organización mundial de la salud define el intento de suicidio como “un acto no habitual, con resultado no letal,

deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse autolesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica” (OMS, 2014).

- Intento planeado. El individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir (Pérez, 2015).

- Intento Súbito. El sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero no ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse (Pérez, 2015).

RESULTADOS

TABLA 1:

**NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES ESCOLARES
ATENDIDOS POR INTENTO DE SUICIDIO EN UNHOSPITAL
PUBLICO DE TRUJILLO, 2016.**

Nivel de Autoestima	n_o	%
Baja	16	17.8
Media	32	35.6
Alta	42	46.7
Total	90	100.0

Fuente: Información obtenida de los test

n=90

TABLA 2:

**NIVEL DE ESTRÉS EN ADOLESCENTES ESCOLARES ATENDIDOS
POR INTENTO DE SUICIDIO EN UNHOSPITAL PUBLICO DE
TRUJILLO, 2016.**

Nivel de Estrés	n_o	%
Bajo	10	11.1
Moderado	74	82.2
Alto	6	6.7
Total	90	100.0

Fuente: Información obtenida de los test

n=90

TABLA 3:

**INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES ESCOLARES
ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PUBLICO DE TRUJILLO, 2016.**

Intento de suicidio	n_o	%
Súbito	76	84.4
Planeado	14	15.6
Total	90	100.0

Fuente: Información obtenida de los test

n=90

TABLA 4:

**NIVEL DE AUTOESTIMA E INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES
ESCOLARES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PUBLICO DE TRUJILLO,
2016.**

Intento de suicidio	Nivel de autoestima						Total	
	Baja		Media		Alta		no	%
	no	%	no	%	no	%		
Súbito	12	13.3	32	35.6	32	35.6	76	84.4
Planeado	4	4.4	0	0.0	10	11.1	14	15.6
Total	16	17.8	32	35.6	42	46.7	90	100.0

Fuente: Información obtenida de los test

n=90

$X^2 = 9.160$ $p= 0.010$ (≤ 0.05) Altamente Significativo (Si hay relación entre las variables)

TABLA 5:

**NIVEL DE ESTRES E INTENTO DE SUICIDO EN ADOLESCENTES
ESCOLARES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PUBLICO DE
TRUJILLO, 2016.**

Intento de suicidio	Nivel de estrés						Total	
	Bajo		Moderado		Alto			
	n _o	%	n _o	%	n _o	%	n _o	%
Súbito	8	8.9	64	71.1	4	4.4	76	84.4
Planeado	2	2.2	10	11.1	2	2.2	14	15.6
Total	10	11.1	74	82.2	6	6.7	90	100.0

Fuente: Información obtenida de los test

n=90

$X^2 = 1.829$ $p = 0.401$ (>0.05) No Significativo (No hay relación entre las variables)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El suicidio y sus intentos constituyen hoy en día un problema grave de salud pública es considerado dentro de las diez primeras causas de muerte. Los datos de suicidio entre los jóvenes son muy preocupantes, entre los 15 y 24 años se establece entre la segunda y tercera causa de muerte, igual para ambos sexos. Las tasas de suicidio, aunque varían considerablemente entre países, han aumentado aproximadamente en un 60% en los últimos 50 años. El problema es de una gran magnitud si se tiene en cuenta que por cada suicidio consumado existen al menos 20 intentos (De la Torre, 2013).

En la tabla 1: Nivel de autoestima en adolescentes escolares atendidos por intento de suicidio en un Hospital público de Trujillo 2016, se aprecia que existe un 46.7% de adolescentes que presentan nivel de autoestima alta, un 35.6% considerado como nivel medio y que un 17.8 % presentan nivel de autoestima baja; estos resultados probablemente se deba a que la adolescencia es una etapa crítica con muchos cambios físicos, psicológicos y sociales muchos de los cuales no son afrontados de la mejor manera conllevando a repercusiones en su nivel de autoestima.

Los resultados obtenidos en la presente investigación difieren de los encontrados por Valdivia (2015), quienes en su investigación titulada Prevalencia de intento de suicidio en adolescentes y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la Provincia de Concepción encontraron que el 19.5% presentaban nivel de autoestima alta, el 23.4% tienen baja autoestima y el 47.2% presentan nivel de autoestima considerado como normal en dicha investigación.

También difieren grandemente de los obtenidos por Robles (2012), quien en su investigación titulada Relación entre clima social familiar y autoestima en estudiantes de secundaria de la institución educativa del Callao

encontró que del total de estudiantes que participaron en la investigación el 8.7% presenta nivel de autoestima alto, el 4.6% nivel de autoestima bajo y el 86.7% presentan un nivel de autoestima considerado como nivel medio.

Además de los reportados por Uribe (2012), quien, en su investigación titulada, Relación entre el nivel de autoestima y el tipo de dinámica familiar en adolescentes del Centro Educativo Leoncio Prado, San Juan de Miraflores encontró que el 62% de los adolescentes presenta un nivel de autoestima alta, el 38% nivel de autoestima media y un 10% nivel de autoestima baja.

La adolescencia es una etapa muy conflictiva en la vida y juega un papel muy importante en el desarrollo de la persona que seremos de adultos, es una etapa en la que la persona necesita construir una gran parte de su identidad, por un lado, necesita ser aceptado, pero por el otro necesita ser diferente a los demás, construirse una identidad propia es uno de los pasos de la adolescencia. (Martínez, 2010).

La mayor parte de los adolescentes no tienen una alta autoestima, si no se siente aceptado por su grupo de amigos o no se siente valorado por el sexo opuesto tiene muchas posibilidades de desarrollar una baja autoestima; los problemas físicos como el acné, el exceso de peso o el fracaso escolar o deportivo también contribuyen a que el adolescente desarrolle una baja autoestima. El aspecto físico juega un papel muy importante en la infancia y adolescencia ya que puede condicionar las relaciones interpersonales, y por tanto en la formación y en el desarrollo de la autoestima. La baja autoestima les obliga a no mostrarse como son en realidad por miedo al rechazo, por lo que podría construirse su identidad en base a lo que los demás esperan que sea para ser aceptado por su entorno (Martínez, 2010).

Por lo anteriormente descrito se puede inferir respecto al nivel de autoestima en adolescentes que fueron atendidos por intento de suicidio en un Hospital público de Trujillo solamente el 46.7% presentan un nivel de autoestima alta.

En la tabla 2: Nivel de estrés en adolescentes escolares atendidos por intento de suicidio en un Hospital público de Trujillo 2016 se encontró que el 82.2% de escolares adolescentes presentan nivel moderado de estrés, el 6.7% un nivel considerado alto y que solamente el 11.1% nivel bajo de estrés, estos resultados probablemente se deben a que la adolescencia es una etapa considerada de transición en la cual la exposición a factores desencadenantes de estrés es mayor lo que puede causar diferentes tipos de respuestas las que por ser tomada por adolescentes con emociones cambiantes en algunos casos si no se cuenta con un soporte cercano de la familia y el entorno pueden ser dañinas para la salud las mismas que se pueden manifestar de forma fisiológica o psicológica.

Actualmente se considera al estrés como el responsable de múltiples patologías, principalmente en aquellas personas que no saben controlarlo. Sin embargo, el estrés es parte de nuestra vida, es una respuesta funcional natural de nuestro cuerpo, cuya función general es prepararnos para actuar o escapar ante posibles amenazas. Así podemos señalar que, en nuestra vida diaria, existen estímulos estresantes o estresores y respuestas fisiológicas a esos estímulos. Diferentes investigadores han denominado a dichas respuestas fisiológicas como: estrés, respuesta de ataque o huida, reacción general de alarma o síndrome general de adaptación (Camargo, 2015).

La adolescencia es una etapa que presenta diversas tareas que podrían convertirse en fuentes de estrés, tales como la búsqueda de identidad o la elección de futuro vocacional. En diversos países, los adolescentes reportaron similares fuentes de estrés, tales como problemas vinculados a la escuela,

déficit en habilidades sociales, incertidumbre respecto al futuro (desempleo, destrucción del medio ambiente y percepción de falta de éxito), dificultades familiares (alcoholismo, agresiones físicas, enfermedades, crisis económica, divorcio, falta de comunicación con los padres y entendimiento del rol de los padres), presión social (problemas de comunicación, deseo de ser aprobado y miedo al rechazo de los pares), problemas relacionados al uso del tiempo libre, problemas en las relaciones amorosas, y por último los problemas en relación a sí mismo (Cassareto, 2008).

Los adolescentes deben negociar los límites en su casa, en la escuela, con la familia, los compañeros y en el entorno social, para tratar de lograr una mejor convivencia en todos los ámbitos y afrontar de manera exitosa este período considerado por muchos autores como una época de gran emocionalidad y estrés (Garduño, 2011).

De lo anteriormente comentado podemos plantear la siguiente inferencia existe un elevado porcentaje de estrés (82.2%) en escolares adolescentes que son atendidos por intento de suicidio en un Hospital público de Trujillo.

En la tabla 3: Intento de suicidio en adolescentes escolares atendidos por intento de suicidio en un Hospital público de Trujillo de 2016 se encontró que 84.4% de los adolescentes tomaron la decisión de manera súbita mientras que un alarmante 15.6% de la población estudiada ya tenía planeado todo. Estos resultados probablemente se deben a que los adolescentes al ser emocionalmente muy inestables y no contar con el soporte necesario para hacer frente de la mejor manera a diversas situaciones de cambios creen que la mejor salida es tomar decisiones que afectan su bienestar físico social y emocional es toma la decisión equivocada de autoagredirse. Preocupa también identificar que existe un porcentaje considerable en el cual la idea suicida no es

del momento si no que ya estaba prevista como una potencial salida y/o solución ante las situaciones incómodas o dificultosas para ellos.

Estos son similares a los reportados por Cárdenas (2008), quien en investigación titulada actores de Riesgo en la Población Pediátrica con Diagnóstico de Intento de Suicidio en el Hospital Nacional Hipólito Unanue encontró que del total de pacientes atendidos por intento de suicidio un 16% presentaron antecedente de intento de suicidio. Así como los reportados por Cano(2009), quienes en su investigación titulada Tendencia de la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares de una Ciudad de la Amazonía encontraron que el 18.1% de intentó suicidarse alguna vez.

Los resultados encontrados son diferentes de los que reportan Valdivia (2015), quienes en su investigación titulada Prevalencia de intento de suicidio en adolescentes y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la Provincia de Concepción encontraron que del total de adolescentes incluidos en el estudio para el 30.7% la ideación suicida no fue reciente si no antigua.

Según estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que para el 2020 las víctimas podrían ascender a 1,53 millones y de 10 a 20 veces más personas realizarán intentos de suicidios, es decir aproximadamente una muerte cada 20 segundos y un intento cada 1-2 segundos (Bazán, 2008).

En el Perú se han realizado algunos estudios dentro de instituciones de salud y otros de tipo epidemiológico, incluido algunos distritos de Lima y Lima Metropolitana y Callao. En estos estudios se encontraron prevalencias importantes de conductas suicidas, estando presente el deseo de morir alguna vez en la vida entre el 16 y 24,4% de adolescentes y el intento suicida alguna vez en la vida en un 3% (Vargas y Saavedra, 2012).

El suicidio no es propio de una determinada edad o género por lo que también ocurre con elevada frecuencia en adolescentes. Si bien la conducta suicida puede ser considerada por el adolescente como una posible solución a sus problemas, pensamos que no es un acto válido de elección totalmente consciente, sino una posición de arrinconamiento forzado, determinada por las circunstancias adversas que puede estar enfrentando el joven. Un planteamiento contrario contribuiría a la creencia de que el suicidio puede ser un acto de reafirmación libertaria en la edad de la adolescencia (Pacheco y Peralta, 2016).

La identificación oportuna y específica de factores de riesgo de intento y de reintento suicida nos puede ayudar a comprender y a prevenir la incidencia de actos suicidas. Los adolescentes con conducta suicida tienden a ser un grupo heterogéneo y se ven afectados por una combinación de distintos factores de riesgo suicida, es necesario entonces una acuciosa evaluación e identificación de estos factores. La conducta suicida del adolescente está condicionada también por características del funcionamiento psíquico del sujeto, de la presencia de psicopatología y de estresores ambientales y relacionales. Respecto al funcionamiento psicológico, un persistente estado emocional de desesperanza (Pacheco y Peralta, 2016).

De lo anteriormente descrito se puede planear la siguiente inferencia que en el 15.6% de la población estudiada la idea de intento de suicidio no es nueva ellos de alguna manera ya tenían previsto autoagresión en algún momento.

En la tabla 4: Nivel de autoestima e Intento de suicidio en adolescentes escolares atendidos por intento de suicidio en un Hospital público de Trujillo 2016, se aprecia que de los adolescentes que presentaron intento de suicidio súbito el 13.3% tiene su nivel de autoestima es baja, el 35.6% su nivel de autoestima es media, y el 35.6% de adolescentes su nivel de autoestima es alta

mientras que en los adolescentes que ya tenían planificado el intento de suicidio el 4.4% su nivel de autoestima es bajo y el 11.1% presentan alto nivel de autoestima. Además, luego de someter las variables a las pruebas estadísticas pertinentes se encontró que $X^2 = 9.160$ y $p = 0.010$ (≤ 0.01) indicando relación significativa entre variables.

El tener planeado suicidarse a pesar de presentar un alto nivel de autoestima es preocupante en este grupo poblacional, esto debido a que tal vez no existe una adecuada comunicación con sus padres, familiares cercanos y o docentes o estos no le prestan el tiempo suficiente para poder ser escuchados y de esta manera encontrar una mejor solución a los diferentes problemas por los que el adolescente está pasando.

Los resultados obtenidos al realizar las pruebas estadísticas para determinar la relación entre estas variables coinciden con los reportados por Ceballos (2014), quienes en su investigación titulada: Ideación Suicida, Depresión y Autoestima en Adolescentes Escolares de Santa Marta – Colombia encontraron también relación significativa entre la ideación suicida y el nivel de autoestima ($p=0.00$) afirmando que los adolescentes con mejor autoestima tienen menor probabilidad de ideación suicida.

Se plantea la siguiente inferencia que existe relación significativa ($p=0.000$) entre el nivel de autoestima y el intento de suicidio en escolares adolescentes atendidos en un Hospital público de Trujillo.

En la tabla 5: Nivel de estrés e Intento de suicidio en adolescentes escolares atendidos por intento de suicidio en un Hospital público de Trujillo, se aprecia que de los adolescentes que presentaron intento de suicidio súbito el 8.9% tiene su nivel de estrés bajo, el 71.1% su nivel de estrés es moderado, y el 4.4% de adolescentes su nivel de estrés es alto; mientras que en los adolescentes que ya tenían planificado el intento de suicidio el 2.2% su nivel de

estrés es bajo y el 11.1% presentan moderado nivel de estrés y el 2.2 % nivel alto es estrés. Además, se encontró los siguientes resultados: $X^2 = 1.829$ $p = 0.401$ ($>.0.05$) No hay relación entre las variables de estudio.

La adolescencia como evento de vida estresante o adversa puede disparar un acto suicida, aunque esta asociación ocurra probablemente solamente entre individuos que poseen una vulnerabilidad al suicidio. En general, los eventos que sean asociados al acto suicida pueden ser percibidos por la persona como un reflejo de su pérdida, humillación, vergüenza fracaso. El suceso estresante en sí funciona entonces como un disparador que empuja al individuo hacia el comportamiento suicida en un intento desesperado por enfrentar estas reacciones emocionales intensas (Hernández y Lucio, 2006).

En comparación con otros grupos de edad, los adolescentes que mueren por suicidio tienen una mayor probabilidad de estar inmersos en la resolución de conflictos relacionados con la formación de identidad y separación de los padres, por lo que se vuelven más vulnerables al rechazo de los pares. El riesgo de suicidio se incrementa después de la aparición de la pubertad y los cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados con la adolescencia pueden incrementar el grado de estrés experimentado por la mayoría de los jóvenes (Hernández y Lucio, 2006).

El adolescente tiene que hacer frente a una serie de cambios o situaciones propias de su edad, pero para que este proceso sea el más adecuado es necesario contar con la participación activa de sus padres y seres cercanos, pero a pesar de ello muchas veces esta ayuda no es bien canalizada y los adolescentes toman decisiones que repercuten de manera negativa en su salud tanto física como emocional.

Se plantea la siguiente inferencia no existe relación significativa ($p=0.000$) entre el nivel de estrés con el intento de suicidio en escolares adolescentes atendidos en un Hospital público de Trujillo.

Puede apreciar que el nivel de autoestima de los adolescentes que intentaron suicidarse no es bajo pero que existe relación con el intento de suicidio esto probablemente se deba a que las personas con autoestima elevada son menos propensas a emociones agresivas que aquellas que presentan un nivel de autoestima baja pero también pueden presentar agresiones como el caso de la población de estudio, además el intento de suicidio no solamente está determinado por el nivel de autoestima sino que este es el resultado de la interacción de una serie de factores que se presentan durante esta etapa de transición por la que los seres humanos pasamos y si no se afronta de manera adecuada será el punto de partida para problemas posteriores en la salud física y emocional del individuo.

CONCLUSIONES.

Después del análisis y discusión de los resultados obtenidos en la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- ✓ El 46.7% de adolescentes presentan nivel de autoestima alta, un 35.6% considerado como nivel medio y que un 17.8 % presentan nivel de autoestima baja.
- ✓ El 82.2% de escolares adolescentes presentan nivel moderado de estrés, y solamente el 11.1% nivel bajo de estrés.
- ✓ En el 84.4% de los escolares adolescentes el intento de suicidio fue súbito mientras que en el 15.6% fue planificado.
- ✓ Se encontró que existe relación significativa ($p=0.000$) al relacionar la variable nivel de autoestima con el intento de suicidio, sucediendo lo contrario con la variable nivel de estrés y el intento de suicidio.

RECOMENDACIONES

- Protocolizar programas de educación en los cuales los padres puedan estar informados sobre los cambios que los adolescentes van a presentar en la adolescencia.
- Aplicar el presente trabajo de investigación en las diferentes etapas de la vida.
- Realizar talleres didácticos al adolescente para que pueda estar preparado para los cambios a futuro.
- Brindar evaluaciones psicológicas a los pacientes que han sido hospitalizados por intento de suicidio antes de que sean dados de alta.
- Realizar seguimiento oportuno a todos los pacientes que fueron atendidos por intento de suicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Acosta, R. y Hernández, J. (2004) *La autoestima en la educación*. Recuperado de: www.redalyc.org/pdf/836/83601104.pdf
- Aminah, C., Harris, C. y Reynold, B. (2000). *Cómo desarrollar la autoestima en los adolescentes*. Madrid: Editorial Debate.
- Andrade, J. (2011) *Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes*. Corporación Universitaria Alexander Von Humboldt. Colombia. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 15(2). Recuperado de: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num2/Vol15No2Art17.pdf
- Ávila, D. (2014) *Nivel de Prevalencia de ideas e intentos suicidas en los estudiantes del sexto semestre de seis preparatorias de Montemorelos* (tesis de pregrado). Universidad de Montemorelos, México.
- Antequera, A. y Basile, H. (2011) *Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes*, Argentina.
- Avalos, E. (2013) *Factores más frecuentes en el intento de suicidio en niños y adolescentes* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Trujillo, Perú
- Bazán, J. (2008) *Intento suicida - vigilancia epidemiológica*. Cali- Colombia: Grupo de Salud Mental, Secretaria de Salud Pública Municipal.
- Branden, N. (2011) *El poder de la autoestima*. Madrid. España: Editorial Paidós.

- Campos, R., Padilla, S. y Valerio, J. (2004) *Prevención de Suicidios y Conductas Autodestructivas en Adolescentes*.
- Camargo, B. (2015) *Estrés, Síndrome General de Adaptación o Reacción General de Alarma*. Revista Medico Científica, 17(2). Recuperado de: revistamedicocientifica.org/uploads/journals/1/articles/103/public/103-370-1-PB.pdf
- Cárdenas, P. (2008) *Factores en la población pediátrica con diagnóstico de intento de suicidio* (tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma. Lima – Perú.
- Cano P., Gutiérrez C. y Nizama M. (2009) *Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana*. Rev Perú Med Exp Salud Pública, 26(2), 175-81.
- Cassareto, M. (2008) *Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología*. Revista de Psicología de la PUCP, 12(2).
- Cortez, A., Aguilar, J. y Medina, R., (2010) *Causas y Factores Asociados con el intento de suicidio en la provincia SanticSpiritus*. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología.
- De la Torre, M. (2013) *Protocolo para la detección y el Manejo inicial de la idea suicida*. España:Universidad Autónoma de Madrid.
- Fonseca, Y. (2008) *El Estrés Psicológico y sus principales formas de expresión en el ámbito laboral*. Universidad de la Habana. Cuba.
- Garduño, R., Gómez, K. y Peña, R. (2011) *Suicidio en adolescentes*. México DF.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010) *Metodología de la Investigación Científica*. Mexico: Graw - Hill Interamericana S.A.

Hernández, Q., Lucio, E. (2006). *Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos*. Revista Mexicana de Psicología, 23 (1), 45-52

Iglesias, D. (2013) *Desarrollo del Adolescente: Aspectos Físicos, Psicológicos y Sociales*. Revista Pediatría Integral. España.

Leal, R. (2011) *Tendencia suicida en una muestra de médicos varones de Lima Metropolitana y su relación con factores sociodemográficos, laborales y psicológicos* (tesis de postgrado), Universidad Nacional Federico Villareal. Lima - Perú.

MINSA. (2014) *Boletín de la unidad de investigación epidemiológica y análisis situacional de los servicios de salud/ oficina de epidemiología*.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012) *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

Marriner, A. (2014) *Modelos y Teorías de Enfermería*. España: Editorial Elseiver.

Martínez, E. y Díaz, D. (2007) *Una aproximación psicosocial al estrés escolar*. Educación y Educadores, Recuperado de: www.redalyc.org/pdf/834/83410203.pdf

- Martínez, O. (2010) *La Autoestima*. Recuperado de:<https://escuelatranspersonal.com/wp-content/uploads/2013/11/la-autoestima.pdf>
- Morrejo, C. y Navarreta, N. (2011) *El perfil bisicosocial y su influencia en la detección temprana y prevención de los intentos de suicidios en las estudiantes de tercer año de bachillerato del Colegio Nacional Ibarra noviembre* (Tesis de pregrado) Universidad Técnica del Norte, Ibarra-España.
- Mosquera, A. (2001) *Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el hospital Hermilio Valdizán*. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Muro, A., Gonzales, A., Toledo, L., Martínez, N., Calvo, Y. (2007) *Intento Suicida en Niños y Adolescentes Aspectos epidemiológicos*. Cuba: Gaceta Médica Espirituana.
- Mazzanti, D. (2005) *Declaración de Helsinki, Principios y Valores Bioéticos en Investigación Médica*, Colombia.
- Organización Mundial de la Salud (2016) *Prevención de la conducta suicida*. Washington DC.
- Organización Mundial de la Salud (2014) *Prevención del Suicidio un imperativo Global*. Washington DC.
- Pacheco, Z. (2010) *Algunos factores de riesgo del intento de suicida en adolescentes Hospital Guillermo Almenara I. 1996-2000*. Rev. Perú. Pediatr. 63 (2).

- Pacheco, B. y Peralta, P. (2016) *La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo*. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v40i1.38>
- Perez, I., Rodríguez, E., Dussan, M. y Ayala, J. (2007) *Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil*. Rev. Salud Pública.
- Pérez, A. (2015) *El comportamiento Suicida*. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/>
- Polit y Hungler. (1995) *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. México: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.
- Rivera, M. (2010) *La prevención del suicidio en adolescentes, Michoacán – México*.
- Rivera, M. (2010). *Psicología y comunicación visual. Estrategias para la prevención del suicidio en adolescentes*. México: Editorial Trillas.
- Robles, L. (2012) *Relación entre clima social familiar y autoestima en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa del Callao* (tesis de postgrado), Universidad San Ignacio de Loyola, Lima-Perú.
- Slipak, O. (2006), *Estrés y perfiles de personalidad*, en Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 4(4). Recuperado de: <http://www.alcmeon.com.ar/4/16/>
- Santiago, A. (2011) *Ideación Suicida y clima social familiar en estudiantes de una institución educativa estatal de Chiclayo* (tesis de pregrado), USAT. Chiclayo –Perú.

Sánchez, L., Morfín, T., García de Alba, J. (2014) *Intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el Consenso Cultural*. Acta de Investigación Psicológica, 2014, 4 (1), 1446 – 1458.

De la Torre, M. (2013) *Protocolo para la Detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Madrid.

Universidad Técnica del Norte Recuperado de: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/660/7/06%20ENF%20401%20TESIS.pdf>

Uribe, M., (2012) *Relación que existe entre el nivel de autoestima y el tipo de dinámica familiar de adolescentes del Centro Educativo Leoncio Prado, San Juan de Miraflores, 2011* (tesis de pregrado), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.

Vargas, H. y Saavedra, J. (2012) *Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao*. Revperuepidemiol 2012; 16 (3) Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203125431005.pdf>

Valdivia, M. (2015) *Prevalencia del Intento de Suicidio en Adolescente y Factores de riesgo asociados en una comuna rural de la Provincia de Concepción*. RevMed chile, 143: 320-328.

Vásquez, F. (2015) *Programa de Prevención del Suicidio del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-HideyoNoguchi, citado en El Comercio, Domingo 18 de Setiembre del 2011, a4-a5, Lima*.

Vásquez, E. y Alcantar, M. (2010) *Factores asociados al intento de suicidio en adolescentes - Hospital Infantil del Estado de Sonora*. México.

Vargas, H., Saavedra, J. (2012) *Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao*. RevPeruEpidemiol, 16(3), 1-11

Vera, E. y Díaz, C. (2011) *Suicidio en Adolescentes de Sudamérica: un problema creciente*. Universidad Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v54n4/03.pdf>

ANEXOS.

ANEXO 1

ESCALA MAGALLANES DE ESTRÉS (EMEST).

Elaborado por García M, Magaz A, García L.
Modificado por Chapoñan, 2016

A continuación, le presentamos una lista de eventos que te pueden suceder. Desearía que me indicases la frecuencia con que te ha sucedido cada una de ellas durante los dos últimos meses.

Instrucciones: Por favor, marca con una equis **X** la casilla correspondiente, de acuerdo con la siguiente escala:

S: Siempre,

AV: A veces

N: Nunca

Lee con cuidado y detenimiento cada una de las frases y contesta a todas.
GRACIAS.

Ítems.	S	AV	N
1 Me ha costado mucho concentrarme en lo que hacía	3	2	1
2 Me cansaba con facilidad	3	2	1
3 Me irritaba con cualquier contrariedad	3	2	1
4 Me costaba empezar a dormir	3	2	1
5 Tuve sueños que me inquietaban	3	2	1
6 Me desperté una o más veces en la noche	3	2	1
7 Tuve diarrea o estreñimiento	3	2	1
8 Me desperté con la sensación de no haber descansado	3	2	1
9 Tuve dolores en alguna parte del cuerpo	3	2	1
10 Me resfrié	3	2	1
11 Se me olvidaban las cosas.	3	2	1
12 Me costaba mucho estar tranquilo/a y relajado/a	3	2	1
13 Me he mordido las uñas	3	2	1
14 He tenido algún o algunos tics	3	2	1
15 He comido mucho menos, o mucho más, de lo que antes comía	3	2	1

- Nivel Alto : 35 - 45 puntos.
- Nivel Moderado : 25 - 34 puntos
- Nivel Bajo : 15 - 25 puntos

ANEXO 2

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG.

Por favor conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada considerando que:

- A. Muy de acuerdo.
- B. De acuerdo.
- C. En desacuerdo.
- D. Muy en desacuerdo.

Ítems	A	B	C	D
1 Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	4	3	2	1
2 Estoy convencido de que tengo cualidades buenas	4	3	2	1
3 Soy capaz de hacer las cosas también como la mayoría de la gente	4	3	2	1
4 Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	4	3	2	1
5 En general estoy satisfecha/o de mí mismo/a	4	3	2	1
6 Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a	1	2	3	4
7 En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a	1	2	3	4
8 Me gustaría poder sentir más respeto por sí mismo/a	1	2	3	4
9 Hay veces que realmente pienso que soy un/a inútil	1	2	3	4
10 A veces creo que no soy una buena persona	1	2	3	4

- Autoestima Alta : 30 a 40 puntos
- Autoestima Media : 26 a 29 puntos
- Autoestima Baja : 10 a 25 puntos