



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-08-05

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. YOLIRMA VACCARO Prof. DAISY PRIETO y Prof. BETSY MARCANO, Reunidos en: 2:30pm. Biblioteca de Postgrado del Hospital Psiquiátrico.
a la hora: 2:30pm

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

AUTOESTIMA E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA GENERAL DEL L.T.D "LUNARDY PULVETT", EN CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. PERÍODO ENERO -MARZO 2024

Del Bachiller **FRANCO BOLÍVAR YHANNELIS DEL CARMEN** C.I.: 26865179, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	X
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	---

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 26 días del mes de Junio de 2024

Prof. YOLIRMA VACCARO
Miembro Tutor

Prof. DAISY PRIETO
Miembro Principal

Prof. BETSY MARCANO
Miembro Principal

Prof. IVÁN AMÉYVA RODRÍGUEZ
Coordinador comisión Trabajos de Grado

ORIGINAL TESIS



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.
EMAIL: trabajodegradoudosaludbolivar@gmail.com



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-08-05

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. YOLIRMA VACCARO Prof. DAISY PRIETO y Prof. BETSY MARCANO, Reunidos en: 2:30pm. Biblioteca de postgrado del Hospital Psiquiátrico, a la hora: 2:30pm

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

AUTOESTIMA E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA GENERAL DEL L.T.D "LUNARDY PULVETT", EN CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. PERÍODO ENERO -MARZO 2024

Del Bachiller SAAVEDRA ANDRIS EDUARDO C.I.: 26060479, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	X
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	---

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 26 días del mes de Junio de 2024

Prof. YOLIRMA VACCARO
 Miembro Tutor

Prof. DAISY PRIETO
 Miembro Principal

Prof. BETSY MARCANO
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado

ORIGINAL TESISTA



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

**AUTOESTIMA E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES
DE EDUCACIÓN MEDIA GENERAL DEL L.T.D “LUNARDY
PULVETT”, EN CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR.
PERÍODO ENERO – MARZO 2024.**

Tutor académico:

Dra. Yolirma Vaccaro Campos

Trabajo de Grado Presentado por:

Br: Franco Bolívar, Yhannelis Del Carmen.

C.I: 26865179.

Br: Saavedra, Andris Eduardo.

C.I: 26060479.

Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano

Ciudad Bolívar, Junio de 2024.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA.....	x
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	19
OBJETIVOS.....	20
Objetivo General.....	20
Objetivos Específicos.....	20
METODOLOGÍA.....	21
Tipo de investigación.....	21
Universo y muestra.....	21
Criterios de inclusión.....	21
Criterios de exclusión.....	22
Materiales.....	22
Procedimientos y métodos.....	22
Análisis Estadístico.....	25
RESULTADOS.....	26
Tabla 1.....	26
Tabla 2.....	28
Tabla 3.....	30
Tabla 4.....	31
Tabla 5.....	32
DISCUSIÓN.....	33
CONCLUSIONES.....	39
RECOMENDACIONES.....	40

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
APÉNDICES	48
Apéndice A	49
Apéndice B	50
Apéndice C	51
Apéndice D	52
ANEXOS	53
Anexo A	54
Anexo B	56
Anexo C	57

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero expresar mi más profunda gratitud a Dios, por haberme dado la vida, la salud y la fortaleza para llevar a cabo este Trabajo de Grado. Gracias por haberme otorgado la inteligencia y la capacidad para aprender y comprender; por haberme guiado en cada paso del camino, dado la perseverancia para superar los obstáculos que se presentaron y, por haberme rodeado de personas maravillosas, que me brindaron su apoyo y aliento incondicional durante todo este proceso. Agradezco además, a todas aquellas personas que han contribuido de manera invaluable durante este camino.

A mi madre, Dexy Bolívar, le agradezco por su amor incondicional, apoyo moral y constante aliento. Gracias por creer en mí y por brindarme las herramientas necesarias para alcanzar mis metas.

A mis hermanos, les agradezco por su amistad, apoyo y por compartir momentos de alegría y compañerismo durante todo este tiempo.

A Andris Saavedra, mi novio, que además de agradecer por ser mi compañero de tesis, le agradezco por su amor, comprensión, paciencia y por estar siempre presente y ofrecerme su apoyo en los momentos difíciles. Por su apoyo incondicional durante toda mi carrera universitaria y demostrarme que siempre podré contar con él.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi tutor, Dra. Yolirma Vaccaro Campos, por su apoyo y paciencia durante todo el proceso de investigación. Sus conocimientos, sugerencias y críticas constructivas han sido fundamentales para el desarrollo y la mejora de este trabajo.

Al Prof. José Rubén Gutiérrez, director del L.T.D “LUNARDY PULVETT”, por brindarnos la oportunidad de realizar este trabajo de grado en dicha institución.

Finalmente, quiero expresar mi gratitud a todas aquellas personas que, de una u otra forma, han aportado a mi formación personal y profesional. A todos ustedes, ¡Muchas Gracias!

Yhannelis Franco.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, quiero agradecer a Dios por iluminar mi camino durante este proceso de investigación. Reconozco que este logro no habría sido posible sin la fe y la esperanza que Él ha depositado en mí. Cada paso que he dado ha estado bajo su protección y cuidado. “Gracias, Dios, por ser mi guía y mi inspiración.”

A mi madre, Delis. La fuente de mi fortaleza y el pilar fundamental de mi vida, dedico este trabajo con infinita gratitud y amor. Eres y siempre serás mi mayor inspiración y mi guía, y a ti te debo gran parte de lo que soy hoy en día.

A mis hermanos. Compañeros de aventuras y pilares de mi vida, dedico este trabajo con profundo cariño y admiración. Reconozco que sin su apoyo y su presencia en mi vida, este sueño no habría sido posible. Son parte fundamental de mi historia y de mi éxito.

A Yhannelis Franco, mi novia, por ser mi compañera de tesis y de aventuras. Has compartido conmigo alegrías, tristezas, sueños y desafíos, enriqueciendo mi vida de diversas formas. Gracias por estar siempre a mi lado, animándome en los momentos difíciles y celebrando mis éxitos con entusiasmo.

A Dexy Bolívar y Marinelys Abache, gracias por quererme como a un hijo. Siempre han estado presente en mis momentos vulnerables, han creído en mis capacidades y me han apoyado de manera incondicional.

A mi tutora, la Dra. Yolirma Vaccaro Campos, extendiendo mi sincero agradecimiento por su orientación y apoyo mientras fue mi tutora de tesis. Sus

perspicaces comentarios y su inagotable búsqueda de la excelencia han sido un faro de luz en el proceso de investigación.

A mis amigos, en especial a Aurimir Superlano, Karem Nasser, Néstor Sánchez, Oriannys Rodríguez, Jean Farías, Alexander Gómez, Juan Ferrer, Lennys Sanabria, Mayrelis Torres, Daynis Marcano, Elena Quijada y Juan González; gracias por su apoyo emocional, sus risas compartidas y su presencia incondicional en los momentos difíciles.

Andris Saavedra.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y por haberme permitido llegar a este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional. Por haberme formado con buenos sentimientos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos difíciles. Y a todos los que han estado conmigo en todo momento y me han apoyado a lo largo de este recorrido.

Yhannelis Franco.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo exclusivamente a Dios, por diseñar el camino del éxito para mí, otorgándome la oportunidad de vivir, amar y formarme profesionalmente en la mejor universidad de oriente. A mi madre y hermanos, por brindarme todas las herramientas posibles y por sus oraciones llenas de fe y amor para hacer de todo el proceso un éxito posible. A todos los que me han acompañado en el proceso sin importar cuál fuese el resultado. A mi abuela Nicolasa, a mi abuelo Cruz, a mi tía Yolanda y a mi prima Lauribel por creer en mis capacidades y por cuidarme desde el cielo.

Andris Saavedra.

**AUTOESTIMA E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE
EDUCACIÓN MEDIA GENERAL DEL L.T.D “LUNARDY PULVETT”, EN
CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. PERÍODO ENERO – MARZO
2024.**

Franco Bolívar, Yhannelis Del Carmen. Saavedra, Andris Eduardo.

RESUMEN

La autoestima corresponde a la valoración positiva o negativa que cada quien hace de sí mismo. La ideación suicida son los pensamientos suicidas, es un predictor principal del suicidio en niños y adolescentes. El objetivo de esta investigación fue determinar la autoestima e ideación suicida en estudiantes de Educación Media General del L.T.D “Lunardy Pulvett”, en Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Período enero – marzo 2024. Se realizó un estudio cuantitativo, transversal, no experimental y descriptivo correlacional. La muestra estuvo constituida por 67 estudiantes de 3o, 4to y 5to año de bachillerato. Se aplicaron los instrumentos Escala de autoestima de Rosenberg, Escala de Ideación Suicida de Beck, así como la Escala de Graffar para estrato socioeconómico y otros datos sociodemográficos. Los resultados determinaron que la autoestima de los estudiantes fue baja (86,57%), media (11,94%) y alta (1,49%); la ideación suicida estuvo presente en 41,79% de los estudiantes. El mayor porcentaje de alumnos fue de 15 años, sexo femenino, religión evangélica y de estrato medio-alto. No se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$) entre autoestima e ideación suicida con los factores sociodemográficos; ni en la relación autoestima con ideación suicida, en la cual se evidenció autoestima baja con presencia de ideación suicida, 35,82%. Se concluyó que la baja autoestima con ideación suicida en los estudiantes, es una combinación que debe ser revisada y constituir una señal de alarma.

Palabras clave: autoestima, intención suicida, suicidio, adolescentes.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la autoestima tiene su inicio en la infancia, sin embargo, la adolescencia es uno de los períodos más críticos para su desarrollo. Esto se debe a la búsqueda de la identidad en un proceso de cambios, tareas evolutivas e interacción social activa con la familia, la escuela, los iguales y los medios de comunicación¹.

Maslow ha catalogado la autoestima dentro de una de las necesidades fundamentales que tiene el ser humano, la de reconocimiento, referida al respeto y la confianza que se tiene en sí mismo. Ésta es provista a través del reconocimiento que otros dan a la persona, del éxito que se va teniendo a lo largo de la vida y de las experiencias positivas o negativas que se viven, así se van construyendo evaluaciones sobre lo que cada quien considera que es y se crea una valoración generalizada sobre sí mismo, en otras palabras, la autoestima².

Existen diversas perspectivas de entender la autoestima; no obstante, todas conducen al autoaprecio de los seres humanos. Algunos autores definen la autoestima como la capacidad o actitud interna con que un individuo se relaciona consigo mismo y lo que hace que se perciba dentro del mundo, de una forma positiva, o bien con una orientación negativa. De esta forma, los seres humanos poseemos una imagen de nosotros mismos y de nuestras relaciones factuales con nuestro medio ambiente, así como una jerarquía de valores y objetivos meta que definen la apreciación y valoración de nosotros mismos. Dichos valores forman un modelo coherente a través del cual la persona trata de planificar y organizar su propia vida dentro de los límites establecidos por el ambiente social³.

Sobre este cimiento es posible pensar que la autoestima es un estado mental. Un sentimiento o concepto valorativo de nuestro ser, el cual se va forjando poco a poco;

es decir, se aprende y cambia. Se basa en aquellos pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo, asimilando e interiorizando durante nuestra vida. Aunque puede verse afectada por eventos puntuales, la autoestima refleja una visión generalizada que el individuo tiene de sí mismo, la cual se mantiene relativamente constante a lo largo del tiempo y a su vez, influye en sus sentimientos, comportamientos y salud mental⁴.

La imagen que tenemos de nosotros mismos no es heredada o genéticamente determinada, es aprendida. El cerebro humano cuenta con un sistema de procesamiento de la información que permite almacenar un número prácticamente infinito de datos. Esa información, que hemos almacenado en la experiencia social a lo largo de nuestra vida, se guarda en la memoria de largo plazo en forma de creencias y teorías. De esta manera poseemos modelos internos de objetos, significados de palabras, situaciones, tipos de personas, actividades sociales y muchas cosas más. Este conocimiento del mundo, equivocado o no, nos permite predecir, anticipar y prepararnos para enfrentar lo que vaya a suceder. El futuro está almacenado en el pasado⁴.

La principal fuente para crear la visión del mundo que asumimos y por la que nos guiamos surge del contacto con personas (amigos, padres, maestros) de nuestro universo material y social inmediato, de esta manera las relaciones que establecemos con el mundo circundante desarrollan una idea de cómo creemos que somos. Los fracasos y éxitos, los miedos e inseguridades, las sensaciones físicas, los placeres y disgustos, la manera de enfrentar los problemas, lo que nos dicen y lo que no nos dicen, los castigos y los premios, el amor y el rechazo percibidos, todo confluye y se organiza en una imagen interna sobre nuestra propia persona: tu yo o tu autoesquema. Podemos pensar que somos bellos, eficientes, interesantes, inteligentes y buenos, o todo lo contrario (feos, ineficientes, aburridos, brutos y malos). Cada uno de estos calificativos es resultado de una historia previa, en la que se ha ido gestando una

“teoría” sobre nosotros mismos que dirigirá el comportamiento futuro. Si creemos que somos perdedores, no intentaremos ganar. Nos diríamos: “¿Para qué intentarlo? Yo no puedo ganar” o “Esto no es para mí” o “No valgo nada”⁴.

Los humanos mostramos la tendencia conservadora a confirmar, más que a refutar las creencias que almacenamos en nuestro cerebro por años. Somos resistentes al cambio por naturaleza, y esta economía del pensamiento nos vuelve tozudos y poco permeables a los estímulos novedosos. Una vez establecida será difícil cambiarla, pero no imposible⁴.

Así que cuando configuramos un autoesquema negativo sobre nuestra persona, éste nos acompañará por el resto de nuestra vida si no nos esforzamos en modificarlo. Más aún: para comprobar esos esquemas de manera no consciente haremos muchas cosas aún perjudiciales para nosotros mismos (así de absurdos somos los humanos). Por ejemplo: si nos dejamos llevar por el autoesquema: “Soy un inútil”, sin darnos cuenta, el miedo a equivocarnos hará que cometamos infinidad de errores que confirmarán nuestra predicción mental subyacente.

La creencia de que “somos feos” nos llevará a frenarnos y a evitar las relaciones interpersonales, y la conquista afectivo-sexual se convertirá en algo inalcanzable (pues nadie se fijará en nosotros si no nos exponemos). Un autoesquema de fracaso hará que no nos atrevamos a encarar retos y a probarnos si somos capaces, por lo cual terminaremos creyendo que el éxito nos es esquivo. No existe ningún “secreto” misterioso ni cuántico en esto: en psicología cognitiva se le conoce como profecía autorrealizada, y en psicología social como “efecto Pigmalión”. Existe una coherencia negativa: aún a sabiendas de que no es bueno para nosotros, trataremos de actuar de manera compatible con las creencias que tenemos sobre nosotros mismos, ¿El cambio? Ocurrirá cuando la realidad se imponga sobre nuestras creencias y ya no podamos sesgar la información y autoengañarnos⁴.

Una buena autoestima (quererse contundentemente a uno mismo) tiene numerosas ventajas. Sólo para citar algunas, nos permitirá incrementar las emociones positivas (nos alejaremos de la ansiedad, la tristeza y la depresión, y nos acercaremos a la alegría y a las ganas de vivir mejor); alcanzaremos niveles de mayor eficiencia en las tareas que emprendemos (no nos daremos por vencidos muy fácilmente, seguiremos perseverando en las metas y nos sentiremos competentes y capaces); relacionarnos mejor con las personas (nos quitará de encima el incómodo miedo al ridículo y la necesidad de aprobación, porque seremos el principal juez de nuestra conducta); seríamos personas más independientes y autónomas (nos sentiremos más libres y seguros a la hora de tomar decisiones y guiar nuestra vida)⁴.

Podemos asegurar, entonces, que la autoestima es la apreciación que cada persona hace de sí misma mediante un proceso valorativo-acumulativo, basado en la experiencia del día a día y enfocado a un yo holístico actual, pero, influenciado por el conjunto de estados anímicos persistentes a lo largo de períodos de tiempo relativamente continuos y duraderos. No siempre tenemos el mismo autoconcepto y valía de nosotros mismos. Existen múltiples factores que se implican para autoapreciarnos y que van modificando rítmicamente nuestra autoestima. En este sentido, la autoestima puede aumentar o disminuir a partir de situaciones emocionales, familiares, sociales, laborales y por nuestra autocrítica positiva o negativa⁴

Sobre la autoestima descansan varios conceptos que subyacen al afecto, los cuales se pueden reconocer como cualidades independientes pero que en conjunto dan forma y constitución a la autoestima como un elemento integrado, estos componentes son denominados pilares de la autoestima³.

Hemos hecho un esfuerzo por comprender estas distintas concepciones y formular una propuesta basada en el interés didáctico y en lo que influye en mayor

medida durante la adolescencia. Así, esta propuesta se sitúa en cuatro elementos o pilares que conforman y nutren en distinta manera la autoestima en el adolescente: a) la autoeficacia, b) la autodignidad, c) el autoconcepto y d) la autorrealización³.

El primer pilar de la autoestima corresponde a la autoeficacia, que puede entenderse como la autopercepción de las personas de su propia eficacia, es decir, es una motivación intrínseca (un estímulo) que lleva al ser humano a emprender conductas específicas en función de los logros que este pretende alcanzar, basado en la valoración y el juicio de su propia capacidad y el reconocimiento de sus limitantes. Es muy importante que los adolescentes se sientan autoeficaces, mayormente en la escuela cuando se requiere que trabajen en algo, debido a que es uno de los factores principales en la automotivación escolar. Muy a menudo el adolescente, por su natural inestabilidad emocional y cambios hormonales que generan pereza y apatía, no pone empeño en sus labores. Eso se intensifica cuando este advierte que de por sí, no es capaz de hacerlo, pues ha tenido ya intentos fallidos en el pasado. La autoeficacia se debe trabajar constantemente y, además, se deben enaltecer los resultados cuando son positivos, es decir, si un alumno ha demostrado periódicamente que no ha conseguido un avance en cierta área cognitiva y alguna vez lo logra, este hecho debe generar una automotivación consciente mediante el reconocimiento público y la inyección de ego a su autoestima³.

El segundo pilar de la autoestima es la autodignidad. Esta se define como la gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse. No obstante, la dignidad es la cualidad de las personas para hacerse valer como seres humanos. Entonces, se puede deducir que es una cualidad humana exclusiva, que se sujeta al hecho de valorar al hombre y mujer por ser hombre o mujer (seres humanos pertenecientes a una especie y un género) y tener derechos en este entendido³.

Por lo tanto, la autodignidad representa el autorreconocimiento de la valía de uno mismo, centrado en la autoconsideración, la autovaloración y la autoafección. Esta es considerada un estado de apertura en el que el yo está libre de restricciones; el individuo posee una actitud afirmativa hacia su derecho de vivir y ser feliz. De este modo, la autodignidad tiene una dimensión sumamente importante en la formación de la autoestima positiva. La autodignidad, de forma similar a la autoeficacia, conforma el cimiento primario de la autoestima, ya que es una impresión socialmente natural de nosotros mismos con respecto a lo que somos merecedores de aspirar, no como sujetos sociales, sino como seres humanos³.

Cuando las personas tienen una autodignidad distorsionada de la que todo ser humano debiera tener de sí mismo (ser valioso como sujeto único y como miembro de una sociedad, merecedor de la vida, de la felicidad, de la plenitud, de la trascendencia, de la escucha, de la comprensión, de la educación, entre otras), la autoestima automáticamente cae hasta donde la autodignidad se lo permita³.

Normalmente los seres humanos que poseen una autodignidad distorsionada del principio fundamental de amar y valorar su vida por digna que esta es en su sentido más abstracto y natural, tienden a devaluarla, a sentirse poco merecedores de tenerla; por ello pueden llegar a sentir que son legítimamente indignos de vivirla y las repercusiones siguen una trayectoria directamente destructiva de la autoestima. No obstante, también existe la contraparte de una autodignidad distorsionada hacia la subestimación, es decir, cuando sobreestimamos nuestro autoconcepto de dignidad y derechos humanos³.

El tercer pilar es el autoconcepto que, se puede entender como la idea que concebimos de nosotros mismos, como un reflejo perceptivo de nuestra propia realidad y experiencia, por lo que se reconoce como una organización cognitivo-afectiva de gran trascendencia en el comportamiento de los individuos³.

El autoconcepto de una persona tiene que ver con la identidad que esta construye para su propia consciencia. No obstante, el autoconcepto suele estar asociado a diferentes niveles: cognitivo, emocional-afectivo y conductual, y los factores que lo determinan tienen que ver con la actitud, la motivación, el esquema corporal, el conjunto de aptitudes y de valoraciones externas a las que tenemos acceso. Por lo general, en una persona adulta, en donde hay un nivel de madurez y consciencia importantes, el autoconcepto se forja en buena medida gracias a los logros evidentes (materiales, sociales, intelectuales, emocionales), pero en la adolescencia, uno de los factores primordiales es el aspecto físico. Es la etapa en donde se suscitan la autodefinición, el autodescubrimiento y la autocreación, aspectos influidos por cambios biológicos y psicológicos, así como por las interacciones con el entorno, que a su vez afectan la percepción del adolescente y su estructura evolutiva de la personalidad³.

De esta forma, los adolescentes comienzan a formar un autoconcepto basado en el yo primitivo, en las opiniones de los demás, en su propio aspecto físico, pero también en su autoeficacia y autodignidad. Por ende, el adolescente necesita consolidar una base sólida de su autoconcepto, sustentada en lo positivo de sí mismo y, con ello, formular autoapreciaciones que proyecten más elementos característicos positivos que negativos. Por tal razón, es muy importante que se forme un juicio realista de sí mismo, pero es más importante hacerlo haciendo énfasis en las virtudes, porque así construimos una autoapreciación positiva más fuerte para aceptar nuestros defectos sin que lastimen nuestra autoestima.³

El último pilar de la autoestima es la autorrealización que, desde nuestra perspectiva, consiste en la ejecución continua de logros de diversas dimensiones y naturalezas que desarrollan un estado de plenitud en uno mismo. Puede tener o no que ver con los demás o simplemente con la autosatisfacción, aunque algunos conciben que esto no es posible. Este concepto, ampliamente utilizado en la teoría de las

necesidades de Abraham Maslow, es el componente final de la autoestima. Sin embargo, algunas personas entienden la autorrealización como un estado de plenitud, felicidad, o bien como el óptimo desenvolvimiento de nuestras funciones psíquico-intelectuales o espirituales³.

Asimismo, la autorrealización en los adolescentes es un asunto plenamente exponencial, es decir, no es una cuestión simplemente de humor, de estado de ánimo o puramente emocional. Es un conjunto de elementos que inciden en lo emocional, pero que se forja a lo largo de una vida con más consciencia y estabilidad. Por consiguiente, el adolescente puede tener visos de autorrealización en sus experiencias, primordialmente en el aspecto afectivo, que es en donde centra su atención y esfuerzo; pero conseguir la autorrealización sería un asunto bastante polémico y complicado³.

En definitiva, la autorrealización es otro de los factores incidentes en la conformación de la autoestima como una necesidad de ser y sentirse valioso en el mundo, es decir, representa la pauta que traza un camino potencial hacia el éxito, la felicidad y la plenitud, pero que a lo largo de ese trayecto incide en la autovaloración y juicio de nosotros mismos. De modo que, si tenemos un proyecto de vida que implique nuestra autorrealización, la autoestima se verá incrementada exponencialmente por la estimulación que conlleva la potencial consecución de logros personales planeados y deseados³.

Una adecuada formación de la autoestima conlleva al crecimiento de adolescentes estables, sanos y con herramientas adecuadas para asumir cambios propios del período evolutivo. Resulta uno de los indicadores más potentes de ajuste psicológico y adaptación social por lo que es fundamental aumentar el bienestar que los adolescentes sienten con ella. Esta es una tarea que debe asumir la escuela, junto a

la familia, como fuentes fundamentales de educación y socialización durante la adolescencia⁵.

Por otro lado, estudios indican que cuando la autoestima se encuentra amenazada por un evento negativo, se produce un incremento en los niveles de ansiedad, donde el individuo busca alternativas para afrontar la situación, que en muchos de los casos derivan en formas poco apropiadas o perjudiciales para su salud⁶.

Igualmente, varias investigaciones han corroborado que la autoestima tiende a debilitarse durante la adolescencia, como consecuencia de los cambios puberales, cognitivos y del contexto escolar. La baja autoestima en los adolescentes es un factor de riesgo para la aparición de problemas psicológicos y sociales como los trastornos de alimentación, la preocupación exagerada por la imagen corporal, así como las ideaciones e intentos suicidas, sentimientos de inferioridad, depresión, aislamiento social, la deserción escolar, situaciones de delincuencia, el refugio en las drogas, entre otros. Sin embargo, algunos resultados investigativos arrojan que la autoestima baja no es un factor consistente en la ideación suicida, no obstante su desarrollo disminuye la probabilidad de esta ideación⁵.

Es así, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que el suicidio es uno de los factores más importantes de morbilidad en adolescentes, y ocupa la segunda causa de muerte en el mundo. En este sentido, la expectativa de vida en esta población se ha visto disminuida por este aspecto. Se está viendo como catastrófico y se cree que las dificultades de afrontamiento y resolución de problemas son algunos de los elementos más relevantes. Por ello, de acuerdo con los estudios que se hacen en la actualidad, en su mayoría es considerado un problema de salud pública y se dice que es prevenible si se interviene de manera oportuna y a tiempo con estrategias multisectoriales e integrales⁷.

Asimismo, la OMS ha estimado que la ideación suicida se presenta entre un 12% y un 25% de los adolescentes, siendo esta una consecuencia directa de los cambios biopsicosociales en esta etapa del desarrollo, en donde el adolescente intenta comprender el sentido de la vida y la muerte como parte del ciclo vital; este fenómeno se ubica entre las cinco causas de mortalidad en edades comprendidas entre los 15 y los 19 años en todo el mundo⁸.

De la misma forma, la OMS también establece que la ideación suicida y el intento suicida son más frecuentes en la población femenina, en comparación con el suicidio consumado que tiene mayor incidencia en la masculina⁹.

Cabe destacar que los pensamientos y comportamiento suicidas se clasifican en tres tipos: la ideación suicida, que implica pensamientos o ideas de muerte; el plan suicida, es decir, la realización de un plan específico por el cual uno intenta morir; y por último el intento suicida, que se describe con el comportamiento de autolesiones por las cuales intenta quitarse la vida¹⁰.

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, cualquier persona que se plantee el suicidio experimenta pensamientos o ideas suicidas. Entendiéndose esta última como la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia. Además, en esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto autolesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte¹¹.

Además, la ideación suicida es frecuentemente la etapa inicial del espectro suicida, precedida, de forma lógica, al intento suicida y el suicidio consumado y, que

por esta razón no es de extrañar que ésta sea la etapa de la conducta suicida más común en la población general. Sin embargo, el paso por una etapa del suicidio no necesariamente requiere haber pasado por las anteriores y por tanto se podría inferir que, una persona puede realizar un acto suicida sin haber presentado previamente una ideación suicida⁸.

En la literatura, las distintas definiciones de ideación suicida pueden dividirse en dos tipos, aquellas definiciones en las que predomina la intencionalidad de acabar con la propia vida/morir en algún grado, como elemento diferenciador de otros tipos de pensamiento, y aquellas otras que, además, incluyen los deseos de muerte sin intención o la contemplación de la propia muerte sin intención de involucrarse en un acto suicida. A menudo, esta dicotomía viene expresada por los términos ideación suicida activa e ideación suicida pasiva. En concordancia, algunos autores señalan que la ideación suicida activa denota un deseo consciente (en algún grado mayor de cero) de infligir una conducta autolesiva para que la muerte ocurra como consecuencia, y la ideación suicida pasiva refiere a un deseo general de morir y/o la indiferencia ante la muerte accidental¹².

En primer lugar, el arsenal científico generalmente conceptualiza la ideación suicida pasiva como los deseos de morir. Este tipo de deseos no involucra un plan o intención de suicidio, sino más bien, una ambivalencia de pensamientos acerca de la propia muerte. De manera específica, el individuo puede declarar el deseo de morir mientras duerme, en algún tipo de accidente o de desarrollar alguna enfermedad terminal. También puede indicar que no vale la pena vivir, no despertar nunca más y otras declaraciones similares¹³.

Aunque estos tipos de deseos pueden ser subestimados por los profesionales de la salud al considerar que carece de un plan o intento de suicidio, tales deseos pueden ser tan importantes como los pensamientos específicos de ahorcarse o utilizar algún

arma de fuego. La ideación suicida pasiva ha sido considerada como una conducta de menor riesgo y, por lo tanto, ha recibido poca atención en la investigación clínica. Sin embargo, la ideación suicida pasiva puede considerarse una equivalencia psicológica de la ideación suicida activa, dado que el propósito es el mismo: acabar con la vida¹³.

La comorbilidad de la ideación suicida pasiva ha sido documentada y mayormente está relacionada con los síntomas depresivos, ansiedad, estrés, psicosis y problemas de alcohol. Así pues, la literatura también indica que la desesperanza, soledad y riesgo de intento de suicidio son factores potenciales. Igualmente, el bajo apoyo social, dolores físicos, reportar un malestar de salud general, carga percibida, pertenencia frustrada e ingresos económicos muy bajos¹³.

En segundo lugar, la ideación suicida activa se define como los pensamientos específicos que involucran la propia muerte, acompañado de planes y métodos para cumplir tal objetivo. Estos tipos de pensamientos pueden ser desde la intención de quitarse la vida hasta la planificación y recursos necesarios sobre cómo lo llevaría a cabo, siendo la expectativa central que la muerte ocurra como consecuencia¹³.

La literatura ha enfatizado la evaluación e investigación sobre la ideación suicida activa debido a la probabilidad de riesgo de suicidio a corto o largo plazo. La naturaleza de la ideación suicida activa puede fluctuar rápidamente entre seguir viviendo y querer morir. En ocasiones, estas fluctuaciones incorporan planes para su desarrollo. Por estas razones, la comunidad científica recomienda registrar las características de las ideas suicidas actuales en términos de frecuencia (varias veces a la semana, todos los días, entre otras), duración (horas, minutos, entre otras), factores desencadenantes (después de discusiones, consumo de alcohol o drogas, entre otros), capacidad de control (por ejemplo, controlable cuando no consume alcohol o drogas, cuando está acompañado, entre otras), acceso a medios letales

(armas de fuego, medicamentos, entre otros) y si existe una planificación actual o planes anteriores asociados con un intento de suicidio¹³.

En síntesis, la ideación suicida pasiva o activa no es una enfermedad mental, es una conducta inadaptada que amenaza la vida del individuo y que, por lo tanto, debe ser evaluada y abordada clínicamente con suma responsabilidad¹³.

Ahora bien, determinadas creencias y pensamientos automáticos se activan cuando el individuo se expone a un evento estresante, influenciados por la combinación de predisponentes biológicos y de aprendizaje, así como la historia del adolescente. Por tal motivo, dichos elementos son considerados cruciales en la salud mental de los adolescentes. Pues, estas creencias y pensamientos cuando son disfuncionales pueden provocar emociones y comportamientos en algunos casos relacionados con el riesgo de suicidio¹¹.

Por otra parte, algunos estudios demostraron que la ideación suicida y la depresión muestran una correlación significativa, lo cual señalan que a mayor nivel de depresión que presentan los adolescentes, serán mayores los riesgos de intentos de suicidios. Mientras que la autoestima, está relacionada negativamente con la depresión e ideación suicida, queriendo decir, que cuánto más alta sea la autoestima menor será la depresión y los riesgos de suicidio¹¹.

Con relación a las causas de ideación suicida, estas suelen ser múltiples y dependen de la perspectiva de análisis de donde se originen (cultural, social, psicológico, biológico, entre otros), dichas perspectivas merecen especial consideración por separado a la hora de analizar los factores que influyen en el proceso de generación de ideación suicida. No obstante, no existe ninguna teoría que explique el suicidio o la ideación suicida de una forma completa y probablemente no

existan unas mismas causas en todos los individuos, sino que son particulares a la historia de cada persona¹¹.

En concordancia, una buena comunicación estimula en los adolescentes un sentimiento de seguridad y de certidumbre que propicia el crecimiento individual. Por ello, la ausencia de manifestaciones afectivas en el hogar y la comunicación escasa o inadecuada en el seno familiar constituyen factores de riesgo para el intento suicida. De manera que, las relaciones familiares son una de las áreas críticas para el desarrollo de la personalidad del adolescente, porque involucran una relación particular entre él y su familia que puede rebasar sus recursos psicosociales. Por tal motivo, un ambiente familiar difícil desempeña un papel potenciador en la ideación suicida del adolescente y muestra un riesgo tres veces mayor en comparación con jóvenes que viven en familias armoniosas¹⁴.

Ahora bien, cada vez surgen más estudios sobre los determinantes de este problema, por lo que se han realizado diversas investigaciones sobre el tema y se han documentado en distintas fuentes, donde se evidencian que existen una infinidad de variables que analizan los diferentes estudios, donde destaca la ideación suicida como uno de los factores de riesgo que se hace acompañar de diferentes elementos. Algunos señalados son la desesperanza, el vacío existencial, la depresión, la ansiedad, los problemas económicos, el consumo de sustancias tóxicas, la baja autoestima, así como disfunción familiar, el ser víctimas de acoso escolar o sexual; la desigualdad de género o la discriminación social¹⁵.

Otros estudios reportan la relación que existe entre la ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes de diferentes países del mundo, como Australia, Brasil, Chile, China, Colombia, Cuba, España, EE.UU, México, Portugal y Taiwán. Se observó que la ideación suicida en el mundo oscila entre el 10% y el 35% y los intentos de suicidio entre el 5% y el 15%. Además, se ha encontrado una asociación

entre los diferentes factores de riesgo como son: a) emociones negativas y factores estresantes; b) interacciones familiares, relaciones interpersonales; c) factores biopsicosociales, d) problemas de desigualdad social, y trastornos mentales que podrían estar asociados a las ideaciones y comportamientos suicidas. Al considerar estos factores de riesgo se podrían generar redes de apoyo entre familia, amigos, profesores que estuvieran dispuestas a escuchar y crear vínculos que den sentido de vida, cuando un individuo expresa que piensa suicidarse habría más oportunidad para su intervención, así como para su prevención¹⁵.

Por otra parte, algunas investigaciones en Latinoamérica analizan la relación que existe entre la desesperanza que se asocia a todas las conductas suicidas y que parte de la desmotivación, del sentimiento de soledad y de la disfunción familiar, ya que esta última se considera como el mayor predictor de la ideación suicida en los adolescentes, debido a que sucede en el interior de los hogares en los que conviven los estudiantes la mayor parte de su tiempo y es el espacio en el que adquieren hábitos, valores y costumbres. De igual manera, sostienen que los adolescentes que cuentan con una buena relación con los padres mejoran su calidad de vida, se sienten felices y seguros de sí mismos, dándole valor y sentido a su vida, manteniendo una mejor orientación positiva hacia el futuro, así como ideas positivas frente a la vida; además el enfoque en su felicidad tiene un peso significativo sobre el bienestar psicológico¹⁵.

También se ha argumentado la relación entre la ideación suicida y la regulación emocional. En este caso, los adolescentes que presentan problemas al no reconocer sus propias emociones en el momento que las experimentan, están más expuestos a presentar ideas suicidas. Aseguran los autores que soportar humillaciones por familiares o amigos, sufrir acoso, dificultades con su orientación sexual, fracaso escolar, depresión y ansiedad, son señales de alerta que propician la aparición de

conductas impulsivas, como la intención suicida donde las habilidades socioemocionales tendrían que regular las emociones¹⁵.

Algunos investigadores demostraron que, un adolescente con ideación suicida intenta quitarse la vida, mediante la intervención psicoterapéutica, la cual consistió en aplicar instrumentos como, la entrevista psicológica, la escala de ideación suicida de Beck, el inventario de depresión de Beck, la técnica de la silla vacía y la línea de la vida, dichos instrumentos permitieron obtener información necesaria para el procedimiento terapéutico. Como resultado, al explorar a fondo las características del adolescente desde sus vivencias, emociones y experiencias, se pudo comprender de manera más asertiva los motivos que llevaron a cometer el acto suicida¹⁵.

Mientras tanto, en otras investigaciones se demostró que el mayor riesgo suicida se da en el primer año después de la aparición de la ideación. Algunos detonadores son, la falta de sentido de la vida, que da lugar a los pensamientos suicidas así como a la frustración existencial en la que el individuo se desespera, porque el vacío existencial que siente lo ha conducido a la desesperanza, existe una relación estrecha; ambas remiten a un estado de desánimo, desmotivación, de sentimientos y de expectativas sobre el futuro, caracterizados por la apatía, el cansancio, la falta de ilusión, la sensación de inutilidad en la vida, el fatalismo y la desorientación existencial, que lo coloca frente a una tentativa suicida, y finalmente al suicidio¹⁵.

Lo anterior se reafirma con los hallazgos obtenidos en otro estudio, en el cual se asoció el vacío existencial con la enfermedad mental. Dicha investigación establece que el sentido de la vida está fuertemente impulsado a una causa, valores y metas prioritarias para los adolescentes. También señala, que hay momentos en la vida en que no es posible encontrar un “¿para qué?”, un sentido de vida, por esta razón el individuo considera que se le acaban las posibilidades de buscar un sentido, donde no

encuentra más opciones y muchos creen que ya no hay razones para seguir existiendo¹⁵.

Finalmente, el suicidio podría definirse como un proceso nocivo que se inicia con la ideación en sus diferentes expresiones (preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal, deseo de muerte), discurre por el intento suicida y finaliza con el suicidio consumado. Por esta razón, se considera que la investigación en ideación suicida, así como la identificación de factores asociados a ésta, resulta de particular importancia en la prevención del suicidio¹⁶.

En Venezuela, según el Informe Anual de Violencia Autoinflingida del Observatorio Venezolano de Violencia, se registraron 2.173 muertes por suicidio en el año 2022, lo que representa una tasa promedio de 7,7 muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes. A pesar de que la población de mayor riesgo son los adultos en edades comprendidas entre 30 y 64 años de edad, en los adolescentes (12 – 17 años) se ha observado un incremento significativo, por lo que es también una población vulnerable¹⁷.

Los profesionales de salud pública suelen mostrar una preocupación notable por los intentos de suicidio y las muertes por suicidio, probablemente por la repercusión de este tipo de conductas en la morbilidad y la mortalidad. Sin embargo, la ideación suicida suele recibir poca atención en los programas de prevención, tratamiento y políticas nacionales. Del mismo modo, un gran número de intervenciones diseñadas con el objetivo de reducir o evitar la conducta suicida no han mostrado su eficacia en la reducción de la ideación suicida. Una situación que deja en una posición de vulnerabilidad a las personas que padecen ideación suicida, las cuales, por otro lado, representan al grupo más numeroso de personas dentro del espectro suicida¹².

A pesar de los diversos estudios realizados, actualmente no se cuenta con biomarcadores clínicamente prácticos, pruebas de laboratorio o exámenes de imágenes que ayuden en la valoración del riesgo suicida; por lo tanto, la evaluación del paciente con espectro suicida sigue siendo competencia del clínico, quien debe combinar el juicio clínico con el conocimiento empírico, los factores de riesgo y de protección y sopesar estos para brindar una ayuda integral al paciente individualmente¹⁸.

JUSTIFICACIÓN

La autoestima es el valor que cada persona se da a sí misma, tanto en sus aspectos positivos como negativos. Por otra parte, la ideación suicida es el pensamiento recurrente y persistente sobre la propia muerte, sin llegar a intentar realizarla. Ambos conceptos están relacionados, ya que la baja autoestima puede generar sentimientos de desesperanza, culpa, vergüenza y aislamiento, que pueden favorecer la aparición de ideación suicida⁸.

Es imprescindible contrastar el impacto de la autoestima en el equilibrio emocional, y analizar su importancia como elemento determinante en la esfera personal y social de los adolescentes, donde los éxitos y los fracasos, la satisfacción propia, el bienestar psíquico y el conjunto de relaciones sociales llevan su impronta.

En concreto, la autoestima influye en cómo los adolescentes se enfrentan a los problemas, las relaciones y los desafíos de la vida. De esta manera incursiona como un indicador de sufrimiento psicológico y un factor de riesgo para experimentar ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado.

A propósito, en Venezuela no hay publicaciones actualizadas que evalúen los niveles de autoestima en adolescentes y más aún vinculados a ideación suicida. Por tal motivo se intentará revisar los puntos relevantes sobre el tema y poder consignar un arsenal informativo que permita dar continuidad a investigaciones futuras, y se espera sirva de base para el diseño de estrategias, políticas y programas de prevención de ideación suicida en el recinto escolar.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la autoestima e ideación suicida en estudiantes de Educación Media General del L.T.D “Lunardy Pulvett”, en Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Período enero – marzo 2024.

Objetivos Específicos

1. Determinar el nivel de autoestima según edad, sexo y religión.
2. Establecer el nivel de ideación suicida según edad, sexo y religión.
3. Identificar las características socioeconómicas de la población en estudio.
4. Analizar la relación entre la autoestima y las características socioeconómicas.
5. Evaluar la relación entre la autoestima y la ideación suicida.

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Esta investigación es un estudio de tipo cuantitativo, debido a que se emplearon herramientas para medir las variables y se utilizaron métodos estadísticos para su análisis y descripción. Es un estudio transversal, ya que se realizó la medición una sola vez en el tiempo. Es de diseño no experimental, ya que no se manipularon deliberadamente las variables de estudio y se observaron los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos; además es de tipo descriptivo correlacional, ya que permitió detallar el fenómeno estudiado a través de la medición independiente de las diferentes variables y establecer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más variables.

Universo y muestra

La población seleccionada para esta investigación la constituyeron 104 estudiantes, la cual corresponde a la totalidad de estudiantes cursantes de 3o, 4to y 5to año de bachillerato del L.T.D “Lunardy Pulvett”, en Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Período enero – marzo 2024, en edades comprendidas entre los 14 y 17 años de edad. Por consiguiente, la muestra seleccionada fue de 67 estudiantes que cumplieron con los respectivos criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Adolescentes, de sexo masculino y femenino del L.T.D “Lunardy Pulvett”, en Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Período Enero – Marzo 2024.

- Adolescentes cursantes de 3ero a 5to año de educación media general.
- Adolescentes, en edades comprendidas entre los 14 a 17 años de edad.
- Adolescentes, cuyos padres hayan firmado la carta de consentimiento informado.
- Disposición del adolescente para participar en el estudio (asentimiento).
- Adolescentes sin antecedentes de enfermedad mental.

Criterios de exclusión

- Estudiantes con diagnóstico previo de trastornos mentales.
- Estudiantes cuyos representantes no autorizaron el consentimiento informado para su participación en el estudio.

Materiales

Hojas blancas tipo carta, impresora, lápices, borrador.

Procedimientos y métodos

Se elaboró una carta dirigida al Director del Centro de Salud Mental, de Ciudad Bolívar, Dr. Julio Barreto con la finalidad de solicitar la colaboración para la realización del trabajo de investigación (Apéndice A). Luego se redactó una carta dirigida al Director del L.T.D “Lunardy Pulvett”, Profesor José Rubén Gutiérrez, en Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, con el objetivo de solicitar la autorización y colaboración para la realización del trabajo de investigación (Apéndice B). Posteriormente, se entregó a todos los padres y/o representantes de los adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión, un consentimiento informado en el cual firmaron su participación voluntaria en la investigación (Apéndice C). Por último, se

realizó un cuestionario de recolección de datos y se aplicó el llenado del mismo, con el fin de recoger datos sociodemográficos de la población estudiada, como la edad, sexo, religión y año en curso. Fueron de carácter anónimo y los datos se vaciaron en una ficha de control diseñada para tal fin (Apéndice D).

Escala de Ideación Suicida de Beck

Es una escala utilizada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de autodestructividad: pensamientos o deseos.

Consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global que indica la severidad de las ideas suicida. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 3813.

Los diferentes ítems se hallan distribuidos en 4 apartados: actitud hacia la vida y la muerte (ítems 1 a 5); características de la ideación o del deseo de muerte (ítems 6 a 11); características del intento planeado (ítems 12 a 15); actualización de la tentativa (ítems 16 a 19). El punto de corte planteado es una puntuación mayor o igual a 10 que indicaría que existe ideación suicida¹⁴.

Escala de autoestima de Rosenberg

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados para la medición global de la autoestima. Fue desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes. Está compuesta por 10 ítems cuyos contenidos se

centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Aunque en sus inicios fue diseñada como escala de Guttman, posteriormente su puntuación se ha venido a utilizar habitualmente como escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= Muy de acuerdo, 2= De acuerdo, 3= En desacuerdo, 4= Totalmente en desacuerdo). Para su corrección se invierten las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3, 5, 8, 9, 10) y posteriormente se suman todos los ítems, oscilando la puntuación total, por tanto, entre 10 y 4017.

- De los ítems 1 al 5, las respuestas A-D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A-D se puntúan de 1 a 4.
- De 30 a 40 puntos: autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.
- De 26 a 29 puntos: autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 25 puntos: autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima¹⁷.

Escala Graffar – Méndez Castellanos Modificado

Es un método de estratificación social que se basa en el uso de puntajes asociados a variables como, la profesión del jefe del hogar, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso y condiciones de vivienda. La clasificación determina cinco estratos: Alto (Nivel I), Medio (Nivel II), Medio Bajo (Nivel III), Obrero (Nivel IV) y Marginal (Nivel V). Se le atribuye a cada familia observada una puntuación para cada uno de los criterios que la clasificación enumera y, en una segunda fase de evaluación se obtiene la escala que la familia ocupa en la sociedad basado en la suma de estas puntuaciones. Las familias con los estratos más altos (I y

II) pertenecen al más alto nivel de bienestar, mientras que las familias en pobreza relativa y pobreza extrema o crítica pertenecen a los estratos más bajos (IV y V)¹⁸.

Cada variable se puntúa del 1 al 5. No obstante, cada variable evaluada con su puntaje corresponde a una condición o característica que tipifica a un grupo o estrato socioeconómico. La suma de todo el puntaje permitió agrupar y determinar el estrato al que pertenece esa persona o el grupo familiar¹⁸.

- Estrato I: 4, 5 y 6 puntos; ubica a las personas dentro de la clase alta.
- Estrato II: 7, 8 y 9 puntos; clase media alta.
- Estrato III: 10, 11 y 12 puntos; clase media baja.
- Estrato IV: 13, 14, 15 y 16 puntos; situación de pobreza.
- Estrato V: 17, 18, 19 y 20 puntos; situación de pobreza crítica con un alto nivel de privación¹⁸.

Análisis Estadístico

-Se realizaron los análisis haciendo uso de los softwares SPSSv26 y “R” versión 4.3.1.

-Se elaboró tabla de frecuencia simple con una sola variable haciendo uso de estadística descriptiva, utilizando el porcentaje como medida de frecuencia relativa.

-Se elaboraron tablas de contingencia para relacionar variables, haciendo uso de estadística inferencial. Se calcularon los estadísticos Test exacto de Fisher y Chi cuadrado.

RESULTADOS

Tabla 1.

Autoestima según edad, sexo y religión en estudiantes de Educación Media General del L.T.D “Lunardy Pulvett”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero – marzo 2024.

Factores sociodemográficos	Autoestima						Total	
	Baja		Media		Elevada		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad (años)								
14	1	1,49	-	-	-	-	1	1,49
15	3	52,2				1,4	3	
16	5	4	1	1,49	1	9	7	55,22
17	7	7	6	8,96	-	-	3	34,33
	5	7,47	1	1,49	-	-	6	8,96
Subtotal	8	86,5	8	11,9	1	1,4	6	100,0
Sexo								
Femenino	2	43,2					3	
	9	9	6	8,95	-	-	5	52,24
Masculino	2	43,2				1,4	3	
	9	8	2	2,99	1	9	2	47,76
Subtotal	8	86,5	8	11,9	1	1,4	6	100,0
Religión								
Evangélica	2	37,3					2	
	5	1	3	4,48	-	-	8	41,79
Católica	2	29,8				1,4	2	
	0	6	5	7,46	1	9	6	38,81
Otra	1	17,9					1	
Test. Jehová	2	1	-	-	-	-	2	17,91
	1	1,49	-	-	-	-	1	1,49
Subtotal	8	86,5	8	11,9	1	1,4	6	100,0
Subtotal	8	7	4	4	9	9	7	0

Test exacto de Fisher (bilateral). Con Edad= 0,07071; Sexo= 0,2624; Religión= 0,4074

(p>0,05) No significativo.

En los resultados de la autoestima de los estudiantes, se evidenció autoestima baja (n=58) 86,57%; autoestima media (n=8) 11,94%; y autoestima alta (n=1) 1,49%.

Con relación a los factores sociodemográficos de los estudiantes, se observó que están presentes en mayor porcentaje los estudiantes de 15 años de edad (n=37) 55,22%; de sexo femenino (n=35) 52,24%; y de religión evangélica (n=28) representando 41,79%.

Al relacionar la autoestima con edad, sexo y religión de los estudiantes, se observó que predominan los estudiantes de 15 años de edad con autoestima baja (n=35) 52,24%; en cuanto al sexo son iguales los porcentajes en femenino y masculino con autoestima baja (n=29) 43,29% cada uno; y finalmente, predominan los de religión evangélica con autoestima baja (n=25) que representan 37,31% del total. No se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$) entre las variables en estudio.

Tabla 2.

Ideación suicida según edad, sexo y religión en estudiantes de Educación Media General del L.T.D “Lunardy Pulvett”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero – marzo 2024.

Factores sociodemográficos	Ideación Suicida				Total	
	Ausente		Presente		n	%
	n	%	n	%	n	%
Edad (años)						
14	1	1,49	-	-	1	1,49
15	22	32,83	15	22,39	37	55,22
16	11	16,42	12	17,91	23	34,33
17	5	7,47	1	1,49	6	8,96
Subtotal	39	58,21	28	41,79	67	100,00
Sexo						
Femenino	20	29,85	15	22,39	35	52,24
Masculino	19	28,36	13	19,40	32	47,76
Subtotal	39	58,21	28	41,79	67	100,00
Religión						
Evangélica	17	25,37	11	16,42	28	41,79
Católica	14	20,90	12	17,91	26	38,81
Otra	7	10,45	5	7,46	12	17,91
Test. Jehová	1	1,49	-	-	1	1,49
Subtotal	39	58,21	28	41,79	67	100,00

Test exacto de Fisher (bilateral). Con *Edad*= 0,3653;

Chi cuadrado con *Sexo*= 1;

Fisher con *Religión*= 0,06224 ($p>0,05$) No significativo.

En cuanto a los resultados de ideación suicida, se observó presencia de ideación suicida (n=28) 41,79%; y ausencia de ideación suicida (n=39) 58,21%.

Al relacionar la ideación suicida con edad, sexo y religión de los estudiantes, se encontró presencia de ideación suicida en los estudiantes de 15 años de edad (n=15) 22,39%; de sexo femenino (n=15) 22,39%; y de religión católica (n=12) que constituyen 17,91% del total. No se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$) entre las variables en estudio.

Tabla 3.

Características socioeconómicas de estudiantes de educación media general del L.T.D “Lunardy Pulvett”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero – marzo 2024.

Estrato socioeconómico	n	%
II: Medio alto	33	49,25
III: Medio bajo	23	34,33
I: Alto	6	8,96
IV: Pobreza relativa	5	7,46
Total	67	100,00

Al determinar el estrato socioeconómico de los estudiantes, se contempló que predominan los de estrato II (n=33) 49,25%; seguido de estrato III (n=23) 34,33%. Con menores porcentajes están los estudiantes de estrato I (n=6) 8,86% y los de estrato IV (n=5) que representan 7,46% del total.

Tabla 4.

**Autoestima y características socioeconómicas en estudiantes de educación media general del L.T.D “Lunardy Pulvett”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar.
Enero – marzo 2024.**

Estrato socioeconómico	Autoestima						Total	
	Baja		Media		Elevada		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
II: Medio alto	29	43,28	3	4,48	1	1,49	33	49,25
III: Medio bajo	21	31,34	2	2,99	-	-	23	34,33
I: Alto	5	7,47	1	1,49	-	-	6	8,96
IV: Pobreza relativa	3	4,48	2	2,98	-	-	5	7,46
Total	58	86,57	8	11,94	1	1,49	67	100,00

Test exacto de Fisher (bilateral). $p=0,3467$. ($p>0,05$) No significativo.

Al relacionar la autoestima con el estrato socioeconómico, se notó mayor porcentaje de estudiantes con autoestima baja y pertenecientes al estrato II ($n=29$) que representan en 43,28% del total general. No se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$) entre las variables en estudio.

Tabla 5.

Autoestima e ideación suicida en estudiantes de educación media general del L.T.D “Lunardy Pulvett”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero – marzo 2024.

Ideación suicida	Autoestima						Total	
	Baja		Media		Elevada		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Ausente	34	50,75	4	5,97	1	1,49	39	58,21
Presente	24	35,82	4	5,97	-	-	28	41,79
Total	58	86,57	8	11,94	1	1,49	67	100,00

Test exacto de Fisher (bilateral). $p= 0,8334$. ($p>0,05$) No significativo.

Al relacionar la autoestima con la ideación suicida, se apreció que del total de estudiantes con autoestima baja que representan 86,57% del total, tenían ideación suicida (n=24) 35,82% del total. No se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$) entre las variables en estudio.

DISCUSIÓN

En esta investigación se estudió la autoestima mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg y la ideación suicida aplicando la Escala de Ideación Suicida de Beck, en una muestra de 67 estudiantes de educación media general, con edades entre 15 y 17 años, del L.T.D. “Lunardy Pulvett”, ubicado en Ciudad Bolívar.

Por medio de la determinación de la autoestima, los autores pudieron apreciar que los grados de autoestima obtenidos en los estudiantes fueron, autoestima baja 86,57%; autoestima media 11,94%; y autoestima alta 1,49%. Estos resultados difieren de Ceballos-Ospino et al.¹⁹ quienes en el año 2015 evaluaron autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta, Colombia, y obtuvieron autoestima baja 40%, media 47% y autoestima alta 13%. Los autores la definen como la disposición a considerarse competente frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse satisfecho con uno mismo y con sus habilidades.

En Venezuela, recientemente, Marín y González²⁰ en el año 2024 dieron a conocer su investigación en adolescentes de 12 a 15 años de una unidad educativa de Boconó estado Trujillo, para determinar su autoestima; y describieron que el mayor porcentaje de estudiantes evidenció un nivel de autoestima alto 50,0%; seguido de media 43,3% y bajo 6,7%. Estos resultados también son diferentes a los obtenidos en esta investigación.

Por su parte, los factores sociodemográficos develaron 55,22% de estudiantes de 15 años de edad; 52,24% de sexo femenino y 47,76% de sexo masculino; además, 41,79% de religión evangélica. Con relación a edad y sexo, estos resultados se corresponden con el muestreo aleatorio realizado, en el cual cada estudiante tuvo la misma probabilidad de ser elegido para el estudio. Las edades están acordes con los

grados de bachillerato que están cursando, y el sexo de los estudiantes coincide con la distribución de Marín y González²⁰; quienes evidenciaron 53,3% de sexo femenino y 46,7% de sexo masculino.

En el caso de la religión predominó la religión evangélica. Baeza-Correa²¹ en su trabajo realizado en el año 2023, no coincide con este resultado. Este autor realizó una revisión sistemática del tema jóvenes y religión, con datos de algunos países de América Latina y señala que existe un profundo cambio en la identidad históricamente católica de la región. Categoriza los países como predominantemente católicos (sobre 70% de la población), los mayormente católicos (sobre 50% y bajo 70%), los mitad-católicos y los que tenían una presencia católica inferior al 50%; y en su análisis difiere de esta investigación al afirmar que se ha producido la disminución de la catolicidad con un aumento de las personas sin religión.

Se procedió entonces a relacionar la autoestima con los factores sociodemográficos.

En el caso de la relación autoestima con edad, en esta investigación la autoestima baja predominó en los estudiantes de 15 años en 52,24% de ellos. Este resultado concuerda con Pazos et al.²² en su estudio realizado en adolescentes brasileños en el año 2019, en el cual los adolescentes menores de 16 años obtuvieron mayor porcentaje en autoestima baja siendo del 80,3%. Sin embargo, difiere de Ceballos-Ospino et al.¹⁹ los cuales evaluaron estudiantes de 13 a 19 años, y su resultado fue mayor porcentaje para autoestima media. En el caso de autoestima baja reportaron 40%, siendo 16% para los estudiantes de 13-15 años y de 24% para los de 16-19 años.

En cuanto a la relación autoestima con sexo, en esta investigación la autoestima baja estuvo presente por igual en ambos sexos mostrando un porcentaje de 43,29%. A

este respecto, pequeña diferencia en ambos sexos mostró el trabajo de Yepes et al.²³ en sus resultados de autoestima en indígenas adolescentes de Córdoba, Colombia, realizado en el año 2022, y en el cual observaron autoestima baja en hombres 6,3% y autoestima baja en mujeres 7,4%. Sin embargo, resultados diferentes mostraron Morán et al.²⁴ quienes publicaron en el año 2024 su evaluación sobre autoestima en adolescentes chilenos de 10 a 19 años, escolarizados y aparentemente sanos, y la autoestima baja fue 21,3% en hombres y 36,40% en mujeres, y más elevados para autoestima media-elevada siendo 78,70% en hombres y 63,60% en mujeres, además, con diferencia estadísticamente significativa

En el caso de la relación autoestima con religión, en esta investigación se categorizó la religión en evangélica, católica, testigos de Jehová, así como la opción “otra” en caso de no poder incluirse en alguna de las mencionadas; y al relacionarlas con autoestima se observó que la autoestima baja en estudiantes de religión evangélica alcanzó 37,31% del total de la población estudiada. En las publicaciones revisadas no hacen esta distinción de religiones, sino más bien se refieren a la religión de manera general, como religiosidad y espiritualidad, vistas como actitud hacia la religión, para relacionarla con variables del ámbito de la psicología. Tal es el caso de Penny y Francis²⁵ quienes en el año 2014 estudiaron la relación religión y autoestima entre estudiantes de 13 a 15 años en el Reino Unido, y sus datos demuestran que la actitud hacia la fe teísta agrega una predicción adicional a los niveles mejorados de autoestima, después de tener en cuenta todas las demás variables de su estudio.

En este mismo orden de ideas, se aplicó el instrumento para conocer la ideación suicida en los estudiantes y se evidenció presencia de ideación suicida en 41,79% de ellos. Este resultado no concuerda con Cañón y Carmona²⁶, quienes en 2018 realizaron una revisión sistemática sobre ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes escolarizados de diversos países del mundo, y determinaron que los intentos de suicidio se encuentran entre el 5% y el 15%. Se pudo apreciar

también que Venezuela no figura entre los artículos revisados por estos autores. Estos resultados son importantes porque la ideación suicida es la primera etapa del pensamiento suicida. Los estudios sobre ideación suicida ayudan a generar evidencia para la planeación, diseño y evaluación de estrategias, políticas y programas de prevención del suicidio. Así lo afirman Luna-Contreras y Dávila-Cervantes²⁷, en su estudio efectuado en el año 2020.

En el caso de la relación de la ideación suicida con la edad de los estudiantes, en esta investigación el mayor porcentaje estuvo en los adolescentes de 15 años de edad, representando el 22,39% de la totalidad. Este resultado es similar al de los investigadores Aldaz y Escobar²⁸ quienes en el año 2020 evaluaron jóvenes de 15 y 16 años de edad de una unidad educativa de Ecuador, y destacan que 30% de adolescentes evaluados, presenta ideación suicida.

Al relacionar la ideación suicida con el sexo, ésta estuvo presente en el sexo femenino en 22,39%; porcentaje superior al del sexo masculino, lo cual concuerda con Cañón y Carmona²⁶, quienes afirmaron que la ideación suicida (y el intento suicida) son más frecuentes en la población femenina y el abuso sexual es un aspecto asociado de importante relevancia. El género femenino ha estado relacionado con la ideación suicida en adolescentes y adultos jóvenes de América Latina y el Caribe, así lo señalan Caro-Delgado y Ballesteros-Cabrera²⁹ en su investigación del año 2022. Por su parte, Juncai et al.³⁰ en su trabajo del año 2024, evaluaron adolescentes chinos de 11 a 19 años y determinaron 45,5% de ideación suicida, con una tasa significativamente más alta en el sexo femenino.

En cuanto a la ideación suicida y la religión, en esta investigación la ideación suicida está presente en 17,91% de los adolescentes católicos. Caro-Delgado y Ballesteros-Cabrera²⁹ realizaron una revisión sistemática para analizar la ideación suicida en adolescentes y adultos jóvenes de América Latina y el Caribe, y

concluyeron que la religión es uno de los factores sociales que se relacionan con la ideación suicida; así, por ejemplo, no ser católico o cristiano puede ser un predictor de ideación suicida. Además, sostienen que aquellos que no practican ninguna religión tienen una tasa de prevalencia de ideación suicida mayor en comparación con aquellos que declaran tener una religión. Inclusive otros autores la consideran un factor preventivo.

Por otra parte, se determinó el estrato socioeconómico de los estudiantes, y se observó que 49,25% de ellos pertenecían a un estrato medio-alto. Además, se relacionó la autoestima con el estrato socioeconómico, y 43,28% de los estudiantes mostraron autoestima baja y pertenecían al estrato medio alto. Este resultado difiere de la investigación de Sánchez-Rojas et al.³¹ realizada en México en el año 2022, en la cual el grupo control conformado por escolares y adolescentes sanos, con edades que incluían 14 y 15 años, mostraron que la autoestima elevada fue la más frecuente 49,7% con nivel socioeconómico medio bajo, según Graffar, representando 34,5%. La correlación autoestima con nivel socioeconómico resultó estadísticamente significativa.

Finalmente, otro aspecto llevado a cabo en esta investigación fue relacionar la autoestima con la ideación suicida, se evidenció que del total de estudiantes con autoestima baja que representan 86,57%, tenían ideación suicida 35,82% siendo estadísticamente no significativo ($p > 0,05$). Este resultado difiere de la investigación de Luna-Contreras y Dávila-Cervantes²⁷, quienes relacionaron estas variables en adolescentes estudiantes de secundaria y bachillerato en la Ciudad de México, y en su trabajo la autoestima tuvo un efecto significativo sobre la ideación suicida. Asimismo, Aldaz y Escobar²⁸ son investigadores que afirman que, dentro de las variables psicológicas asociadas con la ideación suicida, entre otras, se encuentra la autoestima.

La interpretación de la relación autoestima con ideación suicida implica que, a mayor autoestima del adolescente, se espera que el riesgo de que desarrolle ideación suicida disminuya, según Manani y Sharma³². Estos autores señalan que, la ideación suicida puede surgir de una constante percepción negativa de uno mismo, lo que implica que los adolescentes con baja autoestima pueden percibir que la vida no vale la pena y a los estresores cotidianos como abrumadores.

CONCLUSIONES

1. Los estudiantes de educación media general del L.T.D “Lunardy Pulvett” mostraron autoestima baja, mayormente los de 15 años de edad y de religión evangélica. El género no fue relevante en el autoconcepto que tienen estos adolescentes y sus valoraciones.
2. La ideación suicida está presente en 41,79% de los estudiantes de educación media general del L.T.D “Lunardy Pulvett” y el grupo más afectado se caracteriza por tener una edad de 15 años, sexo femenino y religión evangélica.
3. El estrato socioeconómico medio-alto al cual pertenecen los estudiantes, es un factor social presente en la baja autoestima que tienen los estudiantes, y teóricamente influye en la percepción que tienen estos estudiantes sobre sí mismos.
4. Dentro del grupo de estudiantes con autoestima baja, se encuentra 35,82% de los estudiantes que mostraron intención suicida; esto permite revisar la relación entre la autoestima baja y este predictor del suicidio.

RECOMENDACIONES

- Continuar con esta línea de investigación y que se incluyan otras variables que permitan conocer los factores asociados a la autoestima baja y la presencia de ideación suicida en los estudiantes.
- Mencionar las implicaciones prácticas de los resultados para el diseño de intervenciones o programas dirigidos a mejorar la autoestima de los estudiantes
- Realizar proyectos y campañas de información destinadas a fortalecer los valores de los adolescentes, orientadas a la prevención del suicidio.
- Incorporar a las familias en el proceso educativo para que conozcan las conductas o factores que fomentan una autoestima sana.
- Implementar estudios longitudinales para analizar la evolución de la autoestima en estudiantes de diferentes estratos socioeconómicos a lo largo del tiempo.
- Establecer un sistema de seguimiento y monitoreo del bienestar emocional de los estudiantes, con la implementación de encuestas periódicas para identificar los casos de ideación suicida y brindar intervención temprana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz Falcón, D., Fuentes Suárez, I., et al. 2018. Adolescencia y Autoestima: Su Desarrollo desde las Instituciones Educativas. Conrado [Serie en línea]. 14 (64): 98 - 103. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000400098&lng=es&tlng=es. [Septiembre, 2023].
2. Panesso Giraldo, K., Arango Holguín, M. 2017. La autoestima, proceso humano. Revista Electrónica Psiconex [Serie en línea] 9 (14): 1 – 9. Disponible: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328507>. [Octubre, 2023].
3. Silva-Escorcia, I., Mejía-Pérez, Omar. 2015. Autoestima, adolescencia y pedagogía. Revista Electrónica Educare [Serie en línea]. 19 (1): 241 – 256. Disponible: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194132805013>. [Octubre, 2023].
4. Riso, W. (2012). Enamórate de Ti: El Valor de la Autoestima (Aprendiendo a quererse a sí mismo). Editorial Océano de México. Miguel Hidalgo, Ciudad de México. 1º Edición. Pp 200.

5. Sigüenza, W. G., Quezada, E., Reyes, M. L. 2019. Autoestima en la adolescencia media y tardía. *Revista Espacios*. 40 (15): 19-26.
6. Cortaza Ramírez, L., Aguilar Hernández, et al. 2022. Autoestima e ideación suicida en adolescentes estudiantes de secundaria. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* [Serie en línea]. 3 (2). 286 – 296. Disponible: <https://doi.org/10.56712/latam.v3i2.82> [Octubre, 2023].
7. Cañón Buitrago, S. C., et al. 2018. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Revista Pediatría Atención Primaria*. [Serie en línea] 20 (80): 387 - 397. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&tlng=es [Enero, 2024].
8. Pérez Gómez, N., Salamanca Camargo, Y. 2017. Relación entre autoestima e ideación Suicida en adolescentes colombianos. *Revista de Psicología GEPU*. [Serie en línea] (8) 1: 8 – 21. Disponible: <https://revistadepsicologiagepu.es.tl/Relaci%F3n-entre-Autoestima-e-Ideaci%F3n-Suicida-en-Adolescentes-Colombianos.htm>. [Noviembre, 2023].
9. Cañón Buitrago, S. C., Carmona Parra, J. A. 2018. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20 (80), 387-397. Disponible: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014 [Noviembre, 2023].

10. Huillca Huamani, M. Y. 2018. Autoestima e ideación suicida en adolescentes de 14 a 17 años de edad con presencia y ausencia de violencia familiar en una institución educativa de S.J.L, 2018. Tesis de Grado. Facultad de Humanidades. Escuela Académica Profesional de Psicología. Universidad César Vallejo. Pp 83 (Multígrafo).
11. Hernández López, F. T., Ruíz Hernández B. J. 2018. Ideación Suicida en los estudiantes de I a V año de la carrera de Medicina de la Unan-Managua, I Semestre 2017. Tesis de Grado. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Pp 105 (Multígrafo).
12. Ordóñez Carraco, J. L. 2021. Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida. Trabajo de Ascenso. Facultad de Psicología. Universidad de Almería. Pp 346 (Multígrafo).
13. Baños-Chaparro, J. 2022. Ideación suicida pasiva y activa: una breve descripción. *Health Care & Global Health*. [Serie en línea] 6 (1): 42-45. Disponible: <http://dx.doi.org/10.22258/hgh.2022.61.111> [Enero, 2024].
14. Garza Sánchez, R. I., et al. 2019. Estructura familiar, ideación suicida y desesperanza en el adolescente. *Psicología desde el Caribe*. [Serie en línea] 36 (2): 228-247. Disponible: <https://doi.org/10.14482/psdc.36.2.616.8> [Enero, 2024].
15. González, L. 2023. La Ideación suicida en adolescentes. Estado de la cuestión. *Revista CoPaLa. Construyendo Paz Latinoamericana*. [Serie en

- línea] 8 (17): 114 – 129. Disponible: https://www.redalyc.org/journal/6681/668173277015/html/#redalyc_668173277015_ref7. [Noviembre, 2023].
16. Sánchez-Sosa, J. C., Villarreal González, M. E., et al. 2010. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Psychosocial Intervention*. [Serie en línea] 19 (3): 279 – 287. Disponible: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000300008. [Noviembre, 2023].
 17. Informe Anual de Violencia Autoinfligida 2022. 2023. Observatorio venezolano de violencia. Disponible: <https://observatoriodeviolencia.org.ve/wp-content/uploads/2023/04/Informe-Anual-de-Violencia-Autoinfligida-2022.pdf> [Enero, 2024].
 18. Salvo, L., Florenzano, R. 2021. Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria. *Revista médica de Chile*, 149(6), 913-919. Disponible: <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000400913> [Noviembre, 2023].
 19. Ceballos-Ospino, G., Suárez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, L., Gamarravéga, M., González, K., Sotelo-Manjarres, A. 2015. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Revista Duazary*.12(1):15-22.
 20. Marín, J. y González, A. 2024. Uso de redes sociales y autoestima de adolescentes en una institución educativa de Boconó, Trujillo,

2023. Revista Gicos.9(1). Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/351/3514889009/html/>
21. Baeza-Correa, J. 2023. Jóvenes y religión: una revisión sistemática cualitativa de datos disponibles en algunos países de América Latina. *Revista Temas Sociológicos*. 31:205-234. Disponible en: (PDF) Jóvenes y religión: una revisión sistemática cualitativa de datos disponibles en algunos países de América Latina (researchgate.net)
22. Pazos, C. T. C., Austregésilo, S. C., & Goes, P. S. A. (2019). Comportamiento de autoestima y salud bucal en adolescentes. *Autoestima e comportamentos de saúde bucal em adolescentes. Ciencia & saude coletiva*, 24(11), 4083–4092. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.02492018>
23. Yepes, A., Rubio, N., Vinaccia, S y Bernal, S. 2022. Relación entre los niveles de autoestima, resiliencia, ideación suicida y riesgo suicida en jóvenes indígenas zenúes de Córdoba, Colombia. *Psicología y Salud*. 32(2):295-304. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2750>
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>
24. Morán, V., Parra, I., Pérez, R., Sánchez, J., Sáez, K., Mosso, C. (2024). Insatisfacción corporal, autoestima, sintomatología depresiva y estado nutricional en adolescentes. *Andes pediátrica : revista Chilena de Pediatría*, 95(1), 69–76. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v95i1.4779>

25. Penny, G. y Francis, L. 2014. Religión y autoestima: un estudio entre estudiantes de 13 a 15 años en el Reino Unido. Manual de Psicología de la Autoestima. Pp 19-45. Disponible en: Scopus - Detalles del documento - Religión y autoestima: Un estudio entre estudiantes de 13 a 15 años en el Reino Unido (ucc.edu.co)
26. Cañón, S. y Carmona, J. 2018. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*. 20(80):387-397. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&tlng=es
27. Luna-Contreras, M. y Dávila-Cervantes. C.A. 2020. Efecto de la depresión y la autoestima en la ideación suicida de adolescentes estudiantes de secundaria y bachillerato en la Ciudad de México. *Papeles de Población*. 106:75-103. Disponible en: [14430-145-67291-1-10-20210716.pdf](https://doi.org/10.14430/145-67291-1-10-20210716.pdf)
28. Aldaz, N. y Escobar, G. 2020. Resiliencia en adolescentes con ideación suicida. *Revista Sinapsis*. 3(18). Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ResilienciaEnAdolescentesConIdeacionSuicida-8280924%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ResilienciaEnAdolescentesConIdeacionSuicida-8280924%20(3).pdf)
29. Caro-Delgado y Ballesteros-Cabrera. 2022. Ideación suicida en adolescentes y adultos jóvenes de América Latina y el Caribe: scoping review. *Revista de Salud Pública*. 24(6):1-7. Disponible en: <https://typeset.io/pdf/ideacion-suicida-en-adolescentes-y-adultos-jovenes-de-gp4j7vyp.pdf>

30. Juncai, L., Xuanyu, Z., Qi, Ch., Shixian, L., XueHua, L., Guangming, R., Qi, Z. 2024. The association between family socioeconomic status and suicide ideation among adolescent: A conditional process model. *Children and Youth Services Review* 160:107576. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740924001488>
31. Sánchez-Rojas, A., García-Galicia, A., Vázquez-Cruz, E., Montiel-Jarquín, A. y Aréchiga-Santamaría, A. 2022. Autoimagen, autoestima y depresión en escolares y adolescentes con y sin obesidad. *Gaceta médica de México*. 158(3):124-129. Disponible: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132022000300124
32. Manani, P., y Sharma, S., 2016, “Self-esteem and suicidal ideation: a correlational study”, in *MIER Journal of Educational Studies, Trends and Practices*, 3(1), pp. 75-83.

APÉNDICES

Apéndice A

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

Ciudad Bolívar, ___/___/___.

Dr. Julio Barreto

Jefe de Departamento de Salud Mental.

Sirva la presente para saludarle a la vez que deseamos solicitarle con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarnos para la elaboración de la investigación que lleva por título **AUTOESTIMA E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA GENERAL DEL L.T.D “LUNARDY PULVETT”, EN CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. PERÍODO ENERO – MARZO 2024.** Que será presentada a posteriori como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano. Durante la realización del mencionado trabajo de investigación se contará con la asesoría de la Dra. Yolirma Vaccaro, Médico Psiquiatra.

Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea.

Atentamente

Br. Yhannelis Franco

Br. Andris Saavedra

Tesista

Apéndice B

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

Ciudad Bolívar, ___/___/___.

Prof. (a) José Rubén Gutiérrez

Director del L.T.D “Lunardy Pulvett”, Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Sirva la presente para saludarle a la vez que deseamos solicitarle con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarnos para la elaboración de la investigación que lleva por título **AUTOESTIMA E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA GENERAL DEL L.T.D “LUNARDY PULVETT”, EN CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. PERÍODO ENERO – MARZO 2024.** Que será presentada a posteriori como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano. Durante la realización del mencionado trabajo de investigación se contará con la asesoría de la Dra. Yolirma Vaccaro, Médico Psiquiatra.

Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea.

Atentamente

Br. Yhannelis Franco

Br. Andris Saavedra

Tesista

Apéndice C

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

Ciudad Bolívar, ___/___/___.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, portador de la Cédula de Identidad número _____, padre y /o representante de _____, declaro que he sido informado sobre los objetivos y alcances de la investigación titulada **AUTOESTIMA E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA GENERAL DEL L.T.D “LUNARDY PULVETT”, EN CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. PERÍODO ENERO – MARZO 2024.** Desarrollada por los Bachilleres Yhannelis Franco y Andris Saavedra, bajo la asesoría de la Dra. Yolirma Vaccaro. Por medio de la presente declaro que conozco y comprendo la información que me ha sido suministrada y acepto participar como sujeto de investigación.

En Ciudad Bolívar, a los _____ días del mes de _____ 2024.

Firma

Apéndice D

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

**AUTOESTIMA E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE
EDUCACIÓN MEDIA GENERAL DEL L.T.D “LUNARDY
PULVETT”, EN CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR.
PERÍODO ENERO – MARZO 2024.**

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad: _____ **Sexo:** M ____ F ____

Religión: católico ____ evangélico ____ Testigo de Jehová __ Otro ____

Año de estudio: 3 er año ____ 4^{to} año ____ 5^{to} año ____

Actividades laborales remuneradas: Si ____ No ____

ANEXOS

Anexo A

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

	0	1	2
1. ¿Cómo es tu deseo de vivir?			
Moderado a fuerte			
Débil			
Ninguno			
2. ¿Cómo es tu deseo de morir?			
Ninguno			
Débil			
Moderado a fuerte			
3. ¿Cuáles son tus razones para vivir y para morir?			
Las de vivir superan a las de morir			
Más o menos igual			
Las de morir superan a las de vivir			
4. ¿Existe deseo de efectuar un intento activo de suicidio?			
Ninguno			
Débil			
Moderado a fuerte			
5. ¿Has tenido algún intento pasivo previo?			
Tomaría precauciones para salvar la vida			
Dejaría al azar la vida o la muerte (por ejemplo, cruzar sin mirar una calle)			
Evitaría las medidas necesarias para salvar o mantener la vida (por ejemplo, un diabético que deja de tomar insulina)			
6. Dimensión temporal: Duración. ¿Durante cuánto tiempo presentas pensamientos suicidas?			
Breve, períodos fugaces			
Períodos más largos			
Continuo (crónico) o casi continuo			
7. Dimensión temporal: Frecuencia. ¿Cada cuánto tiempo presentas pensamientos de suicidio?			
Raro, ocasional			
Intermitente			
Persistente o continuo			
8. ¿Cuál es tu actitud hacia los pensamientos o deseos de suicidio?			
Rechazo			
Ambivalente, indiferente			
Aceptación			
9. ¿Qué sensación tienes sobre tu control de los actos suicidas o deseos de suicidio?			
Tiene sentido del control			
Inseguro del control			
No tiene sentido del control			
10. ¿Qué barreras te impedirían cometer un intento de suicidio? (Por ejemplo, familia, religión, posibilidad de lesión grave si fracasa;			

irreversibilidad del intento).			
No intentaría suicidarse a causa de una barrera			
Alguna preocupación sobre las barreras			
Mínima o ninguna preocupación sobre las barreras			
11. ¿Cuáles crees que son tus razones para cometer un intento de suicidio?			
Manipular el entorno: Conseguir atención, venganza			
Escapar, resolver problemas, desaparecer			
Combinación de las dos anteriores			
12. ¿Existe planificación específica de un acto suicida?			
No en cuestión			
Considerado pero sin elaborar detalles			
Detalles bien elaborados; bien formulado			
13. ¿Crees que tienes disponibilidad u oportunidad para cometer un acto suicida?			
Método no disponible; ninguna oportunidad			
El método llevaría tiempo y esfuerzo; oportunidad no fácilmente disponible			
Oportunidad futura o anticipada, con disponibilidad de método			
14. ¿Cuánto de capaz te sientes para cometer un acto suicida?			
Cobarde, demasiado débil, asustando, incapaz			
Inseguro de la valentía o de la capacidad			
Seguro de la valentía o de la capacidad			
15. ¿Tienes expectativas de cómo puede ser un intento real de suicidio?			
No			
Inciertas, no seguro			
Si			
16. ¿Existe una preparación real del intento de suicidio?			
Ninguna			
Parcial (por ejemplo, comenzar a acumular pastillas)			
Completa (por ejemplo, tiene pastillas, cuchillas, un arma cargada)			
17. ¿Has escrito alguna nota de suicidio?			
Ninguna			
Comenzada pero no acabada; sólo se ha pensado en ella			
Acabada			
18. ¿Has realizado alguna actuación, anticipando la muerte? (por ejemplo, seguros, testamento, donaciones)			
Ninguno			
Algunas ideas o se han hecho algunas gestiones			
Planes finales efectuados o gestiones finalizadas			
19. ¿Has mentido o engañado sobre algún intento de suicidio?			
Ideas expresadas abiertamente			
Ideas reservadas			
Intento de engañar, mentir, encubrir			

Anexo B

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG:

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más lo identifica.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
7. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
8. Desearía valorarme más a mí mismo/a.				
9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A veces pienso que soy bueno/a para nada.				

Anexo C

ESCALA GRAFFAR – MÉNDEZ CASTELLANOS MODIFICADO

Variables	Puntaje	Ítems	
1. Profesión del jefe de familia.	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)	
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores	
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores	
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)	
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)	
2. Nivel de instrucción de la madre.	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente	
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.	
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior	
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)	
	5	Analfabeta	
3. Fuente de ingreso (o Modalidad de ingreso).	1	Fortuna heredada o adquirida	
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales	
	3	Sueldo mensual	
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo	
	5	Donaciones de origen público o privado	
4. Condiciones de alojamiento.	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo	
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios	

	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2	
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias	
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas	

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	AUTOESTIMA E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA GENERAL DEL L.T.D “LUNARDY PULVETT”, EN CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. PERÍODO ENERO – MARZO 2024.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
Franco Bolívar, Yhannelis Del Carmen.	ORCID	
	e-mail:	yhannyfranco@gmail.com
Saavedra, Andris Eduardo.	ORCID	
	e-mail:	andris17cisneros@gmail.com

Palabras o frases claves:

Autoestima
Intención Suicida
Suicidio
Adolescentes

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Dpto. de Salud Mental	Psicología
Línea de Investigación:	

Resumen (abstract):

La autoestima corresponde a la valoración positiva o negativa que cada quien hace de sí mismo. La ideación suicida son los pensamientos suicidas, es un predictor principal del suicidio en niños y adolescentes. El objetivo de esta investigación fue determinar la autoestima e ideación suicida en estudiantes de Educación Media General del L.T.D “Lunardy Pulvett”, en Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Período enero – marzo 2024. Se realizó un estudio cuantitativo, transversal, no experimental y descriptivo correlacional. La muestra estuvo constituida por 67 estudiantes de 3^o, 4^o y 5^o año de bachillerato. Se aplicaron los instrumentos Escala de autoestima de Rosenberg, Escala de Ideación Suicida de Beck, así como la Escala de Graffar para estrato socioeconómico y otros datos sociodemográficos. Los resultados determinaron que la autoestima de los estudiantes fue baja (86,57%), media (11,94%) y alta (1,49%); la ideación suicida estuvo presente en 41,79% de los estudiantes. El mayor porcentaje de alumnos fue de 15 años, sexo femenino, religión evangélica y de estrato medio-alto. No se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre autoestima e ideación suicida con los factores sociodemográficos; ni en la relación autoestima con ideación suicida, en la cual se evidenció autoestima baja con presencia de ideación suicida, 35,82%. Se concluyó que la baja autoestima con ideación suicida en los estudiantes, es una combinación que debe ser revisada y constituir una señal de alarma.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dra. Daisy Prieto	ORCID				
	e-mail	daisyprieto258@gmail.com			
	e-mail				
Dra. Betsy Marcano	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	bettsy58@gmail.com			
	e-mail				
Dra. Yolirma Vaccaro	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	yolirma@gmail.com			
	e-mail				

Fecha de discusión y aprobación:

2024	06	26
Año	Mes	Día

Lenguaje: español

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo
Autoestima e ideación suicida en estudiantes de EMG del L.T.D Lunardy Pulvett en Cdad Bol Edo Bol

Alcance:

Espacial:

Estudiantes de Educación Media General del L.T.D “Lunardy Pulvett”, en Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Temporal:

Período Enero – Marzo 2024.

Título o Grado asociado con el trabajo:

Médico Cirujano

Nivel Asociado con el Trabajo:

Pregrado

Área de Estudio:

Dpto. de Medicina

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *[Firma]*
FECHA 5/8/09 HORA 5:30

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Firma]
JUAN A. BOLAÑOS CUNVELO
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)
“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario” para su autorización.

AUTOR(ES)

Yhannelis Franco
Br.FRANCO BOLÍVAR YHANNELIS DEL CARMEN
C.I.26865179
AUTOR

Andris Saavedra
Br.SAAVEDRA ANDRIS EDUARDO
C.I.26060479
AUTOR

JURADOS

[Signature]
TUTOR: Prof. VOLIRMA VACCARO
C.I.N. 5553546

EMAIL: volirma@gmail.com

Daisy Prieto
JURADO Prof. DAISY PRIETO
C.I.N. 10.567.750

EMAIL: daisyprieto25@gmail.com

Betsy Marciano
JURADO Prof. BETSY MARCANO
C.I.N. 18464042

EMAIL: bettys9@gmail.com

[Signature]
P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.
EMAIL: trabajodegradodosaludbolivar@gmail.com