

Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria

Suicide risk associated with bullying and depression in high school

Raúl Sandoval-Ato^{a,b,f}, Martín A. Vilela-Estrada^{c,d}, Christian R. Mejía^{b,e}, José Caballero Alvarado^b

^aEscuela de Posgrado Universidad Nacional de Piura, Perú

^bEscuela de Posgrado Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú

^cSociedad Científica de Estudiantes de Medicina UPAO, Piura, Perú

^dEscuela de Medicina, Universidad Privada Antenor Orrego, Piura, Perú

^eEscuela de Medicina Humana, Universidad Continental, Huancayo, Perú

^fUnidad de Investigación Clínica, Scientia Clinical and Epidemiological Research Institute. Perú

Recibido el 23 de febrero de 2017; aceptado el 04 de diciembre de 2017

Resumen

Introducción: El riesgo suicida es cada vez más común entre los niños y adolescentes. No hay estudios actuales y locales de esta realidad en el norte peruano. El objetivo fue determinar si el riesgo suicida estuvo asociado al bullying y depresión en escolares de colegios secundarios. **Pacientes y Método:** Se realizó un estudio transversal analítico a través de encuestas validadas en que se midió el riesgo suicida (cuestionario de salud mental del Instituto Nacional de Salud Mental del Perú y Escala de Plutchik), el bullying (European Bullying Intervention Project Questionnaire, EBIPQ), el ciberbullying (European Cyberbullying Intervention Project Questionnaire, ECIPQ), y la depresión (Escala de Depresión de Beck) en una ciudad en el norte peruano. Se obtuvo estadísticos de asociación mediante los modelos lineales generalizados. **Resultados:** De 289 escolares, el 20% tenía riesgo suicida y algún tipo de depresión. De los que estaban en el tercil superior de la escala de bullying, el 38% tuvieron ideación suicida, en cambio, de los que estuvieron deprimidos el 63% tuvieron ideación suicida. Incrementaron la frecuencia de riesgo suicida el tener un puntaje del tercio superior para bullying (RPa: 1,83; IC 95%: 1,13-2,99; valor p = 0,015), el estar deprimido (RPa: 3,32; IC 95%: 1,69-6,51; valor p < 0,001), el antecedente familiar de suicidio (RPa: 1,99; IC 95%: 1,55-2,56; valor p < 0,001), el deseo pasivo de morir (RPa: 2,20; IC 95%: 1,86-2,61; valor p < 0,001), el haber planificado en algún momento el suicidio (RPa: 2,05; IC 95%: 1,60-2,64; valor p < 0,001) y el estudiar en un colegio privado (RPa: 1,16; IC 95%: 1,14-1,18; valor p < 0,001); ajustado por el sexo y por la sede educativa. **Conclusión:** La salud mental de los escolares estuvo comprometida en múltiples aspectos, estando varios de ellos asociados a una mayor frecuencia de riesgo suicida.

Palabras clave:

Bullying;
riesgo suicida;
depresión;
niños;
Perú

Abstract

Introduction: Suicide risk is increasingly common among children and adolescents. There are no current and local studies of this reality in northern Peru. The objective was to determine whether suicide risk was associated with bullying and depression in high school students. **Patients and Method:** An analytical cross-sectional study was carried out in a city in northern Peru, using validated surveys to measure suicide risk, bullying and depression. Statical association data were obtained using generalized linear models. **Results:** Out of 289 schoolchildren, 20% was at suicide risk and had some type of depression. Among those on the upper tertile of the bullying scale, 38% had suicidal ideation, while those who were depressed, 63% had suicidal ideation. The frequency of suicide risk increased as a result of bullying score (aPR: 1.83, 95% CI: 1.13-2.99, p value = 0.015), being depressed (aPR: 3.32, 95% CI: 1.69-6.51, p value < 0.001), family history of suicide (aPR: 1.99, 95% CI: 1.55-2.56, p value < 0.001), the passive desire to die (aPR: 2.20, 95% CI: 1.86-2.61, p value < 0.001), have planned suicide at some point (aPR: 2.05, 95% CI: 1.60-2.64; p value < 0.001) and study in a private school (aPR: 1.16, 95% CI: 1.14-1.18, p value < 0.001); adjusted by gender and school location. **Conclusion:** Mental health of schoolchildren was involved in many aspects, several of them associated with a higher frequency of suicide risk.

Keywords:
Bullying;
suicide risk;
depression;
children; Perú

Introducción

El suicidio a tempranas edades se ha convertido en un importante problema de salud pública, que repercute principalmente en países en desarrollo, así como, en la disgregación y disfuncionalidad familiar^{1,2}. Según las estimaciones de la OMS, uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio entre los adolescentes, que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad³. En países como Cuba -entre los años 2014-2015- se ha reportado 523 casos de intento suicida, de los cuales, cuatro adolescentes consumaron el suicidio; lo cual da una panorámica de la importancia del problema⁴, se sabe que el intento suicida es la primera causa de ingreso en el Servicio de Salud Mental de adolescentes de la provincia en los últimos 10 años en este país⁵.

En el Perú se han realizado algunos estudios dentro de instituciones de salud y otros de tipo epidemiológico, incluido algunos distritos de Lima Metropolitana y Callao. En estos se encontró prevalencias importantes de conductas suicidas, entre el 16 y 24% de adolescentes tuvo el deseo de morir alguna vez en la vida y el 3% realizó un intento suicida alguna vez en la vida^{6,7}. Han sido identificados un gran número de factores que podrían contribuir con la ocurrencia de la conducta suicida, entre los cuales, el acoso escolar se muestra como un importante factor de riesgo⁸.

Estudios realizados en Lima dan cuenta que la familia, la escuela, y el abuso entre compañeros de un mismo salón de clase también son detonantes en esta patología^{9,10}. Cabe destacar que el predictor más importante de una conducta suicida es la ocurrencia de un intento de suicidio previo¹¹. En ello radica la impor-

tancia de estudiar estos fenómenos que afectan la salud mental de los adolescentes, no se encontró evidencia científica de este fenómeno en la ciudad de Piura, y en el ámbito latinoamericano resulta escasa. Es por todo esto que el objetivo fue el determinar el riesgo de conducta suicida en los adolescentes expuestos a bullying, así mismo, estudiar el fenómeno de victimización o agresión y su asociación con sintomatología depresiva, en los adolescentes en etapa escolar de las instituciones educativas mixtas.

Pacientes y Método

Diseño y población de estudio

Se realizó un estudio de corte transversal-analítico de tipo estratificado por conveniencia en una población muestra de 296 adolescentes, que cursaban el 1º, 3º y 5º grado de secundaria de tres colegios mixtos de la ciudad de Piura-Perú; bajo un universo poblacional de 31.432 alumnos distribuidos en 111 colegios con una precisión del 4% y un factor esperado de riesgo suicida de 12,8% según escala de Plutchik¹²; la investigación se desarrolló durante los meses de octubre a diciembre del 2016. Se incluyó a estudiantes inscritos en el período de estudio, previo consentimiento firmado por parte de los padres y asentimiento de tipo verbal por parte de los adolescentes, en donde acceden a participar en el estudio (tasa de rechazo = 1,9%); se excluyó a los que no respondieron adecuadamente el test (preguntas no respondidas y/o respuestas incompletas), logrando así un total de 289 adolescentes evaluados.

Cabe destacar que la ciudad de Piura es una de las cinco más grandes del Perú, ubicada en la costa norte, la cual tiene gran similitud a otras ciudades costeras de países subtropicales de Sudamérica.

Herramientas y variables

Conducta suicida. Se aplicó una encuesta la cual constó de cinco preguntas, extraídas del cuestionario de salud mental validado y adaptado para la población tanto adolescente como adulta en Perú por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado donde evalúa situaciones como son: Deseos pasivos de morir, ideación suicida y planeamiento suicida en un período del último mes, año o algún momento de la vida del encuestado¹³.

Riesgo suicida. Se utilizó la escala de Plutchik; Consta de 15 preguntas con formato de respuesta de Sí o No. La puntuación de la escala oscila entre 0 y 15, cada respuesta afirmativa suma un punto¹². Esta encuesta se validó en Piura-Perú, con un total de 189 adolescentes, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0,82¹⁴.

Detección bullying. Se utilizó la versión española del European Bullying Intervention Project Questionnaire (EBIPQ), de 22 ítems tipo Likert de cinco opciones de respuesta, con una puntuación entre 0 y 4, donde 0 significa nunca y 4 siempre. Consta de dos dimensiones: cibervictimización y ciberagresión, con buenos índices de fiabilidad (alfa total = 0,87, alfa victimización = 0,80, alfa agresión = 0,88)¹⁵. Se validó en Piura-Perú, con un total de 189 adolescentes, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0,766¹⁴.

Detección de cyberbullying. Se utilizó la versión española del European Cyberbullying Intervention Project Questionnaire (ECIPQ), compuesto por 14 ítems, 7 que describen aspectos relacionados con la victimización y 7 en correspondencia con la agresión. Con buenos índices de fiabilidad (alfa total = 0,87, alfa victimización = 0,80, alfa agresión = 0,88)¹⁶. Validada para Piura-Perú, con un total de 189 adolescentes, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0,762¹⁴.

Detección de depresión. Se utilizó la Escala de Depresión de Beck; compuesta por 21 ítems con cuatro opciones de respuesta que van desde 0 (ausencia de depresión) hasta 3 (máxima depresión); las puntuaciones del test van desde 0 a 63. Su nivel de consistencia interna es de 0,9. Validada para Perú en el 2015¹⁷.

Procedimiento

Se recolectó los datos de todos los alumnos del nivel secundario, pertenecientes a las secciones de 1°, 3° y 5° año, en tres instituciones educativas de la ciudad de Piura; de las cuales dos son públicas y una privada. En el abordaje se empleó mediante la técnica de cuestionario anónimo y auto aplicado, que tuvo una hora de duración. En todo momento se contó un facilitador/encuestador por aula, esto con la finalidad de poder resolver dudas ante alguna de las preguntas. El estudio se realizó bajo el permiso respectivo de las instituciones educativas, así como el consentimiento de los padres y/o apoderados. Una vez obtenidos los resultados

los casos detectados de depresión fueron derivados al psicólogo especialista de cada institución educativa; así mismo, se informó a los padres oportunamente.

Análisis estadístico

Se realizó un sistema de doble digitación, para un mayor y mejor control de los datos recolectados. Se digitó las encuestas en el programa Microsoft Excel (versión 2015), luego se procedió a realizar un primer filtro para la comprobación de la data. Seguido a ello, se procesó los datos tabulados en el programa estadístico Stata11,1; con el cual se obtuvo estadísticos de asociación. Para la estadística descriptiva se trabajó con las frecuencias/porcentajes para las variables descriptivas y las medianas/rangos intercuartílicos para las variables cuantitativas. Se usó la regresión de los modelos lineales generalizados para la obtención del análisis bivariado y multivariado, con lo cual se obtuvo la RPC (razón de prevalencia cruda), RPa (razón de prevalencia ajustada), IC 95% (intervalo de confianza al 95%) y valor p; todo esto fue obtenido con la familia Poisson, la función de enlace log, los modelos robustos y usando al colegio sede como grupo clúster. Se consideró a los valores $p < 0,05$ como estadísticamente significativos.

Terminología

Asentamiento humano: Lugar dónde se establece una persona o una comunidad; proceso inicial de colonización de tierras o comunidades; se puede dividir en asentamiento humano formal e informal. Los Asentamientos Humanos informales están fuera del esquema de planificación urbana¹⁸. **Urbanización:** Lugar que tiene como mínimo 100 viviendas agrupadas contiguamente, formando manzanas y calles¹⁹.

Consideraciones éticas

Se respetó en todo momento la confidencialidad de los encuestados, además, se remitió informes a los centros educativos participantes al concluir con la tabulación de los datos y generar los resultados. Se tomó en cuenta las normas éticas sobre experimentación humana de la Declaración de Helsinki de 1975. Así mismo, se contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé.

Resultados

De los 289 escolares, el 56,8% (164) del sexo masculino, la mediana de edades fue 14 años (rango intercuartílico: 13-16 años). La media del total de encuestados fue de $14,4 \pm 1,8$ años, en los hombres fue de $14,4 \pm 1,8$ años y en las mujeres $14,5 \pm 1,8$ años. Los encuestados pertenecían a dos colegios públicos y a uno privado; siendo los tres colegios mixtos. El 75,4% (218) residían en un asentamiento humano (tabla 1).

El 20,1% (58) tenían riesgo suicida, además, el 15,2% (44) tenía antecedente familiar de suicidio, el 35,3% (102) tenía deseo pasivo de morir y el 13,2% (38) tuvo planificación suicida en algún momento. La mayoría no tuvo depresión (60,6%) o una leve perturbación del ánimo (19,0%), pero cabe resaltar que hubo casos de depresión grave (4,5%) y depresión extrema (0,7%). Al juntar todas las categorías de depresión, el 20,4% (59) tuvo algún estado depresivo (tabla 2).

De los que estaban en el tercil superior de la escala de bullying, el 38% tuvieron ideación suicida, en cambio, de los que estuvieron deprimidos el 63% tuvieron ideación suicida (figura 1).

Al realizar en análisis bivariado, se obtuvo que estuvo asociado al riesgo suicida el sexo ($p = 0,010$), el tipo de colegio ($p < 0,001$), el tener depresión ($p < 0,001$), el tener un puntaje del tercio superior para bullying ($p < 0,001$), el antecedente familiar de suicidio ($p = 0,012$), el tener deseo pasivo de morir ($p < 0,001$) y el haber planificado en algún momento el suicidio ($p < 0,001$) (tabla 3).

Al realizar en análisis multivariado, se obtuvo incrementaron la frecuencia de riesgo suicida el tener un puntaje del tercio superior para bullying (RPa: 1,83; IC 95%: 1,13-2,99; valor $p = 0,015$), el estar deprimido (RPa: 3,32; IC 95%: 1,69-6,51; valor $p < 0,001$), el antecedente familiar de suicidio (RPa: 1,99; IC 95%: 1,55-2,56; valor $p < 0,001$), el deseo pasivo de morir (RPa: 2,20; IC 95%: 1,86-2,61; valor $p < 0,001$), el haber planificado en algún momento el suicidio (RPa: 2,05; IC 95%: 1,60-2,64; valor $p < 0,001$) y el estudiar en un colegio privado (RPa: 1,16; IC 95%: 1,14-1,18; valor $p < 0,001$); todas estas variables estuvieron ajustadas por el sexo y por la sede educativa (tabla 4).

Discusión

Esta investigación es importante porque muestra una realidad muy poco estudiada en los escolares de ciudades urbanas, que puede dar la base para la generación de estrategias para la detección oportuna y eficaz en los adolescentes con esta condición. Asimismo, puede servir para adoptar modelos adecuados de abordaje, como ya se hacen en países como Colombia, Chile y europeos en el caso de España^{11,20}, ya que en Perú aún nos basamos solo en estudios de reportes de prevalencias; en donde nos señala la existencia de un 40% víctimas solo reportándose acoso escolar²¹, además, de intimidación en colegios de Lima en un 54,7%²².

Se encontró que uno de cada cinco escolares tenía riesgo suicida o de depresión, esto a comparación con lo encontrado en la literatura es similar a lo reportado en países en vías de desarrollo, como la realizada en México²³, así como, en otros países de Sudamérica;

Tabla 1. Características socio-educativas de los escolares de secundaria de tres colegios de la ciudad de Piura

Variable	n	%
Sexo		
Femenino	125	43,2
Masculino	164	56,8
Edad (años)*	14	13-16
Colegio		
Público 1	97	33,6
Público 2	99	34,3
Privado 1	93	32,1
Vive en		
Asentamiento humano	218	75,4
Urbanización	71	24,6

*Mediana y rango intercuartílico.

Tabla 2. Características del suicidio y la depresión entre los escolares de secundaria de tres colegios de la ciudad de Piura

Variable	n	%
Riesgo suicida	58	20,1
Antecedente familiar	44	15,2
Deseo pasivo de morir	102	35,3
Planificación suicida	38	13,2
Depresión		
Normal	175	60,6
Leve perturbación del ánimo	55	19,0
Depresión intermitente	17	5,9
Depresión moderada	27	9,3
Depresión grave	13	4,5
Depresión extrema	2	0,7

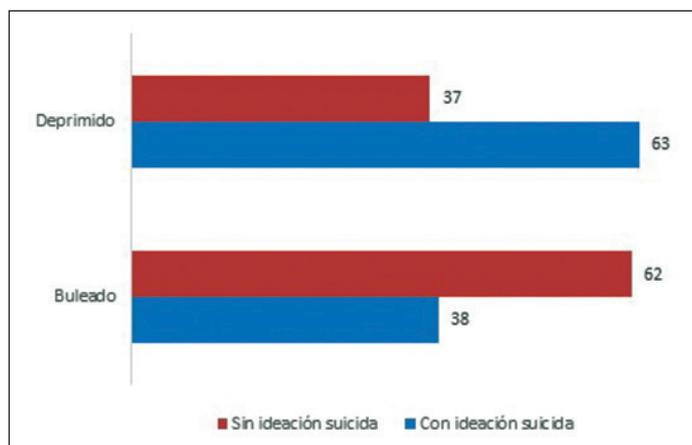


Figura 1. Ideación suicida según el estar deprimido o con un puntaje elevado de bullying entre los escolares de secundaria de tres colegios de la ciudad de Piura.

Tabla 3. Análisis bivariado de los factores mentales y socio-educativos asociados al riesgo suicida entre escolares de secundaria de tres colegios de la ciudad de Piura

Variable	Riesgo suicida N (%)		RPc (IC 95%)	Valor p
	Sí	No		
Sexo				
Masculino	24 (41,4)	140 (60,6)	0,54 (0,34-0,86)	0,010
Femenino	34 (58,6)	91 (39,4)		
Edad (años)*	14 (13-16)	14 (13-16)	0,96 (0,71-1,31)	0,804
Vive en				
Urbanización	14 (24,1)	57 (24,7)	0,98 (0,82-1,17)	0,797
Asentamiento humano	44 (75,9)	174 (75,3)		
Tipo de colegio				
Privado	20 (34,5)	73 (31,6)	1,11 (1,09-1,13)	< 0,001
Público	38 (65,5)	158 (68,4)		
Depresión				
Sí	37 (63,8)	22 (9,5)	0,87 (3,76-12,5)	< 0,001
No	21 (36,2)	209 (90,5)		
Tercil superior de bullying				
Sí	37 (63,8)	60 (26,0)	3,49 (2,26-5,38)	< 0,001
No	21 (36,2)	171 (74,0)		
Otras respecto al suicidio				
Antecedente familiar	17 (29,3)	27 (11,7)	2,31 (1,20-4,44)	0,012
Deseo pasivo de morir	45 (77,6)	57 (24,7)	6,35 (4,74-8,51)	< 0,001
Planificación suicida	27 (46,6)	11 (4,8)	5,75 (4,44-7,44)	< 0,001

RPc (Razón de prevalencia cruda), IC 95% (Intervalo de confianza al 95%) y valor *p* obtenidos con modelos lineales generalizados, con familia *Poisson*, función de enlace log, modelos robustos y usando al colegio como grupo cluster. *Los valores descriptivos se muestran en mediana (rangos intercuartílicos).

Tabla 4. Análisis multivariado de los factores mentales y socio-educativos asociados al riesgo suicida entre escolares de secundaria de tres colegios de la ciudad de Piura

Variable	RPa (IC 95%)	Valor p
Tercil superior de bullying	1,83 (1,13-2,99)	0,015
Deprimido	3,32 (1,69-6,51)	< 0,001
Antecedente familiar de suicidio	1,99 (1,55-2,56)	< 0,001
Deseo pasivo de morir	2,20 (1,86-2,61)	< 0,001
Planificación suicida	2,05 (1,60-2,64)	< 0,001
Estudia en colegio privado	1,16 (1,14-1,18)	< 0,001
Sexo masculino	0,91 (0,61-1,36)	0,650

RPa (Razón de prevalencia ajustada), IC 95% (Intervalo de confianza al 95%) y valor *p* obtenidos con modelos lineales generalizados, con familia *Poisson*, función de enlace log, modelos robustos y usando al colegio como grupo clúster.

donde muestran que 2,5-3 de cada 10 escolares presentan depresión y conductas suicidas^{8,24}. Así mismo, un estudio realizado en la provincia del Callao (que está junto a la capital) encontró datos muy similares a los que reportamos en nuestra investigación²⁵. Estas dos variables se asociaron en el modelo multivariado, ya que el estar deprimido incrementó en 232% el riesgo

suicida entre los escolares, esto ha sido reportado por otros estudios, dados principalmente en países como Estados Unidos, en donde se realizan intervenciones inmediatas según el hallazgo de las primeras conductas mostradas por el adolescente^{26,27}. Un estudio reciente realizado en pobladores rurales de nuestro país muestra que la depresión se asocia a otros problemas de la esfera mental, como son el alcoholismo y el hábito tabáquico²⁸, si bien nuestros resultados son en escolares y de zonas urbanas, muchos tienen padres y familiares que proceden de zonas rurales, lo que podría ser un factor importante. Se recomienda que las instituciones encargadas generen programas de detección y apoyo de síntomas que muestren una alteración en la salud mental de los escolares, ya que solo así se podrá mejorar esta situación y las consecuencias que se tienen a corto, mediano y largo plazo. Del mismo modo se recomienda también que los padres sean también incorporados en este tipo de programas, al ser el hogar en donde el adolescente puede encontrar su primer mecanismo de ayuda²⁹.

También se encontró aquellos que estaban en el tercil superior de bullying tenían mayor frecuencia de riesgo suicida, esto sobre todo se ha reportado en situaciones de familias disfuncionales o que tienen fac-

tores socioeconómicos deficientes, Águila Calero et al reportó que esto se incrementa entre más limitaciones económicas se cuenten en el hogar y mientras los adolescentes tengan menor atención por parte de los padres; ya que se generan formas de compensación por parte del adolescente³⁰. El factor económico ha sido reportado como un factor asociado para el incremento de la frecuencia del alcoholismo entre pobladores rurales de nuestro país²⁸, que refuerza la hipótesis de que la familia y el entorno podría estar influyendo en esta relación. Esto ha sido mostrado en parte por una investigación en una población similar, en donde se encontró que la calidad de vida de los escolares está asociada con la relación/juego que tienen con integrantes de su familia³¹. Por lo que deben realizarse investigaciones que estudien al entorno familiar, como un factor en la cadena de generación de problemas mentales entre los menores de edad.

El estudiar en un colegio privado incrementó el riesgo suicida entre los escolares, esto ha sido reportado en investigaciones realizadas por Martins³² y también la que dirigió Leyva³³ donde muestran que esto posiblemente se debe a que los estudiantes de instituciones privadas podrían tener una mayor desatención por parte de los padres, lo cual repercute en sentimientos de índole negativo, como lo son la frustración, la ira, la depresión y otras conductas ligadas a estos problemas³¹. En el caso de Perú uno de los resultados más actuales es el generado por Díaz Rodríguez (2014), el cual también muestra mayores riesgos en este tipo de población bajo las condiciones expuestas anteriormente⁹.

Por último, resaltamos existe asociación entre el riesgo suicida y algunas características medibles de este problema, como lo son el deseo pasivo de morir, la planificación suicida y el antecedente familiar de suicidio; estas características han sido medidas ampliamente en países desarrollados, como lo reportan Joe³⁴ y Lofthouse³⁵. Siendo una de las variables más importantes las de antecedente familiar de suicidio, que incrementa en 21% el riesgo para el suicidio, otra importante es el riesgo pasivo de morir, que eleva en 13%. En nuestro medio no se han realizado este tipo de investigaciones en menores de edad, pero se ha reportado que los estudiantes universitarios tienen la influencia de hábitos sociales, académicos y culturales en la presentación de depresión³⁶ y burnout³⁷; lo que debería ser investigado en trabajos específicos, ya que, al conocer estas características y/o formas de presentación se pueden elaborar estrategias específicas para la detección de estas conductas, lo que serviría al sistema educativo y de salud para la detección y tratamiento oportuno puesto que los instrumentos y estrategias con las que contamos datan del año 2008³⁸, estando ya desfasadas dentro del sector salud y según las necesidades actuales.

El estudio tuvo la limitación principal del sesgo

de información, ya que algunos encuestados tuvieron conductas de desobediencia e indisciplina durante la resolución del cuestionario, otros quedaron excluidos ante la negativa de los padres a que participen en la investigación; se cree que todo esto forma parte de las manifestaciones de un ambiente/comportamiento que muestra patrones problemáticos y de trastornos de la esfera mental. Otra limitación puede darse por los test usados, ya que no es el patrón de oro (la consulta psiquiátrica), sin embargo, son pruebas que han sido generadas para la realización de estudios en grandes poblaciones y que tienen buenos estadísticos de validez interna. Por último, los resultados se aplican solo a los colegios evaluados, debido a las características del muestreo; pero los resultados pueden tomarse como preliminares, esto debido a que los colegios encuestados comparten características con otros muchos de la región y de ciudades similares. A pesar de estas limitaciones, los resultados son importantes, ya que pueden mostrar una realidad de varias instituciones educativas en una importante ciudad del norte peruano, lo que deja entrever el importante problema de salud mental que tienen desde pequeños los escolares, que podría afectar en gran manera su entorno actual y futuro.

Se concluye que la salud mental de los escolares estuvo comprometida en múltiples aspectos, siendo elevados los porcentajes de ideación suicida, depresión y bullying. Asimismo, incrementó la frecuencia de riesgo suicida el tener un puntaje del tercio superior para bullying, el estar deprimido, el antecedente familiar de suicidio, el deseo pasivo de morir, el haber planificado en algún momento el suicidio y el estudiar en un colegio privado.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales: Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C. Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007;30:59-66.
- Girard G. Comportamiento suicida en niños, niñas y adolescentes. Programa Nacional de Actualización Pediátrica. Sociedad Argentina de Pediatría. Módulo 3; 2011:43-68.
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. Geneva: World Health Organization. [Internet]. [citado el 19 de febrero de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua
- Madrigal AL, Romeo BS. Conducta suicida en adolescentes. Actualidad y consideraciones. *Rev. Finlay*. 2016; 6(2):79-80.
- Águila Calero G, Díaz Quiñones J, Díaz Martínez P, Cruz Pérez N. Instrumento para determinar necesidades de conocimiento de los padres acerca de la adolescencia y su manejo. *Medisur* [Internet]. 2016 Dic [citado 2017 Feb 20]; 14 (6): 748-759. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000600010&lng=es.
- Perales A, Sogi C, Salas RE. Salud mental en adolescentes del distrito de Magdalena. Lima: DIMERSA; 1996.
- Vargas HB, Saavedra JE. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev Neuropsiquiatr* 75(1);2012.
- Ceballos-Ospino GA, Suarez-Colorado Y, Suescún-Arregocés J, Gamarra-Vega LM, González K E, Sotelo-Manjarres AP. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 15-22, ene. 2015. ISSN 2389-783X. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1394>. Fecha de acceso: 20 feb. 2017 doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.1394>.
- Díaz Rodríguez A. Asociación entre acoso escolar y autoconcepto de agresoras, víctimas y observadoras en las alumnas de secundaria de dos colegios nacionales, Lima 2013. [Tesis para optar por el título de Médico Cirujano]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2014.
- García L, Orellana O, Pomalaya R, et al. Cyberbullying en escolares de educación secundaria de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*. 2010;13(2):83-99.
- Bustamante F, Florenzano R. Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2013;51(2):126-36.
- Palacios J, Andrade P. Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*. 2007;7:5-16.
- Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas RE. Adaptación del cuestionario de Salud Mental (para población de 18 y más años) Lima, 1993. En: *Salud mental de una población urbano marginal de Lima*, Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"; 1995;101-11.
- Sandoval-Ato R. Asociación entre bullying-ciberbullying y conducta suicida en adolescentes de colegios públicos y privados de la ciudad de Piura. [Tesis para optar por el título de Maestro en Ciencias en Investigación Clínica]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
- Casas J, Del Rey R, Ortega-Ruiz R. Bullying and cyberbullying: Convergent and divergent predictor variables. *Computers in Human Behavior*. 2013;29:580-7.
- Grading P, Strohmeier D, & Spiel Ch. (2010). Definition and Measurement of Cyberbullying. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*,4(2), article 1. http://cyberpsychology.eu/view.php?cisloc_lanku=2010112301&article=1
- Rodríguez-Amaro E, Farfán-Rodríguez D. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes del 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria*. 2015;4(2):71-8.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. Glosario de Términos-Compendio Estadístico Provincia Constitucional del Callao. 2014.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. Definiciones y Conceptos Censales Básicos-Anexo 4. 2014.
- Ministerio de sanidad, política social e igualdad-guías de práctica clínica en el SNS: Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. España 2011. Disponible en: http://www.guiasalud.es/gpc/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_vol1_compl.pdf.
- Ccoica T. Bullying y funcionalidad familiar en una institución educativa del Distrito de Cómas. Perú: [Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología]. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal; 2010.
- Oliveros M, Figueroa L, Mayorga G, Cano G, Quispe Y, Barrientos A. Intimidación en colegios estatales de secundaria del Perú. *Revista Peruana de Pediatría*. 2009;62(2):68-78.
- Martín-del-Campo A, González C, Bustamante J. El suicidio en adolescentes. *Revista Médica Hospital General México*. 2013;76(4):200-9.
- Aguirre-Flórez D, Cataño-Castrillón J, Constanza S, et al. Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2015;63(3):419-29.
- Vargas H, Saavedra J. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2012;16(3):01-11.
- Patton G, Coffey C, Cappa C, et al. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data Patton. *The Lancet*. 2012;379(9826):1665-75.
- Klomek-Brunstein A, Kleinman M, Altschuler E, Marrocco F, Amakawa L, Gould MS. Suicidal adolescents' experiences with bullying perpetration and victimization during high school as risk factors for later depression and suicidality. *J Adolesc Health*. 2013;53Suppl 1:S37-42.
- Quiñones-Laveriano DM, Espinoza-Chiong C, Scarsi-Mejía O, Rojas-Camayo J, Mejía CR. Altitud geográfica de residencia y dependencia alcohólica en pobladores peruanos. *Rev Colomb Psiquiat*. 2015;45(2):1-8.
- Casassus R, Valdés M, Florenzano R, Cáceres E, Aspíllaga C, Santander S. Parentalidad y salud mental adolescente: diferencias entre ciudades y tipo de dependencia escolar. *Revista de Psicología* [revista en Internet]. 2011 [citado 12 May 2016];20(2): [aprox. 45p]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26421338006>.
- Calero GA. Adolescencia. Necesidades de conocimiento de los padres acerca de su manejo [Tesis para optar por el título de Máster en Psicología de la Salud]. Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médicas; 2015. Disponible en: <http://instituciones.sld.cu/ucmh/>
- Solano FE, Vilela-Estrada MA, Meza-Liviapoma J, Araujo-Chumacero MM, Vilela-Estrada AL, Mejía CR. Factores sociofamiliares asociados a la calidad de vida en niños de colegios de la ciudad de Piura, Perú. *Rev Chil Pediatr*. 2017;88(2):223-9.
- Madrigal AL, Romeo BS. Conducta suicida en adolescentes. Actualidad y consideraciones. *Rev. Finlay*. 2016;6(2):79-80.
- Duarte Martins MF. Factores de riesgo para la calidad del ambiente en una población de niños nacidos en la ciudad de Pelotas, RS, Brasil [Tesis para optar por

- el título de Doctor en Psicología Clínica]. Disponible en: http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/764/9_martins.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Joe S, Baser RS, Neighbors HW, Caldwell CH, Jackson J. 12-month and lifetime prevalence of suicide attempts among black adolescents in the national survey of American life. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(3):271-82.
 35. Lofthouse N, Yager J. Nonsuicidal self-injury and suicide risk among adolescents. *Curr Opin Pediatr*. 2009;21(5):641-5. <http://doi.org/cwqnm>.
 36. Vargas M, Talledo-Ulfe L, Heredia P, Quispe-Colquepisco S y Mejía CR. Influencia de los hábitos en la depresión del estudiante de medicina peruano: estudio en siete departamentos. *Rev Colomb Psiquiat*. 2017. [en prensa].
 37. Mejía CR, Valladares-Garrido MJ, Talledo-Ulfe L, et al. Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de medicina. Estudio multicéntrico en siete facultades de medicina peruanas. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2016;54(3):207-14.
 38. Ministerio de Salud del Perú: Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría. 2008.