

Intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes y jóvenes

Educational intervention for the prevention of suicidal behavior in adolescents and young people

Héctor Figueredo Acosta¹ <https://orcid.org/0000-0002-0321-9978>

¹Hospital Militar "Dr. Joaquín Castillo Duany". Santiago de Cuba, Cuba.

*Correspondencia. Correo electrónico: hfigueredo@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La Organización Mundial de la Salud define el suicidio como "el acto deliberado de quitarse la vida". Los comportamientos suicidas abarcan un amplio espectro, desde la ideación suicida, hasta el intento y la consumación del acto.

Objetivo: Determinar los efectos de una intervención educativa en el nivel de conocimientos sobre el comportamiento suicida en adolescentes y jóvenes.

Métodos: Se realizó un estudio de intervención educativa encaminado a adolescentes y jóvenes, pertenecientes al área de salud del policlínico docente Bayamo Oeste, en el período comprendido entre abril del 2010 y marzo del 2011. A través de cuestionarios se identificó el riesgo suicida dentro de los participantes, así como el nivel de conocimientos sobre el tema; a partir de ello se desarrollaron actividades docentes educativas con temáticas referentes al suicidio. Los datos fueron procesados mediante el sistema SPSS y se emplearon como medidas de resumen de variables cuantitativas las frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados: Se identificaron 11 participantes con riesgo suicida. Más del 80 % del grupo de estudio muestra nuevos conocimientos luego de aplicada la intervención educativa.

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

Bajo licencia Creative Commons

Conclusiones: Se diseñó y aplicó con efectividad la intervención educativa lo cual permitió elevar el nivel de conocimientos sobre el comportamiento suicida en adolescentes y jóvenes.

Palabras claves: suicidio; suicidio, prevención y control; intento de suicidio.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is defined by the World Health Organization as "the deliberate act of taking one's own life". Suicidal behavior covers a wide spectrum, from suicidal ideation to the attempt and completion of the act.

Objective: To determine the effects of an educational intervention on the level of knowledge of suicidal behavior in adolescents and young people.

Methods: We conducted an educational intervention study aimed at adolescents and young people, belonging to the health area of the Bayamo Oeste teaching polyclinic, in the period between April 2010 and March 2011. Through questionnaires, we identified the suicidal risk within the participants, as well as the level of knowledge about the subject; from this, educational teaching activities were developed with topics related to suicide. The data obtained were processed through the SPSS and absolute frequencies and percentages were used as summary measures of quantitative variables.

Results: 11 participants with suicidal risk were identified. More than 80% of the study group showed new knowledge after the educational intervention was applied.

Conclusions: The educational intervention was designed and effectively applied which allowed to increase the level of knowledge about suicidal behavior in adolescents and young people.

Keywords: suicide; suicide prevention; suicide attempt.

Recibido: 02/08/2019

Aprobado: 20/04/2020

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

Bajo licencia Creative Commons

INTRODUCCIÓN

Etimológicamente el término suicidio deriva del griego, y significa *sui*: uno mismo y *cidium*: asesinato. Su significado es entonces, la muerte voluntaria de una persona (matarse a uno mismo). La Organización Mundial de la Salud define el suicidio como "el acto deliberado de quitarse la vida".

La conducta suicida agrupa toda una serie de aspectos que incluyen la idea del suicidio, la forma y condiciones en que se hará hasta llegar al intento o la consumación del acto en sí, sin que exista una interrelación obligatoria entre estos. No obstante, hay que prestarle gran atención al riesgo potencial que tiene cada aspecto, independientemente de cuál sea la intención.^(1,2)

El suicidio se ha estudiado a través de dos vertientes principales: desde la problemática individual como unidad de análisis o a través de la utilización de datos de conjunto tales como tasas de suicidio en asentamientos poblacionales, ciudades, estados o países. Los estudios que evalúan aspectos individuales tienen en cuenta las costumbres, actitudes, integración social, la personalidad, así como el estado de salud tanto físico como mental de las personas.^(1,2)

Durante los últimos cien años, ha habido un aumento significativo en el número de suicidios en la mayoría de los países del mundo. Según la OMS, más de un millón de personas mueren por suicidio, lo cual significa que cada minuto, dos o más personas mueren por esta causa. Se evidencia una tendencia ascendente, lo cual es un reto para la salud pública actual.⁽³⁾

La OMS estimó que ocurrieron 788 000 muertes por suicidio en el mundo en el 2015, para una tasa anual mundial ajustada por edad de 10,7 por 100 000 habitantes (13,6 entre hombres y 7,8 entre mujeres). Para la región de las Américas, la tasa ajustada fue de 9,09 y, junto con la región del Mediterráneo Oriental, exhibieron las tasas más bajas por regiones.⁽⁴⁾ Históricamente, América Latina y el Caribe han tenido tasas de suicidio inferiores al promedio mundial, aunque clasifican entre las tres principales causas de muerte a escala mundial en las personas de 15 a 34 años de edad.⁽⁵⁾

En Australia, más de 3 100 personas murieron por suicidio en 2017 y se cree que la cantidad de personas que intentaron suicidarse es al menos veinte veces mayor que el número de muertes por suicidio registradas.⁽⁶⁾

El suicidio es una de las principales preocupaciones de la salud pública en todo el mundo. En España, es la mayor causa de muerte extrahospitalaria en adultos y la tercera causa de muerte en la población entre 15 y 29 años. Esto es especialmente preocupante, pues estudios recientes han identificado un aumento

en el comportamiento suicida, entre los adolescentes. Por ejemplo, en un estudio realizado en 1 664 adolescentes españoles, el 6,9 % de los participantes mostraron altos niveles de ideación suicida, y el 4 % había intentado suicidarse durante el año anterior. De manera similar, en una muestra de 151 191 adolescentes de los EE.UU. de América, el 4,2 % reportó al menos un intento de suicidio durante el año anterior.⁽⁷⁾

Se ha estimado que para el año 2020, el suicidio contribuirá en más del 2 % a la carga de enfermedad a nivel mundial. Esto es considerado un grave problema de salud pública, potencialmente prevenible mediante actuaciones eficaces.⁽⁸⁾

En Cuba, según el último reporte estadístico de salud, la mortalidad por lesiones autoinflingidas está entre las 10 primeras causas con una tasa bruta global de 13,9 por cada 100 000 habitantes, mayor en relación a períodos precedentes. Constituye la tercera causa en adolescentes, con 32 defunciones en el 2017, para una tasa de 2,5 por cada 100 000 habitantes.⁽⁹⁾

Las conductas suicidas pueden ser incrementadas ante el consumo de alcohol, o el uso de sustancias psicoestimulantes. El rol de la familia también juega un papel importante, sobre todo en la adolescencia.^(1,10) El grupo de pares es determinante como factor protector o de riesgo; el rechazo del adolescente por sus compañeros, el acoso escolar (*bullying*), y cada vez más fuerte el ciberacoso, este último presente no solo en el marco escolar, y así como el aislamiento adoptado por una orientación sexual determinada o identificación de género, no aceptada en el grupo constituyen factores de riesgo para el comportamiento suicida.^(1,11,12)

Se hace necesaria la prevención y detección precoz del comportamiento suicida, sobre todo, dentro de los grupos considerados de riesgo. Para lograrlo, es preciso elevar el nivel de conocimientos entre adolescentes y jóvenes. En ellos se identifican mayor número de factores de riesgo y a su vez, desconocimiento de estos factores.

Este trabajo se propuso determinar los efectos de una intervención educativa en el nivel de conocimientos sobre el comportamiento suicida en adolescentes y jóvenes.

MÉTODOS

Se realizó una intervención educativa, en 32 adolescentes entre 17 y 19 años de edad, y 18 jóvenes entre 20 y 26 años, durante el período de abril 2010 a marzo del 2011. La cifra estuvo determinada por los sujetos que participaron voluntariamente en el estudio y son moradores de un área de salud del policlínico docente Bayamo Oeste, en la provincia Granma.

Se aplicó inicialmente una encuesta diseñada por *Pérez Barrero*⁽¹³⁾ para identificar a los sujetos con y sin riesgo. Con este criterio se formaron dos grupos.

Luego se midió el nivel de conocimientos sobre el tema conducta suicida. Para ello se aplicó un nuevo cuestionario, elaborado por el autor, con 7 preguntas cerradas, que incluyen varias opciones de respuestas (anexo). A partir del resultado de este cuestionario se desarrollaron actividades docentes educativas, mediante conferencias y clases talleres, como formas de organización de la enseñanza. Se abordaron temáticas referentes al suicidio, en correspondencia con las necesidades educativas encontradas. Cada encuentro se realizó con una periodicidad semanal, para cada grupo y una duración de 60 minutos, con 8 sesiones o encuentros.

Los temas abordados en la intervención educativa fueron los siguientes:

- Generalidades sobre la conducta suicida. Evolución histórica y tendencias actuales de su comportamiento en Cuba y el resto del mundo.
- Principales características del comportamiento suicida. Factores protectores y de riesgo.
- La idea suicida. Concepto y variedades clínicas.
- El sobreviviente al suicidio. Características y seguimiento. Manejo de la conducta suicida en adolescentes y jóvenes.
- Mitos y realidades sobre la conducta suicida.

Una vez concluidas las actividades docentes educativas se evaluó el nivel de conocimientos de cada participante. Para ello se aplicó nuevamente el mismo examen con variación en el orden de sus 7 preguntas. Los datos obtenidos, a partir de los exámenes aplicados a los grupos de estudio, antes y después en la intervención, fueron procesados mediante el sistema SPSS y se reflejaron en tablas de

contingencias. Se emplearon como medidas de resumen de variables cuantitativas, los números absolutos y porcentajes.

Este estudio se realizó bajo las condiciones de respeto a los derechos de las personas y a los postulados éticos que afectan a la investigación biomédica con seres humanos; fue aprobado en el comité de ética para las investigaciones científicas del Policlínico Docente Bayamo Oeste.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestran 8 adolescentes con riesgo suicida y 24 sin riesgo (25 y 75 % respectivamente). Se encontraron 3 jóvenes con riesgo suicida y 15 sin riesgo (16,7 y 83,3 %).

Tabla 1 - Distribución de los sujetos según el riesgo suicida

Encuestados	Con riesgo		Sin riesgo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Adolescentes	8	25	24	75	32	100
Jóvenes	3	16,7	15	83,3	18	100
Total	11	22	39	78	50	100

La tabla 2 muestra la evaluación de los conocimientos antes y después de la intervención en el grupo de participantes identificados con riesgo de suicidio. Antes solo 2 sujetos tienen buenos conocimientos (18,2 %), 6 poseen regulares (54,5 %) y 3 tienen malos (27,3 %). Luego de la intervención, 7 participantes adquirieron buenos conocimientos (63,6 %), 3 regulares (27,3 %) y solo 1 sujeto se mantuvo con malos (9,1 %).

Tabla 2 – Nivel de conocimientos de los adolescentes y jóvenes con riesgo suicida, antes y después de aplicada la intervención educativa

Conocimientos sobre suicidio		Bueno		Regular		Malo		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Momento de aplicación	Antes	2	18,2	6	54,5	3	27,3	11	100
	Después	7	63,6	3	27,3	1	9,1	11	100

Al analizar el nivel de conocimientos antes y después de la intervención (tabla 3) del grupo sin riesgo de conducta suicida, de 39 sujetos, al inicio de la intervención 15 de ellos tenían conocimientos malos (38,46 %), 17 regulares (43,59 %) y 7 buenos (17,95 %). Después, 12 incrementaron sus conocimientos; 25 alcanzaron un nivel de bueno (64,10 %), disminuyeron los sujetos con conocimientos regulares y malos a 11 y 3 respectivamente (28,21 y 7,69 %).

Tabla 3 - Conocimientos de los adolescentes y jóvenes sin riesgo suicida antes y después de la intervención

Conocimientos sobre suicidio		Bueno		Regular		Malo		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Momento de aplicación	Antes	7	17,95	17	43,59	15	38,46	39	100
	Después	25	64,10	11	28,21	3	7,69	39	100

DISCUSIÓN

El suicidio es un fenómeno multicausal, entendido como resultado de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales.⁽¹⁴⁾ La orientación suicida es el conjunto de pensamientos y sentimientos que inducen la idea suicida y representa un alto riesgo para el desarrollo del comportamiento suicida, que constituye hoy en día un tema de gran relevancia y repercusión para la salud pública mundial.⁽¹⁰⁾

Entre las estrategias de prevención de los factores de riesgos suicida están las de prevención universal, para llegar a toda la población en general. Por su parte las estrategias de prevención selectivas van encaminadas a grupos vulnerables detectados.

Una vez identificadas las situaciones o personas de riesgo se pueden desarrollar actividades de prevención específicas por el equipo básico de salud en la atención primaria.⁽⁵⁾

La evaluación del paciente con riesgo suicida es un proceso dinámico, debe ser metódico y minucioso, orientada a detectar quiénes suponen una amenaza inmediata para su propia vida. Con el avance de la investigación en temas de suicidio y para objetivar la evaluación del riesgo suicida, se han desarrollado varios instrumentos. Las primeras evaluaciones fueron simples listas de chequeo de información

demográfica, relacionadas con suicidalidad. Con el tiempo y mayores conocimientos, evolucionaron a cuestionarios más extensos con subescalas separadas, que evalúan distintos aspectos que influyen en el riesgo suicida.⁽⁶⁾

Debido a las graves consecuencias de la conducta suicida durante la adolescencia, la identificación de los factores de protección que podrían impedirla en una población, debería ser una prioridad para las políticas de salud pública mental. Se ha demostrado que, en la comunidad, los médicos de familia y las escuelas, desempeñan un papel fundamental en la prevención de la conducta suicida durante la adolescencia. Las intervenciones de salud mental que promueven la funcionabilidad familiar y un clima escolar positivo, son necesarias para prevenir el comportamiento suicida entre los adolescentes.⁽⁷⁾

En EE.UU. el departamento de defensa, con el fin de lograr reducir el comportamiento suicida entre jóvenes que cumplen con el servicio militar, ha desarrollado como herramienta, un proceso de preparación para la salud, mediante entrevistas y proyectos de capacitación a sus miembros.⁽¹⁵⁾

En Australia se reportan otras formas, también de prevención, mediante estudios con las experiencias de personas sobrevivientes a intentos de suicidios.⁽⁶⁾

Como parte de las actividades de promoción y prevención de salud, los proyectos de intervención educativa, en cada sesión, propician la interrelación grupal. Esto permite que se compartan experiencias, ideas y situaciones problemáticas, se vencen los temores a compartir sentimientos e iniciativas y se alcanzan resultados prácticos y emocionales positivos, lo cual facilita la reflexión y adopción de conductas sanas.

Con esta investigación se realizaron las actividades propuestas para el trabajo con el principal grupo de riesgo de suicidio de estos tiempos que son los adolescentes y jóvenes. Antes de aplicar la intervención educativa, prevaleció el desconocimiento sobre la conducta suicida, sus factores de riesgos, formas de manifestarse, mitos sobre el tema. Esta situación cambió una vez concluida y se demostró que las actividades educativas, son herramientas en la promoción de conductas sanas, para combatir y prevenir la idea suicida.

El estudio está limitado solo al principal grupo de riesgo de suicidio; sin embargo, en el futuro pueden desarrollarse nuevas herramientas para hacerlo más didáctico y extensivo a otros grupos de edades en cualquier escenario del proceso de promoción de salud en la sociedad.

Se concluye que la intervención educativa fue efectiva con resultados positivos en los participantes. Estos lograron mejorar el nivel de conocimientos sobre el comportamiento suicida en adolescentes y jóvenes. Asimismo, se convirtieron en promotores de salud, de forma subliminal, dentro de sus comunidades y círculos de actuación, como nuevas fortalezas en el combate de la conducta suicida tan frecuente en la actualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Girard G. El suicidio en la adolescencia y en la juventud. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. 2017 [acceso: 23/02/2020];5(2):[aprox. 12 p].
Disponible en:
<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLE-SCERE/vol5num2-2017/22-31.pdf>
2. Loba NJ, Morales DF. Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados. Villahermosa - Tolima, 2013. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016 [acceso: 23/02/2020]; 34(1):[aprox. 8 p].
Disponible en:
<https://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n1/v34n1a12.pdf>
3. Kołodziej-Sarzyńska M , Majewska M , Juchnowicz D , Karakuła-Juchnowicz H . Risk factors of suicide with reference to the theory of social integration by Émile Durkheim. Psychiatr Pol. 2019 [acceso: 23/02/2020]; 53(4):865-881. Disponible en:
https://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_4_2019/ENGver865Ko-lodziejSarzynska_PsychiatrPol2019v53i4.pdf
4. Chaparro-Narváez P, Díaz-Jiménez D, Castañeda-Orjuela C. Tendencia de la mortalidad por suicidio en las áreas urbanas y rurales de Colombia, 1979-2014. Biomédica. 2019 [acceso: 23/02/2020];39:339-53. Disponible en: <https://www.scielo.org.co/pdf/bio/v39n2/0120-4157-bio-39-02-00339.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional. Washington, DC: OPS; 2014 [acceso: 23/02/2020]. Disponible en:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>
6. Maple M, McKay K, Sanford R. The Attempt Was My Own! Suicide Attempt Survivors Respond to an Australian Community-Based Suicide Exposure Survey. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2019

[acceso: 23/02/2020]; 16(22):[aprox.12p.]. Disponible en:

<https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC688-8602&blobtype=pdf>

7. Ruiz-Robledillo N, Ferrer-Cascales R, Albaladejo-Blázquez N, Sánchez-San Segundo M. Family and School Contexts as Predictors of Suicidal Behavior among Adolescents: The Role of Depression and Anxiety. *J Clin Med*. 2019 [acceso: 23/02/2020];8(12):[aprox. 13 p.] Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6947333/>

8. Almazán Isla J, Arrojo Romero M, Bernardo Arroyo M, Bulbena Vilarrasa A, Cuesta JP, Fernández-Cuenca R, et al. *Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia epidemiológica*. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2016. [acceso: 23/02/2020]. Disponible en:

<https://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=09/01/2018-44802ce4e8>

9. Ministerio de Salud Pública. Dirección de registros médicos y Estadística de Salud. Anuario Estadístico de Salud. La Habana. 2018. [acceso: 23/02/2020]. Disponible en:

<https://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>

10. Paniagua RE, González CM, Rueda SM. Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2014 [acceso 23/02/2020];32(3):314-21. Disponible en: <https://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n3/v32n3a06.pdf>

11. Escobar Echavarría J, Montoya González LE, Restrepo Bernal D, Mejía Rodríguez D. Ciberacoso y comportamiento suicida. ¿Cuál es la conexión? A propósito de un caso. *Rev Colomb Psiquiat*. 2017 [acceso: 23/02/2020];46(4):247-251. Disponible en: <https://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v46n4/0034-7450-rcp-46-04-00247.pdf>

12. Pineda-Roa CA. Factores de riesgo de ideación suicida en una muestra de adolescentes y jóvenes colombianos autoidentificados como homosexuales *Rev Colomb Psiquiat*. 2019 [acceso: 23/02/2020];48(1):2-9. Disponible en:

<https://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v48n1/0034-7450-rcp-48-01-2.pdf>

13. Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1999 [acceso: 23/02/2020]; 15(2):196-217. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n2/mgi13299.pdf>

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

14. Cuesta-Revé D. Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. Rev Mex Pediatr. 2017 [acceso: 23/02/2020]; 84(2):72-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp172f.pdf>

15. Curley JM , Penix EA , Srinivasan J , Sarmiento DM , McFarling LH , Newman JB , Wheeler LA . Development of the U.S. Army's Suicide Prevention Leadership Tool: The Behavioral Health Readiness and Suicide Risk Reduction Review (R4). Military Medicine.2019 [acceso: 23/02/2020];185(5-6):e668-77. Disponible en: <https://academic.oup.com/milmed/advance-article/doi/10.1093/milmed/usz380/5637579>

Anexo

Cuestionario: Valoración del nivel de conocimientos sobre suicidio.

1. ¿En quiénes son más frecuentes las tentativas de suicidio?

- a) En las personas mayores
- b) En las niñas/os
- c) En los jóvenes
- d) En los adolescentes

2. El suicidio es más frecuente:

- a) En hombres
- b) En mujeres
- c) En casados
- d) En solteros
- e) En creyentes
- f) En ateos
- g) En todos los casos anteriores

3 El método de intento suicida más utilizado por el adolescente es:

- a) La precipitación
- b) La inmersión
- c) El ahorcamiento

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

d) Ingestión de fármacos

e) Asfixia

f) Si considera otros métodos menciónelos

4. De las proposiciones que aparecen a continuación marque las que considere como comportamiento suicida:

a) Deseo de morir

b) Soñar que se mataba

c) Decir que se va a matar pero no sabe cómo

d) Amenazar

e) Realizar el intento suicida

f) Deseo de dormir profundamente y no despertar

g) Deseo de desaparecer

5. El intento suicida puede expresar:

a) Rabia, inconformidad, frustración

b) Debut de una enfermedad psiquiátrica

c) Reacción ante una pérdida

d) Forma inadecuada de vivir

e) Reclamación de apoyo

f) Agresión contra otros

g) Expresión de una conducta ganancial

h) Abuso físico y/o sexual

i) Evitar el dolor físico

j) Procesos legales inminentes

k) Consecuencias de situaciones morales con implicaciones sociales severas.

l) Miedo al castigo

m) Imitación

6. De las proposiciones que aparecen a continuación marque aquellas con las que esté de acuerdo:

a) La tendencia al suicidio se hereda.

b) La gente que habla de suicidarse nunca lo hace

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

- c) El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso
- d) La tarea de prevenir le corresponde a los psicólogos y psiquiatras
- e) Las variaciones en el comportamiento escolar no tienen nada que ver con la conducta suicida
- f) Las alteraciones en el comportamiento sexual (precocidad, promiscuidad, aborto, embarazos no deseados, masturbación compulsiva, violación) constituyen un factor reforzante de la conducta suicida
- g) La mejor solución para los adolescentes que han hecho un intento suicida es tratar de olvidarlo
- h) Mejorar de una crisis suicida significa que el peligro ha desaparecido

7. ¿Considera que la realización de un intento suicida puede traer consecuencias para la vida posterior de la persona?

SI___ NO___

Si su respuesta es Sí, marque con una X las consecuencias que crea puede ocasionar:

- a) ___Dificultades en las relaciones con coetáneos
- b) ___Dificultades en su relación de pareja
- c) ___Dificultades en su relación familiar
- d) ___Sentimientos de culpabilidad, miedo, temor
- e) ___Otras

Calificación:

Todos los incisos tienen un valor de 1 punto, si las selecciones son correctas.

- Pregunta 1 con un valor de 4 puntos, las respuestas correctas son los incisos c) y d).
- Pregunta 2 con un valor de 7 puntos, las opciones correctas son a), d) y f).
- Pregunta 3 con un valor de 5 puntos, la respuesta a seleccionar es el inciso d)
- Pregunta 4 con un valor de 7 puntos, las opciones a seleccionar de forma correcta son los incisos a), c), d), e) y g).
- Pregunta 5 con un valor de 13 puntos la respuesta correcta es la selección de todos los incisos.
- Pregunta 6 con un valor de 8 puntos solamente es correcto el inciso f).
- Pregunta 7 comienza en forma de pregunta cerrada dicotómica, y una vez seleccionada la opción correcta con un valor de un punto, hay que seleccionar el resto de las opciones para un valor total de 6 puntos.

Los resultados se interpretaron según escala evaluativa como buenos cuando la calificación estuvo entre 38 y 50 puntos, regulares entre 22 y 37, y malos cuando la puntuación fue menor de 22.

Conflictos de intereses

El autor plantea no presentar conflictos de intereses.

Declaración de autoría

Héctor Figueredo Acosta: El autor se responsabiliza con el contenido del artículo.