



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y  
CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“PERFIL DE IDEAS SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE  
ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS.  
AYACUCHO, 2015”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**Presentada por:**

**Br. TENORIO BARRIOS, Kiliani**

**AYACUCHO - PERÚ**

**2016**

***No hay barrera, cerradura, ni cerrojo  
que puedas imponer a la libertad de la  
mente.***

***Virginia Woolf (1882-1941)***

A Dios, por su infinito amor.

A mis padres Jesús e Irene, por brindarme su apoyo a lo largo de mi vida y ser poseedores del arte necesario para inspirarme en el respeto, el amor y la amistad.

**Kiliani**

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Alas Peruanas, *Alma Máter*, por permitirnos ocupar sus aulas y lograr esta docta profesión.

A la Escuela Profesional de Enfermería, por su liderazgo en la investigación científica.

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, por su calidad y calidez profesional y pedagógica.

A la asesora Mg. Nancy Chachaima Pumasoncco, por sus apreciaciones y sugerencias en el desarrollo de la tesis.

Al co-asesor Ph.D. Billy Williams Moisés Ríos, por sus apreciaciones y dirección en el tratamiento estadístico de la información.

A los señores expertos: Mstro. Wilber Leguía Franco, Doc. Bolonia Pariona Cahuana, Mg. Nancy Chachaima Pumasoncco, Lic. Judith Avilés Osnayo y Lic. Mario Andreé Ochatoma Palomino, por su imprescindible apoyo en la validación de los instrumentos.

A la Señora Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, por las facilidades en el acceso a la muestra en estudio.

A los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería, por la disposición para participar en el presente estudio.

**Kiliani**

## **PERFIL DE IDEAS SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AYACUCHO, 2015.**

**TENORIO-BARRIOS, Kiliani.**

### **RESUMEN**

Con el objetivo general de determinar el perfil de las ideas suicidas en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas (Ayacucho, 2015), se desarrolló una investigación aplicada con nivel descriptivo simple y diseño transversal. La muestra al azar simple estuvo constituida por 143 estudiantes de una población de 400 (100%). La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento, el cuestionario sobre el perfil de las ideas suicidas. El análisis estadístico fue descriptivo con la aplicación del Software IBM-SPSS versión 23,0. Los resultados determinaron que el 37,3% pensó quitarse la vida envenenándose. El 61,4% reporta ideas suicidas con frecuencia esporádica, 34,9% se siente mal frente a éstos pensamiento y 48,2% atribuye como causa a los problemas familiares. El 34,9% reporta antecedente de tentativa suicida, 31,3% cuando las cosas le salen mal y 65,1% por las noches. En conclusión, la prevalencia de ideas suicidas equivale al 58%.

**PALABRAS CLAVE.** Ideas, ideación, suicidio.

**PROFILE OF IDEAS IN SUICIDE NURSING STUDENTS ALAS PERUVIAN UNIVERSITY. AYACUCHO, 2015.**

**TENORIO-BARRIOS, Kiliani.**

**ABSTRACT**

With the overall objective to determine the profile of suicidal thinking in nursing students Universidad Alas Peruanas (Ayacucho, 2015), applied research with simple descriptive level and cross-sectional design was developed. The simple random sample consisted of 143 students from a population of 400 (100%). The data collection technique was the survey and the instrument, the questionnaire on the profile of the suicidal ideas. The statistical analysis was descriptive to the implementation of IBM Software SPSS version 23.0. The results found that 37.3% thought kill themselves by poisoning. 61.4% reported suicidal thoughts often sporadic, 34.9% feel bad in front of them thought and 48.2% attributed the cause to family problems. 34.9% reported a history of suicide attempt, 31.3% when things go wrong and 65.1% at night. In conclusion, the prevalence of suicidal ideation equivalent to 58%.

**KEY WORDS.** Ideas, ideation, suicide.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>DEDICATORIA</b>	iii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	v
<b>ABSTRACT</b>	vi
<b>ÍNDICE</b>	vii
<b>ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS</b>	ix
<b>INTRODUCCIÓN</b>	x
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Formulación del problema	15
1.3. Objetivos de la investigación	15
1.4. Justificación del estudio	16
1.5. Limitaciones de la investigación	17
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	19
2.2. Bases teóricas	25
2.3. Definición de términos	33
2.4. Hipótesis	33
2.5. Variables	33
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>METODOLOGÍA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	38
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	38
3.3. Población y muestra	38
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	39
3.5. Tratamiento estadístico	41

CAPÍTULO IV	
<b>RESULTADOS</b>	43
CAPÍTULO V	
<b>DISCUSIÓN</b>	53
<b>CONCLUSIONES</b>	57
<b>RECOMENDACIONES</b>	58
<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA</b>	59
<b>ANEXO</b>	65



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Pág.</b>
<b>01.</b> Prevalencia de ideas suicidas en el último trimestre	43
<b>02.</b> Tipos de ideas suicidas	44
<b>03.</b> Frecuencia de ideas suicidas	45
<b>04.</b> Intensidad de ideas suicidas	46
<b>05.</b> Motivo de ideas suicidas	47
<b>06.</b> Antecedente de tentativa suicida	48
<b>07.</b> Circunstancias en las que se presentan ideas suicidas	49
<b>08.</b> Hora en que presentan ideas suicidas	51

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Pág.</b>
<b>01.</b> Prevalencia de ideas suicidas en el último trimestre	43
<b>02.</b> Tipos de ideas suicidas	44
<b>03.</b> Frecuencia de ideas suicidas	45
<b>04.</b> Intensidad de ideas suicidas	46
<b>05.</b> Motivo de ideas suicidas	47
<b>06.</b> Antecedente de tentativa suicida	48
<b>07.</b> Circunstancias en las que se presentan ideas suicidas	49
<b>08.</b> Hora en que presentan ideas suicidas	51

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada: “Perfil de ideas suicidas en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas. Ayacucho, 2015”; tuvo como propósito determinar el perfil de las ideas suicidas en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas. La metodología se fundamenta en el paradigma cuantitativo efectivizado a través del nivel descriptivo y el diseño transversal, sobre una muestra al azar simple de 143 estudiantes.

Los resultados describen que en la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas la prevalencia de ideas suicidas equivale al 58%. El 37,3% pensó quitarse la vida envenenándose, 61,4% reporta estas ideas esporádicamente y 48,2% atribuye como causa a los problemas familiares. El 34,9% reporta el antecedente de tentativa suicida, 31,3% cuando las cosas le salen mal y 65,1% por las noches.

La investigación está estructurada en cinco capítulos: El capítulo I, El planteamiento de investigación, expone el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos de la investigación, justificación de estudio y limitaciones. El capítulo II, Marco teórico, incluye los antecedentes de estudio, bases teóricas, definición de términos, las razones para prescindir de la formulación de hipótesis y variables. El Capítulo III, Metodología, referencia el tipo y nivel de investigación, descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos y tratamiento estadístico. El capítulo IV, Resultados, consta de la presentación tabular y gráfica de los resultados como la prueba de hipótesis. El capítulo V, Discusión, presenta la comparación, análisis e interpretación de resultados a la luz del marco referencial y teórico disponible. Finalmente, se consignan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

**EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las conductas suicidas se definen como la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarle daño o la muerte. Abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicida) y los suicidios consumados o completos.<sup>1</sup>

Según esta misma fuente, uno de los fenómenos epidemiológicos que han ocupado más la atención de los profesionales de las ciencias de la salud y de la conducta humana -en los últimos años-, es el incremento substancial en las tasas de mortalidad por suicidio en la población adolescente.

Según la Organización Mundial de la salud<sup>2</sup>, el suicidio es considerado un grave problema de salud pública. Este organismo propone como herramienta de prevención, la acción de identificar a las personas vulnerables y en situación de riesgo: “si una persona tiene pensamientos suicidas (ideación), es importante iniciar de inmediato los procedimientos de control”. Por esta razón, la investigación de las ideas suicidas resulta relevante.

A escala mundial, durante el año 2012 se registraron alrededor de 804 000 muertes por suicidio (una muerte cada 40 segundos) y representa una tasa anual de 11,4 por 100 000 habitantes (15 entre varones y 8,0 en mujeres). Sin embargo, como el suicidio es un asunto sensitivo, incluso ilegal en algunos países, muy probablemente exista sub-notificación. En el grupo de 15 a 29 años de edad, el suicidio es la segunda causa principal de muerte. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego se encuentran entre los medios más comúnmente utilizados para el suicidio, pero también se recurre a muchos otros métodos, que varían según el grupo de población. <sup>3</sup>

Con alrededor de 65 000 defunciones anuales por suicidio y una tasa de mortalidad ajustada según la edad de 7,3 por 100 000 habitantes en el periodo 2005-2009, el suicidio constituye un problema de salud pública de extrema importancia en las Américas. El suicidio ocupó el tercer lugar entre las principales causas de muerte en las personas de 10 a 24 años. El principal método de suicidio en la Región fue la asfixia, seguido por las armas de fuego y el envenenamiento. Estos tres métodos representaron más del 90% del total de suicidios.<sup>4</sup>

El suicidio consumado, la ideación y el intento suicida son aspectos que requieren mucha atención, sobre todo si se considera que las tasas de incidencia y prevalencia van en ascenso en la población adolescentes y joven.<sup>5</sup>

Al intentar definir la ideación suicida, la situación se torna aún más compleja debido a que no se sabe en qué forma, intensidad y duración se presenta tal conducta. Puede aparecer como una idea momentánea o convertirse en una idea permanente y / o impulsiva o planeada.<sup>6</sup>

En América Latina, se han realizado investigaciones sobre la ideación suicida con resultados heterogéneos. En Chile, el 62% de estudiantes entre 14 y 20 años de la Región Metropolitana de Santiago presentaron ideación suicida<sup>7</sup>. En México, sobre una muestra de estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Tlaxcala, la presencia de ideación suicida se identificó en el 7,2% de la muestra total (6,9% en varones y 5,4% en mujeres).<sup>8</sup>

En Perú, un estudio entre adolescentes de 12 a 19 años de Lima Metropolitana revela que el 31,3% presentó deseos pasivos de morir, 21,1% pensó en quitarse la vida y 18,1% intentó suicidarse alguna vez.<sup>9</sup> En estudiantes de una institución educativa estatal de Chiclayo, el 19% presentó un nivel alto de ideación suicida, 30% medio y 51% bajo.<sup>10</sup>

En el Hospital Regional de Ayacucho, la tasa de intentos de suicidio en adolescentes incrementó de 21% en el 2006 al 41.4% en el 2008. El 10.8% de intentos de suicidio se presentó en adolescentes con algún intento previo (reintento de suicidio). El principal motivo fue los problemas familiares (33.8%).<sup>11</sup>

En el departamento de Ayacucho, previa a la presente investigación no se identificaron investigaciones referentes a las ideas suicidas en estudiantes universitarios; pero si acerca del “perfil epidemiológico del intento de suicidio”<sup>11</sup> y “factores relacionados con el nivel de desesperanza de pacientes con tentativa suicida”<sup>12</sup>, constituyendo un vacío cognoscitivo que ameritó investigación.

En la Universidad Alas Peruanas, en la interacción con los (as) compañeros (as) de aula se ha oído pláticas donde verbalizaban sus pensamientos suicidas. Al indagar los motivos, los estudiantes manifestaban problemas familiares, de pareja, académicos, económicos y expectativas negativas acerca de sí mismos y del futuro.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. PREGUNTA GENERAL**

¿Cuál es el perfil de las ideas suicidas en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas. Ayacucho, 2015?

### **1.2.2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS**

- a) ¿Cuál es la prevalencia de ideas suicidas en el último trimestre?
- b) ¿Cuáles son los tipos de ideas suicidas?
- c) ¿Cuál es la frecuencia de ideas suicidas?
- d) ¿Cuál es la intensidad de ideas suicidas?
- e) ¿Cuáles son los motivos de las ideas suicidas?
- f) ¿Existe antecedente de tentativa suicida en estudiantes con ideas suicidas?

- g) ¿En qué circunstancia se presentan las ideas suicidas?
- h) ¿A qué hora del día se presentan las ideas suicidas?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar el perfil de las ideas suicidas en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas. Ayacucho, 2015.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Estimar la prevalencia de ideas suicidas en el último trimestre.
- b) Identificar los tipos de ideas suicidas.
- c) Estimar la frecuencia de ideas suicidas.
- d) Identificar la intensidad de ideas suicidas.
- e) Identificar los motivos de las ideas suicidas.
- f) Identificar el antecedente de tentativa suicida en estudiantes con ideas suicidas.
- g) Identificar las circunstancias en que se presentan las ideas suicidas.
- h) Identificar las horas del día en que se presentan las ideas suicidas.

### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Las ideas suicidas constituyen un fenómeno universal que se da en todas las culturas, tiempos y sociedades. Está en función del contexto social, familiar y cultural de la persona.<sup>10</sup>

La presente investigación amplía el marco empírico y teórico sobre las características de las ideas suicidas, porque en nuestra región no se han identificado estudios con el enfoque propuesto.

Los resultados obtenidos aportan información actualizada y confiable a la dirección de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad

Alas Peruanas para el diseño e implementación de estrategias, planes y programas de promoción de salud mental.

La medición efectiva de la variable ameritó el diseño de un cuestionario para determinar el perfil de ideas suicidas en la población universitaria, sometida a pruebas de validez y confiabilidad para ser utilizado en futuros estudios.

La presente investigación contempló los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

### **1.5. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Entre las principales restricciones de este estudio es posible nombrar las siguientes:

- a) Escasas referencias de investigaciones relacionadas con el problema abordado, por la falta de sistematización de estos documentos en las bibliotecas de las diferentes universidades, que fueron superadas con la visita personal a estas instituciones.
- b) Falta de instrumentos estandarizados para evaluar la variable de interés, por lo que fueron necesarias las pruebas de confiabilidad y validez.



CAPÍTULO II

**MARCO TEÓRICO**

## 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Córdova, Rosales, Guzmán y Zúñiga<sup>13</sup> en la investigación descriptiva y transversal *“Características del estudiante con y sin ideación suicida del colegio de bachilleres de San Luis Potosí”*, México, sobre una población de 280 estudiantes: 158(56.4%) varones y 122(43.6%) mujeres, aplicando el cuestionario que midió 21 variables sociodemográficas, cinco escalas de constructos psicológicos y la escala de ideación suicida de Roberts, determinaron que el 5.7% de estudiantes manifestó ideación suicida. En conclusión, los puntajes en los constructos psicológicos que registraron diferencia significativa con la prueba “t” de Student entre estudiantes sin ideación suicida y con ideación suicida fueron: emoción negativa, comodidad, impulsividad, futuro negativo, futuro positivo, apoyo familiar y apoyo amigos.

Núñez, Olivera, Losada, Pardo, Díaz y Rojas<sup>14</sup> en la investigación descriptiva y transversal *“Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio”*, Colombia, sobre una población de 116(100%) personas aplicando la escala de Beck, determinaron que el perfil multidimensional se caracterizó: adolescentes del área rural, adultos ciudadanos, amas de casa, con relación de pareja estable, personas solas, divorciadas y desempleadas. En conclusión, la estructura y dinámica familiar disfuncional están altamente asociadas a la persona con el intento de suicidio.

Quiceno, Mateus, Cardenas, Villareal y Vinaccia<sup>15</sup>, en la investigación correlacional y transversal *“Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual”*, Colombia, sobre una población de 50 adolescentes entre doce y dieciséis años, aplicando la escala de resiliencia adolescente (ARS), el inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI) y el cuestionario de salud y bienestar para niños y adolescentes, determinaron que la resiliencia se relacionaba negativamente con la ideación suicida y positivamente con la calidad de

vida. La ideación suicida se relacionó negativamente con la calidad de vida. En conclusión, la resiliencia es una variable protectora frente a los pensamientos sobre el suicidio y promueve la calidad de vida en los y las adolescentes víctimas de abuso sexual.

Morejón y Navarrete<sup>16</sup>, en la investigación descriptiva y transversal *“El perfil biopsicosocial y su influencia en la detección temprana y prevención de los intentos de suicidio en los estudiantes de tercer año de bachillerato del Colegio Nacional Ibarra”*, Ecuador, sobre una población de 175 (95%) estudiantes de las secciones diurna y nocturna de una población 503 (100%), aplicando el formulario de SRQ y test del APGAR familiar, determinaron que el 50% son mayores de 16 años de edad y casadas solo un 2,3 %. En conclusión, la cuarta parte de las alumnas tuvieron ideas de terminar con su vida, comprobándose que son por los siguientes factores: falta de apoyo en la familia, ya que viven dentro de una familia severamente disfuncional o moderadamente funcional. El factor económico, no incidió mayormente.

Civildanes<sup>17</sup>, en la investigación descriptiva y retrospectiva *“Estructura y dinámica familiar en el perfil del adolescente con intento suicida. Ciudad Bolívar”*, Venezuela, sobre una población de 17 pacientes adolescentes, aplicando la escala de evaluación de la adaptabilidad y cohesión familia así como la escala de intencionalidad suicida de Beck, determinó que el mayor número de adolescentes con intentos de suicidio están entre la edad de 15 a 17 años (52.8%). En conclusión, el sexo que predominó en los intentos de suicidio fue el femenino con 12 casos y representa el 52.9%. El mayor índice de intentos de suicidio se encuentra en hogares desintegrados, con un total de nueve casos (52%). Los intentos de suicidio en la muestra pertenecen a familias desligadas con un 64%, en la mayoría de estas familias existía una mala comunicación entre ellos, caracterizados por límites demasiados rígidos. El mayor número de intentos de suicidio en los adolescentes pertenecen a familias con estructura rígida con 8 casos (47%).

Micin y Bagladi <sup>18</sup>, la investigación exploratoria y no experimental *“Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil”*, Chile, sobre una muestra estratificada de 460 universitarios de una población de 1552(100%) estudiantes y 12500(100%) consultas, aplicando los ejes I y II del sistema multi-axial DSM-IV, la nomenclatura CIE-9 y las historias clínicas, determinaron que la distribución por género es semejante con un 42% de varones y levemente superior para mujeres (58%). El nivel socioeconómico del colegio de procedencia indica que un 76.5% procede de niveles sociales superiores (38.7% alto y 37.8% medio alto). En conclusión, el 92% presenta en trastornos adaptativos (48,3%), trastornos del estado de ánimo (22,8%) y trastorno de ansiedad (20,9%). Los trastornos del ánimo en su mayoría corresponden a diagnósticos de depresión mayor (7%), trastorno del ánimo en estudio (5,2%) y distimia (4,8%). De las incidencias encontradas para trastornos de ansiedad, un 6,1% corresponde a trastornos de ansiedad, 3,3% a trastorno de angustia sin agorafobia y 3% a fobia social.

Mosquera <sup>19</sup>, en la investigación descriptiva y transversal *“Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Hermilio Valdizán durante febrero 2000 – enero 2001”*, Lima, sobre una población 67 pacientes de ambos sexos, aplicando el guión de entrevista, determinó que el 76.12% correspondieron al sexo femenino y el 23.88% al masculino, siendo la relación mujer/varón de 3.1 a 1; el grupo atareo más afectado fue la gente joven entre los 14 y 25 años correspondiendo al 58.21%. Predominaron los solteros, en ambos sexos, con un 74.63% así como en los convivientes con un 16.42%. En conclusión, el 67% de pacientes declararon su intención de morir al momento de realizar el intento suicida, siendo las mujeres más afectadas. El 16.42% lo hizo para llamar la atención y el 8.96% declaró haberlo hecho obedeciendo a un impulso.

Leal y Vásquez <sup>20</sup>, en la investigación descriptiva y transversal *“Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos prevalencia y factores asociados”*, Cajamarca, sobre una muestra por conglomerado de 638 estudiantes de una población de 10 054(100%), aplicando el cuestionario de ideación suicida de Reynolds y Mazza así como la escala de ideación suicida de Beck, determinaron que el 10% de adolescentes presentan alto riesgo de suicidio. Así mismo, en las ideaciones suicidas se destacan aquellas con contenido de desesperanza y deseos de muerte. En conclusión, el nivel de ideación suicida en los estudiantes que señalaron haber realizado un intento de suicidio previo no se diferencia significativamente de aquellos que no presentan intento de suicidio previo. Se confirmó la existencia de un mayor nivel de ideación suicida en los adolescentes que viven solo con sus madres o solo con sus padres.

Farfán y Ovalle<sup>12</sup>, en la investigación descriptiva y transversal *“Factores relacionados con el nivel de desesperanza de pacientes con tentativa suicida Hospital Regional de Ayacucho”*, sobre una muestra al azar de 60(100%) pacientes de una población de 106(100%), aplicando la entrevista estructurada, el test de desesperanza de Beck y la ficha de datos, determinaron que el 100% con pacientes con tentativa suicida presento algún nivel de desesperanza con predominio del nivel grave (48.4%). En conclusión, el ciclo de vida, sexo, estado civil, lugar de procedencia, grado de instrucción y ocupación fueron factores biológicos y socioculturales no relacionados con el nivel de desesperanza de pacientes con tentativa suicida, no rechazando la hipótesis nula.

Aguilar y Llallahui <sup>11</sup>, en la investigación descriptiva y transversal *“Perfil epidemiológico del intento de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho”*, sobre una población 186 (100%) adolescentes, aplicando la ficha de cotejo, determinaron que la frecuencia de intentos de suicidio en adolescentes incrementó en 20.1% del 2006 (21%) al 2008 (41.4%). El 10.8% de intentos de suicidio se

presentó en adolescentes con algún intento previo (reintento de suicidio). El principal motivo fueron los problemas familiares (33.8%). En conclusión, el perfil epidemiológico del intento de suicidio, en el atributo de persona se caracteriza por: el 32.3% se presentó en adolescentes de 18 a 19 años, el 76.3% comprende al sexo femenino y 80.1% al nivel de instrucción secundaria. El 89.8% de intentos de suicidio se presentó en adolescentes con depresión.

Ventura<sup>7</sup> en la investigación analítica de caso y control "*Factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales asociados a los intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013*", sobre una muestra de 120 adolescentes entre 12 y 19 distribuidos en 60 casos y 60 controles de una población de 2140 (100%) adolescentes atendidos en este nosocomio entre enero y diciembre de 2013 aplicando la guía de entrevista, escala de ansiedad y depresión de Goldberg como el test de funcionamiento familiar, determinó que a medida que incrementa la exposición a un mayor número de factores de riesgo asciende la propensión al intento suicida ( $r_s$ : 0.643;  $p < 0,01$ ). En conclusión, las manifestaciones clínicas de ansiedad (OR: 7.88; IC95%: 2.76; 25.38) y depresión (OR: 16.44; IC95%: 5.99; 47.50), la disfunción familiar (OR: 17.67; IC95%: 6.25; 53.60) y la percepción a favor del suicidio (OR: 6.71; IC95%: 2.79; 16.49) fueron los principales factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales asociados a los intentos de suicidio.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. CONDUCTA SUICIDA**

Es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. Se puede originar esta conducta en función a una decisión voluntaria, motivos inconscientes y en estados psicopatológicos que

cursan con alteraciones del afecto, pensamiento, conciencia e impulsos.<sup>21</sup>

### 2.2.2. PROCESO SUICIDA

Es el periodo que va desde la aparición inicial de la idea suicida, hasta la consumación del acto suicida. Para Mosquera<sup>19</sup>, se distinguen las siguientes etapas:

- **Etapas de ideas y consideración inicial del suicidio.** Por diferentes causas, el potencial sujeto suicida, empieza a pensar en el suicidio como una posible salida a su crisis o dificultades. Lo común es que, en esta etapa, el sujeto se asuste o rechace la idea, pues predomina en él aún el instinto de conservación, por encima de los motivos de autodestrucción.
- **Etapas de Ambivalencia, lucha y decisión suicida.** Si la crisis persiste y las ideas suicidas continúan invadiendo y parasitando a la persona, estas se tornan más familiares y habituales, y él se acostumbra a convivir con ellas, sin que le produzca tanto temor, disminuyendo, a veces, su rechazo a las mismas. Se puede vivir este periodo de diversas maneras.

El sujeto puede empezar entonces a convivir con ellas, puede asumir también las características de fantasías o ensueños suicidas. Esta etapa puede estar caracterizada por momentos de aceptación que alterna con otros de rechazo. En este periodo el sujeto vive una angustiante situación conflictiva de ambivalencia y dudas, donde el deseo de vivir coexiste con deseo de morir. Culmina con la decisión suicida. Esta etapa suele acompañarse con amenazas o comentarios, comunicados por el posible suicida a personas de confianza, las cuales deben ser interpretadas en algunos casos como grito, petición o señal de alarma en procura de ayuda o constituir amenazas reales, en otras.

- **Etapa de planificación y ejecución del acto suicida.** Con la decisión se introduce el potencial suicida en un periodo donde ya se ha resuelto la situación de ambivalencia. De una idea suicida, se pasa a una conducta suicida. Se entra en una fase de tranquilidad y calma, denominada *calma siniestra*. Este es un momento donde, con sigilo se piensa y planifica el mejor modo de llevar a cabo el fatídico acto final. Ya no se profieren amenazas, aunque pueden haber alusiones tangenciales y signos indirectos de que el sujeto podría atender contra su vida, a los que se les debe prestar atención pues se trata de indicadores de alto riesgo de suicidio.

Durante este periodo es cuando se escriben notas suicidas, se arreglan asuntos pendientes o se trata de dejar las cosas en orden. Si no hay un cambio de planes o intervenciones que interrumpan el proceso, culmina, con la ejecución del acto suicida.

### 2.2.3. CLASIFICACIÓN DEL FENÓMENO SUICIDA

Desde el punto de vista clínico, Moreno<sup>22</sup> clasifica el fenómeno suicida en los siguientes aspectos:

**Grupo I.** Por el logro, o no, de la muerte en el acto; y la firmeza, o no, del intento:

- a) Intento suicida, con sus particularidades: parasuicidio, gesto suicida y chantaje suicida.
- b) Suicidio frustrado.
- c) Suicidio consumado.

**Grupo II.** Por el nivel consciente, o no, y control voluntario o no, del acto:

- a) Premeditados, conscientes o voluntarios.
- b) No premeditados. Impulsivos, psicóticos y no-conscientes orgánicos.



**Grupo III.** Por la intención, propósito, causa o móvil del acto: Suicidios filosóficos, sacrificio religioso, heroico, eutanásico, conflictivos, agresivos, etc.

**Grupo IV:** Por el número de personas que confluyen a propiciarse el acto: individual, en pareja o doble, colectivo (en grupo, en cadena, epidemia, en masa, hecatombe).

#### **2.2.4. TEORÍAS DEL SUICIDIO**

Los modelos teóricos que explican la génesis de la conducta suicida son variados. El Ministerio de Salud<sup>21</sup>, en la guía práctica clínica en conducta suicida, reporta las siguientes teorías:

##### **a) TEORÍA NEUROBIOLÓGICA**

Una disminución en la acción de la serotonina, 5 HT (5HT) está implicada en conductas depresivas, agresivas, y de trastornos del control de los impulsos, asociados a los suicidios violentos o agresivos. Asimismo, la conducta suicida se asocia con una disminución en los niveles serotoninérgicos de la corteza ventral pre-frontal. Igualmente, se encontró niveles bajos de serotonina (5-HT) y su metabolito principal, ácido 5-hidróxiindolacético (5-HIAA) en cerebros post-mortem. También se ha señalado la falta de procesamiento adecuado en la corteza prefrontal del cerebro de la que depende la toma de decisiones, y que se vería debilitada por los estados depresivos, abuso de alcohol o sustancias psicoactivas u otros estados psicopatológicos. En sujetos con intento de suicidio la reducción de los niveles de 5-HIAA en el líquido céfalo raquídeo se correlacionó con el diagnóstico psiquiátrico y la letalidad del intento.<sup>23</sup>

Estudios sugieren que existe una asociación entre alteraciones del eje hipotálamohipófisis-suprarrenal y suicidio. Las primeras

observaciones fueron hechas por Buney y Fawcett<sup>24</sup> quienes encontraron una elevada excreción urinaria de 17-hidroxicorticosteroides en víctimas de intentos de suicidio y suicidios consumados.

También han sido informadas elevaciones de cortisol en sangre en suicidas e incluso valores arriba de 20 mg/dl podrían tomarse como marcador biológico de alto riesgo de suicidio<sup>23</sup>.

Los niveles de colesterol sanguíneo, fundamentalmente la hipocolesterolemia (menor de 160 mg/dl), ha venido siendo estudiado en numerosos países, como un factor que puede estar relacionado con el metabolismo del triptofano, precursor de la serotonina, sin que se encuentre correlación en todas las series estudiadas, pero por la sencillez y economía es un factor a considerar según Galli et al.<sup>25</sup>

## **b) ASPECTOS GENÉTICOS**

Las investigaciones en genética sobre el suicidio aún no se pudieron determinar elementos concretos sobre la forma en que se realiza esa transmisión, es de tipo poligénica, sin saber aún si el material genético es propio o correspondiente a la patología psiquiátrica que expone el riesgo suicida.<sup>26</sup>

Ciertas investigaciones sugieren una tasa elevada de concordancia de suicidio en gemelos idénticos. En un estudio danés sobre gemelos monocigóticos se observó que, en 20% de los casos en los que un hermano se suicidaba, el otro fallecía de la misma manera. Estudios sobre adopción realizados en Dinamarca muestran un mayor número de suicidios en familiares de personas suicidas comparadas con familiares de los controles<sup>21</sup>.

### **c) TEORÍAS PSICOLÓGICAS**

En las teorías Cognitivas, Aarón Beck<sup>27</sup> ha examinado la función de los estados emocionales como la desesperanza y el desamparo en la patogenia de la depresión y el suicidio. Este autor ha relacionado la “triada negativa” de la depresión con el suicidio basándose en que el pensamiento del individuo se deforma cuando la víctima se encuentra deprimida; de esta manera adquiere una opinión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo. De manera que la idea de suicidio represente una mejoría respecto a la situación actual.

En la teoría Psicoanalítica, Sigmund Freud<sup>28</sup>, fue el primero en ofrecer explicaciones psicológicas al suicidio, quien postulaba que los motivos del acto eran intrapsíquicos, vinculándolas al instinto de muerte y a la pulsión suicida con cargas tanáticas dirigidas contra el propio yo, donde no siempre la persona es consciente de sus actos. Así sus mecanismos de defensa (negación) son una forma de huir de la vida (de sus problemas) optando así por el suicidio.

Recientemente se viene estudiando la conducta impulsiva que sobrepasa los umbrales del procesamiento o ejecución a nivel de la corteza pre-frontal del cerebro, frente a ciertos estresores en determinados casos.

### **d) TEORÍA DE LA CRISIS**

La conducta suicida es una situación crítica en la cual existe una pérdida temporal del equilibrio psíquico, principalmente por la incapacidad de manejar situaciones dolorosas y amenazantes, por colapso de los recursos adaptativos de la persona. La teoría de la crisis aparece a raíz de los suicidios durante la guerra mundial, a inicios del año 1960 el movimiento de prevención del

suicidio creció con rapidez en los Estados Unidos, al apoyarse en parte sobre la teoría de la crisis de Kaplan.<sup>21</sup>

### **2.2.5. IDEACIÓN SUICIDA**

Definir la ideación suicida es un proceso complejo, porque no se sabe en qué forma, intensidad y duración se presenta tal conducta. Puede presentarse como una idea momentánea, hasta una idea permanente y / o impulsiva o planeada. En todo caso, podría definirse como la presencia de pensamientos de fantasía acerca de la propia muerte.<sup>6</sup>

La ideación suicida se considera como un trastorno, como el inicio o primera etapa de un continuo que lleva al individuo a consumir el suicidio. La literatura disponible sobre el tema, al destacar su carácter multifactorial, pone de manifiesto la necesidad de plantear modelos explicativos que coadyuven a la prevención de este problema, que deberá de ser considerado no como causa o síntoma sino más bien como corolario de una serie de factores de riesgo que potencian el desarrollo de conductas desadaptativas en los adolescentes y que a su vez propician la ideación suicida.<sup>28</sup>

Morón<sup>29</sup>, define la ideación suicida como una representación mental del acto, en el que encuentra la misma pulsión instinto-afectiva, la intención y el deseo de matarse.

Para Beck<sup>27</sup>, la ideación suicida son: los planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio, así como de las expectativas de cómo llevarlo a cabo.

### **2.2.6. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA**

**La Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB).** Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de autodestructividad: actitud hacia la vida / muerte, pensamientos o

deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado, pensamientos o deseos. La ideación suicida también puede abarcar la “amenaza de suicidarse”, expresada abiertamente a otros.<sup>27</sup>

Hay dos formas de aplicar la escala, una referida al momento presente y otra referida al peor momento de la vida del paciente, es decir, al momento de mayor crisis, que puede coincidir con el actual o ser un acontecimiento ya pasado; en este último caso, la entrevista debe ser retrospectiva.

**Escala de ideación suicida de Roberts.** Diseñado por Roberts (1980) y adaptado por Mariño, Medina, Chaparro y González<sup>30</sup>, para la población Mexicana. La escala consta de cuatro reactivos: “no podía seguir adelante”, “tenía pensamientos sobre la muerte”, “sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto”, y “pensé en matarme”. Las opciones de respuesta permiten conocer la ocurrencia de los síntomas en la última semana: 1= “0 días”; 2= “1-2 días”; 3= “3-4 días”, y 4= “5-7 días”.

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Ideación suicida.** Pensamiento o planes para efectivizar un acto suicida.
- **Intento suicida.** Actos autoeliminación con final no letal.
- **Suicidio.** Actos autoeliminación con final letal.

### 2.4. HIPÓTESIS

En la presente investigación se ha obviado la formulación de hipótesis por su carácter descriptiva. Al respecto, Hernández, Fernández y Baptista<sup>31</sup> consideran que las investigaciones descriptivas pueden formular hipótesis o prescindir de éstas.

### 2.5. VARIABLES

X. Perfil de las ideas suicidas

- X<sub>1</sub>. Prevalencia
- X<sub>2</sub>. Tipo
- X<sub>3</sub>. Frecuencia
- X<sub>4</sub>. Intensidad
- X<sub>5</sub>. Motivo
- X<sub>6</sub>. Antecedente de tentativa suicidio
- X<sub>7</sub>. Circunstancia
- X<sub>8</sub>. Hora

### **2.5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

- **Perfil de las ideas suicidas.** Para Beck<sup>27</sup>, la ideación suicida son: los planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio, así como de las expectativas de cómo llevarlo a cabo. Esta definición es la que se utilizará en la presente investigación.

### **2.5.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL**

- **Perfil de las ideas suicidas.** Características de los pensamientos suicidas respecto a las formas en que se desea morir, métodos, las condiciones y circunstancias que se deben presentar al momento de realizar el acto.

## 2.5.3. OPERACIÓN DE VARIABLES

### X. Perfil de las ideas suicidas

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	OPCIÓN	ESCALA	VALOR	INSTRUMENTO
X. Perfil de las ideas suicidas	Prevalencia	Pregunta	¿En los últimos 3 meses pensó quitarse la vida?	Si No	Nominal	Si No	Cuestionario sobre el perfil de las ideas suicidas
	Tipo	Pregunta	¿Cómo ha pensado quitarse la vida?	Cortándose las venas. Disparándose con un arma de fuego. Tirándose al vacío Sobre-dosificándose con fármacos. Envenenándose	Nominal	Cortándose las venas. Disparándose con un arma de fuego. Tirándose al vacío Sobre-dosificándose con fármacos. Envenenándose	Cuestionario sobre el perfil de las ideas suicidas
	Frecuencia	Pregunta	¿Con que frecuencia tiene estos pensamientos?	A diario Casi todos los días Una vez por semana Una vez cada 15 días Una vez al mes Esporádico	Nominal	A diario Casi todos los días Una vez por semana Una vez cada 15 días Una vez al mes Esporádico	Cuestionario sobre el perfil de las ideas suicidas
	Intensidad	Pregunta	¿Qué efecto le produce estos pensamientos?	Ninguno Me siento mal Me impide estudiar Me entristece Me encierro en mi habitación. Me desespero Lloro	Nominal	Ninguno Me siento mal Me impide estudiar Me entristece Me encierro en mi habitación. Me desespero Lloro	Cuestionario sobre el perfil de las ideas suicidas
	Motivo	Pregunta	¿Cuál crees que es la causa de estos pensamientos?	Problemas académicos Problemas familiares Problemas económicos Problemas con mi pareja Tuve un familiar que intentó suicidarse.	Nominal	Problemas académicos Problemas familiares Problemas económicos Problemas con mi pareja Tuve un familiar que intentó suicidarse.	Cuestionario sobre el perfil de las ideas suicidas

	Antecedente de tentativa suicida	Pregunta	¿Alguna vez intentaste quitarte la vida?	Si No		Si No	
	Circunstancia	Pregunta	¿En qué circunstancia se presentan las ideas suicidas?	Al acostarme Cuando las cosas me salen mal Cuando me encuentro sola Cuando mis padres discuten Cuando discuto con mi pareja.	Nominal	Al acostarme Cuando las cosas me salen mal Cuando me encuentro sola Cuando mis padres discuten Cuando discuto con mi pareja.	Cuestionario sobre el perfil de las ideas suicidas
	Hora	Pregunta	¿A qué hora del día se presentan las ideas suicidas?	Mañana Tarde Noche	Nominal	Mañana Tarde Noche	Cuestionario sobre el perfil de las ideas suicidas



CAPÍTULO III

**METODOLOGÍA**

### **3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.1.1. TIPO**

Aplicativo, porque utilizó las teorías de la investigación básica en busca de posibles aplicaciones prácticas.

#### **3.1.2. NIVEL**

Descriptivo simple, porque caracterizó el comportamiento de los valores de una variable en un espacio y tiempo definido. El diseño transversal y referencia el corte en el tiempo.<sup>31</sup>

### **3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN**

La Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas con sede en el Jr. Los Rosales N° 325 del distrito de Andrés Avelino Cáceres Dorregaray, provincia de Huamanga, del departamento de Ayacucho.

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.3.1. POBLACIÓN**

Constituida por 400 (100%) estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas (Ciclos I – X).

#### **3.3.2. MUESTRA**

Conformada por 143 estudiantes y determinada a través de las siguientes fórmulas estadísticas:

$$n \geq \frac{Z_{\alpha/2}^2 pq}{e^2}$$

$$nf \geq \frac{n}{1 + \left(\frac{n}{N-1}\right)}$$

**Dónde:**

$Z_{\alpha/2}$  : Nivel de confianza al 95% (1,96)

p : Probabilidad de éxito del 83% (0,83).

q : 1-p (0,17).

e : Error muestral relativo al 5%(0,05)

N : Población (400)

### **3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.4.1. TÉCNICA**

Psicometría, porque se diseñó un cuestionario para determinar las características de las ideas suicidas (constructo psicológico).

#### **3.4.2. INSTRUMENTOS**

***Cuestionario sobre el perfil de las ideas suicidas.***

**Autor.** Tenorio (2015).

**Descripción.** Está constituida por 15 ítems referidos al perfil de las ideas suicidas en estudiantes universitarios, distribuidos en 8 dimensiones: prevalencia, tipo, frecuencia, intensidad, motivo, antecedente de tentativa suicida, circunstancia y hora.

**Población objetivo.** Estudiantes universitarios.

**Forma de administración.** Colectiva.

**Tiempo de administración.** 10 minutos aproximadamente.

**Validez.** La validez interna de contenido fue determinada mediante la opinión de expertos en la que participaron profesionales en Ciencias de la Salud y áreas afines.

<b>Experto</b>	<b>Referencia</b>	<b>Grado académico/título profesional</b>
Wilber Leguía Franco	Docente en la Escuela Académico Profesional Educación UAP.	Maestro en Salud Pública
Mario Andrée Ochatoma Palomino	Docente en la Escuela Académico Profesional Educación UAP.	Licenciado en Educación
Bolonia Pariona Cahuana	Docente en la Escuela Académico Profesional Educación UAP.	Doctora en Educación
Nancy Chachayma Pomasoncco	Docente en la Escuela Académico Profesional Educación UAP.	Magíster en Psicología Educativa
Judith Avilés Osnayo	Docente en la Escuela Académico Profesional Educación UAP.	Licenciada en Enfermería

**Confiabilidad.** Determinada en una muestra piloto de 10 estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Ayacucho. El procedimiento elegido fue el Coeficiente Alpha de Cronbach por el carácter politómico de las opciones. El coeficiente de fiabilidad hallado fue de 0,769 y asegura la adecuada precisión del cuestionario.

**Norma de administración.** El presente cuestionario tiene como propósito conocer las características de las ideas suicidas en estudiantes, el que será útil solo para efectos de estudio. No existen respuestas buenas ni malas, razón por la cual responde con sinceridad a cada una de las preguntas que a continuación le formularé.

### 3.5. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Los datos fueron procesados con el Software IBM – SPSS versión 23,0; con el que se construyeron tablas y figuras estadísticas de acuerdo a la naturaleza de las variables. A nivel descriptivo, se realizó el cálculo de las proporciones.

### **3.5.1. PROCEDIMIENTO DE CONTRASTE DE HIPÓTESIS**

A carecer de hipótesis se prescindió de la contrastación de las mismas, por el nivel descriptivo de la investigación.

CAPÍTULO IV  
**RESULTADOS**

**TABLA 01**

**PREVALENCIA DE IDEAS SUICIDAS EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AYACUCHO, 2015.**

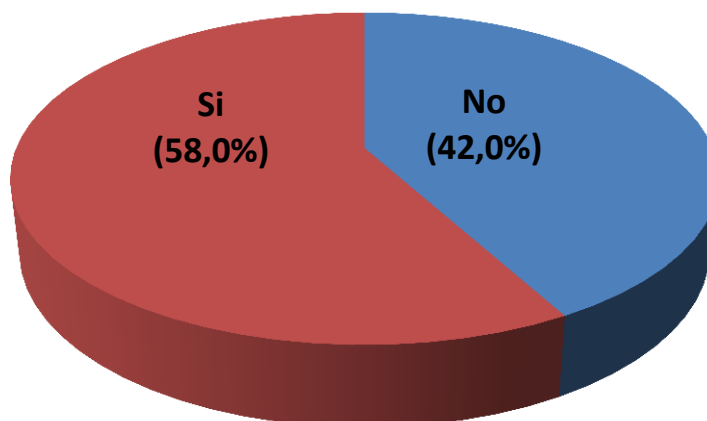
<b>Prevalencia de ideas suicidas en el último trimestre</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Si	83	58,0
No	60	42,0
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100,0</b>

**Fuente.** Base de datos.

**Nota aclaratoria.** La distribución excluye a los estudiantes que no presentaron ideas suicidas.

**FIGURA 01**

**PREVALENCIA DE IDEAS SUICIDAS EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AYACUCHO, 2015.**



**Fuente.** Tabla 01.

La prevalencia de ideas suicidas en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas fue del 58% en el último trimestre. Es decir, uno de cada dos estudiantes reporta pensamientos suicidas.

**TABLA 2**

**TIPOS DE IDEAS SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AYACUCHO, 2015.**

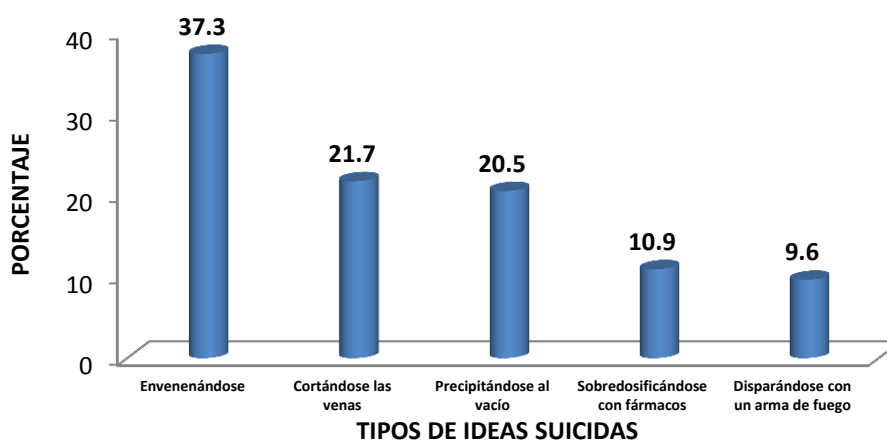
<b>Tipos de ideas suicidas</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Envenenándose	31	37,3
Cortándose las venas	18	21,7
Precipitándose al vacío	17	20,5
Sobredosificándose con fármacos	9	10,9
Disparándose con un arma de fuego	8	9,6
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>

**Fuente.** Base de datos.

**Nota aclaratoria.** La distribución excluye a los estudiantes que no presentaron ideas suicidas.

**FIGURA 02**

**TIPOS DE IDEAS SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AYACUCHO, 2015.**



**Fuente.** Tabla 04.

El 37,3% de estudiantes de enfermería pensó quitarse la vida envenenándose, 21,7% cortándose las venas y 20,5% precipitándose al vacío. Es decir, tres de diez estudiantes pensó envenenarse.



**TABLA 03**

**FRECUENCIA DE IDEAS SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AYACUCHO, 2014.**

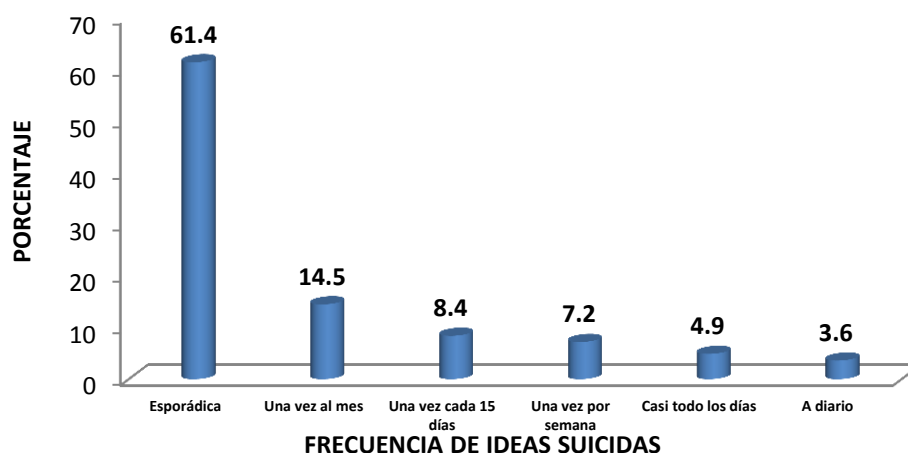
<b>Frecuencia de ideas suicidas</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Esporádica	51	61,4
Una vez al mes	12	14,5
Una vez cada 15 días	7	8,4
Una vez por semana	6	7,2
Casi todo los días	4	4,9
A diario	3	3,6
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>

**Fuente.** Base de datos.

**Nota aclaratoria.** La distribución excluye a los estudiantes que no presentaron ideas suicidas.

**FIGURA 03**

**FRECUENCIA DE IDEAS SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AYACUCHO, 2015.**



**Fuente.** Tabla 03.

El 61,4% de estudiantes de enfermería reporta ideas suicidas con frecuencia esporádica, 14,5% una vez al mes y 8,4% una vez cada 15 días. Es decir, en tres de cada cinco estudiantes son esporádicos estos pensamientos.

**TABLA 04**

**INTENSIDAD DE IDEAS SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AYACUCHO, 2015.**

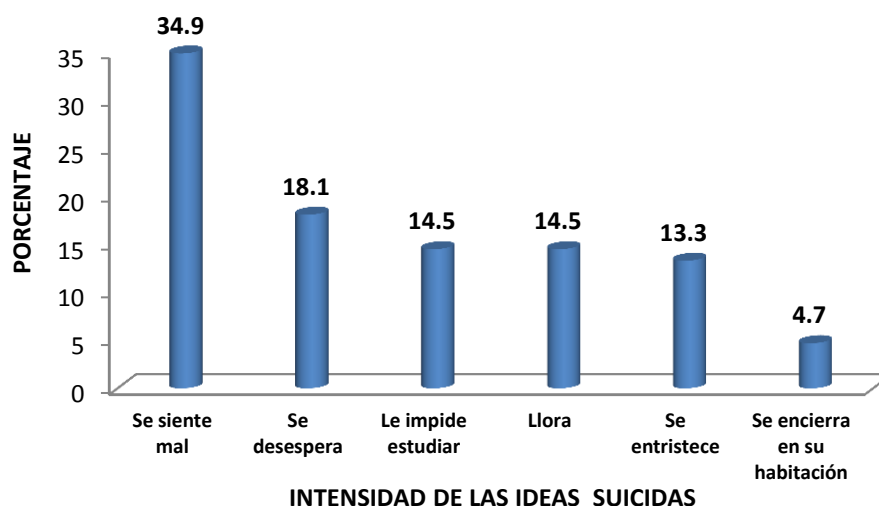
<b>Intensidad de las ideas suicidas</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Se siente mal	29	34,9
Se desespera	15	18,1
Le impide estudiar	12	14,5
Llora	12	14,5
Se entristece	11	13,3
Se encierra en su habitación	4	4,7
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>

**Fuente.** Base de datos.

**Nota aclaratoria.** La distribución excluye a los estudiantes que no presentaron ideas suicidas.

**FIGURA 04**

**INTENSIDAD DE IDEAS SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AYACUCHO, 2015.**



**Fuente.** Tabla 04.

El 34,9% de estudiantes de enfermería se siente mal con las ideas suicidas, al 18,1% le desespera y al 14,5% le impide estudiar y llora respectivamente. Es decir, tres de cada diez se sienten mal con estos pensamientos.

**TABLA 05**

**MOTIVO DE LAS IDEAS SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AYACUCHO, 2015.**

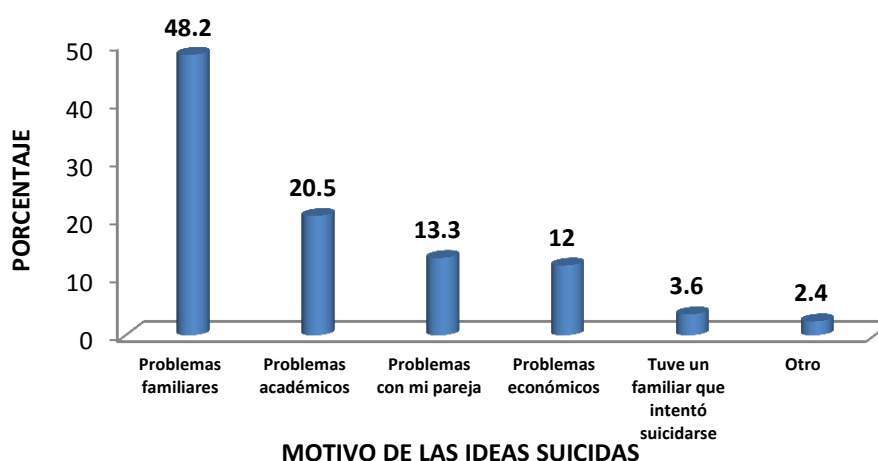
Motivo de las ideas suicidas	N°.	%
Problemas familiares	40	48,2
Problemas académicos	17	20,5
Problemas con mi pareja	11	13,3
Problemas económicos	10	12,0
Tuve un familiar que intentó suicidarse	3	3,6
Otro	2	2,4
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100,0</b>

**Fuente.** Base de datos.

**Nota aclaratoria.** La distribución excluye a los estudiantes que no presentaron ideas suicidas.

**FIGURA 05**

**MOTIVO DE LAS IDEAS SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AYACUCHO, 2015.**



**Fuente.** Tabla 05.

El 48,2% de estudiantes de enfermería atribuye como causa de la ideas suicidas a los problemas familiares, 20,5% a los problemas académicos y 13,3% a los problemas de pareja. Es decir, uno de cada tres estudiantes reporta como causa de estos pensamientos a los problemas familiares.

**TABLA 6**

**ANTECEDENTE DE TENTATIVA SUICIDA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA CON IDEAS SUICIDAS DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AYACUCHO, 2015.**

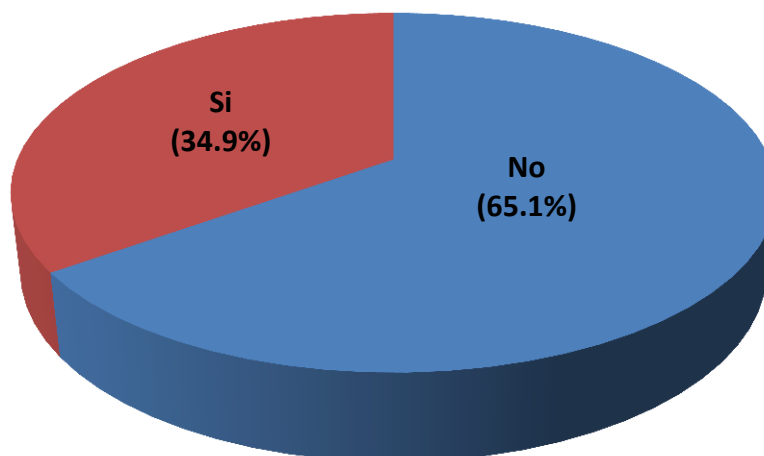
<b>Antecedente de tentativa suicida</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
No	54	65,1
Si	29	34,9
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Base de datos.

**Nota aclaratoria.** La distribución excluye a los estudiantes que no presentaron ideas suicidas.

**FIGURA 6**

**ANTECEDENTE DE TENTATIVA SUICIDA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA CON IDEAS SUICIDAS DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AYACUCHO, 2015.**



**Fuente.** Tabla 6.

El 34,9% de estudiantes de enfermería con ideas suicidas reportan antecedente de tentativa suicida. Es decir, tres de cada diez estudiantes con estos pensamientos intentó suicidarse alguna vez.

**TABLA 07**

**CIRCUNSTANCIA EN QUE PRESENTAN LAS IDEAS SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AYACUCHO, 2015.**

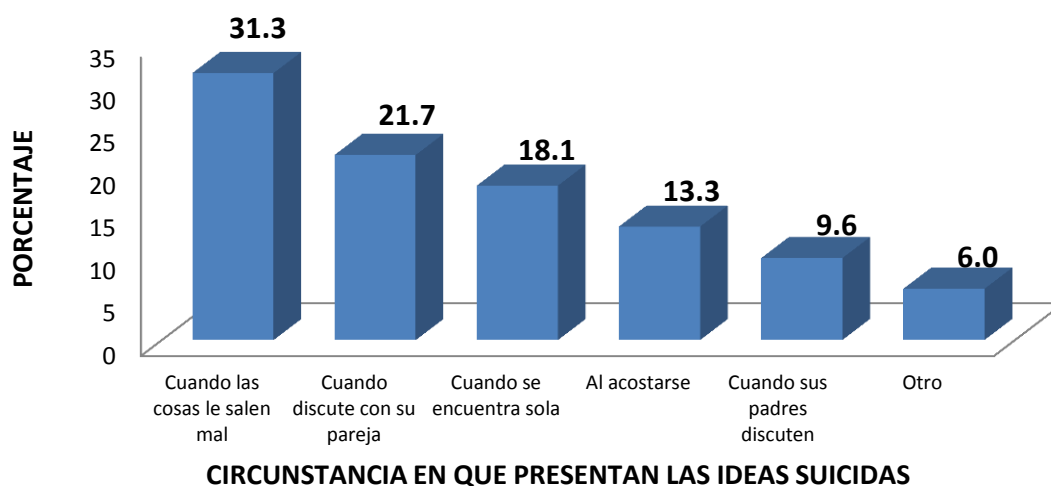
<b>Circunstancia en que presentan ideación suicida</b>		
<b>suicida</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Cuando las cosas le salen mal	26	31,3
Cuando discute con su pareja	18	21,7
Cuando se encuentra sola	15	18,1
Al acostarse	11	13,3
Cuando sus padres discuten	8	9,6
Otro	5	6,0
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>

**Fuente.** Base de datos.

**Nota aclaratoria.** La distribución excluye a los estudiantes que no presentaron ideas suicidas.

**FIGURA 07**

**CIRCUNSTANCIA EN QUE PRESENTAN LAS IDEAS SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AYACUCHO, 2015.**



**Fuente.** Tabla 10.

El 31,3% de estudiantes de enfermería presenta ideas suicida cuando las cosas le salen mal, 21,7% cuando discute con su pareja y 18,1% cuando se encuentra sola. Es decir, uno de cada cinco presenta estos pensamientos cuando está sola (o).

**TABLA 08**

**HORA EN QUE PRESENTAN LAS IDEAS SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AYACUCHO, 2015.**

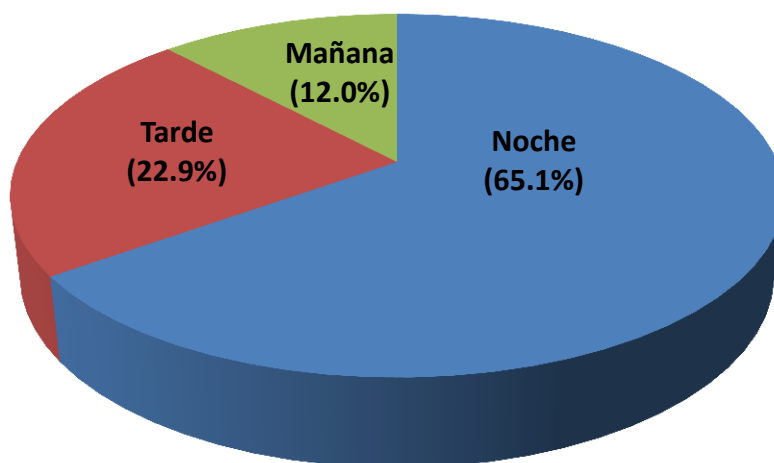
<b>HORA EN QUE PRESENTAN LAS IDEAS SUICIDAS</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Noche	54	65,1
Tarde	19	22,9
Mañana	10	12,0
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>

**Fuente.** Base de datos.

**Nota aclaratoria.** La distribución excluye a los estudiantes que no presentaron ideas suicidas.

**FIGURA 08**

**HORA EN QUE PRESENTAN LAS IDEAS SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AYACUCHO, 2015.**



**Fuente.**

Tabla 08.

El 65,1% de estudiantes de enfermería presenta ideas suicidas por las noches, 22,9% por las tardes y 12% por las mañanas. Es decir, uno de cada dos estudiantes reporta la presencia de estos pensamientos en horas de la noche.

CAPÍTULO V

**DISCUSIÓN**



La presente investigación trata sobre las características de las ideas suicidas en una muestra al azar de 143 estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería. Precitado este aspecto, se pasa a detallar los resultados con el contraste del marco referencial respectivo.

En la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas la prevalencia de ideas suicidas equivale al 58%. (Tabla N° 1)

Córdova, Rosales, Guzmán y Zúñiga<sup>13</sup> en el colegio de Bachilleres de San Luis Potosí (México), identificó una tasa de pensamientos suicidas del 55,7%.

Pérez, Aguilar, Castillo, Lima y Cogoux<sup>32</sup> entre estudiantes universitarios de la Universidad de San Carlos (Guatemala) reportaron una prevalencia de pensamientos sobre la muerte del 42%.

Vargas y Saavedra<sup>33</sup> entre estudiantes universitarios de Lima Metropolitana y Callao hallaron una prevalencia de ideación suicida equivalente al 21,1%.

Las ideas suicidas están presentes en uno de seis de cada diez estudiantes universitarios, una proporción elevada que refleja la desatención de la salud mental en Ayacucho (una región con mayor tasa de victimización por la violencia sociopolítica entre los años 1980 y 2000).

Las ideas suicidas como “alternativa” equivocada frente a los problemas cotidianos devela la carencia de mecanismos o recursos emocionales para vencer las adversidades. Esta situación es preocupante porque las exigencias académicas, la falta de organización del tiempo y los problemas cotidianos constituyen detonantes de estos pensamientos.

El 37,3% de estudiantes de enfermería pensó quitarse la vida envenenándose, 21,7% cortándose las venas y 20,5% precipitándose al vacío (Tabla N° 2).

Un suicidio puede comenzar por la ideación, es decir, por pensamientos acerca de la posibilidad de acabar con la propia vida, seguir con la imaginación del acto suicida, después con la elaboración de planes y preparación, hasta llegar a la ejecución de un intento que puede culminar en el suicidio consumado.<sup>10</sup>

Los pensamientos sobre la forma de la conducta suicida es variada pero predomina el envenenamiento y constituye la forma más usual de la tentativa suicida por el fácil acceso y bajo costo de los diferentes productos tóxicos para plagas (rodenticidas y pesticidas).

El 61,4% de estudiantes de enfermería reporta ideas suicidas con frecuencia esporádica, 14,5% una vez al mes y 8,4% una vez cada 15 días. Es decir, en tres de cada cinco estudiantes son esporádicos estos pensamientos. (Tabla N° 3)

Vargas y Saavedra<sup>33</sup> entre estudiantes universitarios de Lima Metropolitana y Callao describen el predominio de ideas suicidas una vez al mes en el 26,1%.

Las ideas suicidas tienen una frecuencia esporádica en el mayor porcentaje de estudiantes. Significa que este tipo de pensamientos no son recurrentes y existen factores que actúan como detonantes. En estas condiciones, el estrés o las emociones negativas del momento obnubilan la razón pero con el paso del tiempo y la autorreflexión no llegan a concretizarse.

El 34,9% de estudiantes de enfermería se siente mal con las ideas suicidas, al 18,1% le desespera y al 14,5% le impide estudiar y llora respectivamente. Es decir, tres de cada diez se sienten mal con estos pensamientos (Tabla N° 4).

Varios autores coinciden en que la ideación suicida puede variar en tipos y grados, desde simplemente el deseo de morir -pero sin una planeación específica de cómo lograrlo- hasta el deseo de morir de una forma particular, con cierto instrumento, en determinado lugar. Esta última manifestación está orientada por acciones muy concretas.<sup>34</sup>

Las ideas suicidas sobrevienen luego de un periodo de ofuscación ante las barreras que la propia persona impone en la solución de un problema. El tiempo de distención y la autorreflexión permiten apreciar un mejor panorama de los acontecimientos y analizar las estrategias más eficaces de intervención.

El 48,2% de estudiantes de enfermería atribuye como causa de las ideas suicidas a los problemas familiares, 20,5% a los problemas académicos y 13,3% a los problemas de pareja. Es decir, uno de cada tres estudiantes reporta como causa de estos pensamientos a los problemas familiares (Tabla N° 5).

La familia es el primer espacio de socialización y entre sus funciones destaca la seguridad o protección de sus miembros. Los problemas familiares, el escaso afecto y comunicación entre los miembros desequilibran los sentimientos de seguridad, apoyo y protección, generando frustración, impotencia e impulsividad que finalmente inciden en la aparición de las ideas suicidas.

El 34,9% de estudiantes de enfermería con ideas suicidas reporta el antecedente de tentativa suicida. Es decir, tres de cada diez estudiantes con estos pensamientos intentó suicidarse alguna vez (Tabla N° 6).

Las ideas suicidas están asociadas –en cierta medida– con la conducta suicida, porque estos pensamientos pueden llegar a naturalizarse. Por esta razón, es necesaria la intervención psicológica y la implementación de un sistema de tutoría integral que permita identificar oportunamente problemas y manifestaciones de la conducta suicida para su referencia y tratamiento apropiado.

El 31,3% de estudiantes de enfermería presenta ideas suicidas cuando las cosas le salen mal, 21,7% cuando discute con su pareja y 18,1% cuando se encuentra sola. Es decir, uno de cada cinco presenta estos pensamientos cuando está sola (o). (Tabla N° 7)

La principal circunstancia que genera ideas suicidas es la escasa previsión o control sobre los resultados; es decir, cuando las cosas salen mal. Este hallazgo referencia la escasa tolerancia a la frustración, cuando debería servir de experiencia para tener mejor control de sus hechos y actos.

El 65,1% de estudiantes de enfermería presenta ideas suicidas por las noches, 22,9% por las tardes y 12% por las mañanas. Es decir, uno de cada dos estudiantes reporta la presencia de estos pensamientos en horas de la noche.

Las ideas suicidas se presentan con mayor frecuencia en las noches cuando la actividad cerebral disminuye, los estudiantes se encuentran solos y reflexionan sobre su vida o las actuaciones del día. La frecuencia de estos pensamientos durante el día es menor porque la mente se mantiene ocupada con diferentes actividades entre académicas, sociales, culturales, etc.

## CONCLUSIONES

1. En la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas la prevalencia de ideas suicidas equivale al 58%. (Tabla N° 1)
2. El 37,3% de estudiantes de enfermería pensó quitarse la vida envenenándose, 21,7% cortándose las venas y 20,5% precipitándose al vacío.
3. El 61,4% de estudiantes de enfermería reporta ideas suicidas con frecuencia esporádica, 14,5% una vez al mes y 8,4% una vez cada 15 días.
4. El 34,9% de estudiantes de enfermería se siente mal con las ideas suicidas, al 18,1% le desespera y al 14,5% le impide estudiar y llora respectivamente.
5. El 48,2% de estudiantes de enfermería atribuye como causa de las ideas suicidas a los problemas familiares, 20,5% a los problemas académicos y 13,3% a los problemas de pareja.
6. El 34,9% de estudiantes de enfermería con ideas suicidas reporta antecedente de tentativa suicida.
7. El 31,3% de estudiantes de enfermería presenta ideas suicida cuando las cosas le salen mal, 21,7% cuando discute con su pareja y 18,1% cuando se encuentra sola.
8. El 65,1% de estudiantes de enfermería presenta ideas suicidas por las noches, 22,9% por las tardes y 12% por las mañanas. Es decir, uno de

cada dos estudiantes reporta la presencia de estos pensamientos en horas de la noche.

## **RECOMENDACIONES**

1. Promover el uso del seguro de salud universitario en problemas de salud mental. Asimismo, se sugiere la evaluación anual de los estudiantes para la identificación de trastorno psicológicos.
2. A la Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería, capacitar al personal docente en la identificación de factores de riesgo de la conducta suicida.
3. Al programa de salud mental, optimizar sus esfuerzos en la prevención del intento de suicidio mediante el diagnóstico precoz que son las ideas suicidas y el entrenamiento de habilidades sociales para el control de emociones negativas.
4. A la dirección general de medicamentos, insumos y drogas, monitorear el funcionamiento de los establecimientos farmacéuticos con la finalidad de impedir el libre expendio de fármacos psicotrópicos sin receta médica. Asimismo, controlar la comercialización de rodenticidas y plaguicidas en las tiendas de abarrotes y mercados.
5. A las familias, supervisar el desenvolvimiento personal, familiar y social de los estudiantes así como buscar ayuda psicológica en los establecimientos de salud ante cualquier sospecha de conducta suicida.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Cividanes MI. *Estructura y dinámica familiar en el perfil del adolescente con intento suicida. Ciudad bolívar* (tesis de bachillerato) Venezuela: Universidad de Oriente Escuela de Ciencias de la Salud “Dr. Francisco Batistini; 2007.
2. OMS: Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio*. 2006. Recuperado de [whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_spa.pdf)
3. OMS/OPS: Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. *Prevención del suicidio: un imperativo global*. 2014. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/exe\\_summary\\_spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1)
4. OMS/OPS: Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. *Mortalidad por suicidio en las Américas*. Washington: PMS/OPS; 2014.
5. Villatoro J, Alcántar I, Medina M, Fleiz C, González C, Amador N, Bermúdez P. Intento suicida y el consumo de drogas en adolescentes., ¿dos problemas entrelazados? *SESAM* 2003, 2(1), 5-12.
6. García N. *Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas*. Tesis de Licenciatura. Lima: Universidad Nacional Autónoma de México. 2006.
7. Ventura R, Carvajal C, Undarraga S, Vicuña P, Engaña J, Garib M. Prevalencia de la ideación suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile: *Revista Médica de Chile* 2010, 3(138, 309 – 315).



8. Rosales J, Córdova M, Escobar M. Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Tlaxcala y variables asociadas. *Alternativas en psicología*. 2013; 17(28): 20-32.
9. Cano C. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la amazonía peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2009; 26(2): 175-81.
10. Santiago A. *Ideación suicida y clima social familiar en estudiantes de una institución educativa estatal de Chiclayo en el 2011*. Tesis de licenciatura. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mochovillo; 2011.
11. Aguilar N, Llalahuí AM. *Perfil epidemiológico del intento del suicidio en adolescentes atendidos en el hospital regional de Ayacucho, 2006-2008*. Tesis de licenciatura. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2010.
12. Farfán T, Ovalle AE. *Factores relacionados con el nivel de desesperanza de pacientes con tentativa suicida*. Tesis de licenciatura. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2009.
13. Córdova M, Rosales JC, Guzmán BR, Zúñiga G. Características de estudiantes con y sin ideación suicida del Colegio de Bachilleres de San Luis Potosí. México: *Salud & Sociedad* 2013; 4 (2): 120-134.
14. Núñez NA, Olivera SL., Losada IM, Pardo MP, Díaz LG, Rojas HA. Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. Colombia: *Pensamiento Psicológico* 2008; 4(10): 2008-85-100.
15. Quiceno JM, Mateus J, Cárdenas M, Villareal D, Vinaccia S. Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. Colombia: *Revista de psicopatología y psicología clínica* 2013; 18 (2):107-117.
16. Morejón C, Navarrete N. *El perfil biopsicosocial y su influencia en la detección temprana y prevención de los intentos de suicidios en las estudiantes de tercer año de bachillerato del colegio Nacional Ibarra (tesis de licenciatura)*. Ecuador: Universidad Técnica del Norte; 2010.
17. Cividanes MI. *Estructura y dinámica familiar en el perfil del adolescente con intento suicida. Ciudad Bolívar (tesis de bachillerato)* Venezuela: 2010.

- Universidad de Oriente Escuela de Ciencias de la Salud "Dr. Francisco Batistini; 2007.
18. Micin S, Bagladi V. *Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. Chile: Terapia Psicológica* 2011; 29(1):53-64.
  19. Mosquera A. *Perfil Epidemiológico de Pacientes Hospitalizados por Intento de Suicidio en el Hospital "Hermilio Valdizá durante febrero 2000-enero 2001. Tesis de especialidad. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.*
  20. Leal RA, Vásquez LE. *Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos prevalencia y factores asociados. Informe de investigación. Cajamarca: Universidad privada Antonio Guillermo Urrelo; 2012.*
  21. MINSA: Ministerio de Salud. *Guía de práctica clínica en conducta suicida. Lima: MINSA/DGSP-V; 2006.*
  22. Moreno, N. *Nomenclatura en suicidología clínica. República Dominicana: Edit. Búho; 2000.*
  23. Mann, J. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann.Intern.Med.* 2002; 136 (1): 302-311.
  24. Buney W, Fawcett J. Possibility of a biochemical test for suicidal potential. *Arch gen Psychiatry* 1965; 13 (1): 232-239.
  25. Galli E. et al. Biological Markers in suicide: One applied to Medical Practice. *Psichiatry Biol.* 1996; 4(4): 219-226.
  26. Almada A. *Aspectos psiquiátricos del suicidio. Argentina. s/f. Recuperado de <http://www.forensesargentina.com.ar>.*
  27. Beck A, Schuyler D. Development of suicidal intent scales: The prediction of suicide. *Charles Press* 1974; 1 (1):45-46.
  28. Sánchez J, Villarreal M, Musitu G, Martínez B. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial* 2010; 19(3): 279-287..
  29. Morón P. *El Suicidio. México: Publicaciones Cruz; 1987.*

30. Mariño MC, Medina ME, Chaparro JJ, González C. Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología* 1993; 10 (1):141-145.
31. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación científica*. México: McGraw-Hill; 2010.
32. Pérez C, Aguilar J, Castillo K, Lima S, Coguox M. *Desesperanza e ideación suicida en adolescente*. Tesis de titulación. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2011.
33. Vargas H, Saavedra J. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Revista Perú Epidemiolog.* 2012; 16(3):1-11.
34. Eguiluz L. Ideación suicida en los jóvenes: Prevención y asistencia. *Revista Perspectivas Sistémicas* 2003; 15 (78): 3-6.

# **ANEXOS**

## Anexo 01

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PERFIL DE LAS IDEAS SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS - AYACUCHO, 2015.

PREGUNTA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE(S)	METÓDICA
<b>General</b>	<b>General</b>			
¿Cuál es el perfil de las ideas suicidas en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas Ayacucho, 2015?	Determinar el perfil de las ideas suicidas en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas. Ayacucho, 2015.	En vista en que la investigación tiene nivel descriptivo se prescinde de la formulación de hipótesis.	<b>X.</b> Perfil de las ideas suicidas. <b>X<sub>1</sub>.</b> Prevalencia de ideas suicidas en el último trimestre. <b>X<sub>2</sub>.</b> Tipo de ideas suicidas. <b>X<sub>3</sub>.</b> Frecuencia <b>X<sub>4</sub>.</b> Intensidad <b>X<sub>5</sub>.</b> Motivo <b>X<sub>6</sub>.</b> Antecedente de tentativa suicida <b>X<sub>7</sub>.</b> Circunstancia <b>X<sub>8</sub>.</b> Hora	<b>Enfoque</b> Cuantitativo  <b>Tipo</b> Aplicativo  <b>Nivel</b> Descriptivo  <b>Diseño</b> Transversal descriptivo.  <b>Población</b> 400 estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas de Ayacucho.  <b>Muestra</b> 143 estudiantes de enfermería.  <b>Tipo de muestreo</b> Al azar simple.  <b>Técnica</b> Psicometría.  <b>Instrumento</b> Cuestionario sobre las ideas suicidas.  <b>Tratamiento estadístico</b> Descriptivo, con el Software IBM-SPSS 23, 0.
<b>Específicas</b>	<b>Específicos</b>			
<b>a)</b> ¿Cuál es la prevalencia de ideas suicidas, en el último trimestre? <b>b)</b> ¿Cuáles son los tipos de ideas suicidas en estudiantes? <b>c)</b> ¿Cuál es la frecuencia de ideas suicidas en estudiantes? <b>d)</b> ¿Cuál es la intensidad de ideas suicidas en estudiantes? <b>e)</b> ¿Cuál es el motivo de las ideas suicidas en estudiantes? <b>f)</b> ¿Existe antecedente de tentativa suicida en estudiantes con ideas suicidas? <b>g)</b> ¿En qué circunstancia se presentan las ideas suicidas? <b>h)</b> ¿A qué hora del día se presentan las ideas suicidas?	<b>a)</b> Estimar la prevalencia de ideas suicidas en el último trimestre. <b>b)</b> Identificar los tipos de ideas suicidas.  <b>c)</b> Estimar la frecuencia de ideas suicidas en estudiantes. <b>d)</b> Identificar la intensidad de ideas suicidas en estudiantes. <b>e)</b> Identificar los motivos de las ideas suicidas en estudiantes. <b>f)</b> Identificar el antecedente de tentativa suicida en estudiantes con ideas suicidas. <b>g)</b> Identificar las circunstancias en que se presentan las ideas suicidas. <b>h)</b> Identificar las horas del día en que se presentan las ideas suicidas.			

## Anexo 02

### INSTRUMENTOS

#### CUESTIONARIO SOBRE EL PERFIL DE LAS IDEAS SUICIDAS

Nº de ficha: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015

**INTRODUCCIÓN.** El presente cuestionario tiene como propósito conocer el perfil de las ideas suicidas en los estudiantes, el será útil sólo para efectos de estudio. No existen respuestas buenas ni malas, razón por el cual, debe responder con sinceridad cada una de las preguntas que a continuación le formularé.

**INSTRUCTIVO.** Marque con un aspa “X” la alternativa que está en mayor relación con su experiencia de vida y llene los espacios en blanco.

#### I. DATOS GENERALES

**1.1. ¿Cuántos años tienes?** \_\_\_\_\_ años

**1.2. ¿Qué ciclo estas cursando?** \_\_\_\_\_ ciclo

**1.3. ¿En qué distrito resides?**

( ) Ayacucho

( ) San Juan Bautista

( ) Jesús Nazareno

( ) Carmen Alto

( ) Andrés Avelino Cáceres

Otro: \_\_\_\_\_

**1.4. ¿Cuál es el ingreso económico mensual de tu familia?**

( ) Menor de 750 nuevos soles.

( ) 750 a 1500 nuevos soles.

( ) Mayor de 1500 nuevos soles.

## **II.DATOS ESPECÍFICOS**

### **2.1. ¿En los últimos 3 meses pensó quitarse la vida?**

- Si
- No

Solo si tuvo pensamientos sobre la muerte, continúe respondiendo las preguntas. Caso contrario entregue el cuestionario.

### **2.2. ¿Cómo ha pensado quitarse la vida?**

- Cortándose las venas.
- Disparándose con un arma de fuego.
- Tirándose al vacío
- Sobredosificándose con fármacos.
- Envenenándose

Otro, especifique: \_\_\_\_\_

### **2.3. ¿Con que frecuencia tiene estos pensamientos?**

- A diario
- Casi todos los días
- Una vez por semana
- Una vez cada 15 días
- Una vez al mes
- Esporádico

### **2.4. ¿Qué efecto le produce estos pensamientos?**

- Ninguno
- Me siento mal
- Me impide estudiar
- Me entristece
- Me encierro en mi habitación.
- Me desespero
- Lloro

Otro, especifique \_\_\_\_\_

### **2.5. ¿Cuál crees que es la causa de estos pensamientos?**

- Problemas académicos

- Problemas familiares
- Problemas económicos
- Problemas con mi pareja
- Tuve un familiar que intentó suicidarse.
- No sé

Otro, especifique\_\_\_\_\_

**2.6. ¿Alguna vez intentaste quitarte la vida?**

- Si
- No

**2.7. ¿En qué momento tienes estos pensamientos?**

- Al acostarme
- Cuando las cosas me salen mal
- Cuando me encuentro sola
- Cuando mis padres discuten
- Cuando discuto con mi pareja.

Otro, especifique\_\_\_\_\_

**2.8. ¿A qué horas del día presenta estos pensamientos?**

- Mañana
- Tarde
- Noche

**Gracias.**



### Anexo 03

#### PRUEBA DE CONFIABILIDAD

#### CUESTIONARIO SOBRE EL PERFIL DE LAS IDEAS SUICIDAS

##### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,769	8

##### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P1	16,60	9,156	,313	,767
P2	16,50	8,722	,506	,743
P3	15,80	5,956	,907	,640
P4	15,70	8,233	,411	,756
P5	15,90	8,100	,346	,775
P6	15,70	10,233	,346	,775
P7	15,70	6,678	,882	,660
P8	15,50	8,722	,506	,743