

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**E.A.P. DE ENFERMERÍA**

**Factores psicosociales más relevantes asociados a la  
ideación suicida en estudiantes de primer año de la  
Escuela Profesional de Enfermería UNMSM 2016**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

**AUTOR**

Rosario Isabel Gutierrez Peña

**ASESOR**

Carmen Rosa Del Carmen Ramos

Lima - Perú

2017

**“FACTORES PSICOSOCIALES MÁS RELEVANTES ASOCIADOS  
A LA IDEACION SUICIDA EN ESTUDIANTES DE PRIMER  
AÑO DE LA ESCUELA PROFESIONAL  
DE ENFERMERIA UNMSM 2016”**

*A Dios, por ser mi padre todopoderoso, el rey de mi vida, el forjador de mi sendero, por darme la dicha de seguir viva y continuar con mi proyecto de vida siempre a su lado.*

*A mi madre, por ser el amor de mi vida, mi soporte, y el motor y motivo de mis días, le debo mi vida y todos mis logros.*

*A mi familia, mi novio Miguel y amigos que hicieron posible la finalización de este arduo y duro camino, que me mostraron sus cálidos cuidados y sus hermosas sonrisas.*

*Un agradecimiento especial a la Lic. Carmen Del Carmen Ramos, por guiarme en la elaboración de esta tesis, por su paciencia y cariño en sus enseñanzas.*

## ÍNDICE

CONTENIDO	PÁG
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice de gráficos.....	viii
Resumen.....	x
Summary.....	xii
Presentación.....	xiv
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA</b>	
1.1 Planteamiento del Problema, Delimitación y Formulación.....	6
1.2 Formulación de Objetivos.....	7
1.2.1 Objetivo general. ....	7
1.2.2 Objetivos específicos.....	7
1.3 Justificación de la Investigación.....	8
<b>CAPITULO II: BASES TEORICAS Y METODOLOGICAS</b>	
2.1. Marco teórico.....	9
2.1.1 Antecedentes del Estudio.....	9
2.1.2 Base Teórica Conceptual.....	15
2.1.2.1 Características del estudiante universitario.....	15
2.1.2.2 La ideación suicida como primer eslabón del Suicidio.....	19
2.1.2.3 Factores psicosociales asociados a la ideación Suicida.....	26
2.1.2.4 Rol terapéutico de enfermería psiquiátrica.....	53

2.1.3	Definición Operacional de Términos.....	55
2.1.4	Variables Operacionalización.....	56
2.2.	Diseño Metodológico.....	56
2.2.1	Tipo de Investigación.....	56
2.2.2	Población.....	57
2.2.3	Muestra. Muestreo.....	56
2.2.4	Criterios de Inclusión.....	57
2.2.5	Criterios de Exclusión.....	57
2.2.6	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos...	58
2.2.7	Plan de Recolección y Análisis Estadístico de los Datos.....	59
2.2.8	Validez y Confiabilidad.....	60
2.2.9	Consideraciones Éticas.....	60

### **CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION**

3.1.	Resultados.....	61
3.1.1	Datos generales.....	61
3.1.2	Datos específicos.....	62
3.2.	Discusión.....	64

### **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

5.1.	Conclusiones.....	67
5.2.	Recomendaciones.....	68

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>69</b>
--	-----------

<b>ANEXOS.....</b>	<b>73</b>
--------------------	-----------

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº	PÁG.
1 Factores psicológicos más relevantes asociados a la Ideación suicida en estudiantes del primer año de la Escuela Profesional de Enfermería UNMSM 2016.	61
2 Factores sociales más relevantes asociados a la ideación suicida en estudiantes del primer año de la Escuela Profesional de Enfermería UNMSM 2016.	62

## RESUMEN

**OBJETIVOS:** Determinar los factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida en estudiantes de primer año de la Escuela Profesional de Enfermería UNMSM 2016.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio de investigación de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo y diseño no experimental. La población estuvo conformada por 74 estudiantes del primer año de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento la escala Licker para cada uno de los integrantes de la población a fin de identificar los factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida que afectan a los estudiantes del primer año de la carrera de Enfermería.

**RESULTADOS:** Los factores psicológicos más relevantes asociados a la ideación suicida son: en primer lugar el Estrés Académico 52%, en segundo lugar la Baja Autoestima 50%, y el Abuso sexual en tercer lugar 32%, asimismo, los factores sociales más relevantes son la Influencia negativa de amistades 24%, los Problemas en la relación de parejas 24 % e Historia de trastorno psicológico familiar 22%, que presentan los estudiantes de la carrera de Enfermería.

**CONCLUSIONES:** Los factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida en jóvenes universitarios de 1<sup>er</sup> año de la EAPE de la UNMSM son: Estrés Académico, Baja Autoestima, Influencia Negativas de amistades y Problemas en la relación de parejas.

**PALABRAS CLAVES:** factores psicológicos, factores sociales, ideación suicida, estudiantes de primer año de la carrera de Enfermería.



## SUMMARY

**OBJECTIVES:** To determine the most relevant psychosocial factors associated with suicidal ideation in first year students of the Professional School of Nursing UNMSM 2016.

**MATERIALS AND METHODS:** Research study of quantitative approach, application level and non-experimental design. The population was formed by 74 students of the first year of the Professional School of Nursing of the Faculty of Medicine of the National University of San Marcos. The survey was used as a technique and as an instrument the Licker scale for each of the members of the population in order to identify the most relevant psychosocial factors associated with suicidal ideation that affect the first year of the Nursing career.

**RESULTS:** It can be concluded that the most relevant psychological factors associated with suicidal ideation are: firstly Academic Stress 52%, secondly Low Self-esteem 50%, and sexual abuse in the third place 32%, also, with social factors The negative Influence of friends 24%, problems in the relationship of couples 24% and History of psychological disorder 22% family that have young university students Academic Nursing.

**CONCLUSIONS:** The most relevant psychosocial factors associated with suicidal ideation among young university students in the 1st year of the EMSE of the UNMSM are: Academic Stress, Low Self Esteem, Negative Influence of Friendships and Problems in the Relationship of Couples.

**KEYWORDS:** Psychosocial factors, suicidal ideation, freshmen of the university.

## **PRESENTACIÓN**

Cuando hay un resquebrajamiento de la Salud Mental, puede existir en la persona la ideación suicida que es el conjunto de ideas, pensamientos y expresiones que denotan un deseo o intencionalidad de morir. Asimismo es un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por el plan de suicidio, intento de suicidio hasta concluir con el suicidio consumado.

Según la OMS, la situación de la ideación suicida y el acto consumado, es decir, el suicidio, sigue en aumento por parte de la población juvenil y sobre todo en los estudiantes universitarios. Lamentablemente, el suicidio no suele priorizarse como un importante problema de salud pública. A pesar del aumento de las investigaciones y los conocimientos acerca del suicidio y su prevención, el tabú y el estigma alrededor del suicidio persisten y muchas personas no buscan ayuda o quedan solas, y si la buscan, muchos sistemas y servicios de salud no logran proporcionar una ayuda oportuna y eficaz, debido a que no cuentan con planes operativos y estratégicos bien diseñados para abordar los aspectos de la salud mental y su repercusión en todas las esferas del ser humano.

Por ello es importante investigar los factores psicosociales que tienen relación con la ideación suicida en los estudiantes universitarios como son aquellos que pertenecen a la carrera de Enfermería, para conocer la realidad de esta problemática de la salud mental en la universidad y así poder obtener una ruta clara para abordar con eficiencia y eficacia el problema, y evitar el resquebrajamiento de la salud mental que altere su actuar diario y dificulte su inserción a la vida universitaria y al egreso exitoso.

El presente estudio de investigación consta de cuatro capítulos: CAPITULO I: presenta el planteamiento, delimitación y formulación del problema, el objetivo general y los objetivos específicos, y la justificación. CAPITULO II: detalla el marco teórico y el diseño metodológico. CAPITULO III: expone los resultados y la discusión. Y el CAPITULO IV menciona las conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN**

La Salud Mental es el estado de salud que implica la capacidad del individuo de adaptarse al ambiente en el que vive, así como participar o contribuir en forma constructiva a las modificaciones necesarias de su ambiente físico y social. Esto supone que la persona es capaz de desarrollar plenamente sus potencialidades, en armonía con su entorno y las personas que lo rodean. <sup>1</sup>

Cuando hay un resquebrajamiento de la Salud Mental, puede existir en la persona la ideación suicida que se denomina “al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte”. Asimismo es un proceso que comienza con la idea de suicidarte, pasa por el intento de suicidio hasta concluir con la muerte autoinflingida, es decir, el suicidio consumado. <sup>2</sup>

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en el 2012, señalan “que 121 millones de personas en todo el mundo sufren depresión e ideación suicida y se espera que para el 2020 esta afección se convierta en la segunda causa de discapacidad a nivel global. Además se contabiliza que alrededor de

804.000 personas mueren por suicidio cada año en el mundo, lo que representa una tasa anual mundial, de 11,4 por 100 000 habitantes (15 ,0 entre varones y 8,0 entre mujeres) .Aproximadamente 1 de cada 40 segundos, se estima que el 75% de los suicidios se producen en países de ingresos bajos y medianos. Y se menciona que globalmente, el suicidio es la segunda causa principal de muerte en los jóvenes de 15 a 29 años”.<sup>3</sup>

La Organización Mundial de la Salud en el año 2008, informó que en el Perú “se quitan la vida 650 personas al año entre edades de 15 a 24 años. El suicidio ocupa el cuarto lugar como causa de muerte, siendo los motivos más frecuentes conflictos familiares (27.6%), conflictos sentimentales (22.1%), problemas mentales (17.6%), problemas económicos (2.2%), enfermedad física (0.8%). Entre el promedio de las edades ya mencionada, un grupo de especial vulnerabilidad suicida son los estudiantes universitarios, por presentar mayor sometimiento a situaciones estresantes de diversa índole”<sup>3</sup>

En el Perú hay 1 millón 700 mil personas con depresión que podrían matarse, se indica que cada hora, dos personas intentan suicidarse en Lima y que la principal causa es la depresión. Sólo en Perú hay 1 millón 700 mil personas que padecen depresión. Los que llegan a tratarse la enfermedad son sólo 425 mil personas del total y unas 340 mil personas reconocen que tienen problemas pero no toman medidas al respecto.<sup>3</sup>

Walter Castillo Martell, director del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, explicó que las conductas suicidas están asociadas a la depresión y se forman desde la infancia. “Si

uno deja que la depresión avance, en muchos casos va a llegar al suicidio, aunque no en todos”. Según las estadísticas de la institución, el 80% de los casos de suicidios presentados en el país el año pasado tuvo su origen en problemas de ánimo y depresión. “De cada 20 personas mayores de 15 años, una se deprime al año; de cada 20 personas con episodio de depresión, una intenta suicidarse; y de cada 20 intentos de suicidio, uno llega a consumarse”. Agregó que otro 20% se da cuenta de que necesita atención, pero no hace nada al respecto. En tanto, el resto (55%) no advierte la enfermedad y no le presta atención.<sup>4</sup>

Por otro lado el 10 de septiembre, Día Mundial para la Prevención del Suicidio, se fomentan en todo el mundo compromisos y medidas prácticas para prevenir los suicidios. Cada día hay en promedio casi 3000 personas que ponen fin a su vida, y al menos 20 personas intentan suicidarse por cada una que lo consigue.<sup>4</sup>

El suicidio parte de las ideas suicidas que pueden abarcar desde pensamientos de falta de valor por la vida hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos leves y moderados de muerte y en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva. Para aquellos que presentan cierta predisposición, los factores de riesgo incluyen: problemas psiquiátricos (trastornos depresivos, psicosis, enfermedad bipolar), pérdida de seres queridos, problemas económicos, familiares, laborales, vivir en zonas con escasa luz del día (como en el sur de nuestro país en época invernal), casos de suicidio en la familia (con su correlato genético y social), abuso de alcohol y/o drogas, ser víctima de abuso físico o sexual en la niñez. Ser víctima de enfermedades físicas habilitantes y/o causantes de mucho dolor, tener acceso a medios para

cometer el suicidio (venenos, armas, etc.). En los jóvenes, el riesgo de suicidio aumenta en los casos de familias mono-parentales y en las zonas de menor densidad de población y cobertura de servicios.<sup>5</sup>

La situación de la ideación suicida y el acto consumado, es decir, el suicidio, sigue en aumento por parte de la población juvenil y sobre todo en los estudiantes universitarios. Lamentablemente, el suicidio no suele priorizarse como un importante problema de salud pública. A pesar del aumento de las investigaciones y los conocimientos acerca del suicidio y su prevención, el tabú y el estigma alrededor del suicidio persisten y muchas personas no buscan ayuda o quedan solas, y si la buscan, muchos sistemas y servicios de salud no logran proporcionar una ayuda oportuna y eficaz, debido a que no cuentan con planes operativos y estratégicos bien diseñados para abordar los aspectos de la salud mental y su repercusión en todas las esferas del ser humano.<sup>6</sup>

A menudo, resulta difícil valorar las conductas en las personas con problemas de salud mental que están deprimidas, ansiosas, a la defensiva o confusas, debido a que no se presta la importancia debida a esta área emocional de la persona. En ese contexto, en mi experiencia personal me tocó pasar por esta situación de salud mental varios años de mi vida universitaria, estuve diagnosticada con “depresión crónica” y con tratamiento médico por 1 año, tuve varios episodios de querer desertar de la universidad y estuve divagando acerca del significado de la vida, y pese a los signos y síntomas propios del resquebrajamiento de mi salud mental, concluí los cursos de la universidad con ayuda de profesionales del área correspondiente, docentes y mi familia. Y lo que pude percibir cuando me encontraba en ese estado de salud mental, fue que existen docentes que

no apoyan al estudiante y por el contrario refieren “estando así no puedes atender a ningún paciente, no puedes brindar lo que no tienes, sería mejor que dejaras el año y descansaras”, y lo que consiguen con este mensaje es colocarte en una situación aún más vulnerable, porque cuando uno se encuentra deprimida, mantenerte en actividad es indispensable para que no recaigas, porque al concentrarse en el trabajo ya no tienes tiempo suficiente para enfocarte en tus problemas de salud.

Con respecto a la atención del paciente, cuando uno pasa por los episodios de depresión, entiende mejor la situación emocional que atraviesa el paciente enfermo. Personalmente me sentía mejor cuando estaba en el hospital, porque era valorada al tener la responsabilidad de cuidar un enfermo, lo que hizo recuperarme con mayor rapidez, al sentirme útil para la sociedad. El problema de salud mental se profundiza según mi apreciación personal, cuando el estudiante universitario es dejado de lado y lo apartan de la vida universitaria, lo hacen sentir que carece de valor y con ello se incrementa el resquebrajamiento de su salud mental.

Similares situaciones se vienen presentando en el contexto universitario, observándose que en muchos casos no se les brinda la debida importancia, y es más pasan desapercibidas, no se tiene información y tampoco se hace seguimiento de los estudiantes que tienen problemas de salud mental, considerándoseles simplemente como problemas de deserción académica.



En el año 2014, se tuvo conocimiento que una estudiante de Enfermería de la UNMSM del primer año se suicidó, y se cree que se debió a diversos factores que se suscitaban en su vida personal y cabe mencionar que antes que se produjera este lamentable suceso, la estudiante no evidenciaba conductas de riesgo que proporcionaran indicios de que su salud mental no era plena, posiblemente tenía conflictos interiores que deben haberse manifestado en su actuar diario, pero no fueron observados como tales. Si se hubieran detectado a tiempo se hubiera proporcionado una ayuda oportuna y eficaz por parte de la familia y la universidad, y en estos momentos la historia de la joven universitaria presentaría otro final.

Creo que la universidad aún no le da la debida importancia a la salud mental de sus estudiantes y no está preparada porque no cuenta con servicios especializados en salud mental, lo que implica que los universitarios con problemas en la esfera emocional no saben dónde acudir, no son comprendidos, son rechazados y en algunas ocasiones optan por desesperación en quitarse la vida. Por este motivo, este trabajo de investigación trata de demostrar el valor que tiene la salud mental en los universitarios buscando identificar la presencia de factores asociados a la ideación suicida en estudiantes de una carrera de salud, que permita resaltar la importancia de que la universidad implemente y difunda adecuadamente los programas dirigidos al mejoramiento de la Salud Mental conocidos los factores que intervienen o se asocian a la ideación suicida.

Teniendo en cuenta lo anteriormente manifestado surgen entre otras, las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son los factores más prevalentes de la ideación suicida en los estudiantes de enfermería? ¿Existe relación entre la ideación suicida y la baja autoestima? ¿La ideación suicida afectará el rendimiento universitario? ¿Cuáles son las causas más frecuentes de ideación suicida en los jóvenes? ¿Cuál es el motivo de que los jóvenes presenten ideaciones suicidas en comparación con el resto de la población? ¿Por qué ha aumentado la ideación suicida y el suicidio en los últimos años, sobre todo en jóvenes?

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida en estudiantes de primer año de la Escuela Profesional de Enfermería UNMSM 2016?

### **1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS**

#### **1.2.1 GENERAL:**

- Determinar los factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida en estudiantes de primer año de la Escuela Profesional de Enfermería UNMSM 2016.

### **1.2.2 ESPECIFICO:**

- Identificar los factores psicológicos más relevantes asociados a la ideación suicida en estudiantes de primer año de la Escuela Profesional de Enfermería UNMSM 2016.
  
- Identificar los factores sociales más relevantes asociados a la ideación suicida en estudiantes de primer año de la Escuela Profesional de Enfermería UNMSM 2016.

### **1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN**

Los resultados de la presente investigación son útiles en tanto conocidos los factores psicosociales relacionados a la ideación suicida en estudiantes universitarios de primer año, y que afectan su desenvolvimiento en la universidad; contribuyendo estos resultados a la implementación de programas preventivo promocionales dirigidos al seguimiento de los grupos de estudiantes más vulnerables, para favorecer no sólo su inserción universitaria exitosa sino también el logro de sus aspiraciones personales y profesionales en el marco de la formación integral de la persona.

## CAPITULO II

### BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

#### 2.1 MARCO TEORICO

##### 2.1.1. ANTECEDENTES

- **Internacionales**

Siabato M. Elsa, Salamanca C. Yenny, en el 2014, en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, realizaron un estudio sobre **“Factores asociados a ideación suicida en universitarios “**. Los objetivos fueron conocer los factores asociados a ideación suicida en una muestra de 258 universitarios con edades comprendidas entre 18-24 años, pertenecientes a una universidad ubicada en el departamento de Boyacá. Estudio de enfoque cuantitativo, no experimental de tipo transeccional. Los instrumentos utilizados fueron el inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI), la escala de autoevaluación para la depresión de Zung (SDS), la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS), el cuestionario de dependencia emocional (CDE), la escala de eventos vitales estresantes (EEVA), y una ficha demográfica. Las conclusiones fueron:

*“Muestran que el 31% de la población participante presento ideación suicida, que los eventos vitales estresantes, la dependencia emocional, la impulsividad y la depresión son factores asociados a la ideación suicida en universitarios “.*<sup>7</sup>

Coffin Cabrera y colaboradores, 2011, en la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), realizaron la investigación sobre **“Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI”**. Los objetivos fueron conocer la prevalencia de la depresión e ideación suicida en alumnos de todas las carreras de la FESI, así como la correlación entre las variables de género y carrera. La muestra no probabilística fue de 251 estudiantes (4 y 8 semestre de la Escuela de Psicología, Biología, Medicina y Enfermería). Estudio de enfoque cuantitativo y de corte transversal. Los instrumentos utilizados el Inventario de depresión de Beck y el Inventario de Orientaciones de Casullo. Las conclusiones fueron:

*“Muestran que existe en las mujeres niveles de ideación suicida y depresión moderado y alto, y en los varones niveles leves y moderados. Por carrera, el nivel de ideación suicida y depresión en nivel alto se muestra con mayor prevalencia en Medicina y Enfermería”.*<sup>8</sup>

Carmona Jaime, Gaviria Jorge y Layne Benilda, 2013, en la Universidad de Colombia, realizaron un estudio sobre **“Suicidio, vínculos en estudiantes universitarias colombianas”**, con el objetivo de indagar y comparar la manifestación de la ideación de conducta suicida respecto de la no aparición de conducta suicida en estudiantes universitarias, teniendo en cuenta los vínculos afectivos que ellas establecen. Estudio descriptivo, enfoque cuantitativo, corte transversal y no experimental. La muestra fue de 1055 de 17 universidades privadas de Colombia, con edades entre 18-25 años de edad. El instrumento fue el cuestionario validado mediante jueces. Los resultados fueron:

*“Las estudiantes que no han presentado ideación, intento de suicidio y comportamiento autodestructivo califican sus vínculos como muy buenos, en razón de la cual, se puede afirmar que los vínculos de calidad son un factor protector frente a comportamientos autodestructivos y fortalecen la salud”.<sup>9</sup>*

Calvo G. José, Sánchez Ricardo y Tejada Paola, en el año 2003, en la Universidad de Colombia, Facultad de Medicina realizaron el estudio **“Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios”**. Los objetivos fueron cuantificar la prevalencia de ideación suicida en una población de estudiantes universitarios, caracterizar grupos en relación con la ideación suicida y las conductas suicidas y determinar las variables que se asocian con ideación suicida e intentos de suicidio. Estudio observacional, analítico y transversal; con una muestra de la población de 3107 universitarios de 18-24 años de edad, conformada por facultades de ingeniería 1016, ciencias 882, economía 612, ciencias humanas 597. Los instrumentos fueron la medición del riesgo de suicidio y de las variables asociadas. Las conclusiones fueron:

*“La presencia de violación, permanecer más de ocho horas al día solo y pertenecer al género femenino, debe alertar al clínico sobre la posibilidad de ideación suicida, siendo recomendable la exploración y evaluación de la misma en los sujetos que representan estos factores”.<sup>10</sup>*

- **Nacionales**

Perales Alberto y colaboradores, en el año 2013 en una universidad pública, realizaron un estudio sobre **“Conducta suicida en estudiantes de la escuela de nutrición de una universidad pública peruana”**. El objetivo fue estimar la prevalencia de vida de la conducta suicida y variables asociadas en estudiantes de nutrición. Estudio descriptivo y analítico, de corte transversal, siendo la muestra 269 alumnos del 1 al 4 año. Los instrumentos fueron las escalas de Ansiedad y Depresión de Zung, indicadores de conducta antisocial y CAGE (problemas relacionados con uso de alcohol). Las conclusiones fueron:

*“Uno de cada 11 estudiantes de la escuela de nutrición ha intentado suicidarse, por lo menos una vez en su vida. Este tipo de conducta se halla generalmente asociado a otros problemas de salud mental”.*<sup>11</sup>

Viru Loza, Manuel, Palomino Valeriano Lissette, en el año 2009 en la Escuela de Nutrición en Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, realizaron el estudio **“Factores asociados a planeamiento suicida en estudiantes”**. El objetivo fue determinar qué factores están asociados a planeamiento suicida en estudiantes de la Escuela de Nutrición. Estudio de enfoque cuantitativo y de corte transversal, siendo la muestra los estudiantes de nutrición del 4to año académico. El instrumento fue un cuestionario y la técnica la encuesta. Las conclusiones fueron:

*“Este estudio muestra que los factores son: alteraciones de sueño, estrés, sentimiento de soledad, abuso de sustancia, de todos ellos, el más significativo en el planeamiento suicida es la dificultad para conciliar el sueño”.*<sup>12</sup>

Inquilla M. Juan, en el año 2013 en la Universidad Nacional del Altiplano Puno-Perú, realizó el estudio **“Representaciones sociales sobre el suicidio de los estudiantes en la Universidad Nacional Altiplano”**. Los objetivos fueron identificar el conocimiento y pensamiento que tienen los estudiantes sobre el suicidio, determinar los factores asociados a los intentos de suicidio en los jóvenes universitarios, identificar las creencias sobre las principales causas que conllevan al suicidio. La muestra fue de 150 estudiantes y 10 casos con diagnóstico de intento de suicidio (edades de 17-25 años de edad). Estudio de enfoque cuantitativo de corte transversal y de carácter no experimental. Los instrumentos fueron los cuestionarios y análisis de registro en los casos de intento de suicidio (Hospitales “Manuel Núñez Butrón de Puno y “Carlos Monge Medrano“en la ciudad de Juliaca. Las conclusiones fueron:

*“Los hallazgos encontrados de las representaciones sociales del suicidio manifiestan que la estructura familiar, prejuicios, relaciones sociales inestables o disfuncionales, perturbaciones emocionales, baja autoestima conllevan a tener mayores pensamientos sobre el suicidio”.*<sup>13</sup>

Sánchez Teruel David, García León Ana, y Colaboradores. En el año 2013 en la Universidad de Jaén, Facultad de Humanidades y Ciencias, realizaron un estudio sobre **“Relación entre alta ideación suicida y variables psicosociales en estudiantes universitarios”**. El objetivo fue evaluar si algunas de estas variables psicosociales están relacionadas con la alta



prevalencia de ideación suicida. Estudio de enfoque cuantitativo, de corte transversal y de carácter no experimental. Muestra de 100 estudiantes, con edades de 21 a 34 años, Los instrumentos fueron hojas de datos sociodemográficos, escala de ideación suicida, escala de apoyo social y test de orientación vital.

La conclusión fue:

*“la identificación precoz de los factores psicosociales relacionados con alta ideación suicida puede ayudar en la prevención de situaciones de riesgo suicida en este colectivo”.*<sup>14</sup>

Los antecedentes expuestos tanto internacionales como nacionales , reflejan que la ideación suicida se percibe con mayor frecuencia en el grupo etáreo de jóvenes y sobre todo en jóvenes universitarios, ya que , están expuestos a mayor carga de estrés, y en las investigaciones citadas se refleja que las posibles causas de la ideación suicida aparte del estrés que con mayor frecuencia ocurre, también se encuentran los conflictos familiares, las perturbaciones emocionales, la baja autoestima, la estructura familiar disfuncional, el abuso de sustancias, el abuso sexual, la falta para conciliar el sueño, entre otras.

Lo mencionado ha contribuido para la elaboración del marco conceptual de este estudio de investigación, y con ello obtener una ruta clara de este proceso de investigación.

## **2.1.2 BASE TEÓRICA CONCEPTUAL**

### **2.1.2.1. CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIANTE UNIVERSITARIO**

El ingreso a la universidad suele ocurrir en la etapa del adulto joven, que según la OMS comprende de 20 a 28 años, siendo la característica principal, que el individuo debe comenzar a asumir roles sociales y familiares, es decir, hacerse responsable de su vida y de la de quienes le acompañan en la conformación de una familia.<sup>15</sup>

Según Erickson, el adulto joven se mueve entre la intimidad y el aislamiento, es una etapa en que la persona está dispuesta a fundar su identidad con la de otros. Está preparado para la intimidad, se tiene la capacidad de entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y de desarrollar la fuerza necesaria para cumplir con tales compromisos, aun cuando impliquen sacrificios significativos. La afiliación y el amor son las virtudes o fortalezas que se asocian a esta etapa.<sup>15</sup>

Se trata de una fase de importantes cambios sociales en los ámbitos de la vida profesional y familiar, cambios que se resumirían en la apropiación de aquellos roles requeridos para la ejecución de una serie de tareas como la elección de un compañero/a, comienzo de una ocupación, comienzo y/o término de carreras profesionales, aprendizaje en la convivencia marital, paternidad y cuidado de los hijos, atención del hogar, adquisición de responsabilidades cívicas, localización de un grupo de pertenencia, entre las principales. Hay

construcción y establecimiento de un estilo de vida, se organiza la vida de forma práctica, se llevan a cabo propósitos.<sup>15</sup>

La juventud es una etapa de consolidación y de cristalización de la elección vocacional. La función fundamental que se plantea a los jóvenes de hoy en día, en su transición a la edad adulta, es la de definir sus relaciones con la sociedad mediante su relación personal y laboral. La mayoría de los jóvenes, descubren que le temen al futuro, por la soledad, la responsabilidad, el error y el fracaso, y por saber que tendrán que hacerse cargo de sí mismos. El estrés que se genera en esta etapa del desarrollo, la forma de enfrentarlo, el dilema que plantea la esperanza y la desesperanza y su falta de autoestima, puede llevarlos a autodestruirse por la drogadicción, la delincuencia, la sexualidad desprotegida, los accidentes y hasta el suicidio.<sup>16</sup>

La principal causa de la depresión es el estrés y puede desencadenarse a partir de cualquier cambio drástico en la vida normal y habitual, incluso si el cambio es elegido, como es el caso de una carrera universitaria. El ingreso a la universidad suele ser el primer cambio importante en la vida de un joven adulto. En esta fase de transición, los estudiantes suelen enfrentar problemas tales como:

- ✓ Nuevos arreglos de vida
- ✓ Necesidad de organizar los horarios
- ✓ En muchos casos, obligación de atender necesidades propias (horarios para comer, lavar la ropa, dormir y trabajar)

- ✓ Presión académica
- ✓ Manejo autónomo del dinero
- ✓ Cambios en las relaciones familiares sociales y amistades.
- ✓ Formación de pareja y aumento de la consciencia de identidad sexual
- ✓ Preocupaciones por el futuro profesional.

Cuando un alumno inicia sus estudios universitarios, puede sufrir trastornos anímicos por diversos factores, sobre todo por el estrés generado por la actividad académica. Si éste no se reduce puede llevar a la depresión.<sup>17</sup>

La presencia de trastornos mentales en los estudiantes universitarios es conocida desde hace mucho tiempo a nivel mundial, sin embargo no se le ha prestado la debida importancia en nuestro medio. El "trastorno mental" se define como un deterioro en el funcionamiento psicológico que se desvía de un concepto normativo, asociado a enfermedad y que limita sus interrelaciones.<sup>17</sup>

El estudiante universitario se enfrenta con una nueva realidad que, muchas veces, lo abruma y parece superar sus posibilidades de adaptación, ya que:

- Ser estudiante universitario significa tener pasión por descubrir y conocer la verdad, tener sed de entender y hambre de poder explicar el porqué de los fenómenos que observamos.
- Ser estudiante universitario significa ser protagonista de su propia carrera, es decir conducir las riendas de su formación

superior. Un universitario no se contenta con que alguien le transmita los conocimientos, sino que elabora su propio conocimiento.

- Ser estudiante universitario es ser activo, organizado con sus compañeros para hacer propuestas de mejora para la Facultad cualquiera que esta sea, es cuestionar el actuar de sus funcionarios, es no ser cómplice del engaño, la mentira y la manipulación
- Esta actitud requiere de un espíritu fuerte, que no se deja abatir por las dificultades y redobla el esfuerzo si es necesario, porque tiene clara su meta.
- Ser estudiante Universitario es exigir un trato con respeto, con dignidad, con justicia y equidad.
- Ser estudiante universitario significa adquirir una sólida formación profesional, humana, ética y moral. Es ser incorruptible, es ser intolerante con la mentira y el engaño de aquellos profesionales que la profesan en la Universidad.<sup>18</sup>

A nivel internacional son pocos los estudios realizados con estudiantes de medicina y los que se han realizado han explorado trastornos específicos como depresión. Los hallazgos sugieren una alta tasa de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina y Enfermería, con niveles mucho más altos de distrés psicológico que la población general. En un estudio con estudiantes de universidad de 1 año de la Ciudad de México se encontró que el 47% presentaba por lo menos un síntoma de ideación suicida, 17% pensó en quitarse la vida .<sup>20</sup>

En nuestro medio se han realizado muy pocos estudios con estudiantes de medicina y enfermería sobre este tema. (E. Galli y col. 2000), encontraron una frecuencia de 45,6% de alguna patología psiquiátrica en 250 alumnos de cuarto, quinto año de Medicina y Enfermería en Lima.<sup>19</sup>

### **2.1.2.2 LA IDEACIÓN SUICIDA COMO PRIMER ESLABÓN DEL SUICIDIO**

El término “suicidio” en sí evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad. Aparentemente, sir Thomas Browne fue quien acuñó la palabra “suicidio” en su obra *Religio medici* (1642). Médico y filósofo, Browne creó la palabra basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere u occidere* (matar). Este término inicialmente creado reflejaba el deseo de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona (Minois, 1999).<sup>21</sup>

Asimismo en 1987, Durkheim realizó la primera investigación sociológica de esta situación; definió al suicidio en términos de un acto personal, propositivo y consciente, mediante el cual el sujeto que lo realiza busca terminar con su vida (Durkheim, 1987). A partir de esta concepción se generó un cambio en la perspectiva del evento, se le otorgó importancia a los elementos contextuales que rodean al individuo y se comenzaron a atender los motivos subyacentes.<sup>22</sup>

Con esto, se sentaron las bases para que el problema fuera abordado e investigado desde distintos enfoques, considerándolo como un fenómeno complejo que incluye factores neurobiológicos (Guiao y Esperanza, 1995; Harris y Lennings, 1995), familiares, (Steinhaussen y Winckler, 2004; Cubillas et, 2006), genéticos (Stefulj et, 2004), psicológicos (Andrade, Betancourt y Camacho Valladares, 2003), sociales (Durkheim , 1987), culturales (Leslie, Stein, yv Rotheram –Borus , 2002) y otros aún en estudio.<sup>22</sup>

Cerca de un millón de personas se suicidan cada año en el mundo; esto equivale a una muerte por suicidio cada 40 segundos (World Health Organization-WHO, 2012a). Los jóvenes son cada vez más vulnerables a los comportamientos suicidas. De hecho, el suicidio está entre las tres principales causas de muerte no accidental, en el mundo, entre las personas menores de 25 años.<sup>23</sup>

La organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado la necesidad de generar acciones dirigidas a la prevención de este comportamiento (OMS, 2008). Dicho fenómeno se ha incrementado en un 60% en los últimos cuarenta y cinco años, convirtiéndose en una de las tres principales causas de muerte violenta en el mundo, hasta el punto que diariamente se suicidan aproximadamente tres mil personas, y por cada una que lo logra, veinte lo logran .Además, se prevé que para el año 2020 el número de personas que se suicidan aumentará a 1,53 millones y los intentos de suicidio serán entre diez y veinte veces superiores a esa cifra.<sup>23</sup>

Posteriormente, según la OPS (22 de octubre de 2014), en las Américas hay más de 7 suicidios por hora, cerca de 65.000 personas se quitan la vida cada año en la región de las Américas, más de 7 cada hora. El suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 25 años. Los hombres tienen 4 veces más probabilidades de morir por suicidio que las mujeres, aunque las mujeres realizan más intentos de suicidio. El método más común de suicidio en la región es la sofocación (incluyendo el ahorcamiento), seguido del uso de armas de fuego y el envenenamiento (incluyendo sobredosis de drogas e ingesta de pesticidas).<sup>23</sup>

Por otro lado, como punto de referencia a nivel local, se cuenta con los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi" en población general de Lima Metropolitana (2012). En relación al grupo de adolescente y adulto los resultados señalan un 40% de adolescentes consideran pensamiento suicidas, intento suicida y un 35,3% en el adulto.<sup>24</sup>

Además se observó que estos comportamientos tienen un curso más o menos definido, con diferentes instancias y categorías de análisis; abarcan comportamientos que van desde la ideación suicida a las conductas auto-lesivas, pasando por el intento suicida y terminando en el acto consumado (Fernández, 2002).<sup>25</sup>



Los intentos de suicidio se ven provocados por factores como: las enfermedades mentales; de hecho hay investigaciones que han encontrado que el 41% de las personas que cometieron suicidio, fueron hospitalizadas por motivos psiquiátricos el año previo al evento (Gómez Restrepo, y otros, 2002), siendo una de las principales causas el trastorno depresivo mayor (TDM). Se estima que entre el 20 y 35% de las personas que cometen suicidio presentaban este trastorno y que al menos un 27% de los pacientes con TDM han intentado por lo menos una vez quitarse la vida. También se han señalado otros factores como el desempleo y problemas académicos (Ballesteros, y otros, 2010), soledad, auto devaluación y la fragilidad, la pobreza educacional, la baja autoestima, los problemas socioeconómicos, los fracasos en las relaciones amorosas, la mala comunicación con la familia, el maltrato, la depresión aguda, el estrés, la obesidad, el fallecimiento inesperado de un ser querido y el abuso de drogas (Cortés Alfaro, y otros, 2011). También se encuentra la familia, la cual de forma indirecta produce la conducta suicida por ser la principal influencia en la formación del sujeto (Von Dessauer, y otros, 2011). Estos son algunos factores de riesgo que pueden llevar a ideaciones, intentos y suicidios consumados. El comportamiento suicida inicia con la idea de que morir es la mejor alternativa para escapar de las dificultades, de allí pueden seguir las amenazas, gestos, intentos y suicidios consumados (Pérez Barrero S. A., 1999).<sup>25</sup>

La ideación suicida, podría definirse como la primera manifestación conductual del suicidio que va desde expresiones que denotan una dificultad para vivir como “no vale la pena vivir”, hasta manifestaciones que se acompañan de intención de morir o de un plan suicida. En otras palabras, la ideación suicida, no es una entidad diferente a la conducta suicida que pueda ser considerada como factor asociado o de riesgo. Al contemplar la ideación suicida como el comportamiento inicial del continuo denominado suicidio, se resalta la relevancia del estudio de esta pandemia en esta primera etapa, pues los resultados de la investigación proporcionarían la base para la implementación de estrategias de prevención del suicidio (Pérez, 2004) .<sup>26</sup>

Existen diversas concepciones en torno a la ideación suicida, Eguiluz (1995) menciona que la ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. <sup>26</sup>

Para Pérez (1999), la ideación suicida tiene las siguientes formas de presentación:

- **El deseo de morir:** Es el primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir, y es puerta de entrada a la ideación suicida. Es común la expresión “La vida no merece la pena vivirla”, “Yo lo que debería es morirme”, “Para vivir así es preferible estar muerto”, etc.

- **La representación suicida:** Consistente en fantasías pasivas de suicidio (por ejemplo imaginarse ahorcado, etc.)
- **La idea suicida sin un método determinado:** Es la idea de autodestrucción sin planteamiento de la acción. En este caso el sujeto desea suicidarse y, al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde no saberlo.
- **La idea suicida con un plan o método indeterminado o inespecífico aún:** Es cuando el sujeto desea suicidarse y, al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde que de cualquier forma; incluso manifiesta diversas posibilidades sin mostrar preferencia por alguna en particular.
- **La idea suicida con un método determinado sin planificación:** El sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico, pero sin haber elaborado una adecuada planificación.
- **La idea suicida planificada o plan suicida:** El individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida, y toma por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto. Se le conoce también como plan suicida, es sumamente grave por la posibilidad inminente de consumar el suicidio con éxito.<sup>27</sup>

Asimismo, el Dr. Sergio A. Pérez Barrero “Fundador de la sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría (2016), han definido la idea suicida, como el pensamiento de acabar con la propia existencia .Puede manifestarse de las siguientes maneras:

- **Idea suicida sin planeamiento de la acción:** Es aquella idea en la cual el individuo expresa deseos de matarse aunque no sabe cómo hacerlo.
- **Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado:** Es aquella en la que el sujeto expresa deseos de matarse y maneja varios métodos sin decidirse aún por uno específico.
- **Idea suicida con un método específico pero no planificado:** Es aquella idea en la que el individuo desea morir, ha elegido un método específico, pero aún no ha considerado cuando hacerlo, en qué lugar y que precauciones ha de tomar para llevar a cabo de suicido.
- **Plan Suicida:** Es aquella idea que, además de expresar sus deseos de autoeliminación, contiene el método específico, el lugar determinado y las precauciones que ha de tomar para lograr no ser descubierto y alcanzar el propósito anhelado de morir.
- Todas estas manifestaciones de la ideación de autodestrucción deben ser exploradas, si el paciente no las manifiesta, pues la comunicación y el dialogo abierto sobre el tema no incrementa el riesgo de desencadenar el acto, como erróneamente se considera y es una valiosa oportunidad para iniciar su prevención.<sup>28</sup>

En relación a la prevalencia de comportamiento suicida no mortal al igual que en el suicidio consumado, es difícil contar con datos fidedignos puesto que las personas que intentan suicidarse comúnmente no acuden a los centros de salud por diversas razones que van desde aspectos culturales hasta limitantes legales ya que en algunos países en desarrollo aún se considera el intento suicida como un delito.<sup>28</sup>

### **2.1.2.3 FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS A LA IDEACION SUICIDA**

Marck (1986), tratando de explicar este fenómeno, desarrolla un modelo con base en el estudio del suicidio consumado en jóvenes, el cual llamo “Modelo Arquitectónico” y consta de varios elementos:

- ❖ **Macrocósmos:** la influencia que ejercen la cultura, la actividad económica, los factores sociopolíticos y el sistema educativo.
- ❖ **Vulnerabilidad biológica** y los factores genéticos.
- ❖ **Experiencias tempranas** que tiene influencias sobre etapas iniciales del desarrollo. En ellas la familia tiene un peso predominante.
- ❖ **La organización de la personalidad** y la autoestima.
- ❖ **Las relaciones del individuo**, que incluye su relación con los padres, su aceptación o rechazo, el grado de separación, identificaciones, lazos con otros adultos y relaciones con amigos.

- ❖ La psicopatología, que establece la existencia de cuadros depresivos y alcoholismo.
- ❖ La circunstancias vitales como factores precipitantes, tanto biológicos como socio-familiares.<sup>29</sup>

Durkheim (1897) afirmó que este tipo de comportamiento refleja la relación de la persona consigo misma y con su comunidad. Por lo tanto, para entender las causas individuales del suicidio, se recurre al contexto social del individuo, el cual influye en sus actitudes con relación a su concepto de vida y muerte. Uno de los contextos sociales determinantes es de la dinámica familiar y este puede incluir el rechazo parental, los problemas de comunicación y la presencia de maltrato infantil, como factores influyentes (Monge, Cubillas 2007) que producen repercusiones en el plano individual o psicológico.<sup>30</sup>

Para Fernández (2002), los factores de riesgo constituyen situaciones, condiciones o eventos que en conjunto pueden aumentar la probabilidad de que una persona emita conductas voluntarias y conscientes dirigidas a causar la muerte.<sup>30</sup>

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros.<sup>31</sup>

Los factores psicosociales son los elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios que están relacionados con la conducta humana es su aspecto social y psicológico.<sup>31</sup>

**Los factores psicológicos relacionados a la ideación suicida**, son aquellos que nos permiten describir las características de una persona (como me percibo a mí mismo y como percibo frente a los demás). Son cognitivos, emocionales, perceptuales de personalidad y otros factores que influyen en la conducta del individuo. Estos factores son: presencia generalizada de sentimientos de desesperanza y culpa, existencia de depresión mayor, sobrevivencia al intento de suicidio, presagio o amenaza con el suicidio (proyección suicida), antecedentes familiares de suicidio o de intento, ausencia de apoyo social y familiar, así como la manifestación de impulsividad o ansiedad y hostilidad.<sup>32</sup>

Entre estos factores psicológicos que conllevan a incrementar la idea suicida, se señalan los siguientes:

- **Estrés académico**

En el mundo *"uno de cada cuatro individuos sufre de algún problema grave de estrés y en las ciudades, se estima que el 50 por ciento de las personas tienen algún problema de salud mental de*

*este tipo"* (Caldera, Pulido y Martínez, 2013, p. 78). Como factor epidemiológico, se considera un aspecto de gravedad, ya que el estrés es un importante generador de diversas patologías. El estrés como una tensión excesiva, señala que *"desde los grados preescolares hasta la educación universitaria de postgrado, cuando una persona está en estrés este período de aprendizaje experimenta tensión.*

En consecuencia, el estrés académico de los estudiantes universitarios. Desde un enfoque psicosocial lo concibe como el malestar que el estudiante presenta debido a factores físicos, emocionales, ya sea de carácter interrelacional o ambientales que pueden ejercer una presión significativa en la competencia individual para afrontar el contexto escolar en rendimiento académico, habilidad metacognitiva para resolver problema, presentación de exámenes, relación con los compañeros y educadores, búsqueda de reconocimiento e identidad, habilidad para relacionar el componente teórico con la realidad específica abordada. El estrés académico es un proceso sistémico, de carácter adaptativo y esencialmente psicológico, que se presenta cuando el alumno se ve sometido, en contextos escolares, a una serie de demandas que, bajo la valoración del propio alumno son considerados estresores, cuando estos estresores provocan un desequilibrio sistémico (situación estresante) que se manifiesta en una serie de síntomas (indicadores del desequilibrio); y cuando este desequilibrio obliga al alumno a realizar acciones de afrontamiento para restaurar el equilibrio sistémico.<sup>33</sup>



- **Depresión**

La depresión (del latín *depressio*, que significa 'opresión', 'encogimiento' o 'abatimiento') se describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia). Los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad. Hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: como es la tristeza constante, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar, impotencia, frustración a la vida y puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.

Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo.

El origen de la depresión es multifactorial. En su aparición influyen factores biológicos, genéticos y psicosociales. Diversos factores ambientales aumentan el riesgo de padecer depresión,

tales como factores de estrés psicosocial, mala alimentación, permeabilidad intestinal aumentada, intolerancias alimentarias, inactividad física, obesidad, tabaquismo, atopia, enfermedades periodontales, sueño y deficiencia de vitamina D. Entre los factores psicosociales destacan el estrés y ciertos sentimientos negativos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, contexto social, aspectos de la personalidad, el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte) o una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido).

Un elevado y creciente número de evidencias indica que los episodios depresivos se asocian con cambios en la neurotransmisión del sistema nervioso central y cambios estructurales en el cerebro, producidos a través de mecanismos neuroendocrinos, inflamatorios e inmunológicos. Existe un creciente número de pruebas que demuestran que la depresión está asociada con una respuesta inflamatoria crónica de bajo grado, aumento del estrés oxidativo y aparición de respuestas autoinmunes, que contribuyen a la progresión de la depresión. Las citoquinas pro-inflamatorias causan depresión y ansiedad, y se ha demostrado que sus niveles están elevados en los pacientes con síntomas depresivos, lo que puede explicar por qué los influjos psicosociales y los traumas agudos pueden desencadenar trastornos del estado de ánimo en personas vulnerables, como aquellas con una predisposición genética o las que tienen una mayor carga inflamatoria. El vínculo entre los procesos inflamatorios y los síntomas de la depresión se confirma por la asociación de síntomas

depresivos con enfermedades inflamatorias, autoinmunes o neuroinflamatorias, tales como el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la enfermedad cardiovascular, la diabetes, la alergia, la artritis reumatoide, la enfermedad celíaca, la esclerosis múltiple y la enfermedad de Parkinson.

La depresión puede tener importantes consecuencias sociales, laborales y personales, desde la incapacidad laboral (ya que se puede presentar un agotamiento que se verá reflejado en la falta de interés hacia uno mismo, o incluso el desgano para la productividad, lo cual no solo afectará a quien está pasando por la depresión, sino también a quienes lo rodean) hasta el suicidio. Otros síntomas por los cuales se puede detectar este trastorno son cambio del aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, constante tristeza, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, ideas pesimistas, ideas hipocondríacas y alteraciones del sueño.<sup>34</sup>

- **Baja autoestima**

Se define como la dificultad que tiene la persona para sentirse valiosa en lo profundo de sí misma, y por tanto digna de ser amada por los demás. Las personas con autoestima baja buscan, a veces sin ser muy conscientes de ello, la aprobación y el reconocimiento de los demás y suelen tener dificultad para ser ellas mismas y poder expresar con libertad aquello que piensan, sienten y necesitan en sus relaciones interpersonales, así como para poder decir “no” al otro sin sentirse mal por ello. En ocasiones

las personas que esconden en su interior sentimientos de baja Autoestima, suelen ocultárselos a sí mismas mediante el uso de diferentes mecanismos de defensa, (negación, intelectualización, fantasía, etcétera) incluso haber creado a su alrededor una coraza defensiva, para protegerse de la amenaza (a menudo fantaseada) frente a posibles rechazos sociales, incluso a críticas personales u opiniones que cuestionen sus creencias.

Las personas con baja autoestima suelen experimentar ansiedad ante situaciones de intimidad y afectivas. Esto se debe a la dificultad que experimentan a la hora de sentirse seguras y espontáneas en sus relaciones interpersonales. Las causas que explican una baja autoestima (más o menos reconocida por la persona) son muy variables y numerosas, por lo que durante la psicoterapia se hace necesaria la construcción de hipótesis sobre los motivos que desencadenaron estos sentimientos y sus características son: muy pasivos, evitan tomar la iniciativa, son personas aisladas, tímidas y casi no tienen amigos o muy pocos, no les gusta compartir con otras personas sus sentimientos, evitan participar en las actividades que se realizan en su centro de estudio o de trabajo, temen hablar con otras personas de cualquier tema, se sienten continuamente evaluados, dependen mucho de otras personas para hacer sus tareas o realizar cualquier actividad, se dan por vencidas antes de realizar o iniciar cualquier actividad, no están satisfechas consigo mismas, piensan que no hacen nada bien, no conocen sus emociones, por lo que no pueden expresarlas, debido a que no tienen valor, les cuesta aceptar que las critiquen, les cuesta reconocer cuando se equivocan, manejan muchos

sentimientos de culpa cuando algo sale mal, ante resultados negativos buscan la culpabilidad en otros, creen que son los feos, los ignorantes y que todos los demás lo hacen mejor que ellos, se alegran ante los errores de otros porque así ellos se sienten mejor, no se preocupan por su estado de salud, buscan líderes para hacer las cosas.<sup>34</sup>

- **Aislamiento**

El aislamiento, definido desde el psicoanálisis, es un mecanismo de defensa, frecuente en la neurosis obsesiva, consistente en aislar un pensamiento o comportamiento eliminando sus conexiones con otros pensamientos, y llegando incluso a una ruptura con la existencia del individuo. Se define el aislamiento afectivo como el afrontamiento que realiza el individuo ante conflictos emocionales y amenazas internas o externas, separando las ideas de los sentimientos asociados. Es decir, se hace una separación general de lo afectivo con lo cognoscitivo, aunque al pensar siempre haya una muestra pequeña de afecto o al amar se piense sobre lo que se ama. Ejemplos de aislamiento son las pausas en el curso del pensamiento, fórmulas, rituales, es decir, toda medida que permita establecer alguna sucesión temporal de pensamientos o actos.

En algunos casos puede deberse a que la persona ha vivido condiciones anormales en su infancia, como haber sido víctima de Bull ying o que haya estado bajo una extrema sobreprotección, lo que les impidió relacionarse de forma normal con otras personas

de su edad, generando una falta de seguridad, timidez y conocimiento para establecer nuevas relaciones cuando es adulto. Otro de los casos se da cuando la persona tiene algún tipo de condición médica que le complica o imposibilita salir. En esta situación, es posible encontrar gente que después de algún accidente médico se aparta completamente del resto. También hay casos en donde el individuo no sufre de una condición médica extrema, pero se enfrenta a condiciones que los alejan o generan estereotipos, como algunos mentales. Quienes viven bajo esta condición suelen enfrentarse a diversas situaciones y problemas como:

- ✓ Depresión
- ✓ Problemas de aprendizaje
- ✓ Déficit de atención
- ✓ Dificultad en la toma de decisiones
- ✓ Trastornos de personalidad

#### • **Abuso sexual**

Es definido como cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento de una persona. El abuso sexual puede producirse entre adultos, de un adulto a un menor, abuso o incluso entre menores.

Como actividad sexual se incluye:

- Cualquier tipo de penetración de órganos genitales en contra de la voluntad, o aprovechando la incapacidad de un menor para comprender ciertos actos. También se incluye el inducir u obligar a tocar los órganos genitales del abusador.

- Cualquier acción que incite al menor a escuchar o presenciar contenido sexual impropio (observar al adulto desnudo o mientras mantiene relaciones sexuales con otras personas, ver material pornográfico o asistir a conversaciones de contenido sexual, por ejemplo).

La violación, que es considerada delito sin importar el sexo de la víctima, y el estupro. La diferencia entre abuso sexual infantil y estupro radica en que en el primero son menores de edad que aún no tienen conciencia de en qué consiste el acto sexual y en el estupro son menores de 18 años y mayores de 12 en el cuál el obtiene el consentimiento de su víctima por medio del engaño y la seducción, en este delito es fundamental que la víctima no pase de 18 años.

Sujetos:

- Activo: Persona mayor de edad que realiza el engaño.
- Pasivo: Persona que tenga más de 12 años de edad y menos de 18.

Por su duración: Es un delito instantáneo porque la acción delictiva se consuma en el mismo momento de su realización y es perseguible únicamente por la petición de la parte ofendida. (En este delito no existe violencia). En el caso de abuso sexual infantil, los fenómenos que se desencadenan tienen que ver con trastornos en el desarrollo psicosexual. Una dificultad en la relación madre-hija puede complicar el riesgo para el abuso sexual infantil y las consecuencias del abuso.

Signos de abuso sexual:

- Cambios comportamentales abruptos.
- Heridas inexplicables, especialmente en los genitales y los senos (en mujeres).
- Vestimenta rota o manchada.
- Embarazo.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Depresión.
- Auto abuso o comportamiento suicida.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Pérdida espontánea de interés en la actividad sexual.
- Aumento espontáneo del comportamiento sexual.
- Trauma severo.

Los efectos de la agresión son múltiples, y se expresan en las áreas más importantes de la persona. Es vivido como un suceso traumático, es decir, como algo que impresiona tanto que no se puede elaborar, y por ello se intenta olvidar. Pero todo suceso traumático, “olvidado”, tiende a expresarse y a salir a la luz, bien desde un impulso a la repetición, (incluso viéndose inmersa sin saber cómo en situaciones en las que nuevamente es violentada); o siendo ella misma, quien de manera activa, violenta o abusa de otros. Al mismo tiempo, también aparece una necesidad de evitar, de defenderse de la sexualidad consigo mismo, y de las relaciones sexuales en general. Es una sexualidad herida, muy mal integrada, y vivida como una amenaza, como algo que no se puede controlar, y que lógicamente afecta en las relaciones y compromisos con el otro, con la pareja.<sup>34</sup>



**Los factores sociales relacionados a la ideación suicida**, son aquellos contextos sociales de interacción de la persona, que hacen referencia a todo aquello que ocurre en una sociedad, que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.

Los factores en cada persona interactúan unos con otros esos factores pueden ser negativos o positivos. Los negativos pueden ser malas compañías que te lleven a cometer algún episodio desagradable en tu vida diaria como: hacer bullying, anorexia, entre otros .Y los positivos fuerzas para superarte y reforzamiento de valores ejm: el apoyo de los padres en el núcleo familiar.<sup>35</sup>

Los factores sociales que conllevan a incrementar la idea suicida, se consideran los siguientes:

- **Historia familiar de trastorno del estado de ánimo**

Los trastornos del estado de ánimo son un conjunto de trastornos definidos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR) cuya principal característica subyacente sería una alteración del estado de ánimo del individuo.<sup>1</sup> La CIE 10 clasifica estos trastornos bajo el apartado denominado «Trastornos del humor (afectivos)». Suelen diferenciarse dos grupos de trastornos del estado de ánimo, en función de si incluyen o no la presencia de episodios de manía o hipomanía: los trastornos depresivos y los trastornos

bipolares. De los trastornos depresivos, el más conocido es el trastorno depresivo mayor, habitualmente conocido como «depresión clínica» o «depresión mayor». Por su parte, los trastornos bipolares, anteriormente conocidos como «psicosis maníaco-depresiva», se caracterizan por la presencia intermitente de episodios de manía o hipomanía, entremezclados con episodios depresivos. No obstante, también existen formas menos graves de ambos grupos. La forma leve de los trastornos depresivos se denomina trastorno distímico, y la de los trastornos bipolares trastorno ciclotímico.<sup>35</sup>

- **Trastornos depresivos**

Trastorno depresivo mayor, también denominado «depresión mayor», «depresión unipolar» o «depresión clínica». Se da en aquellos casos en los que el paciente ha sufrido uno o más episodios depresivos mayores. Cuando solamente se ha experimentado un episodio depresivo mayor, el diagnóstico es de «trastorno depresivo mayor, episodio único». Cuando el número de episodios depresivos mayores sufridos es superior a uno, el diagnóstico es de trastorno depresivo mayor recurrente. Los casos de depresión en los que no se presentan episodios de manía se denominan en ocasiones como «depresión unipolar», dado que el estado de ánimo se mantiene en un único "polo" o extremo emocional. Las personas que sufren un episodio depresivo mayor o un trastorno depresivo mayor presentan un riesgo de suicidio más elevado, que puede reducirse considerablemente mediante la búsqueda de ayuda y tratamiento por parte de profesionales de la

salud. Existen estudios que demuestran que el hecho de preguntar a un amigo o familiar si ha experimentado ideaciones suicidas es una manera eficaz de identificar a las personas en situación de riesgo, y que en ningún caso este tipo de preguntas contribuyen a implantar en el paciente la idea suicida, ni a incrementar el riesgo de que tengan lugar los comportamientos autolíticos.<sup>35</sup>

- **Trastornos bipolares**

El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de periodos de un estado de ánimo anormalmente elevado (manía) alternados con otros de periodos de estado de ánimo anormalmente bajo (depresión). En algunos casos, la alternancia entre ambos estados se produce en ciclos rápidos; también pueden darse episodios mixtos, y en ocasiones, síntomas psicóticos. Existen diferentes subtipos:

- Bipolar I: Se caracteriza por la presencia de un historial de uno o más episodios maníacos, hayan tenido lugar o no episodios depresivos. No se requiere la existencia de un historial de episodios depresivos para el diagnóstico de un trastorno bipolar I; basta con que haya tenido lugar la aparición de un episodio maníaco, dado que la experiencia clínica demuestra que tarde o temprano, el episodio depresivo terminará apareciendo durante el transcurso de la enfermedad.
- Bipolar II: Se caracteriza por la presencia de una serie de episodios recurrentes de hipomanía, acompañados de uno o más episodios depresivos o mixtos.

- **Ciclotimia:** Presencia de episodios recurrentes de tipo hipomaníaco y distímico, sin que hayan tenido lugar episodios depresivos mayores o episodios maníacos.<sup>35</sup>

- **Trastornos del estado del ánimo inducidos por sustancias**

Se puede hablar de un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias en aquellos casos en los que la sintomatología puede atribuirse a los efectos fisiológicos directos de una droga psicoactiva u otras sustancias químicas, o si el desarrollo del trastorno del estado de ánimo tiene lugar concurrentemente con una intoxicación por sustancias o con un síndrome de abstinencia. Además, puede darse el caso de que una persona presente simultáneamente un trastorno del estado de ánimo y un trastorno de abuso de sustancias. Los trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias pueden adoptar la forma de un episodio depresivo, maníaco, hipomaníaco o mixto. La mayor parte de las sustancias pueden provocar diversos trastornos del estado de ánimo. Por ejemplo, los estimulantes como la anfetamina, la metanfetamina y la cocaína pueden provocar episodios maníacos, hipomaníacos o depresivos.<sup>36</sup>

- **Inducidos por el alcohol**

Se dan elevadas tasas de incidencia del trastorno depresivo mayor en alcohólicos y bebedores habituales. Ha existido una cierta controversia al respecto de si el consumo de alcohol en estas personas pudiera deberse a una forma de automedicación ante una

depresión preexistente. No obstante, algunas investigaciones recientes han concluido que, aunque esto podría ser cierto en algunos casos, el abuso de alcohol es un factor causante del desarrollo de una depresión en un número significativo de grandes bebedores. En un estudio al respecto se evaluó a una serie de personas durante la presencia de sucesos estresantes de sus vidas, registrando sus puntuaciones obtenidas en respuesta a una escala de sentimientos negativos. Del mismo modo, se evaluó su relación con otros factores como el desempleo, actos criminales y relaciones con compañeros con comportamientos problemáticos (uso de sustancias, etc.) También se hallaron altas tasas de suicidio entre aquellas personas con problemas relacionados con el consumo de alcohol.<sup>36</sup>

- **Tenencia de amistades**

Es una relación afectiva entre dos o más personas. La amistad es una de las relaciones interpersonales más comunes que la mayoría de las personas tienen en la vida. La amistad se da en distintas etapas de la vida y en diferentes grados de importancia y trascendencia. La amistad nace cuando las personas encuentran inquietudes y sentimientos comunes. Hay amistades que nacen a los pocos minutos de relacionarse y otras que tardan años en hacerlo. Es una relación afectiva que se puede establecer entre dos o más individuos, a la cual están asociados valores como la lealtad, la solidaridad, la incondicionalidad, el amor, la sinceridad, el compromiso, entre otros, y que se cultiva con el trato asiduo y el interés recíproco a lo largo del tiempo.<sup>37</sup>

Puede surgir entre hombres y mujeres, novios, esposos, familiares con cualquier clase de vínculo, personas de distintas edades, religiones, ideologías, culturas, extracción social, etc. Incluso, una amistad se puede establecer entre un ser humano y un animal; no por nada el perro es el mejor amigo del hombre. Relaciones de amistad pueden nacer en los más diversos contextos y situaciones: el lugar donde vivimos, el sitio donde trabajamos, la escuela, la universidad, fiestas, reuniones, el café que frecuentamos, a través de otros amigos, redes sociales, etc.<sup>37</sup>

Las amistades, no obstante, tienen diferentes grados de compenetración. Desde los amigos con quienes sentimos relaciones más lejanas, hasta aquellos con quienes el trato es tan estrecho que los consideramos “mejores amigos”, otorgándole a la amistad un grado de superioridad sobre las otras. La amistad no solamente surge con quienes tenemos más afinidades en cuanto a gustos e intereses, o con quienes tenemos más parecido, sino que puede aparecer entre personas muy dispares. De hecho, a veces ese es un factor que fortalece la amistad, pues una buena amistad complementa y enriquece a la persona, no solo en el intercambio de ideas, información y sentimientos, sino también en el hecho de compartir los buenos y malos momentos de la vida. La amistad es un valor universal. Está claro que difícilmente podemos sobrevivir en la soledad y el aislamiento, por eso necesitamos y disfrutamos de los amigos. Encuentra aquí los principios para una duradera y recta amistad. Necesitamos a alguien en quien confiar, a quién

llamar cuando las cosas se ponen difíciles, y también con quien compartir una buena película.<sup>37</sup>

Así como la amistad sana es un valor esencial para nuestras vidas, el tener una amistad con la persona equivocada puede serla fuente de muchos dolores de cabeza. Problemas de droga, delincuencia, baja en el desempeño profesional, problemas familiares son unos cuantos efectos de las malas amistades. La amistad es compartir, pero no es complicidad. También es importante recordar que somos personas individuales, con una conciencia individual. El hecho de que tal o cual amistad “lo haga”, no significa que nosotros debemos hacerlo. Tampoco podemos esconder nuestra conciencia individual en una conciencia “compartida”. Es el caso típico de alguien que se mete en problemas serios porque salió con los amigos y se perdió el control. “Más vale solo que mal acompañado” es un adagio que, de haber sido practicado a tiempo, podría haber evitado muchos problemas. La amistad es tan importante para el desarrollo humano, su estabilidad y el mejoramiento de la sociedad que es un verdadero valor, que debemos cuidar y fomentar.<sup>37</sup>

- **Funcionamiento familiar**

El funcionamiento familiar se define de acuerdo a las diversas pautas de interrelación que se establecen entre los miembros del grupo familiar. Estas se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto. De acuerdo con

ello, la familia es funcional cuando contiene un nivel de adaptabilidad a determinados cambios, crisis o conflictos y puede adecuar sus roles, normas y actitudes para encontrar soluciones viables a la situación problemática.

La familia funcional se caracteriza por la capacidad de afrontar los diferentes cambios generados, bien por la etapa del ciclo vital en el que se encuentren o por las determinadas situaciones capaces de producir tensión. Crowell (2008) consideran que son numerosos los estudios que se han centrado en el contexto familiar como uno de los factores de riesgo ambientales que contribuyen a la ideación suicida de los adolescentes. Así, en una investigación de 557 estudiantes de la universidad de Hong Kong, obtuvieron correlaciones significativas entre funcionamiento familiar e ideación suicida. Esto apoyaría aquellas teorías que postula que los factores familiares contribuyen al desarrollo de labilidad emocional y el riesgo asociado a la psicopatología entre individuos vulnerables. Las víctimas de suicidio también son más probables de experimentar estresores familiares, donde se incluye el conflicto padre-hijo, el abuso físico y el divorcio. La literatura describe la desorganización familiar y los conflictos con los familiares como factores de importancia para el desarrollo de individuos con conductas autodestructivas. La ausencia, principalmente de la figura paterna, en virtud de una separación conyugal, puede estar asociada al comportamiento suicida. Los jóvenes con dificultades en su ambiente familiar tienden a interiorizar sus problemas, manifestándolos a través de conductas agresivas y delictivas además del comportamiento suicida.<sup>37</sup>



- **Alcoholismo**

Es un padecimiento que genera una fuerte necesidad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestándose a través de determinados síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta. El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo, el cual va en aumento a medida que se desarrolla tolerancia a esta droga. Se considera como una enfermedad incurable, progresiva y mortal por la Asociación de Médicos de los EE.UU. (American Medical Association) La Organización Mundial de la Salud, lo determina como: *"toda forma de embriaguez que excede el consumo alimenticio tradicional y corriente o que sobrepasa los linderos de costumbres sociales"*. La dependencia al alcohol puede resultar de una predisposición genética, una enfermedad mental, el consumo de alcohol abundante, sostenido y abusivo o una combinación de estos factores. Esta enfermedad no solo afecta al adicto sino también la vida de todo aquel que se encuentra a su alrededor. Actualmente no existe una posible cura para esta enfermedad, sin embargo muchos alcohólicos se mantienen sobrios por periodos de tiempo prolongados de acuerdo a su voluntad y compromiso para vencer esta enfermedad. Pero es innegable que para que un adicto al alcohol pueda recibir tratamiento y llegar a una posible recuperación, primero tiene que aceptar su condición de dependencia al licor.<sup>38</sup>

Tipos de alcoholismo:

- **Tipo I:** es característico de personas adultas, las cuales pueden tener una etapa de grandes ingestas puntuales separadas por tiempos de abstinencia pero que sin embargo van siendo más pequeños hasta poder alcanzar una gran dependencia, acompañada progresivamente por el desarrollo de enfermedades hepáticas.
  
- **Tipo II:** se desarrolla en personas durante la adolescencia y está asociado a menudo a un historial violento y arresto policial. No se caracteriza por un aumento progresivo del consumo de alcohol. Algunos estudios han determinado una menor expresión de la enzima monoamino oxidasa en este grupo, lo que se ha correlacionado con una menor producción de serotonina (relajación y activación del sistema nervioso simpático) en el sistema nervioso central.

Las personas que sufren de alcoholismo o de abuso de alcohol con frecuencia:

- ✓ Siguen bebiendo, a pesar de que ven afectada la salud, el trabajo o la familia.
- ✓ Beben solos/as.
- ✓ Se vuelven violentos/as cuando beben.
- ✓ Se vuelven hostiles cuando se les pregunta por la bebida.
- ✓ No son capaces de controlar la bebida: son incapaces de suspender o reducir el consumo de alcohol.
- ✓ Dejan de lado el trabajo o los estudios por beber.

Los signos de la dependencia del alcohol abarcan:

- ✓ Lapsus de memoria (lagunas) después de beber compulsivamente.
- ✓ Una necesidad creciente de más y más alcohol para sentirse embriagado.
- ✓ Síntomas de abstinencia alcohólica cuando no se ha tomado un trago por un tiempo.
- ✓ Enfermedades relacionadas con el alcohol, como hepatopatía alcohólica.
- ✓ Infartos.

- **Enfermedad física**

En muchas ocasiones la enfermedad física es el resultado de un desequilibrio emocional que persiste a través del tiempo. Por supuesto, existen diferencias individuales en el modo de enfermar, tanto a nivel psíquico como a nivel físico. Por ejemplo, en algunas personas cuya salud física ha sido muy buena durante toda su vida, el trastorno emocional puede persistir durante mucho tiempo sin llegar a manifestarse de forma clara a nivel físico, aunque su organismo sí estará debilitado, de manera que tendrá mayor facilidad para contraer enfermedades comunes, como la gripe, menor vitalidad, síntomas leves como dolores de cabeza, problemas digestivos u otros, cansancio crónico, etc. Otras personas, en cambio, manifiestan sus alteraciones emocionales a nivel físico muy rápidamente, de forma que es posible que ni siquiera sean conscientes de lo que están sintiendo.<sup>38</sup>

La medicina moderna tiende a centrarse casi exclusivamente en el tratamiento de los síntomas, olvidando la verdadera causa de la enfermedad e ignorando, en muchas ocasiones, el hecho de que los síntomas son los intentos que hace el organismo de lograr la propia curación. Por ejemplo, la fiebre contribuye a combatir a los agentes invasores, como virus o bacterias, mediante un aumento de la temperatura. La inflamación atrae hacia el lugar afectado una serie de células y sustancias que combatirán al agente infeccioso. Al mismo tiempo, concentra dicho agente en el lugar inflamado, impidiendo que se extienda al resto del organismo.<sup>38</sup>

Sin embargo, a veces estas defensas fallan. Puede ser que estas reacciones sean tan intensas que acaben haciendo más mal que bien y no sean capaces de curar, o puede ser que el cuerpo apenas reaccione o que lo haga de forma inapropiada, o que aparezca un síntoma que persiste durante meses sin evolucionar en ningún sentido, ocasionando una molestia crónica que vamos soportando cómo podemos. Y esto puede suceder ante agentes infecciosos comunes que muchas personas vencen sin demasiada dificultad, o incluso en ausencia de una causa médica conocida. ¿Por qué sucede esto? Todos estamos sometidos a acontecimientos estresantes a lo largo de nuestra vida. Una persona puede sentir, por ejemplo, ansiedad ante uno de estos acontecimientos. La ansiedad conlleva una serie de síntomas físicos, como palpitaciones y liberación de las llamadas hormonas del estrés. Cuando la ansiedad se produce muy a menudo no es extraño, pues, que pueda acabar produciendo enfermedades físicas o alteración del funcionamiento de determinados órganos. Es decir,

nuestros estados emocionales influyen en nuestro cuerpo (por ejemplo, se ha visto que en las personas deprimidas también suele darse un debilitamiento del sistema inmunitario).

Muchas personas con enfermedades físicas crónicas presentan un riesgo muy elevado de sufrir problemas de ansiedad y depresión, lo que puede complicar gravemente los resultados del tratamiento, empeorar la evolución de la enfermedad física y reducir su calidad de vida.<sup>38</sup>

Habitualmente las personas con enfermedades físicas de larga duración tienen dificultades de acceso a los recursos de ayuda en salud mental y no se tiene en cuenta su sufrimiento psicológico. Los médicos y especialistas que les atienden suelen centrarse en los síntomas físicos, obviando la carga psicológica que supone para estas personas enfrentar una situación de enfermedad crónica.<sup>38</sup>

- **Relación de pareja**

Puede ser una de las más importantes en nuestra vida. No sólo por el tiempo e intimidad que se comparten en ella, sino porque nos ayuda a crecer y está con nosotros, en muchos de nuestros mejores y peores momentos, por lo que nuestra pareja puede ser quien mejor nos conoce y más influencia tenga en nuestra vida. Una pareja puede tener conflictos que surjan de la relación en sí, como por ejemplo, problemas de comunicación, sexuales, de infidelidad, manejo de poder, etc. o puede tener conflictos que surgen fuera de la relación, pero que repercuten en ésta, como por

ejemplo. La menopausia en la mujer, la jubilación, frustraciones personales, aumento de responsabilidades u horarios de trabajo de uno de los miembros de la pareja, problemas o enfermedades en la familia de origen o en la política, etc. Aunque no nos damos cuenta, hombres y mujeres buscamos algo distinto en una relación, y por desconocimiento y con la mejor voluntad damos a nuestra pareja lo que nosotros deseamos recibir de ella, no lo que ella necesita, y ella a su vez nos da también lo que desea. Ambos queremos que nos quieran en todos los aspectos del amor, pero tenemos unas prioridades diferentes que, si no son satisfechas no somos capaces de saber apreciar las otras menos prioritarias.

El hombre desea recibir confianza, aceptación, aprecio, aprobación, ánimo, admiración. La mujer desea recibir cariño, comprensión, respeto, valoración, seguridad, devoción.<sup>39</sup>

El enamoramiento es una emoción y tiene un fuerte componente de pasión, afecto, ternura, sexo. Por eso uno de los principales objetivos de la pareja hoy es hacerse la vida agradable. Pero una emoción es pasajera, porque está sometida a la ley de la habituación. Todos sabemos que el enamoramiento se pasa y muchas parejas, basadas solamente en esa emoción se disuelven, "se pierde la ilusión"; "no se siente lo mismo". Sin embargo, el amor apasionado de los comienzos es una vía inmejorable para conseguir mantener la pareja. Para ello es preciso desarrollar la intimidad y la validación. Intimidad supone abrirse y contar cosas que, en otras circunstancias, podrían usarse en contra nuestra y recibir aceptación por parte del otro. Cuando estamos enamorados

nos ponemos completamente en manos de nuestra pareja y de esta forma construimos la intimidad.<sup>39</sup>

En la actualidad los jóvenes son más susceptibles a confundir el Amor con la Atracción, ya que, se confunde con la sensación de explosiva de “enamorarse”, y por el súbito derrumbe de barreras que existían en el momento entre dos personas desconocidas. Tal experiencia de repentina intimidad es, por su misma naturaleza de corta duración”. Por qué pasa esto? porque conocemos a la persona tan bien que no hay más barreras que superar y de cierto modo la relación se vuelve monótona y cansada, a pesar de tratar de renovar la relación a diario. Muchas veces para tratar de sentirnos más cercanos a la persona que “amamos”, compartimos nuestros sueños, deseos, anhelos y también mostrando nuestro lado infantil, para así crear un tipo de intimidad con la otra persona y un grado de confianza, se consideran formas de salvar la relación, pero, también esto puede traer como consecuencia lo contrario, y puede provocar la sensación de lejanía hacia esa persona o viceversa, y todo esto con el propósito de no sentir esa separado con esa persona, y encontrar la exclusividad del amor.<sup>39</sup>

También es común encontrar actualmente parejas que están “enamorados” entre ellos y que no aman a nadie más si no que solo ellos mismos, su amor es, en realidad, un egoísmo, lo que quiere decir, es que son dos seres que se identifican el uno con el otro, y que entre ellos resuelven su problema de separabilidad convirtiéndose al individuo aislado en dos. En resumen que están

enajenados del resto del mundo. Actualmente no se toma mucho en cuenta la premisa de que si hay amor, hay que amar desde la esencia del ser y vivenciar a la otra persona en la esencia de su ser, y que el amor debe ser un acto de voluntad en el que decidimos nuestras decisiones como a quien deberíamos dedicar toda nuestra vida, y esa decisión se afirma con el matrimonio. En conclusión si tomamos en cuenta en cuenta los puntos de vista recientes, cabe decir que todo está relacionado exclusivamente con el acto de voluntad y compromiso, y que cada uno somos parte de una situación y que somos una entidad única e irrepetible, y que poseemos ciertos elementos que nos hace específicos, y que las decisiones que tomemos a futuro, sean definitivas y no de experimentación, y que la relación no pueda disolverse en el tiempo.<sup>39</sup>

#### **2.1.2.4 ROL TERAPEUTICO DE ENFERMERIA PSIQUIÁTRICA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “Estado completo de bienestar mental, físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”.<sup>40</sup>

Al aceptar esta definición, se ha admitido de manera tácita que el estado mental también forma parte de la evaluación para conocer el estado de salud de las personas. Entonces el rol de enfermería se establece a través de múltiples interacciones terapéuticas, como la prevención primaria acentuando la promoción de un desarrollo sano de la personalidad del individuo, mediante la reducción de factores de riesgo, y esto está diseñado para disminuir



el porcentaje de aparición de disturbios emocionales en el joven, neutralizando las condiciones sociales estresantes o potencialmente peligrosas que pueden llevar al detrimento de la salud mental.<sup>40</sup>

El profesional de enfermería como miembro del equipo de salud debe estar en capacidad de evaluar los factores de riesgo psicosociales predominantes en el individuo. Una vez identificados los factores de riesgo y los grupos más vulnerables, la enfermera debe planear acciones de promoción en salud mental apoyándose en la teoría de crisis y más específicamente en las crisis de desarrollo. Podrá programar actividades para desarrollar con los padres, con los jóvenes, en el manejo anticipatorio de las crisis propias de cada etapa evolutiva, reduciendo el riesgo de nuevas crisis y preparando a los grupos para enfrentar nuevas tareas y expectativas.<sup>41</sup>

A esta labor que hace el profesional de enfermería se le denomina asesoramiento anticipatorio, y la puede realizar a nivel individual o conformando grupos de personas con intereses comunes o problemas similares, a través de diferentes estrategias para lograr las metas de promoción de salud mental. Puede recurrir a sesiones educativas formales o informales de acuerdo a las características de los grupos y las circunstancias; también puede utilizar socio dramas, dinámicas grupales, verbalización de sentimientos.<sup>41</sup>

### 2.1.3 DEFINICION OPERACIONAL DE TÉRMINOS

**Ideación suicida:** son las ideas, pensamientos y expresiones que denotan dificultad para vivir y constituyen el primer eslabón para el intento suicida y posteriormente suicidio consumado.

**Factores psicológicos asociados a ideación suicida:** son situaciones, condiciones o eventos afectivos presentes en su actuar diario, que pueden ser causantes del resquebrajamiento de la salud mental que conducen a la ideación suicida, como son el estrés académico, la baja autoestima, el aislamiento, la depresión, el abuso sexual, expresados por el estudiante de enfermería en una escala tipo Likert y medidos en altamente relevante, medianamente relevante y poco relevante.

**Factores sociales asociados a ideación suicida:** son situaciones, condiciones o eventos presentes de interacción de la persona con su entorno social, que influyen negativamente en el actuar diario modificando el comportamiento normal del estudiante de enfermería y que lo conducen a la ideación suicida, como son la historia familiar de trastorno del estado de ánimo, tenencia de amistades, funcionamiento familiar, alcoholismo, enfermedad física, relación de pareja, expresados en una escala tipo Likert y medidos en altamente relevante, medianamente relevante y poco relevante.

**Estudiantes de Enfermería:** son aquellos jóvenes que tienen de 19-24 años de edad, estudian la carrera de Enfermería, y cursan el 1er año de estudios en la universidad.

#### **2.1.4 VARIABLES OPERACIONALIZACION**

La variable en el presente estudio de investigación es solo una:

- Variable Independiente: Factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida, según su naturaleza es de tipo cualitativa.

Para la operacionalización de la variable se hizo uso de la “Matriz de la operacionalización de la variable” (Anexo A). Se identificaron dos dimensiones de la variable: psicológica y social, así como los indicadores y su valor final.

### **2.2 DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **2.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación tiene una tendencia eminentemente cuantitativa, ya que se han cuantificado los datos de una realidad objetiva; es de nivel aplicativo porque sus resultados deben contribuir a mejorar la situación encontrada.

El método utilizado es el descriptivo de corte transversal, que ha permitido obtener la información de la realidad tal como se presentó en un periodo de tiempo y espacio determinado.

### **2.2.2 POBLACIÓN**

La población considerada para el estudio estuvo conformada por 74 estudiantes del primer año de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

### **2.2.3 MUESTRA. MUESTREO**

El presente estudio de investigación no trabajó con muestra, debido a que se tomó a la población total de estudiantes de primer año de la Escuela Profesional de Enfermería que correspondió a 74 estudiantes.

### **2.2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Estudiantes del primer año de la Escuela Profesional de Enfermería.
- Estudiantes en calidad de regulares cuyas edades oscilaron entre los 19 y 24 años de edad.
- Estudiantes que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

### **2.2.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Estudiantes extra promocionales.
- Estudiantes que no desearon participar voluntariamente en el estudio.

## **2.2.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

En la recolección de datos se utilizó como instrumento una escala tipo Likert para cada uno de los integrantes de la población a fin de identificar los factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida que presentaron los estudiantes de enfermería, la que fue aplicada mediante la técnica de encuesta.

La escala tipo Likert utilizada, consta de las siguientes partes: presentación, instrucciones, datos generales del participante e información específica para medir la variable. La escala fue construida considerando 11 factores, cada uno de ellos con 4 alternativas, haciendo un total de 44 afirmaciones.

Cada alternativa de respuesta se ponderó como sigue:

3 = siempre

2 = casi siempre

1 = a veces

0 = nunca

Lo que permitió valorar a cada factor como altamente relevante, medianamente relevante y poco relevante. (Anexo D)

### **2.2.7 PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.**

Para la ejecución del estudio, se realizaron los trámites administrativos en la Escuela Profesional de Enfermería, que permitieron obtener el permiso y la carta de presentación ante los estudiantes.

Obtenida la autorización se coordinó la fecha y horario para la aplicación del instrumento de recolección de datos en un aula de clase donde asistieron los estudiantes de la población seleccionada para el estudio.

La aplicación del instrumento se realizó en el horario de mañana y tuvo una duración de aproximadamente 10 a 15 minutos, previamente se obtuvo las facilidades del docente de la clase teórica programada.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron los programas de Microsoft Office Excel y SPS10.0, habiéndose codificado previamente los ítems del instrumento. La medición de la variable de estudio se realizó con la asesoría técnica del profesional de estadística, utilizándose la escala de Estanones, que permitió medir el nivel de importancia o relevancia de cada factor, buscando la significancia estadística a los resultados obtenidos. (Anexo J)

### **2.2.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.**

El instrumento fue sometido a validez de contenido a través del juicio de experto, que estuvo conformado por nueve jueces, que fueron profesionales especializados en el área de investigación, psicología y docencia universitaria; utilizándose la prueba binomial para establecer la validez de los jueces expertos. (Anexo E)

La validez de criterio fue obtenida con el coeficiente de correlación de Pearson (Anexo G). Y para la confiabilidad del instrumento se utilizó la prueba de Alfa de Cronbach con la asesoría de un profesional de estadística. (Anexo F)

### **2.2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

En todo momento de la investigación se respetaron los principios éticos. Se solicitó y obtuvo el permiso respectivo de las autoridades de la Escuela profesional de Enfermería así como el consentimiento informado de los estudiantes enfatizando el respeto a la “autonomía”.

Se informó de manera clara los objetivos del estudio, explicándoles que su participación debía ser voluntaria, y se enfatizó en la participación anónima y confidencialidad de la información a recolectarse.

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS Y DISCUSION DE RESULTADOS**

#### **A. RESULTADOS**

##### **3.1. DATOS GENERALES**

La población de estudio estuvo conformada por 74 estudiantes, a los cuales se les distribuyeron 74 escalas tipo Likert, las que fueron devueltas en su totalidad y luego de procederse a su depuración se obtuvo que eran válidos en el 100%.

Entre las características generales de la población, se encontró que el promedio de las edades de los encuestados fue de 20 años, de sexo femenino el 92% y de sexo masculino el 8%. Respecto al estado civil el 100% son solteros, sólo el 5% trabaja además de estudiar, el 89% viven con sus padres y el 8% padecen de alguna enfermedad crónica.

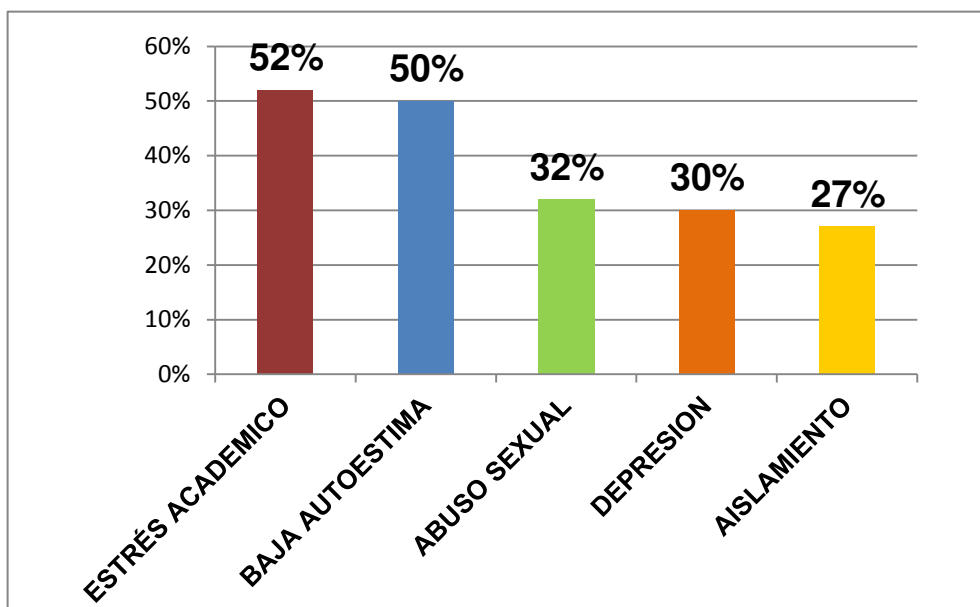


### 3.2. DATOS ESPECÍFICOS

GRAFICO N°01

#### FACTORES PSICOLÓGICOS MÁS RELEVANTES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA UNMSM LIMA-PERÚ

2016



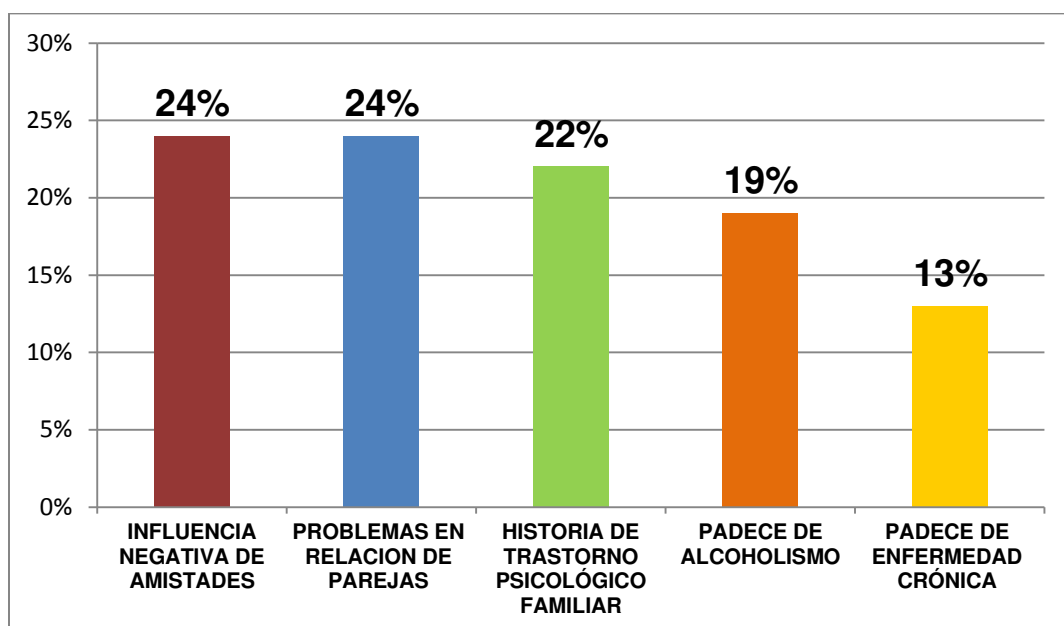
Elaboración propia

En el Gráfico N° 1, relacionado a los factores psicológicos más relevantes asociados a la ideación suicida en estudiantes de primer año de la Escuela Profesional de Enfermería, se aprecia que en el 100% (74) de los encuestados, el factor Estrés Académico con 52% ocupó el primer lugar de relevancia, el factor baja autoestima con 50% ocupó el segundo lugar y el factor abuso sexual con 32% el tercer lugar de relevancia.

## GRAFICO N°2

### FACTORES SOCIALES MÁS RELEVANTES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA UNMSM LIMA-PERÚ

2016



En el Gráfico N° 2, relacionado a los factores sociales más relevantes asociados a la ideación suicida en estudiantes de primer año de la Escuela Profesional de Enfermería, se observa que en el 100% (74) de los encuestados, los factores Influencia negativa de amistades y Problemas en relación de parejas con 24% el primer lugar de relevancia, y el factor Historia de trastorno psicológico familiar con 22% el segundo lugar de relevancia.

### **3.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Actualmente en el Perú, este sería el primer estudio realizado en estudiantes de enfermería acerca de los factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” en la población general de Lima Metropolitana (2012), muestra que en el grupo de adulto el 35,3 % a presentado pensamiento suicida e intento suicida, lo que permite inferir la importancia de este estudio, ya que, da a conocer los factores tanto psicológicos como sociales que condicionan a incrementar los pensamientos suicidas en esta población vulnerables que generalmente son estudiantes universitarios.

Es así que la presente investigación, evidencia que los factores psicológicos más relevantes asociados a la ideación suicida en la totalidad de los estudiantes de 1 año está presente el Estrés Académico ocupando un primer lugar con 52% y Baja Autoestima con un 50% y el factor Abuso sexual con 32% el tercer lugar de relevancia.

Entre los factores sociales más relevantes asociados a la ideación suicida en la totalidad de los estudiantes de 1 año están presentes los factores Influencia negativa de amistades y Problemas en relación de parejas con 24% ocupando el primer lugar de relevancia, y el factor Historia de trastorno psicológico familiar con 22%, el segundo lugar.

Estos resultados se relacionan con los encontrados por Viru Loza, Manuel y Palomino Valeriano Lissette, en el año 2009 en la Escuela de Nutrición en Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, que identificaron a los factores: alteraciones de sueño, estrés, sentimiento de soledad, abuso de sustancia, como lo más significativo en el planeamiento suicida en jóvenes universitarios. Siabato M. Elsa, Salamanca C. Yenny, en el 2014, en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, un su estudio sobre “Factores asociados a ideación suicida en universitarios” en de 258 universitarios con edades comprendidas entre 18-24 años, identificaron que: el 31% de la población participante presento ideación suicida, que los eventos vitales estresantes, la dependencia emocional, la impulsividad y la depresión son factores asociados a la ideación suicida en universitarios “.)

A pesar de que, no todos los factores estudiados han sido descritos por los autores mencionados, la presencia del Estrés Académico, la Baja Autoestima, el Abuso sexual, los Problemas en relación de parejas, la Historia de trastorno psicológico familiar, la Influencia negativa de amistades, referidos en la literatura consultada resaltan la importancia de haber investigado los factores psicológicos y sociales asociados a la ideación suicida como factores más relevantes en esta población estudiada, que están evidenciando la presencia de factores de riesgo que conducen a la ideación suicida que es el primer eslabón para el suicidio consumado, lo que tendría repercusiones negativas y por ende el resquebrajamiento de la salud mental.

Por lo tanto, estos resultados aportan información valiosa sobre factores relacionados, pero por haber sido obtenidos mediante el diseño descriptivo no atribuyen asociación causal, para que la universidad tome acciones inmediatas para prevenir la conducta suicida que se inicia con la ideación suicida, y refuerce la necesidad del seguimiento-acompañamiento de los estudiantes universitarios particularmente de los más vulnerables, desde la inserción a la vida universitaria hasta la el egreso exitoso como profesionales, facilitando el proceso enseñanza y aprendizaje, con el fin de evitar la deserción académicas con problemas que ahondaría en la Salud mental que en nuestro país está poco atendida .

## CAPITULO IV

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 4.1 CONCLUSIONES

- Los factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida presentes en los estudiantes del primer año de la carrera de Enfermería, son el Estrés Académico en primer lugar, la Baja Autoestima en segundo lugar y el Abuso sexual en tercer lugar, Influencia negativa de amistades y Problemas de relación de pareja en primer lugar , e Historia de trastorno psicológico familiar en segundo lugar, lo que resquebrajaría la salud mental en esta población de estudiantes.
- Entre los factores psicológicos más relevantes asociados a la ideación suicida se encontraron el Estrés Académico, la Baja Autoestima y el Abuso sexual.
- Y entre los factores sociales más relevantes asociados a la ideación suicida se encontraron la Influencia negativa de amistades, los Problemas en la relación de parejas e Historia de trastorno psicológico familiar.

## 4.2 RECOMENDACIONES

- Realizar estudios relacionados con enfoque cualitativo a fin de ampliar la información sobre los factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida.
- Revalorar la función del tutor en el acompañamiento y seguimiento de los estudiantes de enfermería desde su ingreso a la universidad hasta su egreso formando personas integrales y exitosas capaces de adaptarse satisfactoriamente a la vida.
- Reconocer la importancia del Servicio del Preventorio en Salud Mental de la Facultad, mejorando su calidad de atención y la difusión de sus actividades dirigidas a los estudiantes con problemas de aprendizaje, conductuales y de salud mental en particular y fomentar los programas preventivo-promocionales de salud mental.
- Que el Departamento de Enfermería participe activamente en la capacitación de los docentes para asumir su rol de tutor en la identificación oportuna de las manifestaciones relacionadas con la ideación suicida y el fortalecimiento de la Salud Mental en los estudiantes universitarios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/) (salud mental)
2. [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad1/subunidad\\_1\\_1/stolkiner\\_ardila\\_conceptualizando\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf)
3. [http://Organización mundial dela salud-2008  
.www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/infographic/es/](http://Organización mundial dela salud-2008.www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/)
4. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental, 2002. Informe general. Anales de Salud Mental, 2012; 18 (1-2):31-45
5. AHRENS B, LINDEN M: Suicidal behavior-symptom or disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 41(Supl.1):116-128, 2000.
6. Conner, K., Meldrum, S., Wieczorek, W., Duberstein, P., & Welte, W. (2004). The association of Irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15- to 20- years old students. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 34(4), 363-373.
7. Siabato, E., & Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 71-81.  
[www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n1/v9n1a06.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n1/v9n1a06.pdf)
8. Cabrera C. Depresión e ideación suicida en estudiantes de la Fesi. *Psicología mexicana*. 2011 junio; 5(12).
9. Carmona Parra Jaime BL,B. Suicidio , vinculos en estudiantes univesitarias colombianas. *Psiquiatria, psicología, col.* 2013 Abril; 3(10).
10. M Calvo JySR. Prevalencia y factores asociados a la ideacion suicida en estudiantes universitarios. *Psicología en enfermería*. 2003Julio; 11(9).



11. Alberto Perales , Elard Sánchez Alejandra Parhuana, Rosa Carrera2, Harold Torres. Suicidal behavior in students of a School of Nutrition at a public Peruvian University. Revista Neuropsiquiatrica 76 (4) 2013 .231- 235 .
12. Viru Loza MyPVL. Factores asociados a planeamiento suicida en estudiantes. Psicología en enfermería. 2011 Octubre; 3(12).
13. M.Juan I. Representaciones sociales sobre el suicidio de los estudiantes en la Universidad Nacional del Altiplano. Psicología y Psiquiatría en enfermería. 2010 Julio; 4(12).
14. Ana. STDyGL. Relacion entre alta ideacion suicida y variables psicosociales en estudiantes universitarios. Psicología. 2012 Agosto; 4(13).
15. <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/erikson>.
16. Medina –Mora, Lopez EK, Benzon S.Rojas , la relación entre la ideacion suicida y el abuso de sustancias de sustancias .Anales de l instituto Mexicano de Psiquiatría –investigación 7-14 ,Mexico , 1994.
17. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico.CES Medicina, vol. 24, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 7-17.Universidad CES Medellín, Colombia.
18. <https://www.unrc.edu.ar/unrc/academica/pdf/folleto-aprendiendo-serest.pdf>
19. <http://www.scielo.org.pe/scielo>. Frequency of Mental disorders in third year Medical School students of a Private University in Lima - 2006.
20. Liliana Mondragón, Guilherme Borges, Reyna Gutiérrez, <http://www.redalyc.org/pdf/>
21. <http://reportajemultimediasobresuicidio.blogspot.pe/2009/06/suicidio-origen-del-termino-y.html>.

22. Durkheim, E. (1897). El Suicidio. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
23. <http://apps.who.int/iris/bitstream/.pdf>-Prevención del Suicidio un imperativo global según la Organización panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.
24. <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012-LM.pdf>
25. Palmer. Strategies and interventions for reduction and prevention. 2nd ed. New York: Routledge; 2013.
26. Berenzon S, González-Forteza C, Medinamorame: Asociación entre trastornos depresivos y fóbicos con ideación e intento suicida en mujeres de comunidades urbanas pobres. Rev Mex Psicol, 17(1):55-63,2000
27. Pérez, B. S. A. (2004). Cómo evitar el suicidio en adolescentes. Psicología en línea. Documento en línea, disponible en:<http://www.psicologiaonline.com/ebooks/suicidio/comportamiento>.
28. <http://www.centrelondres94.com/documento/la-idea-suicida-semiologia-y-semiotecnica-Dr Sergio A.Perez> "Fundador de la sección de Suicidiología de la Asociación mundial de Psiquiatría".
29. Mack, J. E. (1986) Adolescent suicide: a architectural model. En G. L. Ríerman (ed.), Suicide and depression among adolescent and young adults. (pp. 53-76). Washington: American Psychiatric Press.
30. [http://www.psicumex.uson.mx/revistas/articulos/3-R3\\_ARTICULO\\_04.pdf](http://www.psicumex.uson.mx/revistas/articulos/3-R3_ARTICULO_04.pdf)-Durkheim .e 1987.
31. Arlaes, N. L., Hernández, S. G., Álvarez, C. D., & Cañizares G.T. (1997). Conducta suicida factores de riesgo asociados. Revista Cubana de Medicina Integral, 14(2), 122-126.
32. Elena Cortina , Maribel Peña e Yvonne Gómez, Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre 16 – 25 años del Valle de Aburrá-2004.

33. Gómez, A. (1991). Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida. *Salud Mental*, 14 (1). 25 – 31.
34. Rosales, J., Córdova, M., & Ramos, R. (2012). Ideación suicida en estudiantes mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación. *Psicología y Salud*, 22(1), 63-74.
35. Villalobos-Galvis, F. (2007). Aplicación del modelo procesual de estrés a la conducta suicida. *Universidad y Salud*, 8, 126-141.
36. <http://www.psicologia-online.com/pir/trastorno-del-estado-de-animo-inducido-por-sustancias>.
37. Villalobos-Galvis, F. (2009b). Ideación suicida en jóvenes: Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de secundaria y superior. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Granada, España
38. <http://www.eutox.com/index.php/noticias/>- Riesgo de suicidio asociado con enfermedades físicas, publicado: 13 Mayo 2015.
39. Factores asociados a la violencia en el noviazgo entre adolescentes: una revisión crítica. *Anuario de Psicología Jurídica*, Volume 25, Issue 1, Pages 47-56 Fernando Rubio-Garay, Miguel Ángel Carrasco, Pedro Javier Amor, María Ángeles López-González
40. [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)-Salud mental según la OMS -2013
41. Jesús Tejeda García y M .Pilar Extabe , *Guía práctica de informes de enfermería en Salud Mental .Universidad de Enfermería (DUE), especialista en salud mental ,Barcelona-2007 , editorial Glosa.*

# **ANEXOS**

## INDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO</b>	<b>PAG</b>
A. Operacionalización de la variable	II
B. Matriz de consistencia	IV
C. Consentimiento informado	V
D. Instrumento	VII
E. Prueba Binomial – Juez Experto	XI
F. Prueba estadística-Alfa de Cronbach.	XII
G. Codificación del instrumento	XVI
H. Matriz de Resultados	XX
I. Escala de Estanones	XXII

## ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida.	Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos, que condicionan actitudes, conductas entre otros.	Son situaciones, condiciones o eventos afectivos y sociales presentes en su actuar diario, que pueden ser causantes del resquebrajamiento de la salud mental que conducen a la ideación suicida, ellos son el estrés académico, la baja autoestima, el aislamiento, la depresión, el abuso sexual, la historia	Psicológica	-Estrés académico. -Depresión. -Baja autoestima -Aislamiento. -Abuso sexual	-Altamente Relevante  -Medianamente Relevante   -Bajamente relevante

		<p>familiar de trastorno del estado de ánimo, tenencia de amistades, funcionamiento familiar, alcoholismo, enfermedad física, relación de pareja, expresados por el estudiante de enfermería en una escala tipo Likert y medidos en altamente relevante, medianamente relevante y poco relevante.</p>	<p>Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Historia familiar de trastorno del estado de ánimo.</li> <li>-Tenencia de amistades.</li> <li>-Funcionamiento familiar.</li> <li>-Alcoholismo</li> <li>-Enfermedad física.</li> <li>-Relación de pareja.</li> </ul>	
--	--	---	---------------	---	--

## ANEXO B

MATRIZ DE CONSISTENCIA			
VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS/ INDICE/ENUNCIADO
Factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida.	Psicológica	-Estrés académico.  -Depresión.  -Baja autoestima  -Aislamiento.  -Abuso sexual	Todo el tiempo me siento ansioso cuando están cerca los exámenes.  Pienso que el mejor estado es la muerte.  Nadie toma en cuenta mis decisiones.  Siento que muchas veces no deseo hablar con nadie.  No tengo satisfacción sexual cuando estoy con mi pareja.
	Social	-Historia familiar de trastorno del estado de ánimo.  -Tenencia de amistades.  -Funcionamiento familiar.  -Alcoholismo  -Enfermedad física.  -Relación de pareja.	En alguna ocasión ha ocurrido episodios de suicidio dentro de la familia.  Lo más importante en mi vida son mis amigos.  Cuando tengo problemas acudo a mi familia.  Bebo licor todas las semanas.  Estoy cansada (o) de ocultar mi enfermedad que padezco de años.  Mi pareja es todo, sin el no existo.



## **ANEXO C**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

TITULO DEL ESTUDIO: Factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida en estudiantes de primer año de la Escuela Profesional de Enfermería UNMSM 2017. INVESTIGADOR: Isabel Gutierrez P., Enfermera.

La Srta. Gutiérrez es enfermera, se encuentra estudiando los Factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida en estudiantes de primer año de la Escuela Profesional de Enfermería UNMSM 2016. A pesar de que el estudio no les beneficiará directamente a ustedes, si ofrecerá información que puede permitir a los enfermeros docentes a identificar los factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida en estudiantes universitarios.

El procedimiento del estudio implica que no habrá ningún daño para el participante ni para su familia. El procedimiento incluye: 1) responder al cuestionario sobre los factores psicosociales más relevantes asociados a la ideación suicida, y 2) rellenar una hoja de información demográfica para conocer las características generales del grupo investigado. La participación en el estudio va a ocuparles, aproximadamente, 20 minutos. Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación en éste a la Srta. Gutiérrez, llamando al número (01) 482-2225 (particular). Su participación en el estudio es voluntaria; no tiene ninguna obligación de participar y tiene derecho a abandonar el estudio cuando quiera.

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con usted. Su identidad no se publicará durante la realización del estudio, ni una vez haya sido publicado. Toda la información del estudio será recopilada por la Srta. Gutiérrez, se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio.

.....  
Firma del sujeto

Fecha

He explicado el estudio al individuo arriba representado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

.....  
Firma del investigador

Fecha

## **ANEXO D INSTRUMENTO**

### **I. PRESENTACIÓN:**

Soy la señorita Rosario Isabel Gutiérrez Peña, estudiante de enfermería de 5 año de esta facultad y estoy realizando una investigación. Para ello les entregaré un cuestionario, el cual no durará más de quince minutos, donde habrá preguntas sencillas a las cuales responderán marcando con una X de una en una. Es de carácter anónimo, solicitándoles por lo tanto la mayor veracidad en sus respuestas, cuyo objetivo será recopilar datos sobre la ideación suicida y se utilizará solo para los fines expuestos. De antemano agradezco que usted llene el cuestionario.

### **II. DATOS GENERALES:**

- 1.- Sexo: Varón ( ) Mujer ( )
- 2.- Edad: \_\_\_\_ años
- 3.- Estado civil actual: \_\_\_\_\_
- 4.- Ocupación laboral pasada o actual: \_\_\_\_\_
- 5.- Número de hijos: \_\_\_\_\_
- 6.- Actualmente, ¿Con quién vive? \_\_\_\_\_
- 7.- Procedencia: \_\_\_\_\_
- 8.- Padece de alguna enfermedad crónica: \_\_\_\_\_

### III. INSTRUCCIONES:

A continuación se les presentará una serie de afirmaciones, que se relacionan con lo que a veces se piensa. Cuando contesten traten de hacerlo con mucha sinceridad y respondan todas las preguntas, los datos son muy confidenciales.

**Siempre (3) Casi siempre (2) A veces (1) Nunca (0)**

### IV.DATOS ESPECIFICOS:

N°	AFIRMACIONES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1	Todo el tiempo me siento ansiosa(o) cuando están cerca los exámenes.				
2	Presento estrés académico.				
3	Siento que no puedo con todos los cursos.				
4	Siento que me da nauseas, antes de los exámenes.				
5	Pienso que el mejor estado es la muerte.				
6	Estoy convencida(o) de que no valgo nada.				
7	Pienso en mi muerte y en quienes me acompañarían.				
8	Siento que cuando uno está por morirse, los demás recién te toman en cuenta.				
9	Nadie toma en cuenta mis decisiones.				
10	Me es difícil aceptar mis errores				
11	Tengo miedo de tomar decisiones.				
12	No me quiero, no me respeto.				
13	Me gusta estar sola(o) casi todo el día.				

14	Siento que muchas veces no deseo hablar con nadie.				
15	Prefiero pasar tiempo en mi cuarto que salir a divertirme.				
16	Me irrita que me hablen.				
17	Odio a los varones, tengo mis razones.				
18	Odio a las mujeres, tengo mis razones.				
19	No tengo satisfacción sexual cuando estoy con mi pareja.				
20	Siento terror cuando tengo relaciones coitales.				
21	En alguna ocasión habido episodios de suicidio dentro de la familia.				
22	Mi Madre sufre de algún trastorno en el estado de ánimo (depresión, bipolaridad, entre otros).				
23	Mi Padre sufre de algún trastorno en el estado de ánimo (depresión, bipolaridad, entre otros).				
24	Hay miembros de mi familia que toman medicamentos para estar bien es sus estados de ánimo.				
25	Lo más importante en mi vida son mis amigos.				
26	Siento que sin mis amigos no valgo nada.				
27	Cuando tengo problemas no acudo a mi familia, solo a mis mejores amigos.				
28	Me siento sola(o) y desprotegida(o) cuando no veo, ni converso con mis amigos.				
29	Cuando tengo problemas acudo a mi familia.				
30	Cuando llego a mi casa están mis padres.				
31	Siento que mis padres no me demuestran cariño.				
32	Siento que cada vez que tengo problemas, mis padres me ignoran y nunca están para mí.				
33	Creo que la mejor manera de enfrentar los problemas es bebiendo.				
34	Estoy convencida(o) de que resisto bebiendo licor más que la mayoría				

	de las personas.				
35	Bebiendo licor podemos expresar mejor lo que pensamos y sentimos.				
36	Bebo licor todas las semanas.				
37	Siento que a veces prefiero morir antes de seguir con la enfermedad que llevo de años, me limita en varias cosas.				
38	Mi enfermedad me hace sentir inseguro(a) quisiera que este sufrimiento se acabara.				
39	Estoy cansada(o) de ocultar mi enfermedad que padezco de años.				
40	Mi enfermedad crónica influye en mis estudios.				
41	Mi pareja es todo, sin el(ella) no existo.				
42	Si mi pareja me maltratara, lo(a) perdonaría, porque lo(a) amo.				
43	Soy dependiente emocional.				
44	Si mi pareja me dejara, sentiría que nada tiene sentido.				

**“Muchas gracias por su participación”**

## ANEXO E

### TABLA DE CONCORDANCIA PRUEBA DE CONCORDANCIA – JUICIO DE EXPERTOS

N <sup>a</sup>	CRITERIOS	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	VALOR DE P
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002
3	La estructura del instrumento es adecuada.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002
4	Los ítems del instrumento no responden a la operacionalización de la variable.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002
6	Los ítems son claros y entendibles.	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0.090
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0.002

El valor de P debe ser  $\leq 0.05$  para resultar ser significativo.

## ANEXO F

### ALFA DE CRONBACH (CONFIABILIDAD)

Es un coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una medida. A partir de las varianzas, el alfa de Cronbach se calcula así:

$$\alpha = \left[ \frac{k}{K - 1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Dónde:

- $S_i^2$  es la **varianza** del ítem  $i$ ,
- $S_t^2$  es la varianza de los valores totales observados y
- $k$  es el número de preguntas o ítems.

$$\left[ \frac{43}{44} \right] \left[ 1 - \frac{68.71^2}{92.92} \right] \rightarrow \boxed{0.7}$$

La prueba estadística de Alfa de Cronbach salió 0.7 por lo tanto la prueba es **CONFIABLE**.



**ANEXO H**  
**CODIFICACION DEL INSTRUMENTO**

<b>DATOS GENERALES</b>		
<b>PREGUNTAS</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>CÓDIGO</b>
<b>SEXO</b>	FEMENINO	1
	MASCULINO	2
<b>EDADES</b>	17-19	1
	20-21	2
<b>ESTADO CIVIL</b>	SOLTEROS	1
<b>OCUPACION</b>	ESTUDIANTES	1
	OTROS	2
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	0	1
	1	2
<b>ACTUALMENTE CON QUIEN VIVES</b>	SOLO	1
	PADRES Y HERMANOS	2
	SOLO PAPÁ	3
	SOLO MAMÁ	4
	PAREJA	5
<b>ENFERMEDAD CRÓNICA</b>	ASMA	1
	DIABETES	2
	TBC	3
	OTROS	4
	NO PADECE	5

VARIABLE	PREGUNTA	ALTERNATIVA	PUNTAJE
Factores psicosocial es más relevantes asociados a la ideación suicida.	<b>1-4 ESTRÉS ACADÉMICO</b>	Todo el tiempo me siento ansioso (a) cuando están cerca los exámenes.	4-3-2-1
		Siento (a) estrés académico.	
		Siento que me da nauseas, antes de los exámenes.	
		Siento que no puedo con todos mis cursos.	
	<b>5-8 DEPRESIÓN</b>	Pienso que el mejor estado es mi muerte.	4-3-2-1
		Estoy convencido(a) de que no valgo nada.	
		Pienso en mi muerte y en quienes me acompañarían.	
		Siento que cuando uno está por morir, los demás recién te toman en cuenta.	
	<b>9-12 BAJA AUTOESTIMA</b>	Nadie toma en cuenta mis decisiones.	4-3-2-1
		Me es difícil aceptar mis errores.	
		Tengo miedo de tomar decisiones.	
		Siento que no me respeto a mí mismo(a).	
	<b>13-16 AISLAMIENT O</b>	Me gusta estar solo(a) casi todo el día.	4-3-2-1
		Siento que muchas veces no deseo hablar con nadie.	
		Prefiero pasar tiempo en mi cuarto que salir a divertirme.	
		Me irrita que me hablen.	
	<b>17-20 ABUSO SEXUAL</b>	Odio a los varones, tengo mis razones.	4-3-2-1
		Odio a las mujeres, tengo mis razones.	
		No tengo satisfacción sexual cuando estoy con mi pareja.	
		Siento terror cuando tengo relaciones sexuales.	

	<b>21-24 HISTORIA DE TRASTORNO PSICOLOGIC O FAMILIAR</b>	En alguna ocasión han ocurrido episodios de suicidio dentro de mi familia.	4-3-2-1
		Mi Madre sufre de algún trastorno en el estado de ánimo (depresión, bipolaridad, entre otros).	
		Mi Padre sufre de algún trastorno en el estado de ánimo (depresión, bipolaridad, entre otros).	
		Hay miembros de mi familia que toman medicamentos para estar bien en sus estados de ánimo.	
	<b>25-28 INFLUENCIA NEGATIVA DE AMISTADES</b>	Lo más importante en mi vida son mis amigos.	4-3-2-1
		Siento que sin mis amigos no valgo nada.	
		Cuando tengo problemas no acudo a mi familia, solo a mis mejores amigos.	
		Me siento sola (o) y desprotegida (o) cuando no los veo, ni converso con mis amigos.	
	<b>29-32 DISFUNCION ALIDAD FAMILIAR</b>	Cuando tengo problemas acudo a mi familia.	4-3-2-1
		Cuando llego a mi casa están mis padres.	
		Siento que mis padres no me demuestran cariño.	
		Siento que cada vez que tengo problemas, mis padres me ignoran y nunca están para mí.	
	<b>33-36 PADECE DE ALCOHOLIS MO</b>	Creo que la mejor manera de enfrentar los problemas es tomando licor.	4-3-2-1
		Estoy convencido(a) de que resisto bebiendo licor más que la mayoría de las personas.	
		Bebiendo licor puedo expresar mejor lo que pienso y siento.	
		Bebo licor todas las semanas.	

	<b>37-40</b> <b>PADECE DE ENFERMEDAD FISICA</b>	Siento que a veces prefiero morir antes de seguir con mi enfermedad que llevo de años, me limita en varias cosas.	4-3-2-1
		Mi enfermedad me hace sentir inseguro(a) quisiera que este sufrimiento se acabara.	
		Estoy cansada (o) de ocultar mi enfermedad que padezco de años.	
		Mi enfermedad crónica influye en mis estudios.	
	<b>41-44</b> <b>PROBLEMAS DE PAREJA</b>	Mi enfermedad crónica influye en mis estudios.	4-3-2-1
		Mi pareja es todo, sin él (ella) no existo.	
		Si mi pareja me maltratara, lo (la) perdonaría, porque lo (la) amo.	
		Soy dependiente emocionalmente.	

## ANEXO I

### MATRIZ DE RESULTADOS

Nº DE ESTUDIANTES	DATOS GENERALES							DATOS ESPECÍFICOS																																			TOTAL																						
								FACTORES PSICOLÓGICOS										FACTORES SOCIALES																																															
	ESTRÉS ACADÉMICO				DEPRESIÓN				BAJA AUTOESTIMA				AISLAMIENTO				ABUSO SEXUAL				HISTORIA DE TRASTORNO FAMILIAR					TENENCIA DE AMISTADES					FUNCIONAMIENTO FAMILIAR					ALCOHOLISMO					ENFERMEDAD CRÓNICA					RELACIÓN DE PAREJAS																			
1	2	3	4	5	6	7	ST1	5	6	7	8	ST2	9	10	11	12	ST3	13	14	15	16	ST4	17	18	19	20	ST5	T1	21	22	23	24	ST6	25	26	27	28	ST7	29	30	31	32	ST8	33	34	35	36	ST9	37	38	39	40	ST10	41	42	43	44	ST11	45						
1	2	2	2	1	1	2	5	2	2	2	1	7	2	2	2	2	8	2	2	2	2	8	2	2	1	1	6	37	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	24	61					
2	2	2	2	1	1	2	5	3	3	2	1	9	1	1	1	1	4	2	2	2	1	8	2	2	2	2	8	1	2	1	1	5	34	1	1	1	1	4	3	2	2	2	9	3	3	1	1	8	1	2	1	1	5	1	1	1	1	4	2	2	2	2	8	38	72
3	2	1	2	1	1	4	1	4	3	3	2	12	1	1	1	2	5	2	2	2	2	8	2	2	2	1	7	1	1	2	1	5	37	2	2	1	1	6	1	1	2	1	5	3	3	3	3	12	2	1	1	1	5	1	1	1	1	4	2	2	2	2	8	40	77
4	2	2	2	1	1	2	5	4	4	4	1	13	2	1	1	2	6	2	1	2	1	6	2	2	3	2	9	1	1	1	1	4	38	1	1	1	1	4	2	1	1	1	5	4	3	2	2	11	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	2	4	2	2	10	38	76
5	2	2	2	1	1	2	5	2	2	2	1	7	1	1	1	2	5	1	1	1	2	5	2	2	2	2	8	1	1	1	1	4	29	1	1	1	1	4	2	2	1	1	6	2	4	2	2	10	2	2	2	1	7	1	1	1	1	4	2	2	2	2	8	39	68
6	2	2	2	1	1	4	5	4	3	2	1	10	1	1	1	2	5	2	2	2	1	7	2	2	2	2	8	1	1	1	1	4	34	1	2	1	3	7	1	1	1	2	5	2	3	4	3	12	2	2	2	2	8	1	1	1	1	4	1	1	1	3	6	42	76
7	1	1	2	1	1	2	5	4	3	2	1	10	1	1	1	2	5	2	2	1	1	6	2	1	1	1	5	1	1	1	1	4	30	1	1	1	1	4	3	2	1	1	7	4	2	1	1	8	1	1	1	2	5	1	1	1	1	4	3	1	2	1	7	35	65
8	1	2	2	1	1	2	5	1	2	2	1	6	1	1	1	1	4	1	2	2	2	7	2	1	2	1	6	2	1	1	1	5	28	1	3	3	4	11	3	2	2	1	8	4	3	2	2	11	4	4	3	1	12	1	1	1	1	4	2	3	2	3	10	56	84
9	1	2	2	1	1	2	5	3	2	2	1	8	1	1	3	2	7	2	2	2	2	8	2	2	2	1	7	4	1	1	1	7	37	1	2	3	4	10	1	1	1	2	5	2	2	4	1	9	2	2	3	2	9	2	2	1	2	7	2	3	3	3	11	51	88
10	1	1	2	1	1	2	5	2	3	2	1	8	1	1	1	2	5	1	2	2	2	7	2	1	1	2	6	2	2	1	1	6	32	1	2	1	1	5	3	2	2	1	8	4	3	2	2	11	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	3	4	4	15	47	79	
11	1	1	2	1	1	4	5	2	2	2	1	7	1	1	3	2	7	2	2	1	1	7	2	1	1	1	5	2	1	1	1	5	31	1	1	1	1	4	2	1	1	1	5	4	4	1	1	10	3	2	3	1	9	1	1	1	1	4	1	1	4	3	9	41	72
12	1	1	2	1	1	2	5	3	3	2	1	9	1	1	1	1	4	1	2	2	1	6	2	2	1	7	1	1	1	1	4	30	1	1	1	1	4	3	1	2	1	7	2	1	1	1	5	4	3	1	1	9	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	33	63	
13	1	1	2	1	1	2	1	4	4	4	1	13	1	1	1	3	6	2	2	2	1	7	2	2	1	2	7	1	1	1	1	4	37	1	1	1	1	4	3	3	3	1	10	3	4	3	1	11	1	1	2	1	5	1	1	1	1	4	1	1	2	1	5	39	76
14	1	2	2	1	1	2	5	2	2	3	1	8	1	1	1	4	7	1	2	2	1	6	2	2	2	2	8	1	1	1	1	4	33	1	1	1	1	4	2	1	1	1	5	3	2	2	2	9	4	4	3	4	15	1	1	1	1	4	1	1	2	2	6	43	76
15	1	1	2	1	1	2	5	2	2	2	1	7	1	1	1	2	5	1	2	4	2	9	2	2	2	1	7	2	1	1	1	5	33	4	4	3	4	15	2	1	4	3	10	4	3	1	1	9	2	3	2	2	9	1	1	1	1	4	3	3	2	1	9	56	89
16	1	1	2	1	1	2	5	1	2	4	3	1	12	1	1	1	2	5	1	2	2	1	6	1	2	1	5	2	1	1	1	5	33	1	2	3	2	8	2	2	1	2	7	4	1	4	2	11	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	2	4	2	9	43	76
17	1	1	2	1	1	2	5	3	4	3	1	11	2	2	2	3	9	1	2	1	2	6	2	3	2	2	9	1	1	1	2	5	40	1	2	3	4	10	2	2	2	2	8	4	4	1	1	10	2	2	1	1	6	1	1	1	1	4	3	3	1	4	11	49	89
18	1	2	2	1	1	4	4	3	3	1	1	8	2	1	1	1	5	1	3	1	1	6	4	3	2	1	10	1	1	2	1	5	34	1	1	1	1	4	2	1	1	1	5	2	3	3	3	11	3	2	3	2	10	1	1	1	1	4	1	1	4	3	9	43	77
19	1	1	2	1	1	2	5	2	4	3	1	10	1	1	1	2	5	2	2	1	1	6	3	2	3	2	10	1	1	1	1	4	35	1	1	1	1	4	1	1	2	2	6	4	4	1	1	10	1	1	1	1	4	2	2	1	1	6	2	2	3	4	11	41	76
20	1	1	2	1	1	2	5	3	3	2	1	9	2	1	2	3	8	2	2	4	2	10	2	3	1	1	7	4	4	4	4	16	50	1	1	1	1	4	3	4	4	4	15	4	3	1	1	9	1	1	1	1	4	1	1	1	2	5	1	1	2	1	5	42	92
21	1	1	2	1	1	3	5	2	3	2	1	8	1	1	1	2	5	2	2	2	1	7	2	3	2	2	9	2	2	2	2	8	37	1	1	1	1	4	3	4	2	3	12	3	4	4	4	15	2	2	1	1	6	1	2	1	1	5	1	1	1	1	4	46	83
22	1	1	2	1	1	2	5	3	3	2	2	10	1	1	1	2	5	1	2	2	2	7	4	4	4	4	16	1	2	1	1	5	43	1	1	1	1	4	1	1	2	3	7	4	4	4	4	16	1	1	1	1	4	4	3	2	2	11	2	3	4	1	10	52	95
23	1	1	2	1	1	2	5	2	2	2	1	7	2	2	2	1	7	4	3	4	4	15	2	2	2	1	7	2	2	2	2	8	44	1	1	1	1	4	1	2	1	2	6	4	4	2	3	13	2	1	1	1	5	1	2	1	2	6	2	2	4	1	9	43	87
24	1	2	2	1	1	1	5	3	3	2	2	10	2	1	1	1	5	1	2	2	2	7	2	2	2	1	7	1	1	1	1	4	33	1	1	1	1	4	2	1	1	1	5	2	2	1	2	7	1	1	2	1	5	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	29	62
25	1	1	2	1	1	2	5	4	4	4	3	15	1	1	1	2	5	1	2	1	2	6	3	3	3	2	11	1	1	1	1	4	41	1	1	1	1	5	1	1	1	2	5	4	2	3	3	12	1	1	1	2	5	1	1	4	3	9	1	1	1	1	4	40	81
26	1	2	2	1	1	2	5	3	2	1	1	7	4	4	4	4	16	1	2	2	1	6	3	3	3	2	11	1	1	1	1	4	44	2	3	2	1	8	4	3	4	4	15	3	2	2	3	10	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	45	89
27	1	1	2	1	1	2	5	4	3	2	1	10	2	2	2	2	8	4	3	2	1	10	4	3	1	2	10	1	1	1	1	4	42	2	2	2	1	7	2	1	1	1	5	2	3	3	3	11	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	35	77
28	1	1	2	1	1	2	5	4	3	4	1	12	1	1	1	1	4	2	2	2	1	7	4	4	3	3	14	1	1	2	2	6	43	3	2	1	1	7	2	1	1	3	7	4	4	1	3	12	2	2	1	1	6	1	1	1	1	4	2	2	4	2	10	46	89
29	1	1	2	1	1	2	5	3	3	3	1	10	1	1	1	2	5	2	2	3	3	10	3	2	3	2	10	2	2	1	1	6	41																																





**Intervalo:**

Nivel relevante: >11 puntos.

Nivel medianamente relevante: 9-10 puntos.

Nivel poco relevante: < 8 puntos.

 **FACTOR DEPRESION :**

Promedio:  $X = 7.09$

Desviación estándar:  $S = 2.93$

Número de preguntas consideradas: 4

Obtenemos a y b:

$$a = X - 0.75(S)$$

$$a = 7.09 - 0.75(2.93)$$

$$a = 4.9$$

$$b = X + 0.75(S)$$

$$b = 7.09 + 0.75(2.93)$$

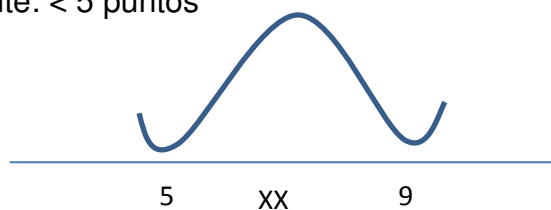
$$b = 9.28$$

**Intervalo:**

Nivel relevante: > 9 puntos

Nivel medianamente relevante: 6-8 puntos

Nivel poco relevante: < 5 puntos





**✚ FACTOR BAJA AUTOESTIMA:**

Promedio:  $X = 8.64$

Desviación estándar:  $S = 2.35$

Número de preguntas consideradas: 4

Obtenemos a y b:

$$a = X - 0.75(S)$$

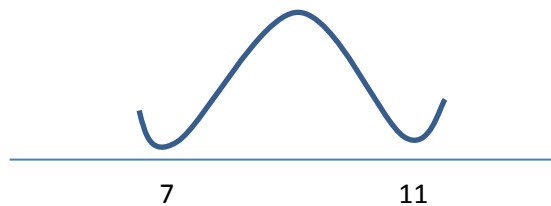
$$a = 8.64 - 0.75(2.35)$$

$$a = 6.88$$

$$b = X + 0.75(S)$$

$$b = 8.64 + 0.75(2.35)$$

$$b = 10.99$$



**Intervalo:**

Nivel relevante: >11 puntos

Nivel medianamente relevante: 8-10 puntos

Nivel poco relevante: < 7puntos

**✚ FACTOR AISLAMIENTO:**

Promedio:  $X = 8.98$

Desviación estándar:  $S = 1.87$

Número de preguntas consideradas: 4

Obtenemos a y b:

$$a = X - 0.75(S)$$

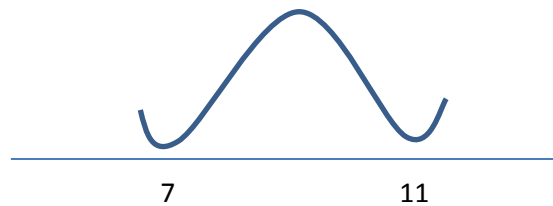
$$a = 8.98 - 0.75(1.87)$$

$$a = 7.11$$

$$b = X + 0.75(S)$$

$$b = 8.98 + 0.75(1.87)$$

$$b = 10.85$$



**Intervalo:**

Nivel relevante: >11 puntos

Nivel medianamente relevante: 8-10 puntos

Nivel poco relevante: <7 puntos.

**✚ FACTOR ABUSO SEXUAL:**

Promedio:  $X = 6.12$

Desviación estándar:  $S = 1.95$

Número de preguntas consideradas: 4

Obtenemos a y b:

$$a = X - 0.75(S)$$

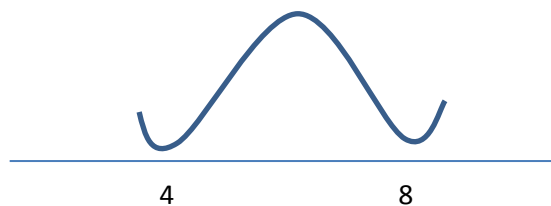
$$a = 6.12 - 0.75(1.95)$$

$$a = 4.17$$

$$b = X + 0.75(S)$$

$$b = 6.12 + 0.75(1.95)$$

$$b = 8.07$$



**Intervalo:**

Nivel relevante: >8 puntos

Nivel medianamente relevante: 5-7 puntos

Nivel poco relevante: <4 puntos.

